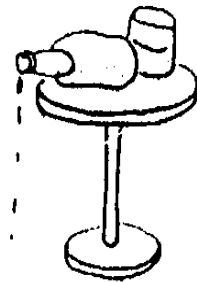
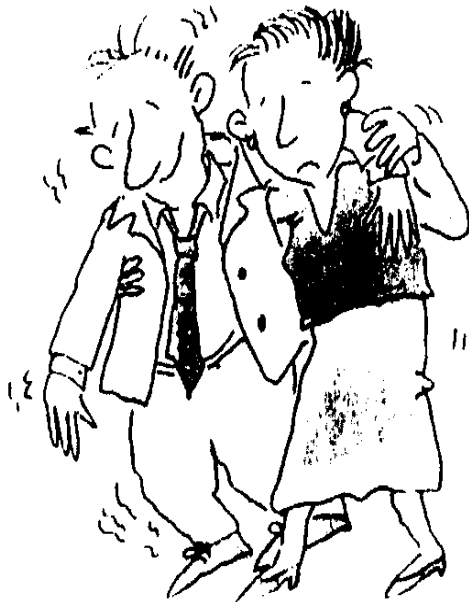




Centros de Integración Juvenil, A. C.
Dirección de Tratamiento y Rehabilitación.

Manual del Proyecto Familiares Coadictos



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	5
II. OBJETIVOS	9
III. METODOLOGÍA	10
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	10
PROCESO	11
IV. PROCEDIMIENTO POR FASES	13
A. PRIMERA FASE	13
1ª. SESIÓN <i>PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA</i>	13
1ª. PARTE: <i>ENCUADRE DE TRABAJO</i>	13
2ª. PARTE: <i>PRESENTACIÓN DEL GRUPO</i>	13
3ª. PARTE: <i>EXPECTATIVAS DEL GRUPO</i>	15
B. FASE INTERMEDIA: DESARROLLO DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO 2ª A 10ª SESIÓN	16
2ª. SESIÓN ¿QUÉ ES LA COADICCIÓN?	17
1ª. PARTE: <i>DINÁMICA DE GRUPO</i>	17
2ª. PARTE: <i>DESARROLLO DEL TEMA “LA COADICCIÓN Y SUS CARACTERÍSTICAS”</i>	18
3ª. PARTE: <i>IDENTIFICANDO LAS FORMAS DE RELACIÓN COADICTA</i>	18
4ª. PARTE: <i>TAREA “IDENTIFICANDO CONDUCTAS COADICTAS”</i>	19
3ª. SESIÓN LA RELACIÓN COADICTIVA: UN PROBLEMA FAMILIAR	30
1ª. PARTE: <i>REVISIÓN DE LA TAREA</i>	30
2ª. PARTE: <i>DESARROLLO DEL TEMA “LA RELACIÓN COADICTIVA, UN PROBLEMA FAMILIAR”</i>	31
3ª. PARTE: <i>EJERCICIO DE GRUPO Y TAREA “IDENTIFICACIÓN DE REGLAS FAMILIARES”</i>	31
4ª. SESIÓN DETECTANDO PENSAMIENTOS	34
1ª. PARTE: <i>REVISIÓN DE LA TAREA</i>	34
2ª. PARTE: <i>DETECTANDO PENSAMIENTOS</i>	34
3ª. PARTE: <i>EJERCICIO PARA IDENTIFICAR LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS</i>	38
4ª. PARTE: <i>TAREA</i>	39
5ª. SESIÓN ASERTIVIDAD	41
1ª. PARTE: <i>REVISIÓN DE LA TAREA</i>	41

2ª. PARTE:	<i>DESARROLLO DEL TEMA “ESTILOS DE COMUNICACIÓN Y ASERTIVIDAD”</i>	41
3ª. PARTE:	<i>DINÁMICA DE GRUPO PARA FAVORECER RESPUESTAS ASERTIVAS</i>	45
4ª. PARTE:	<i>TAREA “RESPUESTAS ASERTIVAS”</i>	49
6ª. SESIÓN	<i>RESPUESTAS ASERTIVAS</i>	51
1ª. PARTE:	<i>REVISIÓN DE LA TAREA</i>	51
2ª. PARTE:	<i>DESARROLLO DEL TEMA “DIFERENTES RESPUESTAS ASERTIVAS”</i>	51
3ª. PARTE:	<i>TAREA “ENSAYAR RESPUESTAS ASERTIVAS”</i>	54
7ª. SESIÓN	<i>SEXO, GÉNERO Y COADICCIÓN</i>	55
1ª. PARTE:	<i>REVISIÓN DE LA TAREA</i>	55
2ª. PARTE:	<i>DESARROLLO DEL TEMA “LA CONSTRUCCIÓN DE GÉNERO EN LA MUJER COADICTA”</i>	55
3ª. PARTE:	<i>EJERCICIO “ASIGNACIÓN DE GÉNERO”</i>	56
4ª. PARTE:	<i>TAREA “ANALIZANDO CONDUCTAS COADICTIVAS EN SITUACIONES COTIDIANAS”</i>	58
8ª. SESIÓN	<i>ROLES DE GÉNERO Y VIOLENCIA</i>	61
1ª. PARTE:	<i>REVISIÓN DE LA TAREA</i>	61
2ª. PARTE:	<i>DESARROLLO DEL TEMA “VIOLENCIA”</i>	61
3ª. PARTE:	<i>EJERCICIO “IMÁGENES CONGELADAS”</i>	62
4ª. PARTE:	<i>TAREA “IDENTIFICAR SITUACIONES DE VIOLENCIA EN SITUACIONES COTIDIANAS”</i>	63
9ª. SESIÓN	<i>¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?</i>	65
1ª. PARTE:	<i>REVISIÓN E LA TAREA</i>	65
2ª. PARTE:	<i>DESARROLLO DEL TEMA “¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?”</i>	65
3ª. PARTE:	<i>TAREA “IDENTIFICAR Y REGISTRAR PENSAMIENTOS NEGATIVOS”</i>	69
10ª. SESIÓN	<i>PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN LA RELACIÓN COADICTIVA</i>	72
1ª. PARTE:	<i>REVISIÓN DE LA TAREA</i>	72
2ª. PARTE:	<i>DESARROLLO DEL TEMA “RECAÍDAS”</i>	72
3ª. PARTE:	<i>DINÁMICA GRUPAL “IDENTIFICANDO FACTORES DE RIESGO”</i>	73
4ª. PARTE:	<i>PREVENCIÓN DE RECAÍDAS</i>	73
C.	FASE DE CIERRE	75
11ª. SESIÓN.	<i>REFLEXIÓN Y DERIVACIÓN</i>	75
1ª. PARTE:	<i>REVISIÓN DE LA TAREA</i>	75
2ª. PARTE:	<i>EVALUACIÓN E INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN</i>	75

PROPORCIONADA

V. LECTURAS DE APOYO PARA EL DESARROLLO DE LAS SESIONES	79
2ª. SESIÓN: <i>¿QUÉ ES LA COADICCIÓN?</i>	80
3ª. SESIÓN: <i>LA RELACIÓN COADICTIVA, UN PROBLEMA FAMILIAR</i>	87
4ª. SESIÓN: <i>DETECTANDO PENSAMIENTOS IRRACIONALES</i>	92
5ª. SESIÓN: <i>ASERTIVIDAD</i>	97
6ª. SESIÓN: <i>RESPUESTAS ASERTIVAS</i>	102
7ª. SESIÓN: <i>SEXO, GÉNERO Y COADICCIÓN</i>	106
8ª. SESIÓN: <i>ROLES DE GÉNERO Y VIOLENCIA</i>	116
9ª. SESIÓN: <i>¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?</i>	123
10ª. SESIÓN: <i>PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN LAS RELACIÓN DE COADICCIÓN</i>	128

I. INTRODUCCIÓN

La experiencia de Centros de Integración Juvenil en el trabajo clínico con consumidores de drogas ha demostrado que la organización familiar tiene un peso importante en todo esfuerzo para entender los fenómenos asociados al consumo así como en su resolución.

Uno de los aspectos más sobresalientes que se observan en las familias de personas que consumen drogas es la presencia de familiares que juegan roles muy definidos durante el proceso de tratamiento.

Quizá el más conocido de éstos roles es el del coadicto quien es una persona muy ligada al usuario y que por sus sentimientos de cariño, afecto y sobreprotección, termina siendo manipulado y facilitando inconscientemente el desarrollo y mantenimiento del proceso adictivo.

El término coadicto(a) es relativamente reciente, el cual se ha ampliado desde el campo específico de las familias de los alcohólicos y adictos, su antecedente más remoto es el de “**co-alcohólico**”, utilizado para definir al familiar del alcohólico en los grupos de ayuda mutua. Beatty¹ y Cantú² explican que en los años setenta, con la proliferación de los grupos para familiares de alcohólicos anónimos (Grupos de Al-Anon) y debido a que inicia a mencionarse la dependencia química, el término se transforma, y así, en lugar de “**co-alcohólicos**”, se habla de “**codependientes**”, permitiendo focalizar ciertas características de los individuos no alcohólicos o no químico dependientes, siendo éstos los cónyuges o hijos del consumidor de drogas. El término codependencia se fue ampliando desde el área específica de éstas familias a diversos campos como el de las relaciones entre familias con un enfermo terminal o con un enfermo crónico como la diabetes, entre homosexuales, etc.

Con el paso del tiempo, y por estar estrechamente vinculado al consumo de drogas, el término codependencia se ha transformado por el de “**coadicción**”, el cual remite necesariamente a la existencia de una relación interpersonal íntima con alguien que padece un síndrome de dependencia química, ya sea alcoholismo y/o adicción a sustancias tóxicas al organismo³.

Coalcohólico, Codependiente o Coadicto son términos imprecisos, carecen de especificidad científica, no están integrados a la nomenclatura de manuales diagnósticos. Pueden significar o no algo en particular. Pueden significar cosas diferentes para personas distintas; algunas pueden saber lo que significa pero se les dificulta definir las con claridad ya que nunca han sido claramente definidas y son relativamente nuevas. Existe el reconocimiento y han sido explicadas por algunos profesionales desde tres puntos de vista: a) como una enfermedad^{4, 5, 6}. b) como un trastorno de personalidad⁷; y c) como la conducta de una

¹ Beattie, B (1993) *Ya no seas Coadicta*. Edit. Promexa.

² Cantú, F. (1995). *La naturaleza de la Coadicción, Síndrome de Eco y Fractura de la Autoestima*. Revista Addictus N° 6., México.

³ Coddou, A., Chadwick L., M. (1995) *Evolución del concepto de coadicción*. [En línea]. Página web <<http://www.eradicaciones.org/Revista/numero2/numero2.html>> [Consulta, 23 de marzo de 2003].

⁴ Gierymki, T.; Williams, T. (1986. 18, 1:7.13). *Codependency*. Journal of Psychoactive Drug.

⁵ Wegscheider-Cruswe, S. (1984). *Codependency an emerging issue*. Deerfield Beach. Florida Health Communications, Inc.

⁶ Lykes de Reagan, L. (2001) “La codependencia”. [En línea]. Página Web <www.christianrecovery.com/c/cada.htm> [Consulta, 23 de marzo de 2003].

persona normal que se ajusta a un cónyuge y a un acontecimiento estresante⁸, no obstante no se les cataloga en los principales libros de texto, ni en la clasificación de las enfermedades mentales.

En las últimas décadas, profesionales en el campo de la adicción, se han mostrado paulatinamente interesados en la coadicción. Autores como Beatti (1987, 1989), Cermak (1986), Wegscheider-Cruss (1976, 1985, 1989), Bejos y Casillas (1995), Kalina (1995), Cantú (1995), Huneeus (1999), Mansilla (2002), Schaef (1992), Coddou y Chadwick (1999), Reagan (2001), Alvarez del Real (2002), Rodeiles (2002), Elizondo (2002), Jáuregui (2000), entre otros, coinciden al reportarla como un fenómeno familiar, donde determinadas conductas “facilitan” la continuación de la conducta adictiva.

Coinciden en que la coadicción hace referencia al patrón de relación que establece(n) algún(nos) familiar(res) con el consumidor de drogas caracterizado por una involucración obsesiva en sus problemas, llegando a vivir por y para él, desequilibrando su propia vida en todos los niveles: personal, familiar laboral y social. El(la) coadicto(a) pierden el control de su propia vida y sus propios límites, invirtiendo toda su energía en el consumidor y en la gran necesidad de pertenecerle y serles útil. A medida que el consumidor es más dependiente de las drogas, se inicia el involucramiento con uno o varios miembros de la familia.

Son muchos los autores que refieren que son las mujeres la más involucradas en este tipo de relación, entre ellos Huneeus⁹ quien subraya que la ha observado sobre todo en los sectores populares, donde este fenómeno resulta más acentuado, porque “*el ser y vivir para el otro es lo deseable*”. Sin embargo, agrega que la coadicción no es un problema con el que se nace, sino que se trata de patrones culturalmente aprendidos que se intensifican en familias disfuncionales. Por esto, el proceso de generar un cambio en su patrón de relación es aún más difícil, pues implica enfrentarse a su propia cultura y ser consideradas como malas madres, egoístas y muchas veces ser rechazadas socialmente. Siendo en realidad mujeres desesperadas con un gran sufrimiento pues han perdido el control en la intención de ayudar al consumidor, ya que esta ayuda no sólo no ha funcionado, sino que se ha vuelto parte del problema y ha favorecido un comportamiento de sobreinvolucración atándolas a una relación disfuncional, destructiva, dolorosa, implicando además sentimientos de rabia, coraje, angustia y temor.

Estas consideraciones fundamentan la inclusión del género en un programa para familiares coadictos, desde una perspectiva que pueda dar cuenta de su especificidad e importancia.

García¹⁰ define el concepto de “género” como la producción cultural que atribuye diferentes roles y conductas esperadas a las personas según su sexo biológico. Históricamente, señala este autor, la mujer ha desempeñado un papel fundamental y protagónico en la familia, favoreciendo que este importante núcleo social cumpla con sus funciones dentro de la sociedad. La socialización, liga a las mujeres con la familia más que al hombre y es frecuente que se ubique a una mujer o ella se defina a sí misma de acuerdo a sus roles familiares.

⁷ Cermack, T. L. *Diagnosis and treatment of codependence*. Minneapolis. Johnson Institute Books. 1986.25. Norwood, R.

⁸ Jackson, J. K.; Kogan, K. L. (1963. 24:227-283) “Personality disturbance in wives of alcoholics”. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*.

⁹ Huneeus, S. (s. f.) ***Coadicción e implicancias en familias con hijos farmacodependientes***. [En línea] Página web <<http://www.eradicciones.org/Revista/número5/coadicción.htm>> [Consulta, 23 de agosto de 2003].

¹⁰ García, D. (s. f.) ***Las mujeres y las drogas***. [En línea]. Página web <<http://www.programacambio.org/textosd.html>>. [Consulta, 23 de marzo de 2004].

Para ellas, las relaciones sociales y los vínculos son eficaces y necesarios para aumentar la autonomía y la autoestima. Por el contrario, la desconexión y el aislamiento son fuentes de ansiedad, depresión, estrés y baja autoestima. A los hombres, en cambio, se les prepara para ser dominantes, fuertes, valientes, seguros, activos, racionales, se les enseña a no expresar lo que sienten, ya que su papel se asocia con un nivel superior al de las mujeres y, por lo tanto, no pueden permitirse debilidades de ninguna índole como mostrar sufrimiento, dolor o cualquier sentimiento. El hombre es y ha sido educado para controlar el mundo, su familia y, por supuesto, sus sentimientos; y cuando no lo hace, se vive como un completo fracasado. Siempre se espera de él que sea un triunfador y vive su vida tratando de realizar las expectativas de los demás.

Desde esta perspectiva de género, principalmente la mayoría las mujeres, nunca han tenido o se han dado una oportunidad para hablar de ellas y discutir con alguien sus experiencias de sufrimiento. Esta falta de expresión de sí mismas las aleja del contacto con sus propios sentimientos. Pareciera que no tuvieran ni tienen un espacio saludable en el cual validar su identidad. De ahí la importancia y necesidad de abordar la coadicción desde una perspectiva de género, ya que si no se reconoce, plantea el Dr. Palacios, citado por Rodiles¹¹ “dificultará el tratamiento, pudiendo llegar a ser un importante factor de riesgo de cara a que la rehabilitación del consumidor de drogas sea efectiva”.

Autores como Grela, también citado por Rodiles¹², han puesto de manifiesto que un factor de gran relevancia que también explica este comportamiento, es la falta de habilidades asertivas necesarias para defender sus derechos, satisfacer sus necesidades y desenvolverse de manera eficaz en sus relaciones, “...implica una comunicación fluida con el otro, a quien se tiene en cuenta a partir de que se tiene en cuenta uno mismo”. Grela propone como base la asertividad en el entendido de que él(la) coadicto(a) sacrifica su vida y tiende a perder control sobre ella, aplazando sus necesidades personales. Aunque considera de gran influencia otras variables, como las personales, sociales y culturales. Magaz, citado también por Rodiles, explica que cuando se adquieren ciertas habilidades cognitivas, instrumentales y de control sobre la emociones, este comportamiento se puede modificar, desaparecer o reducir notablemente y afirma que las habilidades para mantener interacciones sociales positivas, son condiciones esenciales en el desarrollo, ya que influyen en la adquisición de niveles adecuados de adaptación familiar, social y personal, así como un autoconcepto y autoestima óptimos en niños, jóvenes y adultos.

Estas consideraciones y el trabajo de Centros de Integración Juvenil por más de 35 años, dan cuenta de que son las madres y las esposas quienes acuden con mayor frecuencia a recibir orientación y tratamiento en apoyo del consumidor de drogas, fundamentan el abordaje de la coadicción desde una perspectiva de género con enfoque cognitivo conductual, en donde los familiares puedan identificar el patrón de relación que tienen con el consumidor y los pensamientos, las creencias que sostienen dichas relaciones y que sustentan su estilo de mirar, interpretar y manejar la conducta adictiva.

En este sentido la terapia cognitiva conductual se propone como un proceso de resolución de problemas basado en la experiencia de aprendizaje, donde los familiares con la ayuda del terapeuta aprenderán a descubrir y modificar las distorsiones e ideas irracionales involucradas.

El terapeuta tendrá una doble función: como guía, ayudando a los familiares a entender la forma en que las cogniciones (pensamientos e imágenes) influyen en sus conductas

¹¹ Rodiles J. (2003) ¿Adictos a las Relaciones? Amores que matan. [En línea] Página web <<http://www.addictus.com/report47.html>> [Consulta, 23 de agosto de 2003].

¹² Ídem.

disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas utilizando técnicas cognitivas conductuales.

En los grupos de familiares coadictos se abordarán diversos temas donde los familiares compartirán sus experiencias, examinando la estrecha relación entre el consumidor y el coadicto fundamentada en los paradigmas del poder, asociados al género y que dan cuenta de los fuertes lazos de dependencia entre ellos.

Así mismo, se favorecerá la identificación de pensamientos y creencias irracionales relacionados con su rol de género, los patrones de conductas permisivos, los factores sociales, culturales y familiares que influyen en su comportamiento, para promover la recuperación y prevenir las recaídas en el coadicto y en el consumidor.

Lo anterior tiene como fin último, que los familiares inicien un cambio de actitud que les permita mantener relaciones más funcionales, menos dolorosas y más satisfactorias con aquellos que les rodean.

II. OBJETIVOS

GENERAL

Abordar, desde una perspectiva de género, los pensamientos y creencias que sustentan el papel masculino/femenino, para favorecer la adquisición de habilidades que les permita abrir nuevas posibilidades de cambio en el patrón disfuncional de relación con el consumidor de drogas y su consumo.

ESPECÍFICOS

1. Favorecer un espacio terapéutico con familiares cuya conducta de sobreinvolucración, dependencia y control del consumidor de droga esté directamente relacionada con el estereotipo de género y el consumo de drogas, en la búsqueda de soluciones y la remisión del consumo de drogas.
2. Reconocer la expresión de los roles, rasgos y discursos de las personas coadictas.
3. Identificar el patrón de relación que subyace en el sistema familiar.
4. Identificar los factores que intervienen en las relaciones coadictivas.
5. Abordar los pensamientos negativos y estereotipados activados por creencias personales, que sostienen patrones disfuncionales de relación y el consumo de drogas desde la construcción social de género.
6. Identificar las repercusiones del patrón de coadicción en los diferentes ámbitos en que se desarrolla.
7. Identificar la relación entre pensamiento, sentimiento y conducta.
8. Favorecer la expresión de sentimientos y necesidades.
9. Proporcionar estrategias que puedan utilizar para modificar sus patrones de interacción problemáticos y las habilidades necesarias para mantener esos cambios.
10. Identificar los factores de riesgo que propician la recaída en las conductas permisivas.
11. Sensibilizar a los familiares para que se incorporen a un proceso terapéutico.

III. METODOLOGÍA

El proyecto para **Familiares Coadictos** se pone en práctica con aquellos familiares que soliciten atención por el consumo de drogas de algún miembro de su familia y que durante su proceso diagnóstico, sean considerados candidatos para este modelo.

El ofrecimiento del grupo para familiares coadictos se desarrolla una vez que hayan concluido su proceso diagnóstico (Entrevista Inicial, Estudio Social y Diagnóstico Familiar).

El programa aborda, desde una perspectiva de género, diversos temas que permiten a los familiares compartir experiencias que favorecen el cuestionamiento de las creencias en que fundamentan su papel masculino y femenino y su relación con el consumidor de drogas, a fin de generar otras explicaciones sobre lo que les está pasando y lo que están sintiendo, y explorar otras conductas de relación más funcionales y satisfactorias y así ayudar al consumidor.

Así mismo, se examinará la asociación entre la conducta adictiva-coadictiva en las relaciones familiares, fundamentada en los paradigmas de poder asociados al género y que explican los fuertes lazos de dependencia entre ellos, favoreciendo el externar sentimientos y emociones involucrados que desencadenan conductas permisivas para con el consumidor, así como los factores sociales, culturales y familiares que coadyuvan en el comportamiento coadictivo para trabajar los elementos básicos de su recuperación y los problemas de las recaídas, desde una mirada que permita entender y analizar la construcción de género, para que, con un enfoque Cognitivo Conductual, modifiquen conductas y cogniciones relativamente específicas, y/o enseñar otras que faciliten un mejor ajuste en su relación con el consumidor de drogas y su medio ambiente, aún después de concluido el programa.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Los familiares que integrarán los grupos de Coadictos son aquellos que concluyeron su proceso diagnóstico y que el terapeuta, con base en los siguientes criterios, determina quiénes de los padres, hermanos(as), novia(o) y/o esposa(o), son candidatos para participar en este proyecto.

INCLUSIÓN:

A continuación se indican algunos criterios de inclusión, considerando que la elección puede tener muchas excepciones:

- * Padres, hermanos(as) y esposas(os), o aquella(s) persona(s) significativa(s) y cercana(s) al consumidor de drogas.

- * El familiar más involucrado en las decisiones importantes de la vida del consumidor de drogas.
- * Los familiares más reacios en reconocer el papel que juegan en el consumo de drogas o que se les dificulte considerar la participación familiar en un proceso de tratamiento.
- * El familiar que a raíz de la conducta adictiva se aísla de amistades y de su entorno social.
- * Familiares que les interese participar en el proyecto de manera voluntaria.

EXCLUSIÓN: No se incluirán en este proyecto:

- * Padres ancianos, enfermos.
- * Niños pequeños.
- * Familiares que cursen con un cuadro psicótico o personalidad límite.
- * Familiares con conductas violentas, impulsivas, agresivas y/o caóticas.
- * Familiares maníacos o verborricos que obstaculicen el trabajo grupal.

PROCESO

El proyecto **FAMILIARES COADICTOS**, se integra al conjunto de modalidades que conforman el Programa Atención Curativa en Consulta Externa y por lo tanto se ajusta a los procedimientos ya normados en la Guía Técnica y en el Manual del Expediente Clínico.

Los siguientes procedimientos son para detallar los pasos a seguir en este proyecto.

- a. **TERAPEUTA:** Psicólogo, Médico y/o Psiquiatra.
- b. **CONFORMACIÓN DE GRUPOS:** Se dará bajo los siguientes criterios:
 - * Se abrirá un grupo en el turno matutino y otro en el vespertino.
 - * Las sesiones se programarán estableciendo días y horarios específicos por turno para derivar a los familiares.
 - * Para iniciar el trabajo grupal se requiere un mínimo de 2 integrantes y un máximo de 8.
 - * El grupo es cerrado (hasta la tercera sesión)
- c. **EXPEDIENTE GRUPAL:** El terapeuta abrirá un expediente de grupo en el que incluirá las **Notas de Evolución Grupal** correspondientes a cada sesión (consultar el Manual del Expediente Clínico en el rubro lineamientos del Archivo Clínico), lo cual permitirá al terapeuta contar con una visión del avance del grupo.
- d. **EXPEDIENTE INDIVIDUAL:** Se abrirá un expediente individual por cada familia, en el que se incluirán las **Notas de Evolución Individual** de cada sesión (consultar el Manual del Expediente Clínico en el rubro lineamientos del Archivo Clínico), lo cual permitirá al terapeuta contar con una visión del avance del familiar del usuario de sustancias.
- e. **DURACIÓN DE LAS SESIONES Y DEL PROCESO:** Las sesiones tendrán una duración de 90 minutos de actividad y 75 minutos de apoyo. Este tiempo puede variar por el proceso

grupal que se da en el transcurso de la sesión, siendo necesario indicarlo en la Nota de Evolución y en el registro estadístico. El proceso grupal comprende 11 sesiones con base a la siguiente distribución.

- * **PRIMERA FASE, 1ª. SESIÓN:** Presentación del programa, establecimiento del encuadre, expectativas, reglas y compromisos en y con el grupo.
 - * En la primera sesión se establece el día y la hora en que se realizarán las sesiones, así como el número de integrantes con los que se iniciará la sesión.
 - * **FASE INTERMEDIA, DE LA 2ª. A LA 10ª. SESIÓN:** Desarrollo del programa terapéutico.
 - * **FASE DE CIERRE, 11ª. SESIÓN:** En la cual se hace una reflexión y evaluación del proceso grupal. Es en esta fase que se realizan los egresos en aquellos casos que no acepten otro tipo de tratamiento, tomando en cuenta la normatividad vigente. En caso contrario se les deriva a la modalidad terapéutica correspondiente a cada situación. En ambos casos se derivan a Seguimiento.
- f. **MATERIAL REQUERIDO PARA LOS FAMILIARES:** hojas blancas, lápiz, goma y sacapuntas, tarjetas bristol (3 x 5 pulgadas).
- g. **MATERIAL A UTILIZAR POR EL TERAPEUTA:** pizarrón, rotafolios y hojas de rotafolios, marcadores, gises y borrador.

IV. PROCEDIMIENTO POR FASES

A. PRIMERA FASE

1ª. SESIÓN. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA.

OBJETIVOS:

1. Favorecer la integración grupal.
2. Establecer el encuadre de trabajo.
3. Identificar las expectativas de los integrantes del grupo respecto a su participación en el grupo y la conducta adictiva del consumidor.

1ª. PARTE DE LA SESIÓN: ENCUADRE DE TRABAJO.

Tiempo de duración: 20 minutos



Terapeuta

- ♣ Da la bienvenida.
- ♣ Presenta el programa de trabajo
- ♣ Establece el encuadre de trabajo.



Dinámica de Grupo

2ª. PARTE DE LA SESIÓN: PRESENTACIÓN DEL GRUPO.

Tiempo de duración: 40 minutos

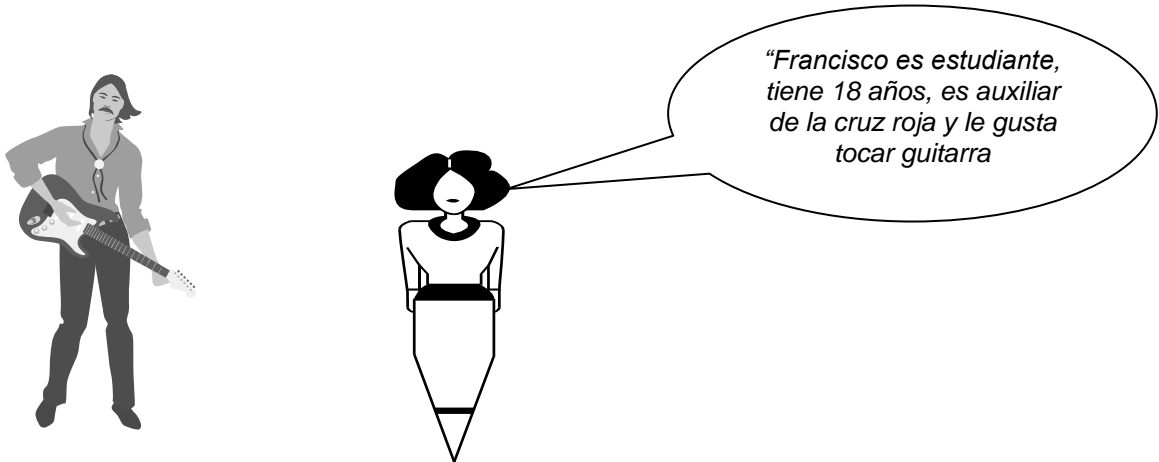
Con la intención de favorecer un ambiente cálido de confianza, cordialidad e integración en el grupo, el terapeuta desarrolla la siguiente dinámica grupal.

- ♣ Solicita al grupo que por parejas se presenten intercambiando información que sea de interés para todos, por ejemplo: nombre, procedencia, información sobre su trabajo.

Cada persona busca un compañero, que de preferencia no conozca, y conversa con él durante 5 minutos.

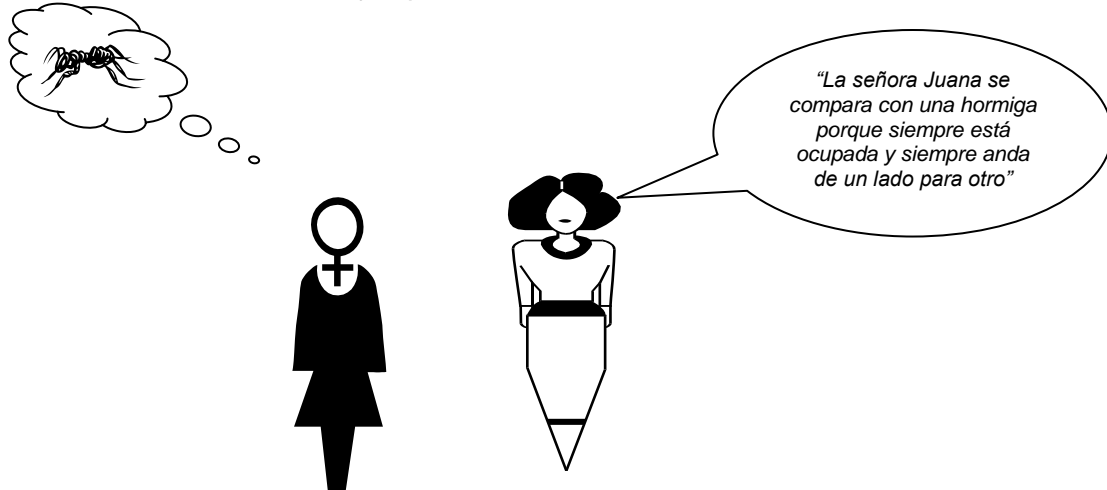


- ♣ Transcurrido los 5 minutos, cada persona presenta a su pareja en forma general, sencilla y breve, por ejemplo:



- ♣ Presentación subjetiva: se les puede pedir que cada persona se comparen con un animal o cosa, señalando rasgos del animal que se identifiquen con su personalidad, como: características de trabajo, de carácter, etc. explicando por qué se compara con determinado animal o cosa.

Posteriormente, cada pareja explica al grupo el por qué su compañero(a) se identificó con un animal o cosa. Por ejemplo:



La duración de esta dinámica dependerá del número de integrantes, el tiempo máximo por pareja, para la presentación en el grupo, es de 3 minutos.

El terapeuta podrá elegir otro ejercicio de integración según las características del grupo.



3ª. PARTE DE LA SESIÓN: EXPECTATIVAS DEL GRUPO.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Esta parte de la sesión tiene como finalidad conocer las expectativas del grupo. Para ello se plantean las siguientes preguntas, las cuales se anotarán previamente en el pizarrón o rotafolios, sin que éstas lleven un orden en particular y sin la restricción de otras preguntas que lleven al terapeuta a conocer las expectativas de los familiares sobre su participación en el grupo y elaborar su diagnóstico de acuerdo a los criterios de inclusión especificados en la metodología.

1. ¿Qué situación motivó que ustedes buscaran ayuda profesional?
2. ¿De quién fue la idea?
3. ¿Quién está de acuerdo y quién no?
4. ¿Han buscado terapia o consejo por problemas psicológicos, familiares, de pareja u otros problemas personales?
 - ¿Por qué tipo de problema?
 - ¿Qué resultados obtuvieron?
 - ¿Cuánto duró su tratamiento?
5. ¿Han asistido a grupos de Ayuda Mutua por problemas de droga, alcohol, alimentación, juego o tabaco?
 - ¿Hace cuánto tiempo y qué resultados obtuvieron?
6. ¿Qué espera del grupo y del terapeuta?
7. ¿Cómo le gustaría que fuera esta experiencia de grupo?
8. ¿Qué podrían ofrecer a los demás integrantes a partir de su experiencia?
9. ¿Qué es lo que desearía cambiar?

El terapeuta escribe, en el pizarrón o rotafolios, los aspectos más significativos mencionados por los familiares, señalando las expectativas de grupo y las que se abordaran en este espacio, haciendo hincapié en:

- ☞ El compromiso para realizar ejercicios y tareas de cada sesión, así los registros que se les asignen.
- ☞ Confidencialidad.
- ☞ No juzgar a los demás.
- ☞ Las cosas que todos tienen en común.

**B. FASE INTERMEDIA:
DESARROLLO DEL
PROGRAMA TERAPÉUTICO.
2ª A 10ª SESIÓN.**

El proceso de trabajo en esta fase tiene como propósito favorecer la adquisición de habilidades que permitan el cambio en el patrón de comportamiento establecido con el consumidor de drogas, empleando estrategias destinadas a modificar pensamientos y creencias que sustentan su percepción, interpretación y manejo de la conducta adictiva en el ámbito familiar.

En estas sesiones se trabajará sobre las características principales que identifican a una persona coadicta, reglas y rasgos familiares que tienen influencia sobre esta conducta; el estereotipo de género y el peso que los pensamientos y creencias tienen en ellos mismos en su papel como hombre/padre/hijo o mujer/madre/hija, lo cual se sustenta en elementos socioculturales que los avalan y justifican.

2ª. SESIÓN. ¿QUÉ ES LA COADICCIÓN?

OBJETIVOS:

1. Conocer qué es la coadicción.
2. Identificar las características que distinguen a una persona coadicta.
3. Identificar las formas de relación que establecen los familiares coadictos con un consumidor de drogas y las consecuencias en la familia.



Dinámica de Grupo

1ª. PARTE DE LA SESIÓN: DINÁMICA DE GRUPO.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Con la finalidad de que los familiares conozcan qué es la coadicción se lleva a cabo una dinámica en donde cada integrante definirá su propio concepto de coadicción para que posteriormente se elabore uno grupal.

Material: Hojas de rotafolios, pizarrón o rotafolios, lápiz o pluma, gises o marcadores.

- ♣ Divide al grupo en subgrupos de 3 ó 4 personas, según el número de participantes y cada subgrupo elige un representante.
- ♣ En cada esquina del aula coloca una hoja de rotafolios con un plumón.
- ♣ Cada integrante, uno por uno, escribe lo que para él significa la palabra Coadicción.

Esta actividad se realiza en silencio y de forma individual.

Una vez concluida esta fase, el terapeuta:

- * Dispone del espacio del salón, de tal manera que los familiares puedan verse de frente (en círculo) y el representante de cada grupo lee su definición.
- * Pide al grupo que, con todas las definiciones que escucharon, elaboren, entre todos, un concepto de coadicción.
- * Una vez elaborado el concepto, se lee y el grupo lo aprueba o modifica.
- * Lo escribe en una cartulina grande y lo fija en algún espacio del salón, donde sea visible para todos.

**Desarrollo
del Tema**



**2ª. PARTE DE LA SESIÓN: DESARROLLO DEL TEMA
LA COADICCIÓN Y SUS CARACTERÍSTICAS.**

Tiempo de duración: 30 minutos.

En acuerdo a la lectura del tema que se encuentra en el apartado V de este Manual: *¿Qué es la coadicción?*, el terapeuta explica qué es la coadicción, sus características, tipología y el cómo una persona puede llegar a ser coadicta.

Se sugiere la exposición del tema, quedando a criterio del Terapeuta si le agrega información o modifica la sugerida.

Explica al grupo que las familias con hijos que consumen drogas, generalmente presentan relaciones interpersonales conflictivas, debido al desaliento que supone el problema de la adicción, y si a ésto se le añade la culpa, impotencia y en ocasiones la pérdida de la autoestima familiar, el problema va en aumento, de manera que los padres no se percatan de que la relación con el consumidor de drogas y su significado favorece el mantenimiento de la conducta adictiva. Es así como establecen formas de relación coadictiva.



Dinámica de Grupo

3ª. PARTE DE LA SESIÓN.

IDENTIFICANDO LAS FORMAS DE RELACIÓN COADICTA.

Tiempo de duración: 25 minutos

La finalidad de este ejercicio es promover en los familiares la identificación de las formas de relación coadicta que tienen con el consumidor de drogas para modificarlo y establecer una relación más funcional y menos dolorosa.

El Terapeuta pide a los integrantes del grupo formar nuevamente subgrupos, para que, considerando lo que expuso, describan:

- ♣ La relación que tienen con su familiar que consume drogas y cómo le afecta al resto de la familia.
- ♣ Considerando la tipología de la coadicción e independientemente del parentesco o relación con el usuario (madre, padre, hermana(o), tía(o), amiga(o), novia(o), esposa(o), etc.), ¿qué rol o funciones han desempeñado? y ¿cómo se sienten?

Posteriormente solicita al representante de cada subgrupo que describa brevemente los comentarios de su grupo y anotará en el pizarrón o rotafolios, las que considere pertinentes, aclarando dudas e inquietudes.

Por último, concluirá esta fase no sin antes destacar que la coadicción no se desarrolla propositivamente, sino que surge de la interacción de factores sociales, individuales, familiares, culturales y de la adicción en la familia. Destaca que el problema de la adicción no es sólo del que consume sustancias, sino que es un problema en el cual están involucrados todos los integrantes de la familia, de ahí la importancia de este espacio terapéutico, creado especialmente para ellos, para que aprendan de ellos mismos e identifiquen aspectos y circunstancias que intervienen en la conducta coadicta y permisiva para favorecer un cambio que les permita establecer una relación diferente con el consumidor.

Tarea



4ª. PARTE DE LA DE SESIÓN.

TAREA: IDENTIFICANDO CONDUCTAS COADICTAS

Tiempo de duración: 5 minutos.

El terapeuta explica en qué consiste la tarea y en la importancia de realizarla y traerla la próxima sesión.

A cada familiar le proporciona una hoja con la **Tarea Núm. 1: IDENTIFICANDO CONDUCTAS COADICTAS**, así como la TIPOLOGÍA DE LA COADICCIÓN, ROLES EN LA FAMILIA Y ROLES DE LOS NIÑOS.

EXPLICACIÓN: Ahora que conocen lo que es la coadicción y sus características, es importante identificar la relación que tienen con su familiar que consume drogas. Observen los siguientes ejemplos para que en casa realicen el ejercicio correspondiente.

SITUACIÓN	RELACIÓN DE COADICCIÓN QUE ESTABLEZCO COMO MADRE	RELACIÓN DE COADICCIÓN QUE ESTABLEZCO COMO PADRE	RELACIÓN DE COADICCIÓN QUE ESTABLEZCO COMO: ESPOSA(O), HERMANA(O), NOVIA(O), AMIGA(O), OTRO
Mi hijo dijo que le diera algo y sólo así iría a terapia.	Le compré los tenis que él escogió y sólo así logré que asistiera a la sesión.		
Mi hijo llegó borracho.		Lo agredí, lo insulté, no le permití hablar.	
Cuando mi esposo está borracho, me insulta y golpea.			Mi esposo me dijo cosas crueles que realmente me lastimaron, sé que está apesadumbrado y que no quiso decir las cosas que dijo. Me tengo que aguantar, es el padre de mis hijos.

Una vez que los integrantes del grupo comprendieron en qué consiste la tarea, el terapeuta entrega a cada integrante un formato de la **TAREA 1: IDENTIFICANDO CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS**, así como la lectura **TIPOLOGÍA DE LA COADICCIÓN** para que lo contesten en su casa.

Así mismo, entrega a cada familiar el **CUESTIONARIO FAMILIAR** para que lo contesten en su casa, explicando que en éste se plantean preguntas que, tanto a ellos como al terapeuta, permitirá identificar formas de relación, consecuencias y sentimientos que se experimentan cuando se tiene un familiar que consume drogas.

Este cuestionario permitirá al terapeuta confirmar el diagnóstico de codependencia.

Por último, les solicita que no olviden traer a la siguiente sesión la tarea y el cuestionario, ya que en la próxima sesión trabajarán en ello.

TAREA No. 1 IDENTIFICANDO CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS

Nombre: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente: _____

La finalidad de esta tarea es identificar y registrar en el siguiente cuadro, la relación que establece con su familiar. Ejemplifique con situaciones que le hayan ocasionado problemas y anote, en cada una, lo que hizo su familiar y la conducta que usted identifique haber tenido. Recuerde el ejercicio que desarrollamos en la sesión.

CONDUCTA DEL USUARIO DE DROGAS	RELACIÓN QUE ESTABLEZCO COMO MADRE	RELACIÓN QUE ESTABLEZCO COMO PADRE	RELACIÓN QUE ESTABLEZCO COMO: ESPOSA(O), HERMANA(O), NOVIA(O), AMIGA(O), OTRO

No olvide traer este formato en la próxima sesión.

TIPOLOGÍA DE LA COADICCIÓN¹³

- 1. PADRES DOMINANTES.** Suelen ver a sus hijos como una extensión de ellos y buscan que ellos logren alcanzar en sus vidas lo que ellos no alcanzaron. Deciden lo que es mejor para sus hijos: qué estudiar, cómo vestir, de quién enamorarse, con quién relacionarse. Los presionan para alcanzar metas que son importantes para ellos sin considerar el interés de los hijos. Este tipo de padres parte de la premisa que siempre están en lo correcto y en sus corazones sienten que es lo mejor para los hijos. Como resultado de este tipo de crianza vemos adultos inseguros, rebeldes, con coraje reprimido que se puede manifestar en comportamiento auto destructivo. Cuando los hijos de éstos padres se convierten en papás pueden repetir el modelo observado.
- 2. PADRES CRITICONES.** Utilizan la crítica para controlar. Juzgan, focalizan los errores, promueven sentimientos de culpa y vergüenza. Suelen ser perfeccionistas. Independientemente del esfuerzo que los hijos hagan para obtener la aprobación de los padres, nunca es suficiente. El mensaje es, "no haces nada bien". La crítica puede ser de forma directa o indirecta. Algunos ejemplos de crítica son: "que mal te ves", "no puedo creer eso de ti", "nunca haces nada bien", "eres tan bonita, pero tienes un genio". Los hijos producto de este sistema de crianza pueden ser personas inseguras, perfeccionistas, con fuertes necesidades de aprobación, se sienten rechazados, tienen baja auto estima, experimentan vergüenza. En el matrimonio buscan un cónyuge crítico o adoptan el rol de crítico. También pueden apegarse a parejas que les manifiesten admiración y/o aprobación.
- 3. PADRES SOBREPOTECTORES.** Perciben que sus hijos los necesitan y que no pueden conducirse solos. Controlan utilizando la culpa. Envían los siguientes mensajes: "Yo lo hago por ti". "Tú solo no puedes". "Me da miedo de que te pase algo malo". Los padres sobre-protectores no permiten que sus hijos maduren emocionalmente y sean adultos responsables de sí mismos. Suelen ser personas inseguras, tienen dificultad en el proceso de toma de decisiones, no toman iniciativa y no saben satisfacer sus necesidades. El esquema mental es un sentimiento de baja auto eficacia: " No soy capaz de hacerme cargo de mí mismo". En la adultez temen al desamparo y la desprotección. El ideal de mujer para un hombre que ha sido sobre-prottegido es una mujer rescatadora. Sin embargo, si la persona tiene mucho coraje debido a la sobre-protección de los padres, visualizará en su cónyuge a una persona que desea controlarlo, lo cual llevará a conflicto en la relación.
- 4. PADRES DISTANTES.** Están físicamente presentes, pero emocionalmente ausentes. No demuestran atención y afecto a los hijos. Un padre/una madre distante puede ser la persona que trabaja muchas horas y no tiene tiempo para dedicarle a los hijos. Puede ser el que llega del trabajo a ver televisión, o el que dedica un tiempo excesivo a algún deporte, pasatiempo o la iglesia. Un padre o madre distante puede ser aquel que está sumergido en una depresión o problemas maritales. Los hijos de padres distantes crecen sintiendo que no son dignos de amor. Tienen una baja auto estima. Si una persona no se quiere a sí misma, proyectará ese sentimiento y pensará que nadie podrá amarla. Sienten un gran vacío y soledad. En su vida de adulto ansían ser amados, pero a la vez pueden temer a la intimidad. Suelen apegarse excesivamente a cualquier persona que le brinde amor, o lo que ellos piensan que puede ser el amor.
- 5. PADRE/MADRE POCO EFICAZ.** Son aquellos que no son capaces de manejar su propia vida. El mensaje que reciben los hijos es "yo no puedo con mi vida, menos puedo con la tuya". En esta categoría se incluyen a los padres que no establecen límites apropiados con los hijos, se desahogan con ellos, le cuentan todos sus sufrimientos, buscan que los hijos estén ahí para ellos y los ayuden. Estos padres pueden confrontar algún problema de adicción o emocional.

¹³ González, M. (s.f.) **Padres Coadictos**. [En línea]. Página web.
<<http://groups.msn.com/AmoryServicio/mscoadccion.msnw>> [Consulta, 19 de enero de 2004]

ROLES EN LA FAMILIA

- 1. EL RESCATADOR:** Este miembro de la familia se encarga de salvar al consumidor de drogas de los problemas que resultan de su adicción. Son los que inventan las excusas, pagan las cuentas, llaman al trabajo/escuela para justificar las ausencias, etc. En general ellos(as) se asignan a sí mismos la tarea de resolver todas las crisis que el adicto produce. De esta manera promueven el autoengaño del consumidor, manteniéndolo ciego a las consecuencias de su adicción y convencido de que no existe ningún problema con su uso.
- 2. EL CUIDADOR.** Ellos asumen con ímpetu todas las tareas y responsabilidades que puedan, con tal de que el adicto no tenga responsabilidades o tenga las menos posibles. Actúan convencidos de que al menos "las cosas están andando". Sin embargo, no se percatan de que al asumir tareas que no les corresponden y con responsabilidades que no son suyas, se produce una sobrecarga que afecta su salud. Esto a su vez promueve la falta de conciencia en el consumidor de drogas y del deterioro que produce la adicción en su funcionamiento.
- 3. EL RECRIMINADOR.** Esta persona se encarga de culpar al consumidor de drogas de todos los problemas de la familia. Se encarga de llevar a cabo sesiones de recriminación tremendamente amargas y sermones que, no sólo son exagerados, sino que además sólo funcionan para indignar al consumidor, brindándole así excusas perfectas para seguir en el consumo.
- 4. EL DISCIPLINARIO.** Alguno de los integrantes de la familia usualmente se encarga de manejar el rol de disciplinario. Este familiar presenta la idea de que lo que hace falta es un poco de disciplina y agrede al consumidor, ya sea física y/o verbalmente. Esta actitud nace de la ira y frustración que se acumulan en la familia y de los sentimientos de culpa en muchos sus integrantes.

ROLES DE LOS NIÑOS

- 1. EL HÉROE.** Es generalmente el papel del hijo mayor de la familia. El héroe o heroína es el niño o la niña más responsable y actúa como el segundo papá o la segunda mamá de los hermanos. El héroe trata de lograr la aprobación de otros, especialmente la de los adultos. Casi siempre ellos pueden lograr muchas cosas en diversas actividades. Pueden ser líderes en la escuela y la iglesia; son buenos estudiantes y buenos trabajadores. La psicología inconsciente del héroe es: *si soy bueno, mi familia no puede ser tan mala y posiblemente pueda mejorar*. De esta manera el héroe es coadicto también porque piensa que su conducta puede cambiar la conducta del otro.
- 2.** El papel del segundo hijo generalmente es el de **LA OVEJA NEGRA O EL ESCAPISTA**. Ha aprendido que la atención negativa es más fácil de lograr que la atención positiva. La oveja negra está metida en problemas con la familia, la escuela y posiblemente con la ley. Experimenta con el alcohol o las drogas a muy temprana edad o puede tener un embarazo fuera del matrimonio muy joven. Su coadicción se manifiesta en la negación de sus sentimientos verdaderos con la conducta de rebelión. Esta conducta extrema distrae la atención de la familia del problema principal, como por ejemplo el alcoholismo del padre, facilitando así la negación de toda la familia.
- 3.** El tercer papel de los niños es el de **NIÑO PERDIDO**. Este niño no causa ninguna molestia y evita muchos conflictos. El niño perdido vive aislado de la familia y pasa mucho tiempo solo, desarrollando una vida de fantasía. Por eso puede ser muy creativo. Este niño no confía en las personas fácilmente y se acerca más a las mascotas y a los muñecos. Su coadicción se manifiesta inconscientemente en la negación de su necesidad de otros. Su soledad e independencia tienen la característica de compulsión. Estos niños perdidos evitan a la gente en forma compulsiva.
- 4.** El cuarto papel es el del hijo menor, y se llama **EL PAYASO**. Él usa su buen sentido del humor para llamar la atención hacia él y distraer la atención de las tensiones que hay en la familia. Él es bromista, encantador y muchas veces es muy divertido. La coadicción de este niño es que se siente responsable del dolor de la familia y cree que debe aliviarlo con buen humor y bromas.

TAREA NO. 1- A CUESTIONARIO FAMILIAR

NOMBRE: _____

PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de preguntas que le permitirán conocer algunos aspectos de usted. Léalas detenidamente y, en cada caso, marque con una **X sólo una** de las tres opciones de cada pregunta que de cuenta de su situación personal. No deje ninguna pregunta sin responder.

1. ¿Usted cree y siente que es responsable por otras personas, por sus sentimientos, pensamientos, acciones, decisiones, deseos, necesidades, bienestar o malestar, incluso por lo que les ocurra en el futuro?
 0 Nunca.
 1 Rara vez
 2 Frecuentemente

2. ¿Se siente usted instintivamente impulsada(o) a ayudar a otras personas a resolver sus problemas, aún cuando ellos no le hayan pedido ayuda?
 0 Nunca.
 1 Rara vez
 2 Frecuentemente

3. ¿Se encuentra a usted misma(o) diciendo sí, cuando en realidad quería decir no, haciendo cosas que realmente no desea hacer, haciendo más que lo que se consideraría una repartición justa del trabajo, o haciendo cosas para otras personas que ellos pueden hacer por ellos mismos y entonces se siente resentida(o) y víctima?
 0 Nunca.
 1 Ocasionalmente
 2 Frecuentemente

4. ¿Se siente aburrida(o), vacía(o) y sin valor, si no existe una crisis en su vida, un problema que resolver o alguien a quien ayudar?
 0 Nunca.
 1 Ocasionalmente
 2 Frecuentemente

5. ¿Usted cree que alguien es responsable de cuidarla(o) y de hacerla(o) feliz?
 0 Nunca.
 1 Rara vez
 2 Frecuentemente

6. ¿Usted cree y siente que alguien, o el problema de alguien, está controlando su vida?
- 0 Nunca
1. Rara vez.
- 2 Frecuentemente
7. ¿Es el sentimiento de culpa el que determina sus prioridades? Por ejemplo, ¿hace usted lo que quiere hacer y piensa que es bueno para usted, o usted hace lo que piensa que debe hacer para disminuir su culpa y sentirse mejor?
- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente
8. ¿Se siente usted culpable por lo que piensa y siente y lo niega?
- 0 Nunca
1. Rara vez.
- 2 Frecuentemente
9. ¿Se preocupa usted por una persona hasta el punto donde pierde sueño y no puede relajarse y disfrutar de la vida?
- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente
10. ¿Piensa usted acerca de otra persona y acerca de sus problemas más de tres veces al día?
- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente
11. ¿Está usted tan preocupada(o) por alguien que se ha deprimido y enfermado físicamente?
- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente
12. ¿Está usted tan preocupada(o) por alguien que por ello toma tranquilizantes o bebe alcohol para manejar la ansiedad que ello le produce?
- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

13. ¿Cree usted que no puede ser feliz hasta que otra persona –padre, hijo, amigo, novio o pareja– cambie su conducta?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

14. ¿Usted cambia su rutina y deja de vivir su vida, porque está muy molesta(o) con alguien?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez
- 2 Frecuentemente.

15. ¿Usted trata de controlar los eventos y a las personas, a través de retirar el afecto, producir sentimientos de culpa, coaccionar, amenazar, dar consejos no solicitados, ejercer manipulación o dominación?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

16. ¿Se siente confundida(o), desamparada(o), algunas veces piensa que se volverá loca(o) a causa de la forma en que se ha involucrado en la vida de otra persona?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

17. ¿Le permite a alguien que abuse de usted física o emocionalmente?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

18. ¿Está usted abusando física o emocionalmente de alguien?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

19. ¿Se siente atacada(o) y a la defensiva cuando otras personas hablan de usted?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

20. ¿Siente que tiene que ponerse furiosa(o) y gritar para que la(o) oigan?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

21. ¿Busca usted la aprobación de otras personas por su conducta o decisiones?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

22. ¿Trata de probar que usted es suficientemente buena(o) para otras personas, pero se olvida de preguntarse si esas personas son suficientemente buenas para usted?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

23. ¿Se siente usted atrapada(o) en las relaciones?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

24. ¿Culpa a otras personas de las circunstancias de su vida?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

25. ¿Usualmente usted dice lo que siente?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

26. ¿Usted pide lo que necesita de manera indirecta o muchas veces no habla de eso?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

27. ¿Miente para proteger y cubrir a las personas que quiere?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

28. ¿Está tolerando conductas que usted ha dicho que nunca toleraría?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

29. ¿La(o) han herido alguien tan profundamente que usted ha perdido su fe espiritual?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

30. ¿Alguien la(o) ha herido tan profundamente que ha estado pensando en hacer, y haciendo cosas para castigar y vengarse de esa persona?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

31. ¿El enojo de alguien controla sus acciones? Por ejemplo, invierte mucho tiempo y energía pensando y eligiendo la conducta que será la que menos provocará el enojo de esa persona.

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

32. ¿Tiene sexo con alguien aunque no lo quiera tener?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

33. ¿Tiene usted dificultades para relajarse y divertirse?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

34. ¿Se siente estancada(o), atrapada(o) y desesperanzada(o), pero se dice a sí misma(o) que su problema no es tan serio como para necesitar ayuda?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez.
- 2 Frecuentemente

35. ¿El problema de otra persona ha determinado que usted se separe y se aíse de las cosas y las personas que usted disfruta?

- 0 Nunca
 1 Rara vez.
 2 Frecuentemente

36. ¿Ha pensado en el suicidio o ha deseado la muerte como un escape a una relación intolerable?

- 0 Nunca
 1 Rara vez.
 2 Frecuentemente

37. Las siguientes preguntas le permitirán a su terapeuta comprender los sentimientos más característicos para usted en este momento de su vida.

A. ¿De qué manera usted ha intentado manejar el problema de consumo de drogas con su familiar? Elija las opciones que den cuenta de cómo ha enfrentado este problema.

	Discutiendo.		Justificándolo
	Con suplicas como "Me vas a matar"		Intentando resolverle sus problemas
	Regañando y llorando.		Mintiendo para protegerlo
	Dándole medicamentos sin que él se diera cuenta.		Dándole dinero.
	Amenazándolo.		Ocultando sus malas conductas.
	Siguiéndolo y vigilándolo en forma oculta.		Defendiéndolo cuando es atacado por otros miembros de la familia.
	Pagando sus deudas sin que nadie se entere.		Siendo cómplice de sus llamadas telefónicas.
	Comprándole ropa cuando la pierde o regala.		Sintiendo que el medio familiar lo presiona en exceso.
	Otros (explique)		

B. ¿De qué manera el problema de consumo de drogas por parte de su familiar le ha causado problemas a usted y a su familia? Marque todos los que procedan.

	Estado mental y emocional.		Estado de salud.
	Estado de ánimo.		Apariencia física.
	Personalidad.		Consumo de drogas o alcohol.
	En lo económico.		Esperanzas, miedos y preocupaciones.
	Trabajo o carrera.		Patrón de dormir.
	Humor y la atmósfera en casa		Patrón comer.
	Vida social.		Perspectiva general en la vida
	Relación con los demás.		Otros (especifique):

38. ¿Cuál de los siguientes problemas ha experimentado usted? Marque todos los que procedan.

<input type="checkbox"/>	Agotamiento mental.	<input type="checkbox"/>	Depresión.
<input type="checkbox"/>	Períodos de llanto.	<input type="checkbox"/>	Enojarse fácilmente.
<input type="checkbox"/>	Dormir en exceso.	<input type="checkbox"/>	Insomnio.
<input type="checkbox"/>	Pérdida del impulso sexual.	<input type="checkbox"/>	Comer en exceso.
<input type="checkbox"/>	Pérdida del apetito.	<input type="checkbox"/>	Falta de atención.
<input type="checkbox"/>	Problemas de digestión.	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza.
<input type="checkbox"/>	Cambios del humor.	<input type="checkbox"/>	Explosiones emocionales.
<input type="checkbox"/>	Dolores musculares.	<input type="checkbox"/>	Dolores en el pecho.
<input type="checkbox"/>	Palpitaciones.	<input type="checkbox"/>	Hablar aturdido(a).
<input type="checkbox"/>	Otros (especifique):		

39. ¿Qué sentimientos le causa a usted el consumo de drogas o alcohol de su familiar? Marque las opciones que considere pertinentes.

<input type="checkbox"/>	Ira o rabia.	<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>	Desconcierto.	<input type="checkbox"/>	Vergüenza.
<input type="checkbox"/>	Desesperanza	<input type="checkbox"/>	Resentimiento	<input type="checkbox"/>	Desprecio.	<input type="checkbox"/>	Culpa.
<input type="checkbox"/>	Dolor.	<input type="checkbox"/>	Indefensión.	<input type="checkbox"/>	Decepción.	<input type="checkbox"/>	Compasión.
<input type="checkbox"/>	Auto reproche	<input type="checkbox"/>	Disgusto.	<input type="checkbox"/>	Desamparo.	<input type="checkbox"/>	Inferioridad.
<input type="checkbox"/>	Indiferencia.	<input type="checkbox"/>	Incapacidad.	<input type="checkbox"/>	Confusión.	<input type="checkbox"/>	Venganza.
<input type="checkbox"/>	Frustración.	<input type="checkbox"/>	Humillación.	<input type="checkbox"/>	Venganza.	<input type="checkbox"/>	Otros (explique):

INTERPRETACIÓN DE LA CALIFICACIÓN OBTENIDA:

Una vez que los familiares han dado respuesta al cuestionario, se suman los puntos de cada una de las 36 primeras preguntas, obteniéndose un total.

Con el puntaje obtenido se puede evaluar el nivel de coadicción de cada familiar, para lo cual se toma como guía la siguiente tabla. Como se puede observar, cuanto más baja es la puntuación global, el nivel de coadicción no es tan significativo; en cambio, cuando la puntuación es más alta, el nivel de coadicción es mayor.

1 - 5	ADELANTE: Capaz de defender sus derechos, necesidades y desenvolverse de manera satisfactoria en sus relaciones interpersonales, su participación en el grupo puede ayudar al consumidor de drogas y a su familia.
6 - 10	CUIDADO: En algunos aspectos, si los reconoce y los acepta, podrá mejorar en muchas cosas.
11 - 25	PRECAUCIÓN: Sería de utilidad obtener información acerca de la coadicción, así como trabajar en un grupo las conductas coadictivas.
26 Ó MÁS PUNTOS:	ALARMA: Existen problemas relativos a la coadicción. Es recomendable la ayuda profesional, Es necesario informarse acerca de la coadicción y la adicción.

3ª. SESIÓN. LA RELACIÓN COADICTIVA: UN PROBLEMA FAMILIAR.

OBJETIVOS:

1. Conocer e identificar aspectos de la dinámica de la familia adicta/coadicta.
2. Identificar las reglas que predominan en las relaciones coadictivas.
3. Explorar y evaluar las consecuencias que para cada integrante de la familia tiene la adicción, al igual que las implicaciones en su vida personal, familiar, y social.

Revisión de Tarea



1ª. PARTE DE LA SESIÓN: REVISIÓN DE LA TAREA.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Revisar la tarea asignada en la sesión anterior, destacando lo que los familiares se dieron cuenta de ellos mismos, abordando dificultades, experiencias y reacciones frente al ejercicio.

El terapeuta solicita a algunos de los familiares las respuestas que escribieron y experiencias que hayan tenido en el transcurso de la semana, poniendo atención en las consecuencias e implicaciones que tiene la adicción en cada uno de los integrantes de la familia. Se sugieren las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo les ha afectado la conducta adictiva de su familiar?
 - a) Emocionalmente, por ejemplo: han presentado cambios de humor, se han vuelto irritables, se han sentido deprimidos, se han distanciado de sus amigos y de las actividades sociales, han perdido el deseo sexual, etc.
 - b) Físicamente, ¿han presentado problemas físicos relacionados con el estrés?, ¿tienen pérdida del apetito o compulsión por comer?, o ¿han perdido el interés por su apariencia física?, etc.
 - c) Económicamente, por ejemplo ¿el usuario ha vendido cosas de la casa?, ¿han pagado deudas contraídas por él?, ¿sus ahorros se han visto reducidos?, o ¿han tenido pérdida en sus ingresos?, etc.
 - d) Socialmente: ¿se han alejado de los amigos?, ¿de la familia?, ¿han cambiado sus intereses y aficiones por estar atentos a la conducta y comportamiento del adicto?, etc.
2. ¿Conociendo que el problema de uso de drogas puede durar mucho, cómo se han estructurado sus familias en su trato con el adicto? Por ejemplo: ¿los niños realizan

algunas de las funciones de los padres, o la madre la del marido o viceversa?; ¿los hijos prestan menos atención porque ven a sus padres preocupados?; ¿los familiares empiezan a aislarse de ustedes o, por el contrario, se han acercado a ustedes?, etc.

3. ¿Lo han encubierto, por ejemplo: pagando deudas, mintiendo por salvarlo, etc.?
4. ¿Qué harían si el consumidor de drogas recae durante su recuperación? ¿Lo abandonarían?, ¿se enfadarían con él?, ¿lo echarían de casa?, ¿lo internarían en un anexo?, ¿se sentirían desesperados?, o ¿qué otra cosa piensan que podrían hacer?

Estos comentarios serán utilizados por el terapeuta para realizar un análisis de cada miembro de la familia y valorar el alcance de los comportamientos que tienen con el consumidor de drogas y las consecuencias personales.

El terapeuta intervendrá cuando lo considere pertinente, reforzando o ampliando las respuestas con la intención de generar cambios y motivar a los familiares a continuar en el programa y realización de las tareas.

Desarrollo del Tema



2ª. PARTE DE LA SESIÓN. DESARROLLO DEL TEMA: LA RELACIÓN COADICTIVA: UN PROBLEMA FAMILIAR.

Tiempo de duración: 25 minutos.

Se sugiere hacer la exposición del tema *La relación coadictiva: un problema familiar*, auxiliándose del material que se encuentra en el apartado V de este Manual, quedando a criterio del Terapeuta el agregar o modificar la siguiente información.

3ª. PARTE DE LA DE SESIÓN: EJERCICIO DEL GRUPO Y TAREA IDENTIFICACIÓN DE REGLAS FAMILIARES.

Tiempo de duración: 25 minutos.



Dinámica de Grupo



Tarea

Con la finalidad de que los familiares identifiquen el tipo de reglas que se manejan en su familia, se desarrolla la siguiente dinámica.

El terapeuta explica a los familiares que para que una familia funcione adecuadamente debe haber ciertas reglas en el ámbito familiar, lo cual beneficia la relación entre sus integrantes; para modificarlas es necesario identificar cuál o cuáles habrá que cambiar. El terapeuta explica que el ejercicio les permitirá identificar las reglas que rigen en su casa, para lo cual se apoyará en el siguiente cuadro (las reglas pueden reproducirse en el pizarrón o rotafolios para que todos los familiares las identifiquen cuando el terapeuta las explique).

ES IMPORTANTE QUE LOS PADRES TOMEN EN CUENTA QUE:

- ❖ En nuestras relaciones, vivimos regidos por reglas, las cuales guían la forma en que actuamos con los demás.
- ❖ Estas reglas de relaciones se desarrollan en el ámbito familiar desde que se es niño.
- ❖ El medio ambiente, la vida y la forma en que se es tratado de pequeño, influye en el aprendizaje y modelamiento de las reglas.
- ❖ Muchas de estas reglas tienen sentido y ayudan cuando los hijos son pequeños.
- ❖ Cuando los hijos van creciendo, cambia el medio social, las experiencias de vida, etc., por lo que las reglas hasta entonces desarrolladas podrían no ser del todo útiles y hasta podrían hacer sentir a algunos padres como atrapados.
- ❖ Algunas reglas son beneficiosas, y otras no, como las que a continuación se enuncian.
 1. **LA REGLA DEL SILENCIO: NO HABLAR.** Por ejemplo, *“Si mi esposo supiera lo desesperada y triste que me siento con el problema de nuestro hijo. ¡Ya no puedo más!” “El tener un hijo que consume drogas, me convierte en una madre que no supo guiar a su hijo”.*
 2. **LA REGLA DE REPRIMIR SENTIMIENTOS PARA NO SUFRIR: NO SENTIR.** Por ejemplo, *“Lo que yo sienta no importa, primero están los míos”.*
 3. **LA REGLA DE TRATAR DE SER AUTOSUFICIENTE Y NO CONTAR CON NADIE MÁS: NO CONFIAR, MANTENERSE AISLADO.** Por ejemplo: *“Soy la responsable del bienestar de los míos”, “Como voy a confiar en alguien, si ni siquiera mi propia familia me conoce.” “Que pensarían de mí mis vecinos y amigos si supieran que mi hijo consume drogas”.*

**¿POR CUÁL O CUÁLES DE ESTAS REGLAS SE RIGEN
USTEDES CUANDO INTERACTÚAN CON SU FAMILIA?**

Los familiares darán ejemplos de las reglas aplicadas en su vida cotidiana, las cuales están relacionadas con sentimientos y/o emociones o bien con estados de ánimo.

Se hará hincapié en las cuestiones de género, siendo este aspecto el que acompaña a varias reglas. Se pondrán tantos ejemplos como sean necesarios. Los familiares podrán exponer otros.

Finalmente, el terapeuta entrega la **Tarea No. 2 IDENTIFICACIÓN DE REGLAS FAMILIARES**, la cual consistirá en identificar y registrar el tipo de reglas por las cuales se rige cada miembro de la familia cuando interactúa con el consumidor de sustancias.

TAREA NO. 2 IDENTIFICACIÓN DE REGLAS FAMILIARES.

Nombre: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente: _____

Indicaciones: Describa brevemente tres o más situaciones que se le hayan presentado, con mayor frecuencia en el transcurso de la semana, con su familiar que consume drogas y que le hayan ocasionado incomodidad. Identifique la o las reglas utilizadas y cómo afectaron a su relación.

REGLA NO. 1 GUARDAR SILENCIO: NO HABLAR.	REGLA NO. 2 REPRIMIR SENTIMIENTOS PARA NO SUFRIR: NO SENTIR.	REGLA NO. 3 SER AUTOSUFICIENTE: NO CONFIAR, MANTENERSE AISLADO

No olvide traer este formato en la próxima sesión.

4ª. SESIÓN. DETECTANDO PENSAMIENTOS

OBJETIVOS:

1. Identificar los pensamientos que caracterizan a una persona con un comportamiento coactivo
2. Identificar los pensamientos negativos y automáticos más frecuentes en los familiares.
3. Comprender cómo los pensamientos automáticos tienen relación con el comportamiento y con el estado emocional.

Revisión de Tarea



1ª. PARTE DE LA SESIÓN. REVISIÓN DE LA TAREA.

Tiempo de duración: 15 minutos.

El terapeuta revisa la tarea preguntando si tuvieron dificultades y apoya a quienes hayan tenido dudas en su desarrollo.

Les solicita comenten sus experiencias, describiendo situaciones vividas en el transcurso de la semana, y cómo respondieron a ellas, cómo se sintieron, qué pensaron, qué hicieron. El terapeuta intervendrá cuando lo considere necesario, reforzando los esfuerzos realizados hasta ese momento.

Desarrollo del Tema



2ª. PARTE DE LA SESIÓN. DETECTANDO PENSAMIENTOS.

Tiempo de duración: 25 minutos.

A partir de su experiencia clínica con las familias y de la lectura que se encuentra en el apartado V de este Manual: *Detectando pensamientos irracionales*, el terapeuta explica a los familiares en forma amplia y sencilla, cómo los pensamientos están relacionados directamente con las emociones y cómo ambos influyen en el comportamiento con el consumidor de drogas; así mismo, les ayudará a entender y separar éstos aspectos con la finalidad de establecer un mejor diálogo y entendimiento con el consumidor ya que al exteriorizar sus emociones se permitirán un mayor acercamiento con él.

A continuación se presenta un cuadro (previamente elaborado en una hoja de rotafolio o en el pizarrón) con una lista de los pensamientos más frecuentes que dan cuenta de cómo se siente el familiar de un consumidor de drogas.

El terapeuta solicita los familiares que anoten en una hoja aquellos pensamientos que se apeguen más a su situación y añadan los que den cuenta de cómo se sienten ellos y que no están registrados en esta primera columna; así mismo, se les indica que éstos serán una guía para, que como resultado de su trabajo en este grupo, los modifiquen por pensamientos más eficaces.



Cuadro: Pensamientos más frecuentes en los familiares de consumidores de drogas.

PENSAMIENTOS QUE DAN CUENTA DE LOS SENTIMIENTOS DE LOS FAMILIARES DE UN ADICTO:	PENSAMIENTOS QUE DAN CUENTA DE CÓMO ME SIENTO YO:
1. ¿Que pensarán mis familiares si se enteran que tengo un hijo adicto?	1.
2. Soy la(él) responsable del bienestar de mi familia.	2.
3. Es mejor que renuncie a mis propios intereses por el bienestar de los míos.	3.
4. No reprocho a mi familia por el cuidado que les proporciono, pero me siento resentida, porque ellos no hacen lo mismo por mí.	4.
5. Si ellos fueran considerados conmigo, como yo lo soy con ellos, estaría más contenta y me sentiría más segura.	5.
6. No sé lo que quiero, pero me imagino lo que ellos quieren.	6.
7. Si me dejaran de amar, me moriría.	7.

8. No puedo ser feliz si no me ama alguien.	8.
9. Si las personas que quiero me rechazan, es porque me estoy equivocando en algo.	9.
10. Si antepongo las necesidades de los demás a las mías, me ayudarán cuando yo necesite algo.	10.
11. Si realizo cosas agradables para los demás, me respetarán y me tratarán tan bien como yo a ellos.	11.
12. Para evitar discusiones es mejor guardar silencio.	12.
13. No puedo expresar mis sentimientos.	13.
14. Estoy enloqueciendo.	14.
15. Si tengo estos síntomas es porque estoy enferma(o).	15.
16. Si soy una buena esposa(o) mi esposo(a) deberá amarme.	16.

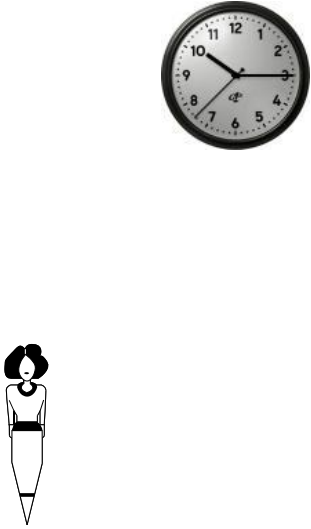

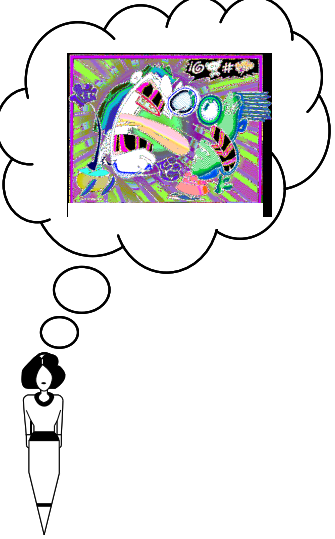
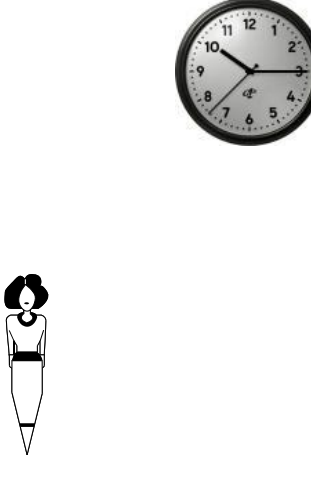
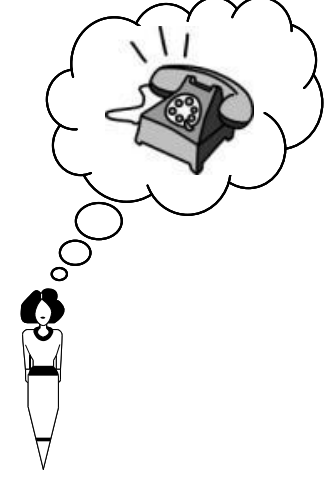

¿CÓMO AFECTAN NUESTROS PENSAMIENTOS LO QUE HACEMOS O A NUESTRO COMPORTAMIENTO?

Una vez detectados los pensamientos, el terapeuta explica la relación que existe entre los pensamientos automáticos, el estado emocional y la conducta ante una determinada situación, relación que se conoce como “Circulo Vicioso”¹⁴. Para ello, utiliza la hoja que contiene el **Análisis de una situación y respuestas diferentes**.



¹⁴ Ruiz, J. e Imbernon, J. **Sentirse Mejor. Como afrontar los problemas emocionales con la Terapia Cognitiva**. [En línea] página web http://www.psicologia-online.com/ESMUDAbeda/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse5d.htm. [Consultado en línea 15 de julio del 2003].

Análisis de una misma situación y respuestas diferentes

Situación	Pensamientos	Respuesta (Conducta)
		
		

- ☞ Cada persona tiene la misma situación y observa la hora.
- ☞ Cada persona tiene diferentes pensamientos con base a la hora.
- ☞ ¿Por qué tienen comportamientos diferentes?

El ejemplo permite observar que una misma situación puede interpretarse de diferentes formas y, de acuerdo a esas interpretaciones, los sentimientos y conductas serán distintos en cada persona.

Es decir, ante una situación, la reacción psicológica presenta una correspondencia entre nuestros pensamientos automáticos, estado emocional y conducta, de modo que cada componente afectará y se verá afectado por los otros dos.

En ocasiones, las circunstancias se interpretan errónea o negativamente, poniendo obstáculos a lo que podría ser sencillo de resolver. Si hay una comprensión exacta de lo que está pasando, nuestras emociones serán claras. Si nuestra percepción está embrollada y distorsionada, nuestras respuestas serán inadecuadas.

Los pensamientos y reacciones de muchos padres corresponden a esta categoría. De ahí la importancia de aprender a identificar los pensamientos negativos que se disparan de manera automática y que muchos de éstos no se apegan a la realidad. Para que esta situación quede clara, a continuación se realizarán algunos ejercicios de identificación y comprobación de pensamientos.



Dinámica de Grupo

3ª. PARTE DE LA SESIÓN: EJERCICIO PARA IDENTIFICAR LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.

Tiempo de duración: 30 minutos

Previamente, el terapeuta ha explicado al grupo la diferencia entre un pensamiento automático y un pensamiento funcional y la importancia que ejerce sobre la conducta. Así mismo, ayudará a los integrantes del grupo a encontrar la **evidencia de sus pensamientos**, por medio de las siguientes preguntas.

- ¿Existe evidencia de que mi pensamiento es 100% cierto?
- ¿Existe evidencia de que mi pensamiento es 100% falso?
- ¿Qué porcentaje de mi pensamiento es verdadero?
- ¿Qué porcentaje de mi pensamiento es falso?

Los familiares elegirán los pensamientos que consideren más significativos de la lista que hicieron en el inicio de la sesión y los confrontaran contra pensamientos más funcionales, hasta donde el tiempo lo permita.

El terapeuta muestra al grupo una hoja de registro de pensamientos automáticos, previamente realizada en una hoja de rotafolios o en el pizarrón. Solicita que algún familiar escriba algunos de sus pensamientos registrados en el inicio de la sesión y, posteriormente elabora preguntas que considere apropiados para cada pensamiento, ayudando al familiar a encontrar posibilidades más funcionales para cada situación.

REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS				
SITUACIÓN	ESTADO EMOCIONAL	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	CONDUCTA Y RESULTADOS	PENSAMIENTOS FUNCIONALES
Situación actual que conduce a una emoción desagradable, imágenes, recuerdos o pensamientos.	Específica: Triste, ansioso, irritado, etc.	Pensamientos que de manera automática acompañan a la emoción.	1. Que hizo ante esa situación 2. Consecuencias posteriores	Examine la evidencia: ¿Es mayormente cierto, mayormente falso, o ni uno ni lo otro?
"Me hablaron de la escuela, descubrieron a mi hijo drogándose y si no se atiende lo expulsan"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tristeza ▪ Ansiedad ▪ Culpa ▪ Rabia 	"En mi vida sólo tengo problemas y no hay remedio, ¡Dios! ¿Qué hice para merecer esto? ¿Qué clase de madre soy?"	-Le pegué a mi hijo, lo insulté. -Cada vez es más desobediente, me reta.	"Las cosas ahora parecen estar mal, pero al menos aquí estoy haciendo algo para cambiarlas, además creo que es falso que haya fallado como madre, tengo hijos fuertes y sanos"

Los familiares entenderán que la situación (realidad), sigue siendo la misma, pero en función de valorarla e interpretarla, su estado emocional y conducta varía.

Desarrollo del Tema



4° PARTE DE LA SESIÓN: TAREA.

Tiempo de Duración: 5 minutos

Con la finalidad de poner en práctica lo aprendido, el Terapeuta entrega una hoja de la **Tarea núm. 3: DETECTANDO PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y FUNCIONALES** a cada integrante, solicitando que anoten las situaciones que en el transcurso de la semana sean significativas, los pensamientos automáticos que los acompañaron y, a partir de los ejemplos realizados en la sesión, traten de modificarlos por pensamientos funcionales.

Esta tarea se integrará al expediente después de haberlo revisado en la siguiente sesión.

TAREA No. 3 DETECTANDO PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y FUNCIONALES

Nombre: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente: _____

Indicaciones: Anote todas aquellas situaciones donde detecte pensamientos automáticos y negativos y trate de cambiarlas por pensamientos más funcionales.

SITUACIÓN	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	PENSAMIENTOS FUNCIONALES

Cuando observe que su estado de ánimo se está alterando, pregúntese a sí mismo **¿qué está pasando por mi cabeza en este momento?** y anote brevemente el pensamiento o la imagen mental en la columna de pensamientos automáticos.

No olvide traer este formato en la próxima sesión.

5ª. SESIÓN. ASERTIVIDAD

OBJETIVOS:

1. Conocer la conducta asertiva.
2. Identificar conductas no asertivas.
3. Aprender a responder asertivamente.

Revisión de Tarea



1ª. PARTE DE LA SESIÓN. REVISIÓN DE LA TAREA.

Tiempo de duración: 15 minutos.

El terapeuta revisa la tarea de la sesión anterior, indagando las experiencias vividas en el curso de la semana, favoreciendo la participación de los integrantes del grupo y destacando lo aprendido; así mismo, pondrá énfasis en lo que aprendieron de ellos mismos abordando las dificultades que se presentaron frente al ejercicio.

Desarrollo del Tema



2ª. PARTE DE LA SESIÓN. DESARROLLO DEL TEMA: ESTILOS DE COMUNICACIÓN Y ASERTIVIDAD.

Tiempo de duración: 20 minutos.

El terapeuta entrega a cada familiar el TEST PARA DETECTAR LA FALTA DE ASERTIVIDAD para que lo contesten en forma individual en la sesión, explicando que este cuestionario tiene varias preguntas y cada una dos opciones: **Sí** y **No**, que les permitirá identificar si son o no asertivos y que cuentan con 5 minutos para resolverlo.

TEST PARA DETECTAR ¿QUÉ TAN ASERTIVO SOY?¹⁵

NOMBRE: _____ FECHA: _____

PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y marque **Sí**, cuando la situación que está leyendo le suceda a usted, y **No** en caso de que no le suceda.

NÚMERO	PREGUNTA	OPCIONES
1.	Ante una o más personas, ¿le cuesta expresar su opinión cuando no coincide con la de ellos?	Sí
		No
2.	Ante un trato que considera injusto, ¿tiene dificultades para exponer tranquilamente sus derechos?	Sí
		No
3.	¿Tiende a esconder sus sentimientos por temor a ser rechazada/o?	Sí
		No
4.	¿Le resulta difícil tomar la iniciativa en expresar sus deseos?	Sí
		No
5.	Si la conducta de otro le molesta, ¿le cuesta decirselo y pedirle que cambie su manera de proceder?	Sí
		No
6.	¿Le molesta recibir un halago o un favor?	Sí
		No
7.	¿Le incomoda pedir un favor que, por otro lado, usted estaría dispuesta/o a hacer sin demasiada dificultad?	Sí
		No
8.	Frecuentemente, ¿siente que los demás se aprovechan de su tendencia a complacerlos?	Sí
		No
9.	¿Suele inhibir la expresión de sus ideas u opiniones por temor a perder la simpatía de los demás?	Sí
		No
10.	Cuando decide expresar a otros su postura o desacuerdo ante algún hecho, ¿suele sentirse tensa/o o perder el control de sus emociones?	Sí
		No
11.	¿Teme a una reacción de rechazo por parte de los demás, ante la oportunidad de expresar su punto de vista sobre algún asunto?	Sí
		No

¹⁵ Saltó S., C. **Test para detectar la falta de asertividad**. [En línea]. Página web. <http://www.csalto.net/ansiedad_social/autotest_asertividad.htm> [Consulta, 12 de octubre de 2004].

12.	¿Suele sentirse abatida/o ante una crítica recibida sobre alguna de sus actuaciones?	Sí
		No
13.	¿Frecuentemente se defiende justificándose o negando la evidencia ante una crítica?	Sí
		No
14.	¿Se siente marcadamente insegura/o e incómoda/o al relacionarse con alguna persona de autoridad?	Sí
		No
15.	En varias ocasiones, ¿ha sufrido una reacción emocional desmesurada por la sensación de que los demás abusan de su tendencia a "aceptarlo todo"?	Sí
		No
16.	¿Es poco frecuente que usted exprese sus opiniones, aceptando y atendiendo a los diferentes puntos de vista de los demás?	Sí
		No
17.	¿Es capaz de negarse a realizar un favor que le piden y que no desea hacer?	Sí
		No
18.	¿Siente con frecuencia que no tiene los mismos derechos de los demás?	Sí
		No
19.	¿Le suelen tener por una persona agresiva o despiadada cuando decide decir lo que piensa?	Sí
		No
20.	¿Tiene un bajo autoconcepto de sí mismo?	Sí
		No
21.	¿Cree haber aceptado, en varias ocasiones, situaciones inadmisibles?	Sí
		No
22.	Cuando decide expresar su desacuerdo u opiniones a los demás, ¿suelen sentirse agredidos, dolidos o reaccionar defendiéndose de lo que consideran un ataque personal?	Sí
		No

El terapeuta hace del conocimiento del grupo que si han contestado afirmativamente a gran parte de las preguntas, es probable que requieran de habilidades asertivas para comunicarse con los demás. Ya que cuando ello se carece de estas habilidades, se suele actuar en forma inhibida o bien agresivamente, oscilando, la mayoría de las veces, de uno a otro extremo.

Así mismo, destaca que esta situación puede ser modificada a partir de un entrenamiento apropiado, lo cual puede devolverle la estabilidad y eficacia a las relaciones con los demás, así como mejorar nuestro autoconcepto, siendo este el objetivo esta sesión.

A continuación, explica al grupo que las personas suelen responder de tres maneras a las situaciones difíciles:

1. Por medio de la lucha (agresión física o verbal).
2. Por medio de la huida (evitación o actitud pasiva).

3. Por medio de su capacidad verbal para resolver problemas.

A ésta última se le conoce como asertividad.

Así, el terapeuta explica al grupo lo que es la asertividad, así como las características de diferentes formas de comportamiento, para ello se apoyará en la lectura **Asertividad** que se encuentra en el apartado V de este Manual.

Un punto muy importante sobre el que se hace hincapié en esta sesión, es sobre los **DERECHOS ASERTIVOS** que todos tenemos. Al final de la sesión se **entrega una copia** de ellos a los integrantes del grupo, a fin de que identifiquen, en casa, cuál o cuáles de ellos suelen olvidar en su vida cotidiana. Una vez identificadas se les puede sugerir que elaboren una o varias tarjetas con su enunciado, dejándolas en lugares a los que accedan regularmente (cocina, la recámara, la cartera, etc.), solicitándoles que cada vez que las vean, las lean. De esta manera, las tarjetas tendrán una función de recordatorio del propósito de incorporar ese o esos derechos a sus vidas.

DERECHOS ASERTIVOS¹⁶

Todo ser humano tiene derecho a ser quien es y a expresar lo que piensa y siente. Cuando esto se hace de forma asertiva se asegura el respeto por los demás y por uno mismo.

El criterio para tomar una decisión es personal. Es recomendable tener en cuenta, por una parte, la influencia que ejerce cada uno de ellos en la conservación de la autoestima y, por otro, la valoración de situaciones concretas en las que decida utilizarlos.

1. *Algunas veces, Ud. Tiene derecho a ser el primero.*
2. *Ud. tiene derecho a cometer errores.*
3. *Ud. tiene derecho a tener sus propias opiniones y creencias.*
4. *Ud. tiene derecho a cambiar de idea, opinión o actuación.*
5. *Ud. tiene derecho a expresar una crítica y a protestar por un trato injusto.*
6. *Ud. tiene derecho a pedir una aclaración.*
7. *Ud. tiene derecho a intentar cambiar lo que no le satisface.*
8. *Ud. tiene derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.*
9. *Ud. tiene derecho a sentir y expresar el dolor.*
10. *Ud. tiene derecho a ignorar los consejos de los demás.*
11. *Ud. tiene derecho a recibir el reconocimiento por un trabajo bien hecho.*
12. *Ud. tiene derecho a negarse a una petición, a decir "no".*
13. *Ud. tiene derecho a estar solo, aún cuando los demás deseen su compañía.*
14. *Ud. tiene derecho a no justificarse ante los demás.*
15. *Ud. tiene derecho a no responsabilizarse de los problemas de los demás.*
16. *Ud. tiene derecho a no anticiparse a los deseos y necesidades de los demás.*
17. *Usted tiene derecho a no estar pendiente de la buena voluntad de los demás, o de la ausencia de mala idea en las acciones de los demás.*
18. *Ud. tiene derecho a responder o no hacerlo.*
19. *Ud. tiene derecho a ser tratado con dignidad.*
20. *Ud. tiene derecho a tener sus propias necesidades y que sean tan importantes como las de los demás.*

¹⁶ **Asertividad.** [En línea Página web] <http://www.csalto.net/ansiedad_social/autotest_asertividad.htm> [Consulta 12 de octubre de 2004]

21. Ud. tiene derecho a experimentar y expresar sus propios sentimientos, así como a ser su único juez.
22. Ud. tiene derecho a detenerse y pensar antes de actuar.
23. Ud. tiene derecho a pedir lo que quiere.
24. Ud. tiene derecho a hacer menos de lo que es capaz de hacer.
25. Ud. tiene derecho a decidir qué hacer con su cuerpo, tiempo y propiedad.
26. Ud. tiene derecho a rechazar peticiones sin sentirse culpable o egoísta.
27. Ud. tiene derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en caso de que los derechos de cada uno no están del todo claros.
28. Ud. tiene derecho a hacer cualquier cosa, mientras no vulnere los derechos de otro.



Dinámica de Grupo

3ª. PARTE DE LA SESIÓN. DINÁMICA DE GRUPO PARA FAVORECER RESPUESTAS ASERTIVAS.

Tiempo de duración: 45 minutos.

La siguiente información está dirigida al Terapeuta a fin de que cuente con los elementos suficientes para llevar a cabo la Dinámica de Grupo de esta sesión.

INFORMACIÓN DE APOYO DIRIGIDA AL TERAPEUTA PARA UN ADECUADO DESARROLLO DE LA DINÁMICA DE GRUPO.

COMPONENTES NO VERBALES Y VERBALES DE TODA RESPUESTA^{17, 18}

Los **componentes no verbales** son comunes a todo tipo de respuesta. A continuación se expone cómo utilizarlos:

1. **CONTACTO VISUAL.** La ausencia de contacto visual puede transmitir mensajes no deseados, como *estoy nervioso, me siento inseguro o no creo lo que estoy diciendo*, por lo que la mirada debe estar centrada en el receptor del mensaje mientras se expone el tema. Se recomienda que al menos se mantenga el 50% del tiempo que dura la exposición. En momentos puede desviarse con el objeto de concentrarse en aquello que se quiere expresar. Una mirada excesivamente fija puede recibirse como intrusita y hostil.
2. **AFECTO.** El tono debe ser firme y convincente, aunque nunca hostil. Se adaptará a la situación que se está debatiendo y al momento del mismo.
3. **VOZ.** El mensaje más asertivo puede perderse si se transmite en un tono de voz demasiado bajo. Éste da la impresión de inseguridad y/o temor, además de que puede distraer a la persona a la cual se está dirigiendo y/o ponerlo a la defensiva. Por ello es pertinente utilizar un volumen audible, ni demasiado elevado ni demasiado bajo. La articulación de las palabras será clara, sin titubeos. El ritmo será tranquilo, sin acelerarse.

¹⁷ González, *op. cit.*, pág. 18.

¹⁸ Montalvo J., Soria R. (s. f.) *Aplicación de Técnicas Cognitivo Conductuales en un caso de problemas familiares: Reestructuración Cognitiva, Asertividad y Manejo de Contingencias*. [En línea]. Página web <<http://www.clinicadeansiedad.com/kusta,aso?subfamilia=34&familia=10> - 16k> [Consulta, 6 junio del 2003].

4. **PAUSAS.** Se hará una pausa más larga cuando se desee que el interlocutor pase a tomar la palabra.
5. **GESTOS.** Un problema común que puede diluir un mensaje asertivo es que la expresión de la cara no sea congruente con lo que se está diciendo, como sonreír mientras se afirma *ésto me enfurece*. Así pues, pueden utilizarse gestos con la cabeza, la cara, los brazos y las manos que enfatizan el discurso. Se cuidará de que estos gestos sean naturales, es decir, sean del estilo que suele utilizar la persona, ya que de no ser así, pueden restar fuerza al mensaje. Se evitarán gestos como señalar con el dedo índice puesto que puede recibirse como acusatorio y, en general, cualquier otro que pudiera transmitir hostilidad.
6. **POSTURA CORPORAL.** Una posición adecuadamente asertiva puede variar de una situación a otra. Como regla general se debe intentar mantener el cuerpo erguido en una postura que no sea rígida, ni demasiado relajada, que podría malinterpretarse como poco respetuosa.
7. **TIEMPO.** La afirmación asertiva mejor construida puede ser desaprovechada si se presenta en un momento inadecuado. Es probable que un hijo responda de una manera poco favorable a una petición de su padre, independientemente de lo bien que se haya construido la solicitud, si se ve abordado en el momento en que sale a la escuela.

Los **componentes verbales** son:

1. **EXPRESIÓN QUE DEMUESTRE COMPRESIÓN DE LA POSTURA DEL OTRO.** Comprender al otro no significa necesariamente estar de acuerdo. Hay que hacer un esfuerzo de entendimiento de los motivos o de la visión que el interlocutor tiene del asunto y expresarlo. Si es necesario, se pedirán aclaraciones hasta que se esté en posición de formular una frase que lo sintetice.

Con ello no sólo aumentan las posibilidades de que se muestre más receptivo a lo que se le va a exponer, sino que puede tener un efecto de matización en el propio mensaje.
2. **EXPRESIÓN DEL PROBLEMA.** A continuación se expondrá el problema en forma clara y concreta.
3. **DESACUERDO VERBAL.** Es aconsejable utilizar una fórmula breve como *no estoy de acuerdo con ello, o no estoy dispuesto a hacerlo*.
4. **PETICIÓN DE CAMBIO DE CONDUCTA.** Añadir este componente marca la diferencia entre una queja y una petición de cambio de conducta. Además, ofrece al receptor del mensaje una información valiosa sobre cómo se espera que se comporte en un futuro. No hay que descartar que podría ser que lo desconociese y comunicárselo le sirviera de gran ayuda para mejorar la situación.
5. **PROPUESTA DE SOLUCIÓN.** En este punto sería muy útil proponer alternativas dirigidas a modificar creencias.

El siguiente cuadro resume las formas de comunicarse analizadas hasta ahora.

TRES ESTILOS DE RESPUESTA EN LA FORMA DE COMUNICARSE¹⁹

INHIBIDO O PASIVO Se caracteriza por: demasiado o demasiado tarde; demasiado poco; nunca	ASERTIVO Se caracteriza por: conductas apropiadas y suficientes.	AGRESIVO Se caracteriza por: Demasiado pronto; demasiado; demasiado tarde.
Conducta no verbal: * Ojos que miran hacia abajo. * Tono vacilante o de queja. * Voz baja.	Conducta no verbal: * Contacto ocular directo. * Habla fluidamente. * Gestos firmes.	Conducta no verbal: * Mirada fija. * Voz alta, intimidatorio. * Gestos amenazantes.
Conducta Verbal: * Quizás, supongo... * No te molestes... * Realmente no es importante...	Conducta Verbal: * Pienso, siento, quiero... * Hagamos... * ¿Qué te parece...? * Mensajes en 1ª. Persona, verbalizaciones positivas.	Conducta Verbal: * Harías mejor en... * Ten cuidado... * Sí no lo haces... * Debes estar bromeando... * Mensajes impersonales.
Efectos: * Conflictos interpersonales. * Depresión. * Imagen pobre de uno mismo. * Pierde oportunidades. * Se siente enfadado.	Efectos: * Resuelve los problemas. * Se siente a gusto con los demás y consigo mismo. * Se siente satisfecho. * Se siente con control.	Efectos: * Conflictos interpersonales. * Culpa. * Frustración. * Imagen pobre de sí mismo. * Hace daño a los demás. * Se siente enfadado.

El desarrollo del siguiente ejercicio tiene como finalidad favorecer respuestas más asertivas en la relación de los integrantes del grupo con los familiares que consumen drogas, tomando en cuenta los componentes no verbales y verbales descritos anteriormente.

El terapeuta lleva cabo la siguiente dinámica.

1. Pide a los familiares que se sienten en círculo.
2. Coloca dentro del círculo una caja de cartón pequeña con preguntas anotadas en un papel doblado en cuatro partes. Son preguntas o situaciones donde cada integrante del grupo tendrá que responder en forma inmediata como si realmente estuviera viviendo la situación.

¹⁹ ¿Existen dificultades para afirmarse? [En línea]. Página web. <http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/existen_dificultades.htm>. [Consulta, 14 de octubre de 2004]

3. Luego, el terapeuta hace circular un objeto (a elección del terapeuta, por ejemplo una pequeña pelota), al ritmo de una melodía o al compás de palmadas. Los integrantes del grupo pasarán de mano en mano el objeto rápidamente al compañero de la derecha hasta que el terapeuta diga alto o deje de sonar la música.
4. El familiar que quede con el objeto elegirá un papel de la caja, lo leerá en voz alta y responderá en forma breve lo que esté escrito en el papel.
5. Cuando termine de contestar, el grupo opinará si la respuesta fue asertiva o no. Si la respuesta no fue asertiva se podrá dar un tiempo adicional para que cada persona pueda dar la respuesta adecuada.
6. Es conveniente que todos los integrantes del grupo pasen por esta experiencia.

PARA ELABORAR LAS PREGUNTAS SE SUGIERE:

- ♣ Elegir situaciones que vayan de acuerdo a los familiares.
- ♣ Utilizar un lenguaje utilizado por las familias (considerar la región, el barrio, etc.)
- ♣ Lo escrito pueden ser preguntas, o situaciones donde el familiar tendrá que responder en forma inmediata como si estuviera viviendo una situación real.
- ♣ Abordar situaciones que las familias no manejan bien, por ejemplo, puede ser la dificultad para establecer límites, situaciones de convivencia dentro del ámbito familiar, comunidad, etc.

EJEMPLO: A continuación se describen algunas situaciones, quedando a criterio del terapeuta si las modifica por otras más acordes a su grupo.

SITUACIONES:

1. *Rodrigo, tu hijo/hermano/novio, no aprobó matemáticas, sin embargo el fin de semana te pide que le prestes tu automóvil para ir a una fiesta. ¿Cómo le dices **No** en forma asertiva?*
2. *Tu esposo(a) te pide que te quedes en casa para arreglar una cosa sencilla. Tú ya tienes un compromiso con otras personas. ¿Qué le dices?*
3. *Un compañero le dice: "Algunas personas dicen que soy agradable, pero no sé si lo soy" ¿Qué les dices?*
4. *Tu amigo te dice: Tómate una cerveza, si no voy a pensar que me desairas. ¿Qué le dices?*
5. *Mamá/papá/hermana(o) no quiero ir a la escuela, por favor habla a la escuela y repórtame como enfermo. ¿Qué le contestas?*
6. *Tu hijo te habla a gritos porque quiere imponer su voluntad ¿Qué le dices?*
7. *Para ti, ¿qué significa ser pasivo(a)?*
8. *Para ti, ¿qué significa ser agresivo(a)?*
9. *El ser agresivo(a) ¿cómo crees que afecta tus relaciones y emociones?*

10. Para ti, ¿qué significa ser asertivo(a)?
11. Piense en algo que deseas o necesitas.
12. Piensa en ¿quién te puede ayudar a resolver los problemas que tienen con el consumidor de drogas? (familiar, amigo, medico, maestro, sacerdote, usted mismo).
13. Dame un ejemplo de cómo pedir algo, que a ti te agradaría, en forma positiva, clara y directa. Pregunta al grupo su opinión: ¿la solicitud fue agresiva, pasiva o asertiva?

El terapeuta intervendrá cuando lo considere pertinente, para aclarar las dudas que surjan, así como para favorecer la participación de los integrantes del grupo y hacer uso de lo aprendido en esta sesión.



Tarea

4ª. PARTE DE LA SESIÓN. TAREA: RESPUESTAS ASERTIVAS.

Tiempo de duración: 10 minutos

El terapeuta, auxiliándose del pizarrón o rotafolios, explica a los familiares que en el transcurso de la semana practicarán lo aprendido hasta este momento, poniendo atención en generar una respuesta asertiva con el consumidor, a fin de mejorar su relación.

Se les pide a los familiares la tarea de observar y escribir por lo menos tres situaciones de su vida cotidiana y el tipo de comunicación que tienen con su familiar que consume drogas, identificándolas como sumisas, inhibidas o agresivas, describiendo, y de ser posible practicar, una comunicación asertiva para cada situación, para ello se les entrega el formato con la **Tarea No. 4 ASERTIVIDAD.**

TAREA No. 4 ASERTIVIDAD

Nombre: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente: _____

Indicaciones: A continuación se presenta un cuadro de cuatro columnas en las cuales le pedimos anote tres situaciones difíciles que haya tenido con su familiar que consume drogas y las respuestas que tuvo: pasiva o inhibida o bien agresiva, y después trate de modificarla por una respuesta asertiva. Si usted tuvo una respuesta asertiva, indique cómo fue ésta.

SITUACIÓN	COMUNICACIÓN PASIVA O INHIBIDA	COMUNICACIÓN AGRESIVA	COMUNICACIÓN ASERTIVA

Recuerde que hablar asertivamente, significa compartir con otras personas lo que uno siente, u opina, usando el pronombre “Yo” en oraciones tales como: “Yo pienso lo siguiente...,” “Yo desearía que...” o “Me siento...”

No olvide traer este formato en la próxima sesión.

6ª. SESIÓN. RESPUESTAS ASERTIVAS

OBJETIVOS:

1. Conocer los distintos tipos de respuesta asertiva.
2. Identificar respuestas no asertivas.
3. Aplicar los diferentes tipos de respuesta asertiva.

Revisión de Tarea



1ª. PARTE DE LA SESIÓN. REVISIÓN DE LA TAREA.

Tiempo de duración: 15 minutos.

El terapeuta revisa la tarea de la sesión anterior, favoreciendo la participación de los integrantes. Aclara las dudas que se hayan presentado en la realización del ejercicio y, en caso de que en la columna de **COMUNICACIÓN ASERTIVA**, las respuestas no sean del todo asertivas favorecerá que el grupo elabore, en ese momento, una comunicación asertiva.

Desarrollo del Tema



2ª. PARTE DE LA SESIÓN. DESARROLLO DEL TEMA: DIFERENTES RESPUESTAS ASERTIVAS.

Tiempo de duración: 65 minutos.

El terapeuta, auxiliándose del material bibliográfico que se encuentra en el apartado V de este Manual: *Respuestas asertivas* (mismo que puede escribir en hojas de rotafolios y fijarlas en las paredes del salón para que estén a la vista del grupo) y explica a los integrantes del grupo los diversos tipos de respuesta asertiva.

Al término de la explicación del tipo de respuestas asertivas, el terapeuta desarrolla un ejercicio, utilizando para ello la técnica de modelamiento, siguiendo el siguiente esquema:

1. El terapeuta solicita al grupo un ejemplo que de cuenta de:
 - a. Una conducta del familiar que consumen drogas que les resulte molesta y la cual quieren modificar.
 - b. Situaciones en las que los familiares experimenten desacuerdo con la opinión del familiar que usa drogas.
 - c. Situaciones en la que han sido criticados por el familiar que consume drogas.

2. Utilizando la técnica de modelamiento, el terapeuta ensayará con los familiares las respuestas asertivas, poniendo énfasis en los puntos donde los familiares muestren dificultad, proporcionándoles retroalimentación verbal, acentuando las características positivas, y los errores los presentará en forma amistosa y no punitiva.
3. El terapeuta modelará la conducta más deseable y el familiar representará el papel de la otra persona cuando esto sea lo apropiado.
4. El familiar ensaya nuevamente la respuesta, tantas veces como sea necesario, hasta que el grupo y el terapeuta estén satisfechos con la respuesta y los integrantes del grupo puedan efectuar la respuesta con poca o ninguna ansiedad.

Muchas de las aplicaciones de modelamiento implican la participación del familiar en la conducta modelada inmediatamente después de la demostración, con suministro de reforzamiento para el familiar cuyo desempeño sea correcto. Existen diversos rótulos para referirse a los procedimientos que implican la participación del familiar. En la secuencia de modelamiento basada en la presentación sistemática y paulatina de conductas con dificultad creciente, como sucede generalmente, es frecuente el uso de modelamiento graduado.

Como se sabe existen diferentes modos de abordar esta técnica, en esta sesión se trabaja en la modalidad de rol fijo.

Así, el terapeuta, con la ayuda de un familiar, escenifica una situación que cotidianamente presente dificultad con el adicto.

A continuación se ejemplifica esta técnica.

Situación cotidiana expuesta por una madre que asiste al grupo:

⇒ *No puedo hablar con mi hijo porque siempre que llega a la casa está enojado.*

Se le pide a la señora que sea más específica y que describa lo que ella hace y cómo se siente.

⇒ *Cuando Jorge llega a la casa viene de mal humor, y si le pregunto dónde estaba, se queda callado y no me contesta. Ello me causa mucho enojo y le reclamo y termino gritándole.*

En este momento el terapeuta interrumpe a la mamá y comenta con el grupo que van a modelar una conducta, pero sólo una.

Entonces el terapeuta adopta el rol de madre y la mamá la del hijo.

MODELAMIENTO.

La mamá (terapeuta) ante la llegada del hijo a la casa, se espera a que se ubique en su ambiente (dejar los objetos que lleve consigo, pasar al baño, etc.), para acercarse a él:

⇒ *Oye hijo, te estaba esperando para hablar contigo de situaciones que me preocupan.*

Muy probablemente el hijo (madre) sienta desconfianza por este nuevo acercamiento y rechace el diálogo con la madre.

⇒ *No tengo tiempo, estoy cansado.*

La madre (terapeuta) hará manifiesta la desconfianza del chico.

⇒ *Sé que te parece extraño que quiera hablar contigo, pero quisiera saber por qué no me hablas por teléfono para decirme que vas a llegar tarde y así conocer que te encuentras bien.*

El hijo, representado por la madre que conoce muy bien sus respuestas, contestará a la intervención de la madre (terapeuta).

⇒ *¿Qué te preocupa de mí? Siempre estás de malas conmigo. Contigo no se puede hablar.*

⇒ *Como te mencionaba, saber por qué no me hablas por teléfono para decirme que vas a llegar tarde y así conocer que te encuentras bien.*

Muy probablemente el hijo, al identificar que la madre no tiene una respuesta agresiva e intrusiva, inicie una comunicación más abierta con ella.

Una vez que el terapeuta haya representado al familiar con una nueva actitud, pedirá a la mamá que tome su propio papel, por lo que el terapeuta representará al adicto, pidiéndole que procure hacer exactamente lo que el terapeuta hizo en el papel de mamá.

Representarán la misma escena para que la madre ponga en práctica lo aprendido. Cuando el terapeuta identifique en el diálogo alguna idea que pueda ocasionar nuevamente distancia entre la madre y el hijo, detiene la representación y, si bien reconoce el esfuerzo de ella y lo trabajado hasta ese momento, cambian una vez más de papeles para que el terapeuta indique la conducta a modelar y cómo hacerlo.

EJEMPLO:

Nuevamente la mamá (terapeuta) ante la llegada del hijo a la casa, se espera a que se ubique en su ambiente (dejar los objetos que traiga consigo, pasar al baño, etc.), para acercarse a él:

⇒ *Oye hijo, te estaba esperando para hablar contigo de situaciones que me preocupan.*

Muy probablemente el hijo (madre) sienta desconfianza por este nuevo acercamiento y rechace el diálogo con la madre.

⇒ *No tengo tiempo, estoy cansado.*

La madre (terapeuta) hará manifiesta la desconfianza del chico.

⇒ *Sé que te parece extraño que quiera hablar contigo, pero quiero saber por qué no me hablas por teléfono para decirme que vas a llegar tarde y así conocer que te encuentras bien.*

La madre que está representando al hijo, a quien conoce bien en sus respuestas, contestará a la intervención de la madre (terapeuta).

⇒ *¿Qué te preocupa tanto?*

⇒ *Ya te dije: saber por que no me hablas por teléfono para decirme que vas a llegar tarde. ¿No te das cuenta de que angustio cuando no llegas temprano a casa y estás con tus amigos?*

El terapeuta detiene la escena y señala:

⇒ *Es trabajo hasta aquí ha sido muy importante, usted ha hecho un gran esfuerzo, el cambio en la forma de hablar con su hijo está muy bien. Habrá que trabajar ahora lo*

último que le dice a su hijo, en el sentido de señalar que él es la causa de su angustia. Ya que ello puede llevarle nuevamente a que cierre la comunicación que hasta ese momento se ha dado, o bien generar un nuevo conflicto.

Una vez más yo haré el papel de mamá y usted el de su hijo, para que observe una propuesta de cómo sostener el diálogo iniciado.

Se repite la escena y el cambio de papeles y al llegar a:

⇒ *¿Qué te preocupa tanto?*

La madre (terapeuta) responde de la siguiente manera:

⇒ *Como te mencionaba, saber por qué no me hablas por teléfono para decirme que vas a llegar tarde y conocer que te encuentras bien. Para mí eso es muy importante, ya no estaría angustiada, ni enojada y así, cuando llegues a casa, no tendríamos lo pleitos cotidianos.*

Este intercambio de papeles entre el terapeuta y el familiar se repite y detiene, las veces que sean necesarias para ejemplificar el modelamiento gradual.

Es muy importante que el terapeuta refuerce al familiar cada vez que tenga una actitud o conducta diferente, por mínima que ésta sea.

Enseguida se forman parejas con los integrantes del grupo y ensayan lo antes expuesto.

Cada pareja elige su propia escena, en tanto que el terapeuta intervendrá cuando se les dificulte alguna conducta.

**Desarrollo
del Tema**



3ª. PARTE DE LA SESIÓN.

TAREA: ENSAYAR RESPUESTAS ASERTIVAS.

Tiempo de duración: 10 minutos

TAREA NO. 5 ENSAYAR RESPUESTAS ASERTIVAS.

Se explica a los integrantes del grupo, que la tarea de esta sesión consiste en poner en práctica lo aprendido en esta sesión y compartirlo con el grupo la semana próxima, por lo cual no se les proporcionarán hojas de ejercicios.

7ª. SESIÓN. SEXO, GÉNERO Y COADICCIÓN

OBJETIVOS:

2. Identificar los aspectos tradicionales de los roles femenino y masculino.
3. Analizar las diferencias entre el papel de la mujer –madre– y el del hombre –padre–, en la sociedad.
4. Identificar las creencias que favorecen una conducta coadictiva.

Revisión de Tarea



1ª. PARTE DE LA SESIÓN: REVISIÓN DE LA TAREA.

Tiempo de duración: 15 minutos.

El terapeuta solicita que comenten sus experiencias. Puede apoyarse de las siguientes preguntas, anotadas previamente en el pizarrón o rotafolios:

- * ¿Tuvo oportunidad de mostrarse en forma asertiva con su familiar?
- * ¿Qué hizo o dijo él ante esta nueva forma de comunicación?
- * ¿Qué hubiera podido pasar si usted no se hubiera comportado en forma asertiva?
- * ¿Qué pensamientos cruzaron por su mente después de que se comportó en forma asertiva con su familiar?

Desarrollo del Tema



2ª. PARTE DE LA SESIÓN. DESARROLLO DEL TEMA: LA CONSTRUCCIÓN DE GÉNERO EN LA MUJER COADICTA.

Tiempo de duración: 30 minutos.

El abordar este tema tiene como finalidad que los familiares identifiquen y discutan cómo el estereotipo de género y el peso de las creencias personales, influye en su estilo de apreciación e interpretación de su papel como mujer-madre-hija o padre-hombre-hijo, elementos que pueden favorecer una conducta y relación coadictiva.

El terapeuta, con base en la lectura del material que se encuentra en el apartado V de este Manual: *Sexo, género y coadicción*, explica al grupo cuál es la diferencia entre el sexo y el

género, cuándo y cómo aprendemos a comportarnos según el género, qué es una creencia y los aspectos del rol y categorías de género.



Dinámica de Grupo

3ª. PARTE DE LA SESIÓN: EJERCICIO: ASIGNACIÓN DE GÉNERO.

Tiempo de duración: 35 minutos aprox.

OBJETIVO:

1. Diferenciar entre sexo y género
2. Reconocer que la asignación de género se da en el momento del nacimiento, misma que es diferente para las mujeres y los hombres.

MATERIAL:

- * 1 fotografía de bebés sin que se distinga su sexo. (se anexan 2 fotografías para ser utilizadas a su elección)
- * Pizarrón o rotafolios
- * Gises o marcadores.

DESARROLLO:

El terapeuta solicita al grupo que observen detenidamente la(s) fotografía(s) de bebés y les preguntará: ¿cuál creen ustedes que es el niño y cuál la niña? ¿Por qué? Al tiempo que los integrantes del grupo responden, anota en el pizarrón o rotafolios las opiniones emitidas. Continuará con las siguientes preguntas:

- ♣ ¿Cómo se da uno cuenta de que un bebé es niño o niña?
- ♣ ¿Cómo se viste a un niño y a una niña?
- ♣ ¿Cómo se les educa?
- ♣ ¿Qué juguetes se le da a cada uno?
- ♣ ¿Qué cosas les permitimos a los niños y a las niñas?
- ♣ ¿Cómo y cuándo se dio cuenta de que usted era mujer/hombre?
- ♣ ¿Cuál es su idea de lo que debe ser una mujer/hombre?
- ♣ ¿Cuál fue la imagen de hombre y mujer que tuvo en su familia?

CONCLUSIONES:

De acuerdo a los comentarios del grupo, el terapeuta finaliza el ejercicio destacando los siguientes puntos.

- ♣ Las únicas diferencias que existen al nacer son las del sexo, es decir, lo biológico.
- ♣ Con base en esta diferencia sexual, se asignan ciertas características a los niños y las niñas y a esto se le llama **asignación de género**.

- ♣ La identidad de género se asume desde temprana edad, por ello es difícil recordar el momento exacto en que las personas nos damos cuenta de que somos mujeres u hombres.
- ♣ Las características del género masculino y femenino varían de acuerdo con cada cultura, clase social y edad, diferencias que no son biológicas.

Se sugiere que el terapeuta motive a los familiares a hablar de su propia experiencia y de las dificultades que tienen con la educación de sus propios hijos e hijas, con la finalidad de que la discusión no se concentre en lo ideal.





Tarea



4ª. PARTE DE LA SESIÓN. TAREA. ANALIZANDO CONDUCTAS COADICTIVAS EN SITUACIONES COTIDIANAS.

Tiempo de duración: 10 minutos

Una vez que los familiares han evaluado sus creencias e identificado la influencia de éstas en su relación con el consumidor de drogas, el terapeuta explica que la tarea de esta semana tiene por objetivo analizar su conducta con relación a situaciones que cotidianamente se presentan en el núcleo familiar en relación al consumidor de drogas y presenta los ejemplos del siguiente cuadro, los cuales habrá escrito previamente en una hoja de rotafolios. Posteriormente les entrega un formato de la **Tarea No. 6 ANALIZANDO CONDUCTAS PROBLEMATICAS EN SITUACIONES COTIDIANAS.**

CÓMO ME COMPORTO CON MI HIJO QUE CONSUME DROGAS	¿POR QUÉ CREO QUE ME COMPORTO DE ESTA MANERA?
Mi hijo llegó tomado a casa y mi esposo le quería pegar, por lo que me interpuse.	Porque, como mujer, soy la responsable de la armonía en la casa y en alguno tiene que llegar la cordura.
Al día siguiente no se pudo levantar, y tuve que hablar a la escuela reportándolo enfermo, de lo contrario lo pueden expulsar.	Porque está joven y tiene derecho a divertirse. Cuando yo fui joven nunca me divertí por cuidar de mí madre enferma.

TAREA No. 6 ANALIZANDO CONDUCTAS PROBLEMATICAS EN SITUACIONES COTIDIANAS

Nombre: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente: _____

Indicaciones: A continuación se presentan dos casillas, en las cuales usted escribirá en forma breve, situaciones cotidianas que se presentan con su familiar que consume sustancias y su conducta ante ellas. Lo más importante es la reflexión sobre los motivos de su comportamiento.

¿CÓMO ME COMPORTO CON MI FAMILIAR QUE CONSUME DROGAS?	¿POR QUÉ CREO QUE ME COMPORTO DE ESTA MANERA?

No olvide traer este formato en la próxima sesión.

8ª. SESIÓN. ROLES DE GÉNERO Y VIOLENCIA

OBJETIVOS:

1. Conocer qué es la violencia.
2. Identificar los 5 tipos de violencia.
3. Identificar la rigidez de los roles de género y su relación con la violencia.
4. Reconocer el impacto de la violencia sobre el(la) coadicto(a).

Revisión de Tarea



1ª. PARTE DE LA SESIÓN: REVISIÓN DE LA TAREA.

Tiempo de Duración: 15 minutos.

El terapeuta revisa la tarea al inicio de la sesión, favoreciendo la participación de todos los familiares, trabajando los obstáculos que se hayan presentado en el desarrollo de la misma, utilizando la información obtenida, analizando las dificultades y valorando sus acercamientos o intentos particulares.

Desarrollo del Tema



2ª. PARTE DE LA SESIÓN: DESARROLLO DE TEMA VIOLENCIA.

Tiempo de Duración: 30 minutos.

Se sugiere hacer la exposición del siguiente tema auxiliándose del material que se encuentra en el apartado V de este Manual: *Roles de género y violencia*, quedando a criterio del Terapeuta el agregar o modificar la siguiente información.



Dinámica de Grupo

3ª. PARTE DE LA SESIÓN: EJERCICIO: IMÁGENES CONGELADAS.

Tiempo de Duración: 35 minutos.

OBJETIVOS:

1. Identificar cinco tipos de violencia.
2. Reconocer el impacto de la violencia sobre las personas que la sufren.
3. Comprender que todos los tipos de violencia tienen consecuencias emocionales.

MATERIAL:

5 tarjetas, en cada una se habrá escrito uno de los diferentes tipos de violencia.

PROCEDIMIENTO:

- ☞ El terapeuta divide al grupo en cinco equipos y entrega a cada equipo una tarjeta con un tipo de violencia.
- ☞ Pide a los grupos que planeen la escenificación de una situación en la que se cometa un acto del tipo de violencia que les corresponde. Esta escenificación será a través de una “imagen congelada”, es decir, los familiares se convertirán en estatuas y no podrán moverse ni hablar. Tendrán 5 minutos para ponerse de acuerdo en cómo representar su tipo de violencia.
- ☞ Una vez que estén listos los equipos, el terapeuta solicita la participación del primer equipo para que represente su imagen congelada, y el resto de los integrantes adivinarán que tipo de violencia se está representando.
- ☞ Ya que el familiar esté congelados, le dará la siguiente indicación:
Te pido que por un instante te permitas ser esa persona que ahora estás representando, ponte en su lugar. Piensa y pregúntate: ¿Qué te llevó a estar en esa situación? Siendo esa persona, ¿qué sientes?, ¿qué deseas?, ¿qué te gustaría hacer? Te pido que expreses en voz alta, con una frase, lo que sientes, piensas o deseas Te pido que lo digas sólo cuando toque tu hombro.
- ☞ Posteriormente toca el hombro del familiar lentamente para dar tiempo a su respuesta.
- ☞ El terapeuta solicitará a los siguientes equipos que exhiban su imagen congelada y seguirá los mismos pasos que con el primer equipo.
- ☞ Cuando todos hayan expresado su frase, pedirá que regresen a sus lugares.

PLENARIA.

El terapeuta pregunta al grupo cómo se sintieron representando alguno de los tipos de violencia. Permitirá que cada uno exprese su sentir y opinión sobre la imagen que les causó mayor impacto y finalizará el ejercicio enfatizando los siguientes puntos:

- ❖ Todos los tipos de violencia conllevan consecuencias psicológicas o emocionales.

- ❖ La violencia psicológica es una de las más comunes, sin embargo tiende a minimizarse y hasta negar: La mayoría de las personas la han experimentado en alguna ocasión.
- ❖ Señalar que en nuestro país se tiende a minimizar ciertos tipos de violencia por considerarse normales.
- ❖ Pedir a los familiares que reflexionen sobre el impacto de la violencia en la mujer que sufre abuso y en los hijos que son los testigos de esta agresión.

SUGERENCIAS/TERAPEUTA:

- ❖ Que el terapeuta prepare de antemano alguna estrategia de contención en caso de que algún familiar lo necesite.
- ❖ Aplaudir después de la exposición de cada equipo, lo que permitirá bajar la tensión del grupo.
- ❖ Concluido el ejercicio se recomienda hacer un breve descanso o realizar una actividad para cerrar la sesión en un ambiente agradable de solidaridad grupal. Por ejemplo, puede solicitar a los familiares que formen un círculo y se tomen de las manos y que expresen y compartan con el grupo lo que aprendieron en la sesión. La última participación será la del terapeuta, quien concluye la sesión recordando los objetivos.



Tarea

4ª. PARTE DE LA SESIÓN: EXPLICAR Y ENSAYAR LA TAREA IDENTIFICAR SITUACIONES DE VIOLENCIA EN SITUACIONES COTIDIANAS
 Tiempo de Duración: 10 minutos.

El terapeuta entrega a cada familiar un registro de la **Tarea No. 7 IDENTIFICANDO SITUACIONES DE VIOLENCIA EN SITUACIONES COTIDIANAS** a realizar en casa, explicando que en éste se planten preguntas que permitirán identificar situaciones de violencia que se dan con el consumidor de drogas y con el resto de la familia.

El terapeuta ayuda al grupo con el primer ejemplo, el cual habrá escrito previamente en una hoja de rotafolios, para que ellos puedan contestar el registro con sus diferentes experiencias en el transcurso de la semana.

DÍA/HORA	SITUACIÓN	CON QUIÉN	TIPO DE VIOLENCIA
	Describe el acontecimiento que generó una situación de violencia.	1. Cónyuge/pareja 2. Hijo 3. Hija 4. Consumidor 5. Otro	1. Violencia Física 2. Violencia Verbal 3. Violencia Emocional 4. Violencia Sexual 5. Violencia Económica
Ejemplo: Sábado, 11:00 PM	Mi hijo llegó con aliento alcohólico. Mi esposo lo agredió, me interpuso en medio y recibí algunos golpes, mis demás hijos lloraban asustados.	1, 2, 3 y 4	1, 2 y 3

TAREA No. 7 IDENTIFICANDO SITUACIONES DE VIOLENCIA EN SITUACIONES COTIDIANAS

Nombre: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente: _____

Indicaciones: A continuación se presenta un registro con varias casillas, para que usted identifique los tipos de violencia que se generan al interior de su familia, ya sea con el consumidor de drogas, con su pareja, con otro de sus hijos, etc. Para ello, le pedimos que describa brevemente la o las situaciones que usted considere hayan desencadenado una situación de violencia, con quién fue y de qué tipo.

DÍA Y HORA	SITUACIÓN	CON QUIÉN	TIPO DE VIOLENCIA
	Describa el o los acontecimientos que generaron una o varias situaciones de violencia, así como el día y la hora en que se dieron.	1. Cónyuge/pareja 2. Hijo 3. Hija 4. Consumidor de droga. 5. Otro	1. Física 2. Verbal 3. Emocional 4. Sexual 5. Económica

No olvide traer este formato la próxima sesión.

9ª. SESIÓN. ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

OBJETIVOS:

1. Conocer qué es la Depresión.
2. Identificar los principales síntomas de un estado depresivo.
3. Identificar los pensamientos negativos que llevan a la depresión.

Revisión de Tarea



1ª. PARTE DE LA SESIÓN. REVISIÓN DE LA TAREA.

Tiempo de duración: 15 minutos.

El terapeuta revisa la tarea de la sesión anterior, indagando de qué forma ha cambiando la relación con el familiar que consume drogas. Pondrá énfasis en lo que aprendieron de ellos mismos abordando las dificultades que se presentaron frente al ejercicio.

Solicita a los familiares comenten sus experiencias, describiendo situaciones vividas en el transcurso de la semana, cómo respondieron, cómo se sintieron, qué pensaron, qué hicieron. El terapeuta intervendrá cuando lo considere necesario, reforzando los esfuerzos realizados hasta ese momento.

Desarrollo del Tema



2ª. PARTE DE LA SESIÓN. DESARROLLO DEL TEMA:

¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

Tiempo de duración: 25 minutos.

El terapeuta entrega a cada familiar la ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK para que la contesten en forma individual en la sesión, explicando que este cuestionario tiene grupos de opciones que les permitirá identificar la presencia de algunos síntomas depresivos. Les indicará que cuentan con 10 minutos para resolverlo.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK²⁰

NOMBRE: _____ FECHA: _____

PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan 21 grupos de opciones que dan cuenta de su estado de ánimo. Lea cada grupo de opciones y marque con una **X**, aquella que mejor se adapte a lo que usted ha sentido últimamente. Asegúrese de marcar sólo una opción en cada uno de los 21 grupos. Si hay más de una opción, elija aquella que tenga la puntuación más alta. Si lo duda, elija la que le parezca mejor.

GRUPO 1	0 No me siento triste. 1 Me siento triste. 2 Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza. 3 Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
GRUPO 2	0 No me siento especialmente desanimada/o ante el futuro. 1 Me siento desanimada/o con respecto al futuro. 2 Siento que no tengo nada que esperar. 3 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
GRUPO 3	0 No creo que sea un fracaso. 1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal. 2 Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos. 3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
GRUPO 4	0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes. 1 No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo. 2 Ya no tengo verdadera satisfacción de nada. 3 Estoy insatisfecha/o o aburrida/o de todo.
GRUPO 5	0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo. 2 Me siento bastante culpable casi siempre. 3 Me siento culpable siempre.
GRUPO 6	0 No creo que esté siendo castigada/o. 1 Creo que puedo ser castigada/o. 2 Espero ser castigada/o. 3 Creo que estoy siendo castigada/o.

²⁰ Burns, D.D., (2003) *Sentirse bien. Una nueva terapia contra las depresiones*. Ed. Paidós, Colección Autoayuda, México.

GRUPO 7	<p>0 No me siento decepcionada/o de mi misma/o.</p> <p>1 Me he decepcionado a mi misma/o.</p> <p>2 Estoy disgustada/o conmigo misma/o.</p> <p>3 Me odio.</p>
GRUPO 8	<p>0 No creo ser peor que los demás.</p> <p>1 Me critico por mis debilidades o errores.</p> <p>2 Me culpo siempre por mis errores.</p> <p>3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p>
GRUPO 9	<p>0 No pienso en matarme.</p> <p>1 Pienso en matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Me gustaría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad.</p>
GRUPO 10	<p>0 No lloro más de lo de costumbre.</p> <p>1 Ahora lloro más de lo que lo solía hacerlo.</p> <p>2 Ahora lloro todo el tiempo.</p> <p>3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.</p>
GRUPO 11	<p>0 Las cosas no me irritan más que de costumbre.</p> <p>1 Las cosas me irritan un poco más que de costumbre.</p> <p>2 Estoy bastante irritada/o o enfadada/o una buena parte del tiempo.</p> <p>3 Ahora me siento irritada/o todo el tiempo.</p>
GRUPO 12	<p>0 No he perdido el interés por otras personas.</p> <p>1 Estoy menos interesada/o en otras personas que de costumbre.</p> <p>2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.</p> <p>3 He perdido todo mi interés por otras personas.</p>
GRUPO 13	<p>0 Tomo decisiones casi siempre.</p> <p>1 Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.</p> <p>2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.</p> <p>3 Ya no puedo tomar decisiones.</p>
GRUPO 14	<p>0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.</p> <p>1 Me preocupa el hecho de parecer vieja/o sin atractivos.</p> <p>2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractiva/o.</p> <p>3 Creo que me veo fea/o.</p>

GRUPO 15	<p>0 Puedo trabajar tan bien como antes.</p> <p>1 Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.</p> <p>2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.</p> <p>3 No puedo trabajar en absoluto.</p>
GRUPO 16	<p>0 Puedo dormir tan bien como siempre.</p> <p>1 No duermo tan bien como solía hacerlo.</p> <p>2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.</p> <p>3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme.</p>
GRUPO 17	<p>0 No me canso más que de costumbre.</p> <p>1 Me canso más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 Me canso sin hacer nada</p> <p>3 Estoy demasiado cansada/o como para hacer algo.</p>
GRUPO 18	<p>0 Mi apetito no es peor que de costumbre.</p> <p>1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.</p> <p>2 Mi apetito está mucho peor ahora.</p> <p>3 Ya no tengo apetito.</p>
GRUPO 19	<p>0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.</p> <p>1 He bajado más de dos kilos y medio.</p> <p>2 He bajado más de cinco kilos.</p> <p>3 He bajado más de siete kilos y medio.</p>
GRUPO 20	<p>0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.</p> <p>1 Estoy preocupada/o por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.</p> <p>2 Estoy muy preocupada/o por problemas físicos como y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.</p> <p>3 Estoy tan preocupada/o por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.</p>
GRUPO 21	<p>0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesada/o en el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesada/o en el sexo.</p> <p>3 He perdido por completo el interés en el sexo.</p>

**GUÍA PARA LA INTERPRETACIÓN DEL INVENTARIO DE LA DEPRESIÓN DE BECK
(PARA USO EXCLUSIVO DEL TERAPEUTA)**

Puntuación total	Niveles de Depresión*
1-10	Estos altibajos son considerados normales.
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20	Estados de depresión intermitentes.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
Más de 40	Depresión Extrema.

*Una puntuación persistente de 17 ó más indica que puede necesitar ayuda profesional.

El terapeuta recoge los cuestionarios y favorece una discusión abierta a fin de analizar las opciones elegidas y la relación de estos sentimientos en su relación con el consumidor.

Posteriormente, el terapeuta explica a los integrantes del grupo lo qué es la Depresión y algunos síntomas de ésta, para ello se auxilia del material correspondiente que se encuentra en el apartado V de este Manual: *¿Qué es la depresión?*

Tarea



**3ª. PARTE DE LA SESIÓN. TAREA:
IDENTIFICAR Y REGISTRAR PENSAMIENTOS NEGATIVOS.**

Tiempo de duración: 50 minutos.

A continuación se trabaja con el grupo lo correspondiente a la tarea en casa, el objetivo es que los familiares identifiquen y registren los pensamientos negativos que conducen a respuestas depresivas, así como la situación que los generó. Explicará una breve estrategia con la intención de generar pensamientos alternativos y más realistas.

Para el desarrollo de estos ejercicios el terapeuta se apoya en ejemplos proporcionados por los integrantes del grupo de acuerdo a su experiencia personal.

Antes de aplicar la estrategia, hay que reconocer un pensamiento negativo (elaborar hoja de rotafolios con los conceptos y cuadro que a continuación se exponen) el proceso es el siguiente:

1. PENSAMIENTOS NEGATIVOS:

IDENTIFÍQUENLOS. Intenten recordar un sentimiento triste y repasen sus pensamientos; recuerden qué pasó a través de su mente. Estos pensamientos pueden haber sido una reacción en forma "automática" a algo que pasó; por ejemplo: el comentario de una persona, recibir una noticia, el ataque de un dolor de estómago, una imagen, etc. Probablemente encontrarán que estos pensamientos eran muy negativos y usted los creyó; por ejemplo: *Tengo un sentimiento de culpa por no haber podido salvar a mi hijo de las garras de las drogas. Mi esposo me dejó porque no era lo suficientemente buena para él. Nunca podré seguir adelante yo sola.*

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION. Ante ese(os) pensamiento(s) negativo(s), miren hacía atrás e intenten recordar qué situación o situaciones los desencadenaron. Por ejemplo: *Me citaron en la escuela para decirme que encontraron a mi hijo drogado. Ayer nos abandonó mi esposo.*

2. AÑADIENDO “SÍ, PERO...” A LOS PENSAMIENTOS.

Añadir el "sí pero..." a los sentimientos negativos, puede balancear y animar una situación difícil, sin ignorar o negar la existencia de un problema, por ejemplo:

REGISTRO DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS

SITUACIÓN	PENSAMIENTOS NEGATIVOS	RESPUESTA INCLUYENDO EL “SÍ, PERO...”
“He dado la imagen de ser una madre que soporta mucho dolor; pero soy frágil, me escondo en una actitud que no es la mía”.	"No puedo expresar mis sentimientos".	" <u>S</u> í, se me dificulta decir lo que siento, <u>pero</u> sin embargo hay personas que se llevan bien conmigo".
“Me citaron en la escuela para decirme que encontraron a mi hijo drogado”.	"Tengo un hijo adicto, soy un fracaso como madre".	" <u>S</u> í tengo un hijo adicto, <u>pero</u> estoy en terapia para ayudarlo”.
“Por los constantes gritos y pleitos, mi esposo me dejó”.	"Nunca podré seguir adelante sin él”.	" <u>S</u> í, me siento triste en este momento, <u>pero</u> estoy asistiendo al grupo para mejorar mi estado de ánimo”.

El terapeuta entrega a cada familiar el formato de la **Tarea No. 8: PENSAMIENTOS NEGATIVOS**, el cual deberán contestar en el transcurso de la semana para la siguiente sesión.

TAREA NO. 8: PENSAMIENTOS NEGATIVOS

Nombre: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente: _____

INDICACIONES: A continuación se presenta un cuadro de tres casillas, que le permitirá registrar las situaciones detectadas como productoras de pensamientos negativos que le conducen a respuestas depresivas, con la intención de generar pensamientos alternativos, más funcionales

Cuando usted detecte que se siente algo más triste, repase sus pensamientos e intente recordar qué pensamientos lo provocaron. Este(os) pensamiento(s) puede(n) ser una reacción a algo que pasó recientemente, o quizás en la última hora o en los últimos minutos, o puede ser un recuerdo de un evento pasado (el comentario de una persona, un mensaje, un dolor, una imagen, etc.) y anótelos en la columna **PENSAMIENTOS NEGATIVOS**, y la situación que los generó en la columna **SITUACIÓN**. Por último intente aplicar la estrategia **SÍ, PERO...** a esos Pensamientos Negativos.

SITUACIÓN	PENSAMIENTOS NEGATIVOS	ESTRATEGIA: SÍ, PERO...

No olvide traer este formato en la próxima sesión.

10ª. SESIÓN. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN LA RELACIÓN COADICTIVA.

OBJETIVOS:

1. Conocer qué es la recaída.
2. Identificar los estímulos de alto riesgo que podrían propiciar una recaída.
3. Desarrollar habilidades que les permitan a los familiares reconocer aquellas conductas coadictas de recaída.
4. Desarrollar estrategias de apoyo, para hacer frente a las diversas situaciones de riesgo.

Revisión de Tarea



1ª. PARTE DE LA SESIÓN. REVISIÓN DE LA TAREA:

Tiempo de duración: 15 minutos.

El Terapeuta revisa la tarea haciendo un breve análisis de las respuestas, motivando al grupo para que continúen realizando las tareas y valorando la información obtenida o intentos particulares.

Desarrollo del Tema



2ª. PARTE DE LA SESIÓN. DESARROLLO DEL TEMA:

RECAÍDAS.

Tiempo de duración: 20 minutos.

Con base a la lectura del material bibliográfico que se encuentra en el apartado V de este Manual: *Prevención de recaídas en las relaciones de coadicción*, el terapeuta explica a los integrantes del grupo el concepto de recaída.



Dinámica de Grupo

3ª. PARTE DE LA SESIÓN. DINÁMICA GRUPAL: IDENTIFICANDO FACTORES DE RIESGO.

Tiempo de duración 45 minutos.

El terapeuta solicita al grupo que se integren en subgrupos de 2 ó 3 personas, según el número de integrantes, y, en grupo, identifiquen aquellos estímulos de Alto Riesgo (internos y externos) que en su opinión pudieran contribuir a que se generen, en ellos, conductas de recaída. Mencionarán también, los signos físicos y psicológicos (ansiedad, depresión, enojo y agresividad, etc.) del consumidor que sean para ellos signos de alto riesgo, así como las técnicas aprendidas hasta hora que podrían utilizar ante estos estímulos.

Una vez que los familiares hayan dado respuesta a las preguntas, el terapeuta solicita que formen medio círculo y comenten los resultados a los que llegaron. Auxiliado del pizarrón o rotafolios escribe los estímulos que con mayor frecuencia mencionaron, los signos físicos y psicológicos del consumidor así como las técnicas que podrían implementar para afrontarlas.

Posteriormente, dará una explicación que abarque la diversidad de respuestas a las que llegaron.

Tarea



4ª. PARTE DE LA SESIÓN. TAREA: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

Tiempo de duración 10 minutos.

El terapeuta entrega a cada familiar una hoja de registro de la **Tarea núm. 9 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS**, en donde anotarán los estímulos de alto riesgo que detecten en el transcurso de la semana y el cómo lograron superarlos, mencionando si utilizaron alguna técnica de las aprendidas hasta ahora para afrontarlos.

TAREA NO. 9 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Nombre: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente: _____

Indicaciones: A continuación se presenta un cuadro de cuatro columnas en las cuales le pedimos anote: en la segunda columna los Estímulos de alto Riesgo que se le hayan presentado en el transcurso de la semana. En la primera columna, anotaré la fecha de éste y en la tercera, describa brevemente las estrategias, que hasta ahora ha aprendido y que implementó evitando así una recaída.

FECHA	ESTÍMULOS DE ALTO RIESGO	ESTRATEGIAS PARA ENFRENTAR A LOS ESTÍMULOS DE ALTO RIESGO

No olvide traer este formato en la próxima sesión.

C. FASE DE CIERRE

11ª. SESIÓN. REFLEXIÓN Y DERIVACIÓN

OBJETIVOS:

1. Evaluar si los objetivos del grupo fueron cubiertos.
2. Analizar y evaluar los logros de los integrantes del grupo.
3. Evaluar el proceso grupal.
4. Evaluar la pertinencia de continuar el tratamiento en alguna modalidad terapéutica.

Revisión de Tarea



1ª. PARTE DE LA SESIÓN. REVISIÓN DE LA TAREA.

Tiempo de duración: 15 minutos.

El terapeuta revisa la tarea, analizando con los familiares los Estímulos de Alto riesgo que detectaron, y que los pueden llevar a recaídas, así como las estrategias empleadas en cada caso.

Refuerza la información sobre los estímulos de alto riesgo que propician que los padres generen un ambiente de comunicación disfuncional, soledad, tensión, etc., proporcionándole al consumidor, el marco ideal para seguir consumiendo.



2ª. PARTE DE LA SESIÓN EVALUACIÓN E INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.

Tiempo de duración: 60 minutos.

La finalidad de esta parte es que los familiares identifiquen los logros alcanzados en el Programa de Coadictos, de acuerdo a las expectativas y objetivos establecidos en un inicio, así como generar la motivación para que continúen su proceso de tratamiento en alguna modalidad terapéutica (Terapia Familiar, Orientación a Familiares de Farmacodependientes

–siempre y cuando no hayan participado antes en él– o Tratamiento para la Depresión) con o sin el consumidor de drogas.

Antes de iniciar la evaluación, el terapeuta hace un repaso de lo que hasta ese momento se ha trabajado en el grupo (expectativas y objetivos), reconoce los esfuerzos realizados por cada uno lo cual les ha permitido reflexionar sobre su comportamiento para mejorar la calidad de su relación consigo mismo, con su familia y con el consumidor de drogas.

Pondrá énfasis en la importancia de no olvidar que la finalidad desde un inicio ha sido apoyar al consumidor de drogas en su proceso de Tratamiento. Por ello, deberán tener presente aquellas conductas que en el proceso de grupo detectaron que son propicias en la convivencia con el consumidor, así como seguir aplicando las estrategias aprendidas.

El terapeuta señala al grupo que los procesos para mejorar la relación consigo y con los demás, son diferentes en cada caso y que en él se involucran situaciones que en muchos casos no se modifican de la noche a la mañana, sino que se requiere de tiempo y de un esfuerzo continuo. Para algunos padres, el proceso que hoy concluye será suficiente, para otros, es necesario más tiempo.

El terapeuta puede auxiliarse de un ejemplo para explicar lo anterior, como:

Este proceso puede compararse con el subir una escalera para lograr una meta, como por ejemplo alcanzar la fruta de un frondoso árbol. El subir permite seleccionar la fruta más madura, la mejor. Algunas veces será necesario bajar de la escalera para colocarla en una cesta y volver a subir. Si queremos obtener la fruta que se encuentra en la punta del árbol, se requerirá un esfuerzo mayor como estirarse y extender aún más los brazos. En esos intentos uno se puede arañar con las ramas y también se corre el riesgo de caer o resbalarse (caídas repentinas), por lo que habrá que tomar precauciones para no dañarnos y, al final, lograr el objetivo.

Posteriormente, el terapeuta indica que en esta última sesión, es importante analizar e identificar en dónde están, en qué escalón se encuentran, qué tanto han ascendido, pero sobre todo, hasta dónde quieren llegar y qué tanto les falta si deciden continuar ascendiendo, para tener más y mejores resultados en la relación con ellos mismos, lo cual repercutirá necesariamente en su familiar que consume drogas.

A continuación el terapeuta entrega la hoja de registro **EVALUACIÓN DEL TRABAJO** y pide a los familiares que a partir de los temas revisados marquen con una “X” en el cuadro que se encuentra a la derecha de cada escalón, en éste caso del 1 al 9 los temas que, a manera personal, identifiquen como ya cubiertos. Es importante que aclare que no es una calificación, sino sólo una manera de valorar los cambios obtenidos y saber en dónde están.

Los siguientes 3 escalones (del 10 al 12) serán considerados como lo que quieren hacer de ahora en adelante para alcanzar su meta. Se les indica que cuentan con 5 minutos para realizar este ejercicio.

EVALUACIÓN DEL TRABAJO

NOMBRE: _____ FECHA: _____

PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____

INDICACIONES: Considerando los temas revisados, marquen con una "X" en el cuadro que se encuentra a la derecha de cada escalón, en éste caso del 1 al 9 los temas que, a manera personal, identifiquen como ya cubiertos o no cubiertos. Tenga presente que no es una calificación, sino sólo una manera de valorar los cambios obtenidos y saber en dónde esta.

Los escalones del 10 al 12, representan aquello que quieren hacer de ahora en adelante para alcanzar su meta.

12.	Deseo continuar en tratamiento.	SI	NO						
11.	Quiero llegar a...								
10.	Me falta...								
9.	Para mí hubiera sido importante hablar de: O más de:								
8.	Me di cuenta de cuáles son mis situaciones de alto riesgo (recaídas)	SI	NO						
7.	Entendí que si soy capaz de solicitar algo de forma positiva, clara y directa, mejorará mi relación con el consumidor.		SI	NO					
6.	Entendí que hay pensamientos y comportamientos que acompañan al sufrimiento y a la depresión.		SI	NO					
5.	Entendí cuál es el tipo de familia que facilita una conducta adictiva y coactiva.		SI	NO					
4.	Me di cuenta que mi forma de ser y actuar con mi hijo(a)/esposo(a)/novio(a) tiene que ver con el que sea mujer/hombre y con mis creencias.		SI	NO					
3.	Me di cuenta que mi forma de ser influye en lo que hago y la manera como me relaciono y comporto con mi hijo(a)/esposo(a)/novio(a).		SI	NO					
2.	Me di cuenta de que mi familia no es la única que sufre problemas o momentos difíciles.		SI	NO					
1.	Entendí qué es qué hace una persona coadicta.		SI	NO					

Una vez que han contestado, solicitará a los familiares que formen subgrupos, para que analicen y discutan sus logros, a partir de las siguientes preguntas, las cuales previamente se habrán registrado en una hoja de rotafolios. Para el desarrollo de esta actividad cuentan con 20 minutos.

ANÁLISIS DE LOGROS

1. ¿En qué participó y en qué no participó en el grupo? En caso de que considere que no participó, explique el ¿por qué de ello?, y ¿qué fue un obstáculo para usted?
2. ¿Cuáles diría usted son las cosas que tiene que hacer para ayudar al consumidor de drogas y cuáles aquellas que desea hacer?
3. ¿Qué tanto ha cambiado su forma de comportarse con el consumidor?
4. ¿Qué tan capaz se siente en este momento para ayudar al consumidor?
5. ¿Cree que el comportamiento coadictivo tienen que ver con el sexo al cual se pertenece?
6. ¿Elaboró alguna estrategia de acción para ayudar al consumidor? En caso afirmativo, ¿qué tan capaz se siente para llevarla a cabo?

El terapeuta favorece que esta parte de la sesión sea una conversación fluida, en donde los familiares verbalicen cómo se sintieron, qué lograron, qué les falta y de ser posible elijan una modalidad terapéutica.

Si algún familiar tiene dudas para continuar su proceso de tratamiento, puede ser útil resumir las ventajas y desventajas de continuar, seguido de preguntas reflexivas y activadoras, como por ejemplo:

- * *Debe ser difícil para usted, pues explica aspectos buenos de... pero también comenta que...*
- * *Por un lado esto le satisface pero por el otro le trae problemas. A partir de aquí, ¿qué piensa hacer?*

Puede ser de utilidad emplear la misma técnica diferentes veces con distintas preguntas, como:

- * *Esto parece incómodo para usted porque por una parte... pero por la otra... ¿Qué es lo que cree que necesita cambiar?*



Terapeuta

APARTADO V:

LECTURAS DE APOYO PARA

EL DESARROLLO DE LAS

SESIONES

**MATERIAL BIBLIOGRÁFICO DE APOYO PARA EL DESARROLLO
DE LA 2ª. SESIÓN: ¿QUÉ ES LA COADICCIÓN?**

* **PS. ESTHER ESCAMILLA A.**

Contextualizando históricamente el concepto, encontramos que desde los años cincuenta en los Estados Unidos, las esposas de los alcohólicos en los grupos de AA, comienzan a denominarse **“coalcohólicas”**²¹. Dos décadas después con la proliferación de los grupos de autoayuda para familiares de alcohólicos anónimos (Grupos de Al-Anon) y, debido a que empieza a hablarse de dependencia química, el término se transforma en **“codependientes”** en lugar de coalcohólicas²².

Con el paso del tiempo, el término fue ampliado desde el campo específico de las familias alcohólicas y de drogadictos a campos tan diversos como el de las relaciones entre familias con un enfermo terminal, entre homosexuales o en familiares con un miembro discapacitado, entre otros. No obstante el área donde tiene mayor representatividad continúa siendo en el alcoholismo y la drogadicción.

Por estar estrechamente vinculado al consumo de drogas, el término codependencia se ha transformado por el de **“Coadicción”** el cual remite necesariamente a la existencia de una relación interpersonal íntima con alguien que padezca un síndrome de dependencia química, ya sea alcoholismo y/o adicción a sustancias tóxicas al organismo.

Hablar de coadicción es impreciso, ya que el término carece a la fecha de especificidad científica, las definiciones que la literatura reporta, hacen referencia a las causas, otras a los efectos, otras más a la condición general, a los síntomas y al dolor. Como se aprecia, las deficiencias teóricas aún son grandes.

A continuación se presentan algunas definiciones sobre el término coadicción, a partir de las cuales el Terapeuta elaborará su propia definición.

- ♣ Coadicto es aquella persona, de cualquier sexo o edad, cuyas relaciones interpersonales rebasan su capacidad de preservar su identidad, sobre involucrándose más allá de sus deseos y posibilidades. Es también aquel individuo que crea un vínculo enfermo con un adicto, es decir, “el adicto es la sustancia de elección de la coadicta”²³.
- ♣ Mario Bejos, en referencia a Subby, señala que la coadicción es una condición emocional, psicológica y de comportamiento que se desarrolla como resultado de una

* Técnico Normativo del Departamento de Consulta Externa.

²¹ **Co-ALCOHÓLICAS:** el prefijo **co** se entiende como el “estar al lado de...”, y hace referencia a alguien que está junto, que está ayudando. F. Cantú Guzmán (1995) destaca que la persona que está al lado, ayuda, de hecho, a prolongar el padecimiento. En Castellón, J. (1997) **Factores terapéuticos de admisión de coadictas.** Presentado en el VII Congreso Nacional de AMPAG.

²² Cantú, *op. cit.*, pág. 2.

²³ Bejos, M. (1998). **La pareja de adictos: La coadicción.** Trabajo presentado en el Primer Congreso de la Clínica Hacienda del Lago, México.

exposición prolongada a reglas opresivas que evitan la expresión de sentimientos, así como la discusión directa de los problemas emocionales.

- ♣ Mancilla²⁴ señala que F. Vacca la define *como un patrón de rasgos de personalidad claramente identificables que presentan los integrantes de una familia que tiene un miembro afectado por una adicción a sustancias químicas.*
- ♣ Es una característica emocional y psicológica de la conducta que aparece como consecuencia de un conjunto de reglas opresoras que impiden la demostración abierta de sentimientos y el diálogo sobre problemas personales e interpersonales²⁵.
- ♣ La Coadicción también la entienden algunos autores (Bejos y Casillas) como una conducta aprendida que frecuentemente se pasa de una generación a otra. Así mismo, la identifican como una “adicción de relación” porque estas personas forman o mantienen relaciones que son de una parte, emocionalmente destructivas y/o abusivas.

Cuando hay una persona enferma y cercana del entorno familiar y afectivo, muchos familiares piensan y creen que es su completa responsabilidad cuidar de ellos, olvidando que primero tienen que cuidarse ellos mismos. Por eso, en varias ocasiones el consumo de drogas de una persona querida se convierte en algo fundamental en la vida e impide llevar a cabo otras actividades.

Cuidar de esta manera se convierte en **coadicción** cuando a pesar de que saben que el hijo(a) esposo(a) los engaña, los maltrata o los hace perder su equilibrio emocional, dedican todo su esfuerzo y tiempo intentando salvarlo, hasta convertirse en una obsesión, alterando su forma de pensar, sentir y comportamiento.

Cuando la persona que consume es el esposo(a), la relación afectiva y sexual se deteriora, la vida cotidiana se hace terriblemente difícil y la salud se ve afectada.

Al inicio creen que su amor y cuidados le harán desistir del consumo. Más adelante caen en la trampa de día a día dejarse envolver. Mentiras, promesas, insultos, provocaciones, reconciliaciones son parte del juego. Las personas piensan que es su deber protegerlos. Hay quienes aconsejan la separación, pero piensan que esto hundiría más al consumidor.

El consumo por parte de la pareja no sólo causa dificultades en la relación sino que les plantea riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, inseguridad económica, desprecio de su tiempo.

Si la persona que consume es el hijo, la convivencia familiar se transforma en una serie de situaciones que se van deteriorando junto con aspectos económicos y de relaciones sociales.

Hay una lucha de control, el que trata de controlar a una persona, depende de ella, y el que está siendo controlado, depende a su vez, de la persona que controla. Este control no libera, sino que encarcela al controlador y al que se está controlando.

Así ocurre al coadicto que vive con el consumidor de drogas. Este pierde su identidad al punto de descuidar sus necesidades personales, reprime tanto sus emociones, que deja de saber lo que verdaderamente siente, se ajusta tanto a las necesidades del consumidor, que olvida lo que le gusta o lo que quiere.

²⁴ Mancilla, F. (2003). **Un enfoque de la coadicción. 2002.** [En línea]. Página web <<http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?4182>>. [Consulta, 15 de octubre de 2003].

²⁵ Beattie, M., *op. cit.*, pág. 2.

La(el) coadicta(o) ya no planifica ninguna actividad sin considerar la adicción y cómo reaccionará el consumidor de drogas ante ello. Debe tener cuidado en todo lo que dice, siente y hace, para no molestar al consumidor. Pierde la capacidad de concentrarse en su trabajo o su escuela, siempre está preocupado, pensando y supervisándolo. Deja de entretenerse en sus momentos de relajamiento, pasa su vida tratando de adivinar lo que piensa, siente, o quiere hacer, para adelantarse a él y bloquear la posibilidad de que logre usar la droga.

Con el avance de la adicción, cada vez tiene menos libertad. Igual el consumidor de drogas. Los dos, consumidor de drogas y coadicta, terminan totalmente controlados por la adicción, lo cual los conduce a ambos a la pérdida de control, a la obsesión y a la compulsión. La adicción se convierte en el controlador de ambos. Por lo regular, el consumidor se encuentra acompañado de coadictas(os), personas que pasan sus días ansiosos de saber cómo actuará la adicción el día de hoy, para luego ajustarse a ella.

La coadicción, para muchos, es considerada como una adicción a una persona y a sus problemas²⁶ y se ha llegado a afirmar que la adicción y la coadicción son la misma enfermedad porque comparten las mismas características: negación, obsesión, compulsión y pérdida de control.

CARACTERÍSTICAS QUE DISTINGUEN A UNA PERSONA COADICTA

- ♣ Dependencia excesiva de la fuerza de voluntad.
- ♣ Confusión de identidades.
- ♣ Negación.
- ♣ Deseo compulsivo de controlar.
- ♣ Deseo de ser el cuidador y el rescatador.
- ♣ Hipervigilancia.
- ♣ Enfermedades médicas relacionadas con el estrés.
- ♣ Emociones congeladas.
- ♣ Baja autoestima: básica y fundamental por todo lo anterior.
- ♣ Un sentido exagerado de responsabilidad por las acciones de otra persona.
- ♣ Una tendencia a confundir amor y lástima, con la tendencia de “amar” a las personas de quienes sienten lástima y a quienes pueden rescatar.
- ♣ Una tendencia a hacer más de lo que deben, todo el tiempo, y de sentirse adoloridos cuando las personas no reconocen sus esfuerzos.
- ♣ Una dependencia enferma en relaciones. La coadicta hará cualquier cosa para mantenerse en su relación con el propósito de evitar el sentimiento de abandono.
- ♣ Dificultad en identificar sentimientos.

²⁶ Lyles de R. (s. f.). **La Coadicción: un problema familiar**. [En línea]. Página web. <<http://www.altavista.com/results?pg=q&q=Lyles+de+Reagan%2c+Coadicción&stype=st&wt=y>>. [Consulta, 10 de diciembre de 2003].

Como resultado de su trabajo con coadictas, la Dra. Myriam González²⁷ explica que los padres coadictos tienen muchas caras, y los clasifica en cinco categorías.

TIPOLOGÍA DE LA COADICCIÓN

- 1. PADRES DOMINANTES:** Suelen ver a sus hijos como una extensión de ellos y buscan que logren alcanzar en sus vidas lo que no alcanzaron. Deciden lo que es mejor para sus hijos: qué estudiar, cómo vestir, de quién enamorarse, con quién relacionarse. Los presionan para alcanzar metas que son importantes para ellos sin considerar el interés de sus hijos. Parten de la premisa que siempre están en lo correcto y en sus corazones sienten que es lo mejor. Como resultado de este tipo de crianza vemos adultos inseguros, rebeldes con coraje reprimido que se puede manifestar en comportamiento auto destructivo. Cuando los hijos de estos padres se convierten en papás pueden repetir el modelo observado.
- 2. PADRES CRITICONES:** Utilizan la crítica para controlar. Juzgan, focalizan los errores, promueven sentimientos de culpa y vergüenza. Suelen ser perfeccionistas. Independientemente del esfuerzo que los hijos hagan para obtener la aprobación de los padres, nunca es suficiente. El mensaje es, "no haces nada bien". La crítica puede ser de forma directa o indirecta. Algunos ejemplos de crítica son: "que mal te ves", "no puedo creer eso de ti", "nunca haces nada bien", "eres tan bonita, pero tienes un genio". Los hijos producto de este sistema de crianza pueden ser personas inseguras, perfeccionistas, con fuertes necesidades de aprobación, se sienten rechazados, tienen baja auto estima, experimentan vergüenza. En el matrimonio buscan un cónyuge crítico o adoptan el rol de crítico. También pueden apegarse a parejas que le manifiesten admiración u aprobación.
- 3. PADRES SOBRE PROTECTORES:** Perciben que sus hijos los necesitan y que no pueden conducirse solos. Controlan utilizando la culpa. Envían los siguientes mensajes: "Yo lo hago por ti". "Tú solo no puedes". "Me da miedo de que te pase algo malo". Los padres sobre protectores no permiten que sus hijos maduren emocionalmente y sean adultos responsables de sí mismos. Suelen ser personas inseguras, tienen dificultad en el proceso de toma de decisiones, no toman iniciativa y no saben satisfacer sus necesidades. El esquema mental es un sentimiento de baja auto eficacia: " No soy capaz de hacerme cargo de mí mismo". En la adultez temen al desamparo y la desprotección. El ideal de mujer para un hombre que ha sido sobre protegido es una mujer rescatadora. Sin embargo, si la persona tiene mucho coraje debido a la sobre protección de los padres, visualizará en su cónyuge a una persona que desea controlarlo, lo cual llevará a conflicto en la relación.
- 4. PADRES DISTANTES:** Están físicamente presentes, pero emocionalmente ausentes. No demuestran atención y afecto a los hijos. Un padre/una madre distante puede ser la persona que trabaja muchas horas y no tiene tiempo para dedicarle a los hijos. Puede ser el que llega del trabajo a ver televisión, o el que dedica un tiempo excesivo a algún deporte, pasatiempo o la iglesia. Un padre o madre distante puede ser aquel que está sumergido en una depresión o problemas maritales. Los hijos de padres distantes crecen sintiendo que no son dignos de amor. Tienen una baja auto estima. Si una persona no se quiere a sí misma, proyectará ese sentimiento y pensará que nadie podrá amarla. Sienten un gran vacío y soledad. En su vida de adulto ansían ser amados, pero a la vez pueden

²⁷ González, *op. cit.*, pág. 18

temer a la intimidad. Suelen apegarse excesivamente a cualquier persona que le brinde amor, o lo que ellos piensan que puede ser el amor.

5. **PADRE/MADRE INEFECTIVA:** Son aquellos que no son capaces de manejar su propia vida. El mensaje que reciben los hijos es "yo no puedo con mi vida, menos puedo con la tuya". En esta categoría se incluyen a los padres que no establecen límites apropiados con los hijos, se desahogan con ellos, le cuentan sus sufrimientos; buscan que los hijos estén ahí para ellos y los ayuden. Estos padres pueden confrontar algún problema de adicción o emocional.

Dado que la adicción altera la dinámica de la familia, la Dra. González²⁸ refiere que ante la ansiedad y el temor que se gesta como resultado de la adicción, todos y cada uno de sus integrantes adoptan diversas funciones o roles, con el fin de disminuir y dar a entender que "están haciendo algo" para resolver el problema de adicción, sin la más mínima idea de que están promoviendo el desarrollo de la misma y por el contrario, están más que convencidos de que están ayudando. Los **ROLES EN LA FAMILIA** más característicos desde su punto de vista son los siguientes:

1. **EL RESCATADOR:** Este miembro de la familia se encarga de salvar al consumidor de drogas de los problemas que resultan de su adicción. Son los que inventan las excusas, pagan las cuentas, llaman al trabajo/escuela para justificar las ausencias, etc. En general ellos(as) se asignan a sí mismos la tarea de resolver todas las crisis que el consumidor produce. De esta manera promueven el autoengaño, manteniéndolo ciego de las consecuencias de su adicción y convencido de que no existe ningún problema con su uso.
2. **EL CUIDADOR:** Ellos asumen con ímpetu todas las tareas y responsabilidades que puedan, con tal de que el consumidor de drogas no tenga responsabilidades, o tenga las menos posibles. Actúan convencidos de que al menos "las cosas están andando". Sin embargo, no se percatan de que al asumir tareas que no les corresponden y con responsabilidades que no son suyas, se produce una sobrecarga que afecta su salud. Esto a su vez promueve la falta de conciencia en el consumidor de drogas y del deterioro que produce la adicción en su funcionamiento.
3. **EL RECRIMINADOR:** Esta persona se encarga de culpar al consumidor de drogas de todos los problemas de la familia. Se encarga de llevar a cabo sesiones de recriminación tremendamente amargas y sermones que, no sólo son exagerados, sino que además sólo funcionan para indignar al consumidor, brindándole así excusas perfectas para seguir en el consumo.
4. **EL DISCIPLINARIO:** Alguno de los integrantes de la familia usualmente se encarga de manejar el rol de disciplinario. Este familiar presenta la idea de que lo que hace falta es un poco de disciplina y agrede al consumidor de drogas, ya sea física y/o verbalmente. Esta actitud nace de la ira y frustración que se acumulan en la familia y de los sentimientos de culpa en muchos sus integrantes.

Los **NIÑOS** también participan en la dinámica familiar de la adicción y pueden adoptar papeles diferentes para sobrevivir en una situación familiar de caos y suelen asumir cualquiera de los siguientes roles:

1. **EL HÉROE** es generalmente el papel del hijo mayor de la familia. El héroe o heroína es el niño o la niña más responsable y actúa como el segundo papá o la segunda mamá de los

²⁸ González, *op. cit.*, pág. 18

hermanos. El héroe trata de lograr la aprobación de otros, especialmente la de los adultos. Casi siempre ellos pueden lograr muchas cosas en diversas actividades. Pueden ser líderes en la escuela y la iglesia; son buenos estudiantes y buenos trabajadores. La psicología inconsciente del héroe es: si soy bueno, mi familia no puede ser tan mala y posiblemente pueda mejorar. De esta manera el héroe es coadicto también porque piensa que su conducta puede cambiar la conducta del otro.

2. El papel del segundo hijo generalmente es el de **LA OVEJA NEGRA O EL ESCAPISTA**. Este niño ha aprendido que la atención negativa es más fácil de lograr que la atención positiva. La oveja negra está metida en problemas con la familia, la escuela y posiblemente con la ley. Este niño/a experimenta con el alcohol o las drogas a muy temprana edad o puede tener un embarazo fuera del matrimonio muy joven. Su coadicción se manifiesta en la negación de sus sentimientos verdaderos con la conducta de rebelión. Esta conducta extrema distrae la atención de la familia del problema principal, como por ejemplo el alcoholismo del padre, facilitando así la negación de toda la familia.
3. El tercer papel de los niños es el de **NIÑO PERDIDO**. Este niño no causa ninguna molestia y evita muchos conflictos. El niño perdido vive aislado de la familia y pasa mucho tiempo solo, desarrollando una vida de fantasía. Por eso puede ser muy creativo. Este niño no confía en las personas fácilmente y se acerca más a las mascotas y a los muñecos. Su coadicción se manifiesta inconscientemente en la negación de su necesidad de otros. Su soledad e independencia tienen la característica de compulsión. Estos niños perdidos evitan a la gente en forma compulsiva.
4. El cuarto papel es el del hijo menor, y se llama **EL PAYASO**. Él usa su buen sentido del humor para llamar la atención hacia él y distraer la atención de las tensiones que hay en la familia. Él es bromista, encantador y muchas veces es divertido. La coadicción de este niño es que se siente responsable del dolor de la familia y cree que debe aliviarlo con buen humor y bromas.

DESARROLLO DE LA COADICCIÓN

Para entender cómo se desarrolla la conducta coadictiva, a continuación se dará una breve semblanza de los factores que explica Mancilla²⁹, dan origen y favorecen la coadicción:

- ♣ **FACTORES PREDISPONENTES.** Cuando las necesidades físicas y emocionales de un niño no son satisfechas de una manera adecuada, su "yo" va construyendo las etapas evolutivas con el apoyo de un yo subordinado que desarrolla roles que le permiten superar las experiencias problemáticas de la infancia y que para sobrevivir le incita al niño a aprender a "servir a los demás" para ser visto, escuchado, valorado, querido, descuidándose a sí mismo.

Es así como explica Mancilla que los coadictos insisten en repetir las mismas conductas ineficaces que utilizaron cuando eran niños para sentirse aceptados, queridos o importantes y mediante esas conductas buscan aliviar el dolor y la pena por sentirse abandonados.

El factor precipitante es pues el fallo en el vínculo madre-hijo que no permitió que a través de esta relación se desarrolle el yo, dando paso a un yo no auténtico, por lo que su subjetividad surge por medio de otra persona.

²⁹ Mancilla, *op. cit.*, pág. 78

- ♣ **FACTORES PRECIPITANTES.** Procesos de separación, pérdidas y duelo de figuras significativas, sean éstas reales o simbólicas, separaciones, divorcios, abandono del hogar, violencia familiar o cuando una persona con algún problema crónico provoca una situación estresante como la adicción o alguna enfermedad en un familiar, actúan sobre la vulnerabilidad de las personas como precipitantes para que su acción haga que generen los síntomas que identifican a la o el coadicto.
- ♣ **FACTORES DE MANTENIMIENTO.** Son los pensamientos distorsionados llamados distorsiones cognitivas, sobre todo del tipo de creencias que influyen en el razonamiento, siendo los que contienen el mayor nivel de certeza como negar las necesidades básicas o confiar en una solución casi mágica de la adicción pero sobre todo es algo que se va construyendo en la relación que tiene la persona con los otros, que tiene que ver con aspectos culturales, sociales y características familiares.

**MATERIAL BIBLIOGRÁFICO DE APOYO PARA EL
DESARROLLO DE LA 3ª. SESIÓN:
LA RELACIÓN COADICTIVA: UN PROBLEMA FAMILIA**

COADICCIÓN Y FAMILIA

El consumo de drogas no es un problema que afecte sólo a una persona sino que éste impacta a toda la familia, considerándose un problema familiar.

Desde su aparición se presentan frecuentes conflictos como resultado del estado de ánimo cambiante e impredecible del consumidor, así como de la variabilidad de su conducta, muchas veces irresponsable, defensiva, hostil e incluso violenta, influyendo y modificando la comunicación familiar.

Se presentan cambios al interior del grupo familiar, cambios que al inicio son internos y sutiles, casi imperceptibles. A medida que la adicción evoluciona y/o se mantiene, la atención y la energía cambian, hasta el grado de que las necesidades e intereses propios no se atienden por cuidar sólo las del consumidor. Es frecuente observar en los familiares conductas como buscar drogas entre las pertenencias del consumidor; controlar conversaciones telefónicas; registrar pertenencias; encubrir la adicción ante amigos, familiares, maestros; preocuparse por saber en dónde se encuentra, cuál será el estado de salud; realizar actividades que le corresponden al consumidor, etcétera.

Es común que poco a poco, se empieza a falsear la noción misma del problema, que los padres se niegan a aceptar la conducta adictiva de uno(s) de sus hijos. Pueden sentir culpa y miedos profundamente arraigados que son estimulados si se acepta el hecho de que un ser querido es un consumidor de drogas: *“He fracasado como madre/padre”*; *“¿Qué hice para merecer este castigo?”*; *“No hay manera de salir de este problema”*; *“Es un castigo de Dios”*; *“Por mi culpa mi hijo/a está así”*; *“¿Qué pensarían nuestros amigos, vecinos si supieran?, ¡qué vergüenza!”*. Admitir que existe un problema de drogas significa experimentar vergüenza y al principio se tiende a negar la conducta adictiva.

Para aquellas personas que siempre han vivido bloqueando sentimientos, la negación de la adicción puede ser una respuesta normal y automática; *“Si niego el problema, desaparecerá”*. El bloqueo de sentimientos funciona hasta cierto punto, la evidencia de situaciones problemáticas poco a poco se va incrementando, generando más y más ansiedad en el familiar que niega el problema. Así, se establece una discrepancia entre lo que se quiere creer, la evidencia tangible de pérdidas, como dinero, relaciones, confianza y pueden aparecer hasta consecuencias legales, entre otras.

Muchos padres intentan detener la crisis que va tomando forma, ¿Cómo? Evitando que su hijo pierda el año escolar, el trabajo, o que lo expulsen, negándose a creer y aceptar que roba dinero u objetos de la casa y librarse así de afrontar el problema y las consecuencias.

Sin darse cuenta muchos familiares otorgan una atención exagerada, se cae en la trampa de hacer *“lo que cualquier madre, padre, hermano, amigo, novia(o) debería hacer”* cuando un

ser querido está en problemas. Esta conducta se conoce como CONDUCTA PERMISIVA³⁰, aunque para algunos es: protectora; humanitaria; amorosa. Es difícil de controlar, porque existen imperativos morales, emocionales y culturales, que la justifican, la racionalizan y la dirigen hacia una especie de autosacrificio.

Sin tener conocimientos sobre la enfermedad adictiva, muchas personas acostumbran a tomar la casi total responsabilidad del problema y atención del consumidor de drogas. Como consecuencia disminuye su energía y se sienten tristes. Su autoestima disminuye, tanto por su sentido crítico de fracaso como por el abuso verbal y físico del consumidor de drogas, quien muy a menudo domina la situación expresando sentimientos irritantes de culpa y asignando culpas a los demás.

En ocasiones un familiar puede recurrir al dominio o la suplica en su desesperado, pero inútil intento de controlar al consumidor de drogas. Muchos terminan despreciando su propia conducta por lo que se incrementan aún más sus sentimientos de culpa y tristeza. De esta manera, y casi sin darse cuenta, van organizando su vida en torno a la conducta del consumidor de drogas, estableciendo una relación coadictiva ya que ese tipo de "apoyo", lo que hace es perpetuar o facilitar, directa o indirectamente, al consumo de drogas.

A veces el cariño puede evitar que se establezcan límites adecuados para protegerse o para evitar colaborar con esta conducta. Se entiende que estas conductas se llevan a cabo con la mejor intención y de la única forma que muchos padres conocen. La intención es alejarlo de las drogas, de cuidar su salud, aún a costa de su propio sufrimiento y salud.

¿QUÉ TIPO DE FAMILIA FAVORECE LA CONDUCTA ADICTIVA Y COADICTIVA?

Stanton³¹ señala que la conducta adictiva se aprende en la familia consciente o inconscientemente y aclara que esto no significa que en la familia se aprenda a ser adicto(a)/coadicta(o). Se aprende a relacionarse con una finalidad e intención diferente a este tipo de patrón, es decir, la familia no enseña a sus integrantes a ser coadictos o consumidores de drogas, "lo que aprenden éstos son formas de patrones de conducta a través de los cuales un individuo entabla un tipo de relación con otros individuos, y al interactuar con los demás factores causales (individuales, familiares, sociales y culturales) se gestan las bases que marca la dinámica de la adicción" y la coadicción en la familia.

Siguiendo con esta idea Washington y Boundy³² al hablar de la familia adictiva, consideran que "es el modo global en que los miembros de la familia se relacionan entre sí", el "clima" de la familia intacta o no determina si una persona crece o no con la vulnerabilidad a la adicción. Una función vital de la familia es "servir de parachoques entre el individuo y la sociedad: proteger a los miembros de la familia de los peligros y presiones exteriores. Es también el campo de entrenamiento para adquirir la capacidad de afrontar los problemas de la vida, y el lugar al que uno puede acudir para restaurar su confianza en sí mismo".

Para muchas personas con conductas adictivas/coadictivas, lo trágico es que su hogar no fue un sitio en el que pudieran renovar la confianza en sí mismos, sino un lugar en el que su autoestima era atacada.

³⁰ Conducta permisiva: se refiere a aquellas respuestas que suelen tener las personas significativas cercanas al adicto en respuesta al consumo de sustancias. Por lo menos hasta el momento en que lo permisivo excede de límite en que se ve claro que es perjudicial y que escapa al control. Beck (1999)

³¹ Stanton, M. y Todd, T. (1988). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Editorial Gedisa. Bs. As., Argentina.

³² Washington, A. M. y Boundy D. (1991) *Querer no es poder*. Ed. Paidós. México.

Estos autores enfatizan el plano emocional y explican que los padres no reconocen la realidad emocional de sus hijos dejando de satisfacer sus necesidades de dependencia, siendo éste el rasgo más distintivo de la familia adictiva. Explican también que muchas de las creencias que predisponen a una persona a la adicción y/o coadicción nacen directamente de las siguientes reglas familiares:

REGLA Nº 1: "SE PERFECTO(A)"

En una familia no coadicta se aprende que equivocarse, es humano; pero en una familia generadora de conductas de coadictivas, los hijos se sienten malos y diferentes de los demás si cometen equivocaciones.

"Normalmente adoptan la costumbre de "complacer a la gente", en una desesperada búsqueda de aprobación. Lo que ansían es ser aceptados por lo que realmente son. Como anhelan ser aprobados, desarrollan una fuerte autocensura para asegurarse de no hacer nada que pudiera acarrearles desaprobación, se vuelven hipersensibles a las críticas y el rechazo. Es esta sensación de ser los únicos malos lo que provoca una acuciante soledad interior" refiere el autor.

En el caso de las mujeres, desde niñas, pueden recibir constantes mensajes acerca de lo que debe hacer para complacer a la madre o al padre: "no te enojas", "no seas egoísta", "pórtate bien", "no llores", y así sucesivamente. El mensaje que se le transmite es: "no seas tú misma, se alguien que me haga sentirme mejor a mí". Como resultado, la niña percibe que si alguien está enojado con ella posiblemente no satisfará sus necesidades de ser querida y amparada física o emocionalmente. Puesto que depende por entero del progenitor para sobrevivir, la perspectiva de ese abandono psíquico equivale a una amenaza de muerte. La niña se adapta, sofoca sus auténticas emociones y percepciones y erige un falso "yo". Esta es la forma en que quizá, explican Whaston y Boundy como la mujer coadicta, de niña adquiere la creencia de que ella no es lo suficiente para satisfacer a sus padres, se convence de que algo en ella anda mal, algo malo debe tener.

El resultado es que éstos niños sólo logran una "independencia" prematura, y llegan a adultos sin que se hayan satisfecho sus necesidades de dependencia. Más adelante, serán firmes candidatos a buscar un "objeto" sustituto del cual depender, en otro intento igualmente inútil de satisfacer sus necesidades.

REGLA Nº 2: "ACTÚA SOBRE SEGURO"

Los miembros de la familia coadicta/adicta suelen tenerles temor a las críticas y al rechazo debido a la regla de perfeccionismo, pocos de ellos se arriesgan a probar algo nuevo. Tienden, en cambio, a actuar sobre seguro y a evitar correr riesgos. Como resultado, hay pocos miembros de la familia con valentía para salirse de la familia y con poca valentía para salirse de lo predecible, probar nuevas cosas o aceptar desafíos. Esto significa que la espontaneidad también queda descartada, ser espontáneo implica correr el riesgo de equivocarse, de hacer el ridículo o de fracasar, todo lo cual equivale a hacer algo "imperfecto".

REGLA Nº 3 "NO SEAS EGOÍSTA"

El mensaje es: *Si actúas según tus propios intereses, eres mala(o)*. Esto es más evidente en las mujeres quienes acostumbran a no satisfacer sus necesidades directa y honestamente,

sino de forma indirecta, haciéndose cargo de las necesidades de otros. *"No seas egoísta"* significa *"No seas tú misma; sé la persona que yo quiero que seas, y entonces premiaré dándote amor y aprobación"* (condicionales).

Por lo que atienden cada vez menos sus propias necesidades y deseos y en lugar de ello aprenden a prever lo que quieren otros, a complacerlos con cualquier "gratificación" que puedan obtener de esta forma indirecta. Aprenden a reaccionar ante los actos de los demás en vez de actuar a partir de su propio "centro" o de su "yo".

REGLA Nº 4: "ATÉNTE AL GUIÓN"

Los integrantes de la familia coadicta tienen el acuerdo tácito de mantener y fomentar ciertos mitos: de *"atenerse al guión"* Esta es la versión familiar de la negación.

La razón por la que los miembros de la familia se confabulan a estos efectos es que simplemente tienen miedo de ver las cosas tal como en verdad son, porque eso podría acarrearlas una pérdida. También se exponen a perder la aceptación de otros miembros de la familia y cualquier sensación de pertenencia que puedan tener. Hay demasiadas cosas que perder, en especial si no cuentan con otras fuentes de apoyo emocional.

REGLA Nº 5: "NO EXPRESSES TUS (VERDADEROS) SENTIMIENTOS"

Cuando los padres están reprimiendo sus propios sentimientos espontáneos, no pueden darse el lujo de permitir que los hijos expresen libremente los suyos. La franqueza emocional de uno de sus miembros podría hacer que toda la familia quedara expuesta y quebrar su frágil equilibrio. Con frecuencia se considera que sus miembros son *"fuertes"* si no demuestran sentimientos vulnerables, y *"débiles"* si lo hacen. A los individuos que de adultos se convierten en coadictas se les solía decir, cuando eran niños: *"Eres demasiado sensible"*, por lo que aprendieron a reprimir sus sentimientos. ¿Demasiado sensible para quién? Lamentablemente, demasiado sensibles para los padres o adultos cercanos, a quienes la manifestación de sentimientos los pone incómodos

El comentario final de Washington y Boundy es que a partir de estas reglas las familias desarrollan ciertos rasgos y modos de interactuar, y destacan que ésto no implica que todos los miembros vayan a tener conductas adictivas o coadictas ya que hay personas que establecen este tipo de reglas y provienen de otro tipo de familias que no se ajustan a este cuadro general, pero no son muchas.

En resumen, vemos que la dinámica de la familia disfuncional es tal, que requiere la existencia de tres reglas básicas para que el sistema continúe facilitando la adicción:

LA REGLA DEL SILENCIO: **NO HABLAR.**

LA REGLA DE REPRIMIR SENTIMIENTOS PARA NO SUFRIR: **NO SENTIR.**

LA REGLA DE TRATAR DE SER AUTOSUFICIENTE Y NO CONTAR CON NADIE MÁS: **NO CONFIAR, MANTENERSE AISLADO.**

En primer lugar, si el hablar resuelve problemas, entonces hace falta que no se hable del verdadero problema, porque todos tratan de proteger a todos para que no sepan de la

conducta adictiva. Se habla de otras cosas, y se guarda silencio sobre lo que más duele. En segundo lugar, llega el momento en que nadie comparte lo que se siente, porque la familia está tan preocupada por los sentimientos del consumidor de drogas y las reacciones hacia él, que nadie quiere compartir los suyos. Además, la irritabilidad y caprichos del consumidor de drogas y del principal coadicto, hacen que el resto de los integrantes prefieran callar.

La atención se le da a las emociones del consumidor, no prestando atención a sus propias emociones y sentimientos, reprimiéndolos para no sentirlos. El consumidor de drogas utiliza la droga para reprimir sentimientos, para no tener conciencia de ellos, especialmente en la fase crónica, los familiares, usan la represión, para no sentir.

**MATERIAL BIBLIOGRÁFICO DE APOYO PARA EL
DESARROLLO DE LA 4ª. SESIÓN:
DETECTANDO PENSAMIENTOS IRRACIONALES.**

Se sugiere hacer la exposición del siguiente tópico, quedando a criterio del terapeuta si le agrega información o modifica la sugerida.

El terapeuta explica al grupo que muchos padres cuando se enteran que uno de sus hijos consume drogas se ven seriamente afectados. Por lo regular su vida y su salud se ven alteradas, además de hacerles asumir la responsabilidad de su cuidado. Por eso, la adicción de esa persona se convierte en algo central en su vida y les impide llevar a cabo otras actividades y proyectos. Lo cuidan y protegen a pesar de que saben que muchas veces les engaña, desobedece, o les hace perder el equilibrio emocional.

Dedican todo su tiempo y esfuerzos, alterando su forma de pensar sentir y comportarse, lo que genera diversos sentimientos y ansiedades como temores, culpas, frustración y una gran impotencia ya que no lo esperaban y por lo tanto no están preparados para afrontarla. Si la adicción se ha mantenido en el tiempo, la familia sufre directamente un alejamiento entre ellos, deterioro físico, aparecen problemas con amigos, familiares, con la justicia, etc.

En muchas ocasiones está presente la preocupación de sí estará consumiendo, lo que puede generar la búsqueda en casa de posibles drogas ocultas, el control de sus conversaciones telefónicas, registrar sus pertenencias, luchar contra su escasa disposición de buscar ayuda, encubrir su conducta a compañeros, amigos, familiares, maestros, preocupándose por dónde estará, cuál será su estado de salud, cuidando de sus problemas, mintiendo por él, realizando actividades que le corresponderían a él(ella).

En un inicio es común que no se reconozca el problema, que nieguen la adicción. A veces pueden sentir culpa y miedos profundamente arraigados que pueden ser estimulados por pensamientos y creencias como: *“He fracasado como madre/padre”, “qué hice para merecer este castigo”, “no hay manera de salir de este problema”, “es un castigo de Dios” “por mi culpa mi hijo/a esta así”, “¿qué pensarían nuestros amigos o vecinos si supieran?, ¡qué vergüenza!”*.

Para aquellas personas que han vivido toda su vida bloqueando sentimientos, la negación de la adicción puede ser una respuesta normal y automática; *“si niego el problema, desaparecerá”*. Sin embargo, el bloqueo de sentimientos funciona hasta cierto punto, la evidencia de situaciones problemáticas irá incrementándose, generando más ansiedad. Se establece así una discrepancia entre lo que se quiere creer y las evidencias tangibles, como pérdidas de dinero, relaciones, confianza y aparecen consecuencias legales, entre otras.

Sin darse cuenta algunos familiares otorgan una atención exagerada, se cae en la trampa de hacer *“lo que cualquier madre, padre, hermano, amigo, novia(o) debería hacer”*, cuando un ser querido esta en problemas. Esta conducta se conoce como **conducta permisiva**, aunque para algunos es: protectora; humanitaria; amorosa. Es también muy difícil de controlar, porque existen imperativos morales y emocionales que justifican, esta conducta, la racionalizan y la dirigen hacia una especie de autosacrificio. En ocasiones pueden recurrir al dominio o la

súplica en su desesperado, pero inútil intento de controlar al adicto.

Estas circunstancias hacen su vida más difícil, se sienten tristes, enojados, frustrados y realizan actividades que en lugar de ayudar al adicto, agravan la situación.

Los factores que acompañan estas situaciones son:

Sus pensamientos.

Sentimientos o emociones.

Los comportamientos o las actividades que se llevan a cabo.

Existen conexiones entre lo que pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos; no obstante, el cambio en uno de estos factores produce cambios en los otros.

Por lo tanto, para mejorar nuestros sentimientos y salud física, utilizaremos nuestros pensamientos y comportamientos, para ello buscaremos en el transcurso del tratamiento aquellas habilidades que les proporcionen los elementos que puedan utilizar para manejar o modificar sus pensamientos de manera que les afecten menos y les permita una mejor relación con el consumidor de drogas.

Los elementos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos, Beck, 1981³³

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

PARA USO EXCLUSIVO DEL TERAPEUTA

La terapia cognitiva mantiene que los pensamientos automáticos son como nuestra charla interna o auto-diálogo interno. En el ámbito mental, se expresan como pensamientos o imágenes y se relacionan con estados emocionales intensos (como ansiedad, depresión, ira o euforia). A menudo forman versiones subjetivas de las cosas que nos ocurren que suelen ser bastante erróneas, en el sentido de dar una falsa imagen o interpretación de las cosas y los hechos, por lo que se le dice que están basadas en "distorsiones cognitivas" o ideas irracionales³⁴.

Estos pensamientos se diferencian de la forma de reflexionar y analizar los problemas que tenemos las personas en estados anímicos de mayor calma o sosiego; éstos son nuestros "*pensamientos racionales*", que buscan adaptarse a los problemas y analizarlos para intentar resolverlos. Al contrario que los "*pensamientos racionales*", los pensamientos automáticos, se caracterizan porque:

- Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
- Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente. Se viven como espontáneos o involuntarios y son difíciles de controlar.
- Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
- Suelen conllevar una visión de túnel: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos:
 - a. Una persona ansiosa se preocupan por la anticipación de peligros.

³³ Ruiz, J. y Cano, J. *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. [En línea], página web <<http://www.psicología-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual/12.htm>>. [Consultado en línea febrero 2004].

³⁴ Ruiz e Imbernon, *op. cit.*, pág 33.

- b. Una personas deprimida se obsesiona con sus pérdidas o faltas, el sesgo es negativo.
- c. Las personas crónicamente irritadas se centran en la injusta e inaceptable conducta de otros, etc.

Como los pensamientos automáticos producen errores en el pensamiento, es decir desvían los acontecimientos que ocurren y suelen ser habituales y repetitivos, se les agrupa en las llamadas distorsiones cognitivas en función de los errores que cometen, por ejemplo:

- *“Mi vida es un fracaso”*
- *“Por mi culpa mi hijo se droga”*

LA EMOCION

Es el sentimiento despertado por culpa de ese pensamiento automático. Si ante un hecho tengo un pensamiento automático negativo, mi emoción será acorde. Por ejemplo:

- **Hecho:** *“La culpa es de sus amigos”.*
- **Pensamiento automático:** "No es posible, no lo creo, él es un buen hijo"
- **Emoción:** tristeza, rabia.

LA CONDUCTA

Sigue a la emoción y es la forma de comportarnos acorde con la emoción, por ejemplo, ante una emoción de tristeza, es muy probable que se aleje de sus amigos y familiares.

Con estas ideas el Dr. Albert Ellis citado por Froggat³⁵ explica que las emociones y las conductas provienen de los procesos cognitivos; siendo posible modificarlos para conseguir diferentes maneras de sentir y comportarse.

La Terapia Racional Emotiva, cuya teoría básica señala que la excitación emocional y conducta inadaptada se mide por la interpretación de las situaciones de uno mismo, establece que existen algunas creencias irracionales, expectativas o suposiciones con que muchas personas, en nuestra cultura, tienden a enfocar las situaciones; por ejemplo, existe la idea de que uno necesita ser amado y aceptado por todos, otras ideas es que una persona debe ser competente, adecuada y lograr el respeto de todos, Mientras más irracionales sean las creencias que sostiene una persona, se puede esperar una situación más desnivelada con la subsiguiente excitación emocional y/o conducta inadaptada.

Froggat, explica que para Ellis, la premisa básica de este modelo terapéutico es que prácticamente casi todas las emociones y conductas humanas son el resultado de lo que se piensan, asumen o creen las personas (sobre ellos mismos, otras personas y el mundo en general).

Es lo que las personas se dicen sobre las situaciones - no las situaciones en sí - las que determinan cómo se sienten y se comportan.

³⁵ Froggat, W. **Breve Introducción a la Terapia Racional Emotiva Conductual**. Traducido al castellano por Juventino Reguera Baños, psicólogo. [En línea] Página web. <<http://personales.com/españa/leon/TREC/breve.htm>> [Consultado, 12 de septiembre del 2003].

PROBLEMAS QUE PUEDEN SURGIR EN LA REALIZACIÓN DE ESTOS EJERCICIOS

PARA USO EXCLUSIVO DEL TERAPEUTA

- 1. El familiar parece estar convencido de que no piensa en nada cuando experimenta un determinando malestar emocional, o bien no lo recuerda.**

POSIBLES SOLUCIONES:

- Utilizar el "**Método de las Atribuciones**": *¿A qué causa atribuyó usted este malestar? ¿Qué cree que lo produce?* Anotar la contestación a esta pregunta como pensamiento automático.
- **Método de la cinta de vídeo:** *Cierre los ojos y, como si estuviera viéndonos grabados en una cinta de vídeo, retroceda un poco en el tiempo, al momento inmediato anterior a su malestar emocional y pregúntese: ¿Qué está sucediendo? (Situación) ¿Qué me preocupa? (pensamiento automático).*

- 2. El familiar se nota demasiado alterado emocionalmente como para identificar los pensamientos automáticos ("Estoy mal y ahora no puedo pensar en nada").**

POSIBLES SOLUCIONES:

- Método de Relajación.
- Distrarlo. Intente mirar fijamente algún objeto de la habitación en donde se encuentren (cuadro, sillas, muebles, etc.) o contando en voz alta de 1,000 para atrás, o contar palillos de dientes de una caja, si al rato parece más tranquilo, intente volver al autorregistro.

- 3. El familiar piensa que si se registran sus pensamientos automáticos se pondrá peor ("Si yo tomo nota de estas cosas me pondré peor al recordarlas").**

POSIBLES SOLUCIONES:

- Sugiera que se pregunte a sí mismo: *¿"Por qué me voy a poner peor? Antes no tomaba nota de los pensamientos automáticos y no le daba vueltas.*
- Tome en cuenta que algunas personas se pueden poner mal, por lo que se sugiere que intenten reconocer sus pensamientos y ver si son de ese tipo de personas o no.
- Sugiera que intenten identificar sus pensamientos 1 ó 2 veces al día y cuando tengan algún pensamiento molesto, intentar alguna técnica de distracción, como las arriba mencionadas o relajación.

- 4. El familiar se nota con malestar, pero no sabe "ponerle nombre" al estado emocional que vive en ese momento.**

POSIBLES SOLUCIONES:

- Focalizar el estado de su cuerpo: *Cierre sus ojos y recorra mentalmente su cuerpo, despacio, como si un radar fuera buscando el malestar, cuando aparezca una zona de malestar, sumérjase en ella, intentando vivirla con todo el detalle que pueda, después intente ponerle un nombre a ese estado, si no le resultado adecuado, repita el ejercicio*

y vaya buscando otro nombre más adecuado. Este ejercicio suele ser difícil, por lo que tendrá que entrenar con cierto detenimiento.

- Utilizar una lista de emociones y subrayar aquellas que más cercanas le parecen a usted a lo que siente en esa situación. La siguiente lista podría ser utilizada.
 - * Enojado
 - * Culpable
 - * Triste
 - * Deprimido
 - * Ansioso
 - * Temeroso
 - * Con pánico
 - * Enérgico
 - * Envidioso
 - * Fastidiado
 - * Feliz
 - * Conflictuado
 - * Arrepentido
 - * Desdichado
 - * Aburrido
 - * Inquieto
 - * Solitario
 - * Desesperado
 - * Satisfecho
 - * Esperanzado
 - * Excitado
 - * Desamparado
 - * Optimista
 - * Relajado
 - * Tenso
 - * Celoso
 - * Otros ¿Cuáles?

A veces las situaciones que parecen disparar un malestar emocional pueden ser internas, tales como:

- * Recuerdos de acontecimientos vividos con anterioridad: *“Recuerdo el día en que saqué a mi hijo de la cárcel porque asaltó a una persona para comprar la droga”.*
- * Determinadas imágenes (*“Me veo siempre solo(a) y triste.”*).
- * Una corriente de pensamiento (*“Este fin de semana tengo pensado hacer...”*).

En estos casos los datos deben ser registrados en la columna Situación y no en la de Pensamientos Automáticos.

Lo importante es que cumplan el papel de sucesos que parecen disparar un malestar.

**MATERIAL BIBLIOGRÁFICO DE APOYO PARA EL
DESARROLLO DE LA 5ª. SESIÓN: ASERTIVIDAD**

ASERTIVIDAD

De todos son conocidas las repercusiones que la conducta adictiva tiene sobre la familia, sobre todo en los padres al descubrir que su hijo consume drogas, situación que exigiría poner en marcha sus habilidades de comunicación y de resolución de problemas. Sin embargo, como sucede en la mayoría de familias con problemas de adicción, estas capacidades se encuentran disminuidas ya que no se encuentran preparados para afrontar las situaciones, comportándose y respondiendo de formas diversas, ya sea aconsejando, mostrándose emocionalmente ausentes o por el contrario, sobreprotegiendo al consumidor.

Hay padres que se muestran dominantes, agresivos y desconsiderados (aunque después se sientan culpables, llegando a una elevada e injustificada agresividad física o verbal), lo que puede generar que el consumidor se muestre retraído, sin carácter, manipulable, poco asertivo, dependiente, poco sociable; con dificultad para decir lo que piensa así como para “decir no”, y se aísla socialmente, o que se muestre hostil y agresivo siendo fácil que cometa actos vandálicos dentro y fuera de casa. Ambas situaciones ponen en riesgo que el consumidor continúe con el consumo de sustancias o, lo que es peor, lo incremente.

Magaz, A. y cols.³⁶ explican que estos comportamientos se dan por la falta de ciertas habilidades que permiten a las personas desenvolverse de una manera eficaz y agregan que cuando padres e hijos adquieren habilidades cognitivas, instrumentales y de control sobre sus emociones, muchos comportamientos disfuncionales desaparecen o se reducen notablemente.

Estas habilidades reciben el nombre de **HABILIDADES SOCIALES**, las cuales facilitan que se mejoren las relaciones entre los padres y sus hijos, que se respeten y defiendan los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido, permite a los primeros poner límites y mantenerlos. De ahí la necesidad de construir canales de comunicación asertiva en donde los padres puedan compartir, discutir y disentir con el consumidor de sustancias, sin la culpa, tristeza o enojo que manifiestan ante la conducta adictiva de su hijo y la actitud defensiva del consumidor.

Ahora bien, ¿qué es una comunicación asertiva?³⁷

Existen múltiples definiciones de asertividad, pero todas convergen en considerarla como una habilidad de comunicación interpersonal o social.

Esta se puede definir como la capacidad para transmitir hábilmente opiniones, intenciones, posturas, creencias y sentimientos. La habilidad consiste en crear las condiciones que permitan conseguir los siguientes objetivos:

³⁶ Magaz, A. y cols. (s. f.) **Habilidades sociales y autoestima**. [En línea] Página web. <<http://www.grupoalborcohS.com/3AVANCEM.html>> [Consulta, 5 de julio de 2004].

³⁷ **Asertividad**, *op. cit.*, pág. 41

1. Eficacia en obtener aquello que uno se propone.
2. No sentirse incómodo al hacerlo.
3. Ocasionar las mínimas consecuencias negativas para uno mismo, para el otro y para la relación en situaciones en que se pone de manifiesto un conflicto de intereses
4. En situaciones de aceptación asertiva, establecer relaciones positivas con los demás.

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA ASERTIVIDAD:

1. **Como toda habilidad, la asertividad no es un término dicotómico (todo-nada-),** sino que la conducta puede resultar más o menos asertiva. Es decir, puede conseguir en mayor o menor medida los objetivos descritos.
2. **La asertividad no es una característica de personalidad,** aunque pueda estar relacionada con determinadas formas de la misma. Por lo que una misma persona puede mostrarse más asertiva en determinadas situaciones y menos en otras. Por ejemplo: una persona cuando expresa una opinión contraria o se muestra en desacuerdo ante su pareja, suele hacerlo de forma asertiva. Por el contrario, ante su jefe suele inhibirse o se siente incómodo o provoca conflictos cuando lo hace.
3. **Todas las habilidades pueden aprenderse con mayor o menor dificultad y en este sentido, la asertividad no es diferente,** así que una persona que suele ser poco asertiva en su interacción con personas del sexo contrario y de edad similar, puede llegar a serlo más mediante el entrenamiento correspondiente.

La literatura distingue entre **OPOSICIÓN ASERTIVA Y ACEPTACIÓN ASERTIVA**. Se consideran habilidades de **OPOSICIÓN ASERTIVA** aquellas que se aplican a situaciones que requieren manejar conductas poco razonables de los demás. Una de las principales consecuencias de la oposición asertiva es la conservación de la autoestima. La **ACEPTACIÓN ASERTIVA** se relaciona con la capacidad para ofrecer y recibir reconocimiento y cumplidos. Estas habilidades se inhiben con demasiada frecuencia olvidando las ventajas que comportan. Debe tenerse en cuenta que ofrecer el reconocimiento y cumplidos ante la conducta adecuada o gratificante del otro, aumenta la probabilidad de que la repita en un futuro.

Estas habilidades permiten aumentar la autoestima, tanto en el emisor como en el receptor al mostrar aceptación y afecto hacia los demás y facilitan la relación de confianza, aumentando la satisfacción mutua.

Cabe señalar que también puede reaccionarse con falta de habilidades asertivas, con asertividad, agresivamente o inhibiéndose. Por lo que es conveniente analizar las ventajas de la conducta asertiva frente a las otras tres.

VENTAJAS DE UNA RESPUESTA ASERTIVA.

1. **UN COMPORTAMIENTO INHIBIDO O PASIVO** supone la falta de acción. Las opiniones y deseos de los demás prevalecen sobre los propios ya que se opta por no manifestarlos. Las consecuencias que tiene esta opción es la sumisión ante los deseos del otro y el sentimiento de frustración al no poder lograr los propios objetivos. Impide que se avance en el grado de confianza de una relación al no darse a conocer.

Inhibir sistemáticamente las opiniones, los deseos, las intenciones y la postura personal puede evitar problemas con los demás, pero acaba convirtiendo a quien así se comporta en un completo desconocido.

En última instancia, la inhibición o pasividad refuerza el temor desmesurado a no ser aceptado por los demás y a no creer en los derechos asertivos que todos tenemos. Entonces aparecen sentimientos de indefensión y la creencia de que *haga lo que haga, no cambiaría las cosas*.

Al no ser capaces de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones, o expresarlos en forma autoderrotista, con disculpas y falta de confianza, se transgreden los derechos propios.

El fin último de este tipo de comportamientos es apaciguar a los demás y evitar conflictos a toda costa. Sin embargo, el comportarse de esta manera en una situación puede dar como resultado una serie de consecuencias no deseables tanto para la persona que está comportándose de manera no asertiva como para la persona con la que está interactuando.

La probabilidad de que la persona no asertiva satisfaga sus necesidades o de que sean entendidas sus opiniones, se encuentra reducida debido a la comunicación disfuncional. La persona que actúa así se puede sentir a menudo incomprendida, no tomada en cuenta y manipulada. Además, puede sentirse molesta respecto al resultado de la situación o volverse hostil o irritable hacia las otras personas. Después de varias situaciones en las que un individuo no ha sido asertivo, es probable que termine por estallar.

Hay un límite respecto a la cantidad de frustración que cada persona puede almacenar dentro de sí mismo. El que recibe la conducta no asertiva puede experimentar también una variedad de consecuencias desfavorables. Tener que adivinar o interpretar constantemente lo que está realmente diciendo la otra persona es una tarea difícil y abrumadora que puede dar lugar a sentimientos de frustración, molestia o incluso ira hacia la persona que se está comportando de forma no asertiva.

Muchas de las veces que uno se siente disconforme con el trato recibido por otro y le atribuye malas intenciones, se resolvería contestando afirmativamente a la pregunta *¿se lo has dicho?*

2. **UN COMPORTAMIENTO AGRESIVO** en el estilo, el tono y el contenido del mensaje, permite una descarga emocional más o menos intensa que puede resultar satisfactoria en un primer momento. A diferencia de la inhibición, una conducta agresiva puede conseguir el objetivo que uno se propone al provocar en el otro una conducta de sumisión. Pero el precio que se paga por ello puede ser alto. A mediano plazo, puede que se hagan evidentes nuevos conflictos con la persona "sometida". En realidad a nadie le gusta ser objeto de una agresión y ello podría dañar seriamente la relación.

Una persona con un comportamiento agresivo defiende sus propios derechos y expresión de sus pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera inapropiada e impositiva la cual transgrede los derechos de las otras personas. La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta. La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y comentarios hostiles o humillantes.

El componente no verbal puede incluir gestos, agresiones hostiles o amenazantes, como esgrimir el puño o las miradas intensas e incluso los ataques físicos. La agresión verbal indirecta incluye comentarios sarcásticos y rencorosos y murmuraciones maliciosas. Las

conductas no verbales violentas incluyen gestos físicos realizados mientras la atención de la otra persona se dirige hacia otro lugar o actos físicos dirigidos hacia otras personas u objetos. Las víctimas de las personas violentas acaban, más tarde o más temprano, por sentir resentimiento y por evitarlas.

El objetivo habitual de la violencia es la dominación de las otras personas. La victoria se asegura por medio de la humillación y la degradación. Se trata en último término de que los demás se hagan más débiles y menos capaces de expresar y defender sus derechos y necesidades. La conducta violenta refleja a menudo una conducta ambiciosa, que intenta conseguir los objetivos a cualquier precio, incluso si eso supone transgredir las normas éticas y vulnerar los derechos de los demás.

En el caso de que no exista rebelión por parte de la persona objeto de la violencia, es bastante probable que ésta no se atreva a expresarse libremente por temor a ser violentada nuevamente. Así que a mediano o largo plazo, la conducta violenta provocará falta de confianza mutua que acabará por limitar, incluso erosionar, la relación.

3. Una **CONDUCTA SISTEMÁTICAMENTE INHÁBIL**, es decir poco asertiva, no logra transmitir eficazmente la propia postura ni conseguir los objetivos de uno. A la larga se crean sentimientos de indefensión (como en el caso de la inhibición) que son más intensos al ir precedidos de intentos infructuosos. Después de fracasos repetidos al hacer prevalecer los propios derechos, se refuerza la creencia de no ser aceptado por los demás.
4. Un **ESTILO ASERTIVO DE CONDUCTA** permite comunicar tranquila y eficazmente cuál es nuestra postura y ofrecer información sobre cómo nos gustaría que el interlocutor actuase en un futuro. Permite dar a conocer y perseguir los propios objetivos respetando los derechos de los demás. Evidentemente no asegura la obtención de todo aquello que uno desearía de los otros; sí permite que ellos conozcan de qué se trata. La persona que practica una conducta asertiva se percibe como autoeficaz al sentirse capaz de hacer aquello que cree y desea hacer. Un estilo asertivo permite conservar una relación de confianza con los otros y la autoestima.

EJEMPLOS DE RESPUESTAS PASIVAS O VIOLENTAS, AGRESIVAS Y ASERTIVAS.

SITUACIÓN 1:

Su hijo acaba de llegar de la escuela a comer, justo dos horas tarde. No le llamó para avisarle que se retrasaría. Usted se siente irritada/o por la tardanza. Le dice:

- *Pásale, la comida está en la mesa.* **CONDUCTA PASIVA.**
- *Me has puesto muy nerviosa/o llegando tarde. Es la última vez que te lo paso, para la otra, no comes.* **CONDUCTA VIOLENTA.**
- *Te estuve esperando durante dos horas. Me hubiera gustado que me hubieras avisado que llegabas tarde.* **CONDUCTA ASERTIVA.**

SITUACIÓN 2:

Su hijo le da constantemente su ropa para que usted la lave y planche. Usted decide terminar con esta situación. Usted le dice:

- *Estoy bastante ocupada y cansada. Pero si no puedes lavarla tú, déjamela, yo lo hago.* **CONDUCTA PASIVA.**
- *Olvídalo. Casi no me queda tiempo para lavar más ropa. Crees que soy tu esclava. Eres un desconsiderado.* **CONDUCTA VIOLENTA.**
- *No hijo, No voy a hacer algo que tú puedes solo. Ha sido un día muy difícil para mí, creo que ya es justo que te hagas cargo de tu ropa.* **CONDUCTA ASERTIVA.**

SITUACIÓN 3:

Una familia se mudó al departamento que está junto al tuyo. Quieres conocerla.

- Sonríes al tiempo que tu vecino se acerca, pero no dices nada. **CONDUCTA PASIVA.**
- Tocas a su casa llevando una botella de tequila en la mano, y una vez que abren te metes a la casa sin ser invitado. **CONDUCTA VIOLENTA.**
- Te acercas a la puerta de ellos y dices: *¡Hola! Soy Fernando/María. Vivo en el departamento de junto. Bienvenidos al edificio. Me alegro de conocerles.* **CONDUCTA ASERTIVA.**

**MATERIAL BIBLIOGRÁFICO DE APOYO PARA EL
DESARROLLO DE LA 6ª. SESIÓN:
RESPUESTAS ASERTIVAS**

TIPOS DE RESPUESTA ASERTIVA³⁸

A continuación se hará referencia a aquellas respuestas que han sido objeto de entrenamiento con más frecuencia:

1. SOLICITAR UN CAMBIO DE CONDUCTA QUE RESULTA MOLESTA.

Cuando alguien se enfrenta con cierta regularidad a una conducta de otra persona que le resulta molesta, tiene la posibilidad de pedir que deje de hacerla y, si la situación lo permite, que adopte una nueva conducta en su lugar. El propósito de esta petición tiene muchas más posibilidades de éxito si se formula de forma asertiva.

La formulación asertiva aumenta la posibilidad de que el cambio se produzca dado que, por una parte, se informa a la persona del sentimiento desagradable que produce su comportamiento (cosa que podría ignorar hasta ese momento), y por otra, se le brinda la posibilidad de rectificar.

Pasos a seguir en este tipo de petición:

- 1.1** En primer lugar, no hay que olvidar que la persona tiene la posibilidad de **DECIDIR SI DESEA HACER O NO, ESTA PETICIÓN**. Quizá no esté justificado en los casos en que es improbable que se produzca de nuevo la conducta molesta, o se prevé poca disposición al cambio.
- 1.2 PENSAR QUÉ SE DIRÁ Y CÓMO**. Normalmente una petición de este tipo es imprescindible hacerla en el momento que se produce, sobretodo cuando quien decide hacer esta petición se encuentra “secuestrado” por emociones de tipo agresivo o por la tristeza. Es preferible esperar a que se estabilicen las emociones, ya que será más fácil mantener todos los componentes de una petición asertiva.
- 1.3 ESCOGER EL MOMENTO Y EL LUGAR ADECUADO**. Es preferible hacerlo en un momento en que pueda mantenerse la atención, sin que existan otros eventos que distraigan o dispersen la atención. Se intentará evitar la presencia de otras personas que pudieran tomar partido a favor o en contra de cualquiera de las dos personas dialogantes, ya que ello podría predisponerlas desfavorablemente.
- 1.4 DESCRIBIR LA CONDUCTA MOLESTA**. Se trata de explicar clara y específicamente aquella conducta que resulta molesta, ser concreto. Simplemente, se exponen los hechos. Deben evitarse las descalificaciones personales y la atribución de

³⁸ Montalvo, *op. cit.*, pág. 42

intenciones, ya que ello crea malestar e incita al otro a defenderse mediante acusaciones, justificaciones y, en última instancia, negándose a cambiar.

- 1.5 EXPRESAR CÓMO SE SIENTE EN RELACIÓN A LA CONDUCTA MOLESTA.** Este punto es adecuado cuando existe una relación de confianza con la otra persona, y no tanto cuando se trata de un extraño.
- 1.6 EXPRESAR QUE SE COMPRENDE EL COMPORTAMIENTO DEL OTRO.** A pesar de no estar de acuerdo con ello, es necesario comunicar que se conoce el punto de vista de la otra persona. Con ello se logra que esté más dispuesta a escuchar y a valorar un posible cambio.
- 1.7 ESPECIFICAR EL CAMBIO DE CONDUCTA QUE SE DESEA.** La petición debe formularse clara y directamente, evitando las frases que pudieran dar lugar a confusión. El tono será cordial, amable, pero firme. En esta fase, la persona que efectúa la petición debe estar abierta a la negociación, ya que es posible que el otro pida alguna cosa a cambio. A veces es más importante crear un clima de entendimiento que obtener todo cuanto se deseaba.
- 1.8 EXPONER LAS RAZONES POR LAS QUE SE DESEA EL CAMBIO. EXPLICAR LAS VENTAJAS QUE SE DERIVAN DEL MISMO.** Lógicamente, las ventajas deben referirse a ambos interlocutores. Exponerlas puede ayudar a que el otro reconsidere la petición y mantenga la conducta de cambio. Hay que tener en cuenta que la modificación de comportamiento significa un esfuerzo de adaptación; significa abandonar antiguos hábitos para adquirir otros nuevos. Es más fácil si se proveen las ventajas que ello supone.
- 1.9 EXPLICAR LAS POSIBLES CONSECUENCIAS NEGATIVAS QUE PUEDEN DERIVARSE DE NO ACEPTAR EL CAMBIO DE CONDUCTA.** Esta opción sólo se actuará en caso de que la otra persona mantenga una completa oposición a modificar su conducta. Es recomendable ser realista al enumerar las consecuencias negativa, es decir, cuidar que se ajusten a la realidad.

2. MOSTRAR DESACUERDO SOBRE UNA OPINIÓN Y EXPRESAR LA PROPIA.

Realmente hay un sinfín de situaciones en las que una persona puede experimentar desacuerdo con la opinión de otros. A veces se opta por no expresarlo, otras por hacerlo de forma agresiva y otras por la forma asertiva.

Inhibirse implica perder la oportunidad de darse a conocer y de exponer una opinión que puede ser valiosa para abordar un tema de interés común. La inhibición puede ser útil cuando el tema que se debate no tiene trascendencia alguna, pero aún así, enriquece poco el proceso de comunicación.

La forma agresiva de expresar desacuerdo aporta muchos riesgos; puede entorpecer el avance en un posible replanteamiento de ambas partes; puede añadir nuevos problemas de comunicación y, aunque puede obtener el asentimiento del contrario por sumisión, establece una dinámica de relación de escasa confianza.

La modalidad asertiva no sólo carece de las desventajas anteriores, sino que ofrece la posibilidad de mantener la autoestima de la persona.

A continuación se exponen los pasos a tomarse en cuenta para expresar desacuerdo ante la opinión de otro y formular la propia opinión, de forma asertiva.

- 2.1 ASEGURARSE DE HABER COMPRENDIDO LA OPINIÓN DEL OTRO.** Una forma de hacerlo es parafraseando, es decir repitiendo lo que se ha creído entender. También pueden utilizarse preguntas de comprobación de la comprensión. De esta forma, se da la oportunidad de clarificar malos entendidos y obtener una información más precisa antes de dar la propia opinión.

En ocasiones y por diversos motivos, se da el caso de que tras la paráfrasis o la pregunta de comprobación, la persona niega haber sido el autor de lo que verdaderamente ha dicho. Puede entonces aprovechar la ocasión para matizárselo. Es conveniente hacer de nuevo una paráfrasis o resumen buscando el compromiso personal con lo dicho, sobretodo en el caso de que la persona que emite la opinión tenga alguna responsabilidad de acción en el tema.

- 2.2 PENSAR EN LO QUE SE VA A DECIR Y EN CÓMO.** No es conveniente en emitir la opinión contraria, sobre todo si ésta supone un compromiso de acción. Puede retomarse el tema posteriormente, tras haber estudiado los matices que interesa introducir.

- 2.3 RECONOCER LOS ASPECTOS POSITIVOS DE LA OPINIÓN DEL OTRO EN CASO DE HALLARLOS.** Este aspecto es aconsejable, ya que así se predispone al interlocutor a estar receptivo ante la nueva opinión que va a escuchar.

- 2.4 MOSTRAR DESACUERDO DE MANERA CLARA, FIRME Y AMABLE.** En este punto es conveniente no mostrar signos de inseguridad como el titubeo o el uso condicional, como forma verbal (*yo propondría...*, *yo diría...*). Es imprescindible utilizar el pronombre personal yo, o nosotros si representa la opinión de un colectivo. Aunque el mensaje verbal y no verbal es firme, el tono debe ser amable (sin alzar excesivamente la voz, sin negar la mirada, manteniendo una postura erguida y no altiva).

- 2.5 SER ESPECÍFICO AL DESCRIBIR LA OPINIÓN CON LA QUE SE ESTÁ EN DESACUERDO.** En esta fase hay que cuidar de no caer en descalificaciones personales que sólo sirven para activar una conducta defensiva del interlocutor, ya que lo más probable es que tras ese tipo de intervenciones se entre en una escalada de descalificaciones mutuas y que poco aportan al entendimiento mutuo y avance de las negociaciones. Además, por poco agudo que sea el receptor de este mensaje, pronto adivinará que quien lo emite está haciendo gala de un pensamiento deductivo erróneo, repleto de generalizaciones imprecisas, que poco tienen que ver con la realidad.

- 2.6 DAR RAZONES QUE SUSTENTEN EL DESACUERDO.** No se trata de justificarse, sino de dar razones basadas en el análisis de las limitaciones que tiene la propuesta del otro.

DAR LA PROPIA OPINIÓN FORMULÁNDOLA DE FORMA CONCISA. El enunciado debe ser claro, conciso, formulado en primera persona y sin perderse en discusiones que se apartan del tema concreto.

- 2.8 RESALTAR LAS VENTAJAS DE LA NUEVA OPINIÓN RESPECTO A LA DEL INTERLOCUTOR.** Esto otorga credibilidad a la opinión que se emite, además de aumentar la probabilidad de que el otro reconsidere su propia opinión.

- 2.9 OBTENER LA REACCIÓN DE LA OTRA PERSONA A LA NUEVA OPINIÓN.** La finalidad no es forzarla a que esté de acuerdo y que abandone necesariamente su planteamiento inicial, sino conocer cuáles son sus puntos de discrepancia, sus nuevas argumentaciones, o si fuera el caso, las dificultades que tiene en mantener su posición inicial.

3. AFRONTAR LA CRÍTICA.

Este es un aspecto que no siempre resulta fácil. Con demasiada frecuencia se cede a la tentación de rechazarla, negarla o incluso responder con un ataque hacia aquel que la expresa.

Si la crítica está mal gestionada puede acarrear consecuencias negativas tanto para uno mismo como para la relación con la persona que la efectúa. La crítica bien planteada es una ocasión para replantearse y rectificar la propia conducta; ofrece información acerca de las consecuencias de la conducta de uno en otras personas.

A continuación se exponen varias formas de afrontar la crítica asertivamente.

3.1 CONCENTRARSE EN LO QUE LE ESTÁN DICIENDO E INTENTAR COMPRENDER ESE PUNTO DE VISTA. Es necesario centrarse únicamente en el contenido de la crítica, posponiendo la posible tendencia a defenderse o a pensar en los motivos ocultos de quien la está haciendo. Intente comprender lo que le está diciendo y si no ha entendido algo, formule una pregunta clarificadora.

3.2 NO INTERRUMPA, ESPERE A QUE ACABE. Por descabellado que le parezca, escuche y “guarde” tanto la información que está recibiendo como su opinión al respecto. Cuando exista una pausa en el discurso o manifieste claramente que ya ha acabado, es el momento de pasar a la siguiente fase.

3.3 TÓMESE UNOS INSTANTES PARA PROCESAR LA INFORMACIÓN Y ORGANIZAR LA RESPUESTA. Intente no dejarse llevar por las emociones desagradables que pudiera sentir.

3.4 RESPONSABILIZARSE. Si está totalmente de acuerdo con el contenido de la crítica, reconózcalo. Puede añadir las razones que le han impulsado a obrar así. Sea conciso y no intente justificarse, sólo informe. Discúlpese, sin extenderse demasiado y, si ello es posible, explique qué es lo que piensa cambiar de ahora en adelante. Intente que la otra persona le comunique verbalmente cómo recibe su respuesta. En caso de no ser muy favorable, no intente cambiar las cosas justificándose de nuevo, es mejor que repita brevemente su disculpa y vuelva a nombrar los aspectos que piensa cambiar. Eso sí, sea consecuente con el cambio de conducta que ha anunciado. Si no está segura/o de poder mantener su propósito es preferible que no lo diga, ya que si no perderá credibilidad.

Si no está totalmente de acuerdo con el contenido, diferencie los aspectos en los que sí lo está de acuerdo y en los que no. En cuanto al resto, haga lo mismo que en el caso anterior.

Si no está de acuerdo en nada de lo que le han dicho, expréselo añadiendo que a pesar de ello está de acuerdo en que el otro exprese lo que piensa.

3.5 PIDA UN CAMBIO EN LAS FORMAS DE EXPRESAR LA CRÍTICA SI LE HA MOLESTADO. Ahora es el turno de especificar los aspectos formales que no le han gustado y de pedir que en el futuro, si tiene que expresarle una crítica de nuevo, lo haga teniendo en cuenta estos aspectos. Sea concreta/o cuando se refiera a los mismos y no caiga en acusar al otro de malas intenciones o de motivos ocultos. Es preferible que intente anular la probabilidad de que ello vuelva a ocurrir definiendo las condiciones en que desea que formule la crítica si se volviese a dar la ocasión.

**MATERIAL BIBLIOGRÁFICO DE APOYO PARA EL
DESARROLLO DE LA 7ª. SESIÓN:
SEXO, GÉNERO Y COADICCIÓN.**

CREENCIA

Ruiz e Imbernon³⁹, la definen como la forma de pensar con la que se enfoca y experimenta la vida por cada persona.

- ♣ En el lenguaje popular "es la manera en que nos tomamos las cosas", cómo las valoramos e interpretamos subjetivamente.
- ♣ En el lenguaje psicológico: "es la organización de nuestra experiencia en forma de significados personales, que guía nuestra conducta, emociones, deseos y metas personales".

Desde la perspectiva cognitiva las creencias se localizan en el cerebro, en los circuitos neuronales de la memoria y son resultado del desarrollo biológico y las experiencias del aprendizaje de cada persona. Están constituidos por los significados que cada persona tiene respecto del mundo y de sí mismo. Cuando se habla de mente se habla del funcionamiento de estos esquemas en forma de fenómenos como "conocimiento", "memoria", "deseos", "sentimientos", "conducta", etc.

Los autores explican que éstos primeros esquemas cognitivos se desarrollan desde el nacimiento hasta los 3 ó 4 años aproximadamente y están conformados de escenas cargadas de afecto a partir de la vinculación con lo progenitores. Es así que el niño va construyendo mentalmente su experiencia en forma de imágenes o escenas sobre acontecimientos repetitivos (relaciones con sus padres, consigo mismo y su entorno), esta organización constituye la "base de su personalidad en el sentido de que la influencia posterior de otras experiencias en su vida va a estar matizada por estas experiencias (satisfactorias e insatisfactorias) primarias. Contienen significados, creencias sobre los objetivos más importantes para cada persona en la vida, y cómo tienen que ser perseguidos. Permanecen dormidos a lo largo del tiempo, en la memoria y ante una determinada situación desencadenante como una enfermedad física o un acontecimiento en la vida personal como la adicción de un hijo, se "activan" o "despiertan". Las personas no suelen ser conscientes de sus creencias personales, pero sí de su efecto emocional; es decir del cómo nos sentimos, por lo regular muchas son las personas que sólo se percatan medianamente de sus pensamientos automáticos, que serían como las ventanas por donde se asomarían esas creencias en determinadas situaciones.

Por ejemplo, una madre que descubre que su hijo se droga, mantiene la creencia personal "inconsciente": *De la madre depende el éxito de sus hijos*. Es por ello que se angustia y

³⁹ Ruiz e Imbernon, *op. cit.*, pág. 33

deprime cuando en la escuela le dicen que expulsaran a su hijo por usar drogas. Es entonces que un pensamiento automático se hace manifiesto y se mantiene presente: *He fallado como madre. No sirvo para nada. Que sola me siento.*

De acuerdo a este modelo, es así como las personas interpretan determinadas situaciones y esta interpretación influye en sus sentimientos, motivaciones y acciones.

ASPECTOS DEL ROL DE GÉNERO

Si bien es cierto que muchos padres se sienten culpables e inadecuados al descubrir que uno de sus hijos se droga, también es cierto que muchos, en un inicio, se resisten a aceptarlo, ya que todo lo que han hecho por ese hijo, es con la intención de protegerlo y cuidarlo, aún a costa de su propia salud, comportamiento considerado socialmente correcto, y suelen pensar que el problema de adicción obedece a causas externas y factores externos:

"A los diez años ya estaba trabajando. Yo fui una persona que tuve que madurar muy pronto. Mi esposo dice que la culpa es mía porque le doy todo, pero además, él también es como un niño, cuando hay un problema, no lo afronta, yo estoy sola con mis hijos, he estado sola toda la vida. Yo vivo para ellos y cuando les llevo cosas, se las llevo porque les hace ilusión. Yo trabajo para que no les falte nada, siempre voy buscando cosas para ellos, pido prestado, y ahí voy yo, y eso es lo que me da rabia, yo soy blanda de por sí, y mira como me paga el mayor, drogándose"

"Yo soy la responsable de todo. Mi marido me dice: ¡déjame en paz! En cosas de la casa no se mete, incluidos nuestros hijos. Yo cargo con todo lo relacionado a la casa, de la educación de los hijos, él no se ocupa. A veces me pregunto si todo esto vale la pena, pero claro, sin mí que sería de esta familia".

"He hecho por mis hijos todo lo que he podido y más, todo para que sean gente de bien, que no tuvieran una vida tan difícil como yo la tuve. Y, mire, se droga. No tiene vida propia, no trabaja, no estudia, se pasa todo el día con sus amigotes que también se drogan. Y yo, todo el tiempo tras él. Ya no puedo hacer más. He hecho todo lo que está en mi mano. Creo que soy culpable de la conducta tan irresponsable de mi hijo".

Estos son algunos ejemplos de lo que manifiestan muchas madres, relatos en donde se observa que sus creencias, se relacionan con aspectos tradicionales del rol femenino: **SER Y ACTUAR PARA LOS OTROS.**

Ahora bien, como en el cuerpo de las mujeres se realiza la parte más notable y prolongada de la reproducción biológica de los seres humanos porque así lo impone la naturaleza, se cree y se establece como norma de vida que la reproducción cotidiana de la vida humana es también imposición natural.

Cazés⁴⁰ refiere que sobre esta base se construyen creencias como las siguientes:

1. Todo lo que hacen las mujeres, incluso lo que se les exige hacer por costumbre o por leyes muy diferentes en cada sociedad, está regido por la naturaleza.
2. Así fue siempre en todas partes y siempre tendrá que ser así.

⁴⁰ Cazés, Daniel (1999), *La perspectiva democrática de género*. Consejo Nacional de Población (CoNaPo), Programa Nacional de la Mujer (ProNaM), México.

3. Siendo natural y eterno, lo que las mujeres están obligadas a aceptar y el valor que se les adjudica, es indiscutible y por eso nadie piensa en ello, ni siquiera se ve, porque lo natural, lo rutinario, lo indiscutible, es invisible en la cotidianidad y en la historia.

Consecuentemente, como todo lo natural es indiscutible, el trabajo de las mujeres, sus aspiraciones, deseos y muchas de sus necesidades siempre han sido secundarias a sus funciones femeninas de procrear, proteger y dar educación en un ambiente cálido y placentero.

Así como el entorno cultural nos prepara. Al mirar la educación que recibimos de niños en la familia, escuela, iglesia, recordamos que el portarse bien, ser educados, amorosos y cumplir nuestras obligaciones, entre otros, eran aspectos sobre los que recaía un gran peso. En el caso de la mujer el problema se acentúa aún más, ya que desde muy temprana edad se las prepara y educa para la reproducción, el hogar, los cuidados personales, la vida privada, así como para considerar primero las necesidades de los otros sobre las suyas propias; en contraste, al varón se le prepara para la producción, la calle, el trabajo remunerado y la vida pública.

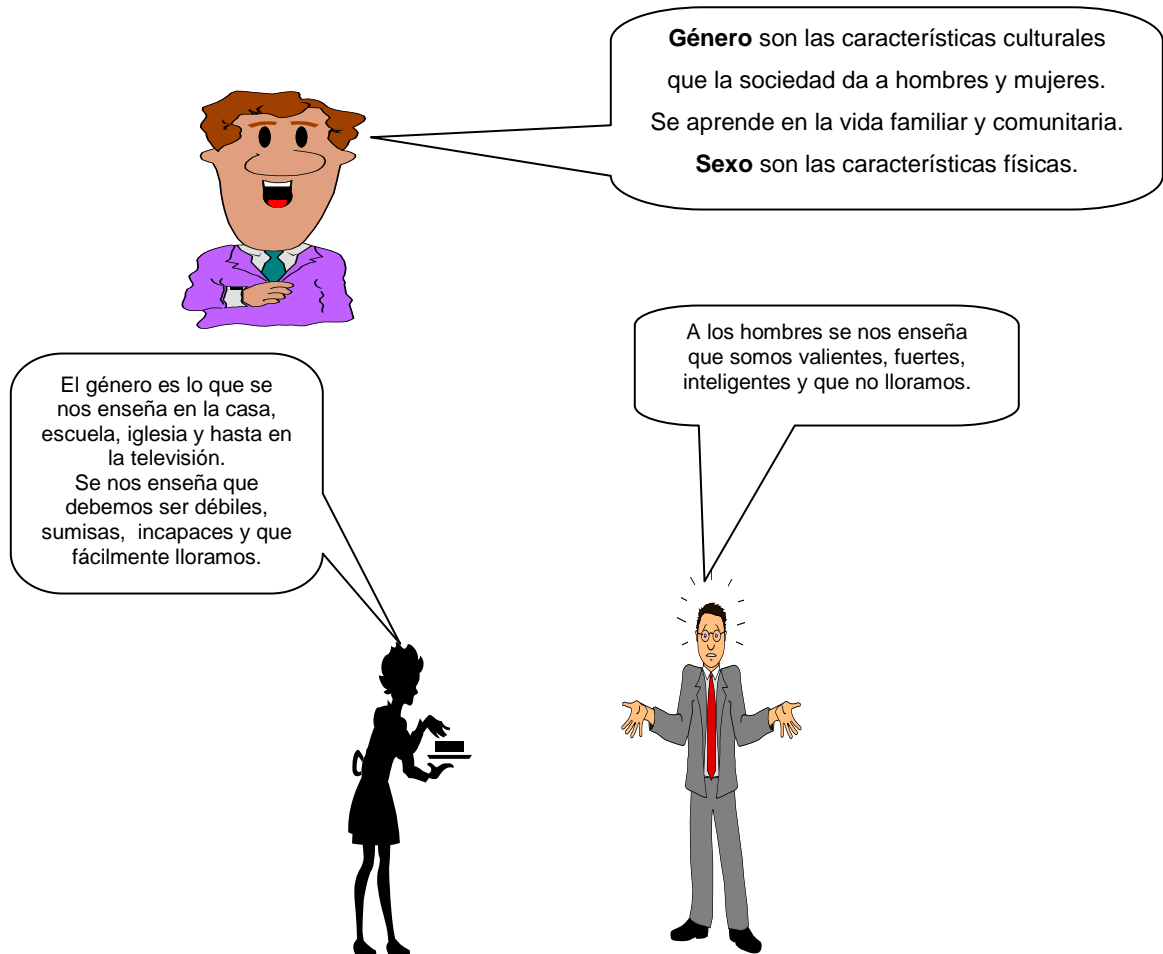
El género está presente, sin saberlo, en la forma diferente de cómo hombres y mujeres actuamos cotidianamente, en las representaciones que tenemos del mundo, de nuestras construcciones afectivas, de los encuentros y desencuentros sociales, de los deseos reprimidos, de los impedimentos del goce, de las necesidades individuales, de nuestros objetivos del querer ser, de las negaciones de ser lo que no se quiere ser, de nuestras carencias de pertenencia, de las vivencias desde la pertenencia, etc En todo momento de la cotidianidad está el género⁴¹.

Palacios⁴², citando a Stoller, señala que lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidas a cierto género. La asignación y adquisición de una identidad es mayor que la carga genética, hormonal y biológica.

⁴¹ Flores Palacios, F. (1989). *El devenir de la subjetividad femenina: un paradigma entre lo individual y lo colectivo*. En: Estudios de Género y Feminismo I. Ed. Fontarama, UNAM, México.

⁴² Ídem.

¿Qué es el Género?



Género se utiliza para señalar las características socialmente construidas que constituyen la definición de lo masculino y lo femenino en distintas culturas y podría entenderse como la red de rasgos de personalidad, actitudes sentimientos, valores y conductas que diferencian a los hombres de las mujeres. Esta construcción implica valoraciones que atribuyen mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas con el hombre.

Desde una perspectiva psicológica, De Barbieri⁴³ conceptualiza el **género** como una categoría, entendiendo lo femenino o masculino como un constructo social, "...los sistemas de sexo-género son los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que la sociedad elabora a partir de la diferencia sexual anátomo/fisiológica y que dan sentido a la reproducción de los impulsos sexuales a la reproducción de la especie y en general al relacionamiento entre las personas".

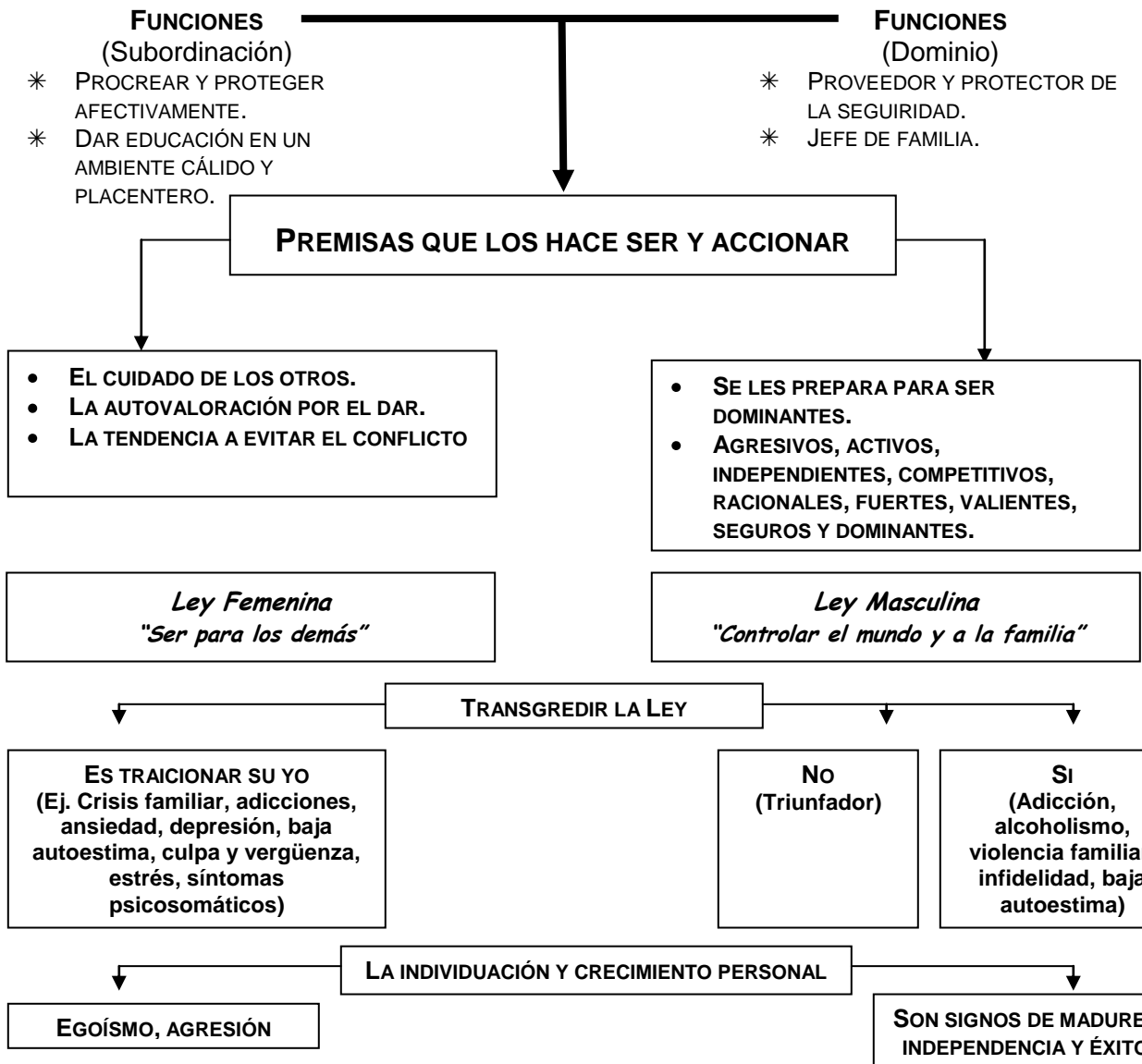
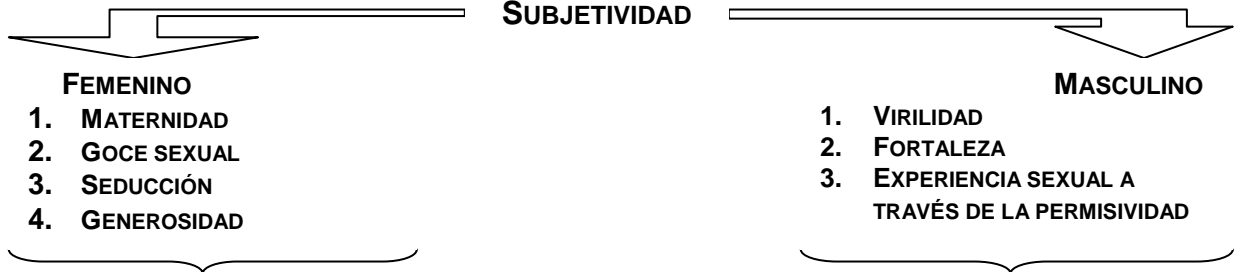
⁴³ De Barbieri, T. (1992) **Sobre la categoría género. Una introducción técnico metodológica.** Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM.

DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

CATEGORÍAS DE GÉNERO

1. ATRIBUCIÓN DE GÉNERO
2. NÚCLEO DE IDENTIDAD
3. ROL DE GÉNERO

SUBJETIVIDAD



CATEGORÍAS DE GÉNERO

Para Flores⁴⁴ hay factores subjetivos en los cuales se desarrollan potencialidades, contradicciones, afirmaciones, etc., que llevan a suponer un equilibrio de convicción social e individual.

Para explicar esto, Flores retoma de Bleichmar los elementos que para él conforman la categoría de género, siendo estos los siguientes:

1. ATRIBUCIÓN (ASIGNACIÓN, ROTULACIÓN) DE GÉNERO.

La identificación que en un primer momento se hace del recién nacido es la expresión de rotulación: es hombre o mujer. De aquí se estereotipa de acuerdo al modelo al que corresponda. Para la niña el color rosa, el azul para el niño. Desde este momento se desarrollará una diferencia que más tarde y durante el proceso de socialización se convertirá en discriminación, es decir, la atribución de género "es la identificación más importante del ser humano porque es la que da pertenencia a la categoría grupal".

2. NÚCLEO DE IDENTIDAD.

El segundo elemento constitutivo de la categoría de género es el núcleo de identidad, en este proceso se registra una pertenencia a un grupo sexual y no a otro. El factor biológico genital en esta etapa es más determinante: "Desde el nacimiento en adelante la niña(o) va teniendo percepciones sensoriales de sus órganos genitales, fuente biológica de su futura identidad del género"⁴⁵. Es decir, a partir de las estructuras biológicas de los aparatos sexuales propios para cada sexo se determina culturalmente la función que tendrá que desempeñar a lo largo de su existencia.

3. ROL DE GÉNERO

Es el tercer elemento que Bleichmar define como: "el conjunto de prescripciones y proscripciones para una conducta dada, las expectativas acerca de cuales son los comportamientos apropiados para una persona que sostiene una posición particular dentro de un contexto dado. El rol de género es el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado".

El hablar de diferencias nos lleva a remitirnos a las construcciones psicológicas que se van modelando desde la familia y que se introyectan de manera natural, haciendo más compleja la disertación y la aclaración de las posibles contradicciones entre "el deber ser" y "el ser"⁴⁶.

En este sentido Flores destaca que el género femenino es subjetivo y lo conforman cuatro elementos básicos, que son:

⁴⁴ Flores Palacios, *op. cit.*, pág. 105

⁴⁵ Ídem

⁴⁶ Ídem

- ♣ **LA MATERNIDAD.** El rol más determinante para la mujer es la de ser madre, la niña aprenderá a cuidar de pequeña a sus muñecas para cuando tenga sus propios hijos.

Flores señala que la maternidad es la piedra angular sobre la que se asienta la situación de la mujer en nuestra sociedad y garantiza que todo individuo en la primera etapa de su vida esté en contacto y sienta que depende de una mujer para su supervivencia, de esta manera las oportunidades de sobrevivir están en relación inversa al grado de autonomía que esa mujer tenga respecto de la niña(o). La madre se sentirá como buena y será amada en la medida en que carezca de vida propia; se sentirá como mala y será odiada en la medida en que sea autónoma y su vida abarque otros intereses que el cuidado de los hijos.

No sólo nos encontramos con la diferencia biológica, sino también con la constante división de la vida en esferas masculinas y femeninas, división que se atribuye a la biología pero que, exceptuando lo relacionado con la maternidad, es claramente cultural.

La existencia de distinciones socialmente aceptadas entre hombres y mujeres es justamente lo que da fuerza y coherencia a la identidad de género, pero, como señala Marta Lamas⁴⁷ hay que tener en cuenta que el hecho de que el género sea una distinción significativa en gran cantidad de situaciones no es un hecho biológico. Si bien las diferencias sexuales son la base sobre la cual se asienta una determinada distribución de papeles sociales, esta asignación no se desprende "naturalmente" de la biología, sino que es un hecho social y agrega que la maternidad sin duda juega un papel importante en la asignación de tareas, "pero no por parir hijos las mujeres nacen sabiendo planchar y coser".

Una de las ideas que comparten diversos autores es que las formas de comportamiento elegidas por nuestra sociedad y transmitidas a los jóvenes a través de la educación, son el reflejo de la ideología que domina, tienen poco de universales y de inherentes al ser humano, y son, por tanto modificables.

- ♣ El segundo elemento es el **GOCE SEXUAL**. En las mujeres está relacionado con la maternidad, situación que establece una baja en el deseo sexual. En nuestra cultura, la niña desde pequeña deberá luchar por tener acceso a los mismos espacios que los niños y las formas de acceder es a través de la seducción y al coqueteo hacia los otros para apropiarse de ellos.

"A la niña se le entrena para la conquista y se le prepara para que le hagan la corte", y "al ser entrenada para satisfacer al otro, al confirmar su carencia de poder y reafirmarse desde el visto bueno del otro, sufre una profunda desventaja que le lleva a olvidarse de su propia sexualidad, de su goce, de su realización, porque siempre estará en lucha por ser alguien, por conquistar los espacios no ganados, por saberse querida y deseada, delimitando su propia estructura a partir de las necesidades de los demás"⁴⁸.

- ♣ El tercer elemento es la **SEDUCCIÓN**. Para las mujeres la seducción es aprendida como herramienta para obtener algo. La seducción como gancho femenino para la conquista adquiere una parte muy activa en la mujer, pero al concluirla desemboca en

⁴⁷ Lamas, M. (1986). *La antropología feminista y la categoría género*. En Nueva Antropología, Vol. VIII, No. 30, México.

⁴⁸ Flores Palacios, *op. cit.*, pág. 105

una parte pasiva, es decir, la seducción se convierte en la sexualidad de la mujer, confundiendo ambas vertientes y, por lo tanto, desarticulando los procesos que pueden llevar a felices términos un goce.

- ♣ Como último elemento está **LA GENEROSIDAD**. Ligada a la naturaleza desde lo maternal, la mujer es nutriente, dadora de cuidados, capaz de renunciar a sí misma por el otro y hacer de su realidad un estado de complacencias.

A partir de estas categorías se puede entender por que las mujeres son las que se ven más afectadas y afligidas por el consumo de drogas, incluso sin consumirlas. El abuso en el consumo de alguna persona cercana y querida altera toda su vida y salud, además de que asumen toda la responsabilidad de su cuidado.

De ahí que se entienda que en la mujer, conceptos como individuación y crecimiento personal sean vistos como egoísmo y entendidos como agresión, peor aún si alguno de sus hijos consume de drogas, pensará que es una mala madre, un ser incapaz, "pensamientos que transgreden la ley femenina" de "ser para los demás", por lo que sí una mujer cambia sus premisas centrales, buscando únicamente el autocuidado o la mejora personal, vive traicionando su yo, su centro, pudiendo descontrolarse manifestando llanto, temor, desvalimiento y síntomas"⁴⁹.

Es así como se explica que debido al papel que la sociedad asigna a las mujeres como protectoras y responsables de mantener la armonía familiar, muchas de ellas adopten conductas coactivas, manteniendo una relación de dependencia con su hijo o su pareja consumidores. Sin olvidar que también existen hombres o padres coactivos, pero en el menor de los casos.

Esta dependencia al consumidor de drogas facilita en la mujer una aceptación de engaños y maltratos, de parte de quien consume, sea el hijo o pareja, haciéndoles perder su estabilidad emocional, alterando su forma de pensar, sentir y comportamiento.

Frases como: *He fracasado como madre, No he sido una buena esposa, Debo haber hecho algo mal*, se asocian con los sentimientos de culpa, tristeza, frustración que experimentan algunas madres al sentir que no cumplieron con su rol de madres y/o esposas, sobre todo porque en muchas ocasiones no cuentan con el apoyo del esposo, el cual se mantiene periférico de esta situación y la hace responsable tanto del consumo del hijo, como de su recuperación.

Si el que consume es la pareja, la relación conyugal y sexual se deteriora, la vida cotidiana se hace difícil de sobrellevar y la salud de estas mujeres se va deteriorando.

En un inicio la mujer, madre o esposa de un consumidor, piensa que su amor y cuidados le harán desistir al consumidor de drogas de su conducta. Poco a poco se ve envuelta en un juego de mentiras, promesas, insultos, provocaciones, agresiones físicas, psicológicas y reconciliaciones.

Algunas mujeres piensan que es su deber proteger a su hijo y/o a su esposo, y se van olvidando poco a poco de ellas y de los otros miembros de su familia, hijas e hijos que deben acostumbrarse a vivir entre la violencia y el temor.

Después de un tiempo, la familia, que al inicio se mostró colaboradora con esta mujer, se va retirando o aconseja la separación. La mujer se ve sola e inicia un penoso recorrido por diferentes centros atención psicológica buscando solución, con la esperanza en la promesa del consumidor de que *esta vez sí es en serio*.

⁴⁹ Lamas, *op. cit.*, pág. 109

La pregunta que se hacen, es *¿por qué busqué una relación tan problemática?, ¿por qué no soy capaz de poner fin a esta situación que me daña tanto?*

La respuesta en muchos casos es que la mujer se siente recompensada al creer que es la "salvadora" y que su presencia es indispensable al lado de su hijo o de su pareja. Existe además un mandato moral en ella, determinado por su rol de género y creencias personales (sustentadas en aspectos socioculturales), que se expresa cuando afirma, por ejemplo: *Mi hijo es mi cruz. Antes que mi propio bienestar esté el de mi hijo. Es el padre de mis hijos, ¿cómo lo voy a dejar, cómo voy a dejar a mis hijos sin padre?*

Vemos también, que la adicción del esposo, además de implicar inseguridad económica, significa también riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual como el VIH-Sida, entre otras.

Se ha observado, en casos extremos, que en su afán de proteger al consumidor, han llegado a comprar directamente las drogas para evitar que se involucre en conductas delictivas, o beber junto con él para entenderlo.

Por otra parte, cuando la que consume es la mujer, la situación es más difícil, ya que "Las mujeres adictas experimentan un mayor estigma que los hombres, más estresante y más destructivo"⁵⁰. Asimismo, se cree que la mujer que bebe, también es sexualmente promiscua y cuando el abuso es de drogas, se le asocia a consecuencias más graves, como prostitución y/o delincuencia. Estigmas que guardan relación con el rol que la sociedad ha asignado a las mujeres de ser las guardianas de la moral y los valores sociales.

¿LAS CAUSAS O MOTIVOS?

González⁵¹, refiere que Martha Romero, experta de la dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría explica que: "El abuso sexual, la depresión, una decepción amorosa, la no aceptación social, la soledad, son algunas de las causas por las que las mujeres de cualquier edad comienzan a consumir drogas o alcohol". Afirma que el consumo en las mujeres mexicanas aumenta cada vez más, sólo que suele guardarse a pesar de los problemas personales y familiares que esta problemática conlleva.

Queda claro que la coadicción lleva en muchos casos a desarrollar conductas permisivas y sobreprotectoras con el hijo/a o la pareja que consume drogas, lo que no permite que el consumidor asuma la responsabilidad de sus actos, situación que no contribuye al cambio y generalmente obstaculiza su proceso de recuperación.

Con estas ideas y retomando nuevamente a González, podemos decir, que la mujer, madre o esposa de un consumidor, debe mantener criterios claros y un comportamiento coherente, el autor sugiere, algunas pautas como:

- ♣ Contar con el apoyo de un profesionalista.
- ♣ Establecer límites claros con el consumidor de drogas respecto por ejemplo, a horarios, salidas, disponibilidad de dinero, etc.

⁵⁰ Romero M. (1996) **El Tratamiento para la mujer adicto**. [En línea]. Página web <www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/esp/Mujer/Mujeres.htm> [Consulta, 29 diciembre del 2003]

⁵¹ González, R. (2003). **Alcohol, tabaco, tranquilizantes y anfetaminas, las más usadas. Abuso sexual y depresión detonan adicciones entre las mujeres**. [En Línea]. Página web. <<http://www.cimacnoticias.com/noticias/03feb/03021204.htm>>. [Consulta, 16 de julio de 2004]

- ♣ Asignar tareas y responsabilidades, aunque no es aconsejable aquellas en la que se deba manipular dinero.
- ♣ No ceder al chantaje emocional, lo cual de ninguna manera significa querer menos al hijo/a o pareja.
- ♣ No imitar el comportamiento del consumidor lanzando amenazas que no se van a cumplir (*Me voy de la casa, Te voy a encerrar en una granja, etc.*), ya que con ello se pierde autoridad y respeto.
- ♣ Tratarlos con firmeza pero no con amenazas o presiones.
- ♣ No culpabilizar al consumidor, recordar que se trata de una enfermedad compleja, en cuyo origen hay también problemas familiares, sociales y laborales, entre otros.

**MATERIAL BIBLIOGRÁFICO DE APOYO PARA EL
DESARROLLO DE LA 8ª. SESIÓN:
ROLES DE GÉNERO Y VIOLENCIA.**

DEFINICIÓN DE VIOLENCIA

La violencia se define como un acto intencional, que puede ser único o recurrente y cíclico, dirigido a dominar, controlar, agredir o lastimar a otra persona por medio de la fuerza, ya sea físico, verbal, psicológico, sexual o económico. Casi siempre es ejercida por las personas de mayor jerarquía, es decir, las que tienen el poder en una relación, como son: el padre y/o la madre sobre los hijos, los jefes sobre los empleados, los hombres sobre las mujeres, los hombres sobre otros hombres y las mujeres sobre otras mujeres, pero también se puede ejercer sobre objetos, animales o contra el propio individuo.

Para que la conducta violenta sea posible, tiene que darse una condición: la existencia de cierto desequilibrio de poder, que puede estar definido culturalmente o por el contexto, o producido por maniobras interpersonales de control de la relación. En la familia los dos ejes de desequilibrio de poder están dados por el género y por la edad, refiere Corsi⁵², y explica que cualquier miembro de la familia, independientemente de su raza, sexo y edad, puede ser agente o víctima de la relación abusiva y añade que las cifras estadísticas reportan que son las mujeres y los niños las víctimas más comunes de este abuso, se estima que alrededor del 50% de las familias sufren o han sufrido alguna forma de violencia.

Uno de los casos más frecuentes de violencia familiar es la mujer víctima de violencia (como es el caso de muchas mujeres con un patrón de comportamiento coadictivo) por parte de su esposo o compañero. La intensidad del daño varía desde un insulto hasta el homicidio. Según la definición de Ferrerira⁵³ una mujer golpeada es aquella que sufre maltrato intencional, de orden emocional, físico y sexual, ocasionado por el hombre con quien mantiene un vínculo íntimo.

Frases como “*Yo no quería hacerle daño, sólo quería que me entendiera*”, son frecuentes en los compañeros de estas mujeres. En este caso, “*que me entendiera*” es sinónimo de: “*que me obedezca*”, con esto se observa que la fuerza es utilizada para someter, doblegar o subordinar.

A partir de esta definición, se enumeran algunas de las formas más comunes que adopta la violencia interpersonal, entendida como abuso de fuerza y poder.

⁵² Corsi J. (Comp. 1994). *Violencia Familiar. Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar*. Buenos Aires, Argentina, Ed. Paidós.

⁵³ Ferreira G. (1989). *La Mujer Maltratada*. Buenos Aires, Argentina, Ed. Sudamericana.

TIPOS DE VIOLENCIA

1. VIOLENCIA FÍSICA

Incluye una escala que puede comenzar con un pellizco y continuar con empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, torceduras, pudiendo llegar a provocar abortos, lesiones internas, desfiguraciones, hasta homicidio.

Este tipo de violencia es fácil de observar por las huellas que deja en el cuerpo. Frecuentemente el agresor lastima las partes no visibles. Lamentablemente muchas mujeres tratan de disimular las lesiones y mienten acerca del origen de las mismas. Sobre todo cuando les tardan en sanar, tienden a aislarse para que sus familiares y a amistades no se den cuenta o no les digan nada.

2. VIOLENCIA PSICOLÓGICA O EMOCIONAL.

Se expresa en métodos de sometimiento y control que se basan en el terror, amenazas, insultos, y otras actitudes, palabras o acciones que lastiman la dignidad del otro. Los mecanismos detectados que implican ejercer este tipo de violencia, son: la descalificación, (invalida la comunicación), la desconfirmación, (invalida la persona), el doble vínculo, la mistificación, entre otros.

La mujer sometida a este tipo de violencia sufre una progresiva debilitación psicológica presentando cuadros depresivos que pueden orillarla al suicidio.

3. VIOLENCIA VERBAL.

Insultos, gritos, palabras hirientes ofensivas, descalificaciones, humillaciones, amenazas, piropos que causen molestias, etc.

4. VIOLENCIA SEXUAL

Incluyen los “piropos” groseros acerca del cuerpo de una mujer, hasta el acoso sexual y la violación. En la relación de pareja, las mujeres refieren comentarios tales como: *“Estas bien gorda, pareces cerdita.”* *“Cómo crees que dan ganas de estar con una mujer como tú”*. También se contempla como violencia sexual hacia la mujer cuando es criticada, y no se respeta su decisión de abstenerse de ciertos actos sexuales, resultando la coerción y violación por parte de su compañero.

Se atenta contra la sexualidad de la mujer cuando se le exige tener un aborto o al contrario, no se le permite hacer uso de anticonceptivos. Los celos excesivos y el control de sus actividades son actos violentos muy comunes, sin embargo no se reconocen como actos de violencia, ya que mucha gente confunde los celos con el amor y cree es la obligación de la mujer satisfacer las necesidades sexuales de su compañero.

5. VIOLENCIA ECONÓMICA

Es una de las formas más sutiles de violencia, que consiste en el castigo a través de no dar el gasto o controlar el dinero de la mujer que trabaja o de los bienes materiales.

CICLO DE LA VIOLENCIA⁵⁴

PRIMERA FASE: Aumento de tensión. En este momento se empiezan a acumular las nubes. En la relación el agresor se enoja, discute, culpa, agrede, genera un aumento de tensión en la relación. El agredido conserva un mínimo de control sobre la frecuencia y severidad de los episodios de abuso; puede apaciguarlos tratando de complacer al agresor o acelerarlo negándose a cumplir con sus exigencias. La razón de apresurar el estallido responde muchas veces a que el agredido prefiere enfrentarlo lo más pronto posible en lugar de seguir sufriendo la espera.

Por ejemplo, una pareja donde el hombre es el agresor y la mujer la agredida, él la ridiculiza, ignora su presencia, no presta atención a lo que ella dice, se ríe de sus opiniones, la compara con otras personas, la corrige en público, la ofende criticando su cuerpo, la llama “loca, gorda” le dice: “la vieja con la que ando está mejor que tú”, la culpa de todo, comienza a amenazarla con agredirla físicamente, va creando un clima de miedo constante.

Aunque estas conductas no aparecen en un primer momento como violentas, ejercen un efecto desolador y devastador sobre la agredida, generando un progresivo debilitamiento de sus defensas psicológicas. Comienza a tener miedo de hablar o de hacer algo por temor a las críticas, sintiéndose triste y débil.

SEGUNDA FASE: Explosión o tormenta, es la etapa más corta, pero quizás la más dañina. El estallido incluye la violencia física y puede consistir en un solo empujón, bofetadas, golpe o en horas de maltrato y terror. La violencia física es frecuentemente acompañada de violencia psicológica o sexual. Es después de esta fase, cuando la mayoría de mujeres piden apoyo, si es que lo hacen.

Por ejemplo, él la toma de brazo, la aprieta, pellizca, la jala de los cabellos, la cachetea hasta llegar a patearla, puede utilizar objetos para lastimarla, en medio de esta agresión le exige tener contactos sexuales, la viola.

TERCERA FASE: Luna de Miel, En esta fase sale el sol nuevamente, en la que se produce el arrepentimiento, a veces instantáneo, sobreviniendo las disculpas y la promesa de que nunca más volverá a ocurrir. Al tiempo vuelven a recomenzar los episodios de acumulación de tensión y a cumplirse el ciclo.

Ejemplo: Al día siguiente él se hinca ante ella, llora, promete no volver a agredirla. Le dice que ella es para él lo más importante de su vida, que si ella se va qué va a ser de él.

⁵⁴ Schornstein S. (1997) Domestic violence and health care. What every professional needs to know (Violencia Doméstica y Salud. Lo que cada profesional necesita saber). Thousand Oaks, CA., Sage.

ROLES DE GÉNERO



Antes de tener conciencia de si sé es hombre o mujer se asigna a cada sexo un rol social distinto, es decir, desde el nacimiento se asignan colores, juguetes, ropa, actividades pero también una manera de ser, de pensar y de sentir para hombres y para mujeres. Los mensajes son diferentes, aprenden a comunicarse de acuerdo a su género, adoptan actitudes de acuerdo con lo que se espera de cada sexo y se crean expectativas diferentes.

En general existe un conjunto de roles considerados adecuados para las mujeres y otros adecuados para los hombres. Estos son los **roles de género** femenino y masculino. La primera manifestación de esta división de actividades se da en la casa, en donde a las mujeres se les asigna cubrir las funciones maternas y el trabajo doméstico, se añaden determinadas exigencias y además se espera de ellas una actitud de abnegación y complacencia, así como estar disponibles y mostrarse agradables. Los roles tradicionalmente masculinos han estado relacionados con el mantenimiento económico de la familia y la profesión.

VALOR DEL ROL FEMENINO Y MASCULINO

Los roles que desempeñan las mujeres tienen diferente valor económico, político y social, que el de los hombres; esto es que no se le ha dado el mismo valor a las actividades que realizan las mujeres. Una de las ventajas de desempeñar actividades que tienen mayor poder económico es que tradicionalmente tienen más poder y autoridad, como es el caso del hombre, el cual por tener el papel de proveedor es considerado tradicionalmente como la cabeza o jefe de la familia, aún sino trabaja. Esta situación no es igual para la mujer, aún y cuando en la actualidad sean muchas las mujeres que con sus ingresos mantienen su casa, no se les considera jefas de familia, sino que simplemente desempeñan su papel de madres. Si bien el papel de madre tiene un gran valor en nuestra cultura, no otorga la misma autoridad que ser jefe de familia.

ROLES DE GÉNERO Y VIOLENCIA EN EL ÁMBITO FAMILIAR

Los roles de género y la violencia, principalmente contra la mujer en la familia donde hay un miembro que consume drogas tiene que ver según el planteamiento que hace Fawcett⁵⁵, en el sentido de que existe más probabilidad de violencia en el ámbito familiar cuando los roles de género son rígidos y no hay una flexibilidad en las actividades del hombre y de la mujer. Por otra parte, Heise⁵⁶ explica que los hombres violentos tienden a ser extremadamente masculinos y a la vez esperan que su esposa sea muy femenina. Es decir se desata la violencia cuando el hombre considera que su mujer no ha cumplido con su papel de género, como el no obedecerlo, no tener lista la comida cuando llega a casa, o por el mal comportamiento de sus hijos, en este caso el consumo de sustancias de alguno de ellos.

En el caso de las coadictas, que es nuestro foco de atención, la situación se agrava, pues les hace falta habilidades asertivas para evitar que sus deseos, necesidades, sentimientos y derechos sean violados, el temor al abandono y las creencias que sostienen su desempeño como madre y esposa las convierten en víctimas de violencia, pues se sienten culpables y responsables de la conducta adictiva y por lo tanto creen que se merecen las agresiones por no cumplir con su papel de buena madre. Estas ideas y creencias las atrapan en una relación violenta.

IMPACTO DE LA VIOLENCIA

Cuando una mujer es constantemente violentada y no cuenta con apoyo de ningún tipo, termina creyendo que no tiene otras opciones y cae en un estado depresivo que la puede paralizar para tomar decisiones. Este estado se conoce como “**desesperanza aprendida**”, en donde la mujer se adapta a las circunstancias utilizando la minimización o negación de la violencia para poder sobrellevarla. Ella decide hacer lo que tenga más probabilidad de éxito

⁵⁵ Fawcett y otros (2000). *Los servicios de salud ante la violencia doméstica*. IDEAME, S. A. de C. V., México.

⁵⁶ Heise L. (1998). *Violence against women. An integrated ecological model. (Violencia contra la mujer. Un modelo ecológico integrado.)* Journal of Violence Against Woman, 4, 262 – 290.

para reducir el dolor y aumentar las probabilidades de supervivencia, en vez de arriesgarse a que la lastimen todavía más⁵⁷.

Se ha encontrado que la reacción de algunas mujeres en casos de extrema violencia se compara con la de las víctimas de un secuestro. Ante su necesidad de afecto y protección, una mujer puede reprimir su enojo e intentar mantener contento a su agresor, volviéndose hipersensible a sus estados de ánimo; a medida que va pasando el tiempo llega a tal grado la compenetración con su agresor que empieza a ver el mundo como lo ve él. En este momento, existe una dependencia total hacia él, si alguien trata de ayudarla éste se convierte en el malo, mientras que el agresor parece ser el bueno, en estas circunstancias todo lo que intentan hacer las personas cercanas para ayudarle será rechazado (“**compenetrarse con el agresor**”)⁵⁸.

La depresión, desesperanza aprendida, la decisión de compenetrarse con el agresor, son algunas de las consecuencias de la violencia, además de la culpa, vergüenza, confusión, miedo, inseguridad, dependencia, baja autoestima y, como ya se había mencionado, la falta de habilidades para defender sus necesidades, todo esto van minando la autoestima de estas mujeres. Consideraciones que explican porque se quedan atrapadas en una relación violenta.

Por lo anterior, es importante que el terapeuta deje claro que la violencia es absoluta responsabilidad de quién la ejerce y que nadie merece ser tratado de esta manera. Explicará a los familiares que los roles de género generalmente no son realistas, por ejemplo: se espera que el hombre sea el proveedor, pero como sucede actualmente hay mucho desempleo siendo difícil que lo sea. En el caso de la mujer se espera que sea la responsable del cuidado de los hijos, pero en la actualidad se hace necesario que tenga que salir del hogar para ayudar en los gastos de su casa, por lo que resulta imposible que puede estar al pendiente todo el tiempo. Si se reconoce que es imposible cumplir al 100% con los roles de género, se dejaría de justificar a los hombres por su violencia y culpar a las mujeres o creer que ellas lo “provocaron” por no haberse portado bien, por no cumplir con su papel de madres/esposas.

EXCLUSIVO PARA EL TERAPEUTA

**PAPEL DEL PROFESIONISTA
ANTE UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA**

Si el terapeuta identifica que algún familiar es víctima de violencia, es importante que reconozca y le de importancia a la situación. El silencio y la falta de consideración o de interés constituye una aprobación tácita a la violencia y perpetúa el mito de que la violencia es algo personal entre una pareja o en una familia, que son “cuestiones privadas” y/o que ocurre por culpa de la persona violentada. Reconocer y mostrar preocupación ayuda a confirmar la gravedad del problema y la necesidad de resolverlo. De manera que considerará los siguientes aspectos:

☞ Romper con el estereotipo de que las mujeres que permanecen con el agresor son masoquistas o pasivas. Como se ha explicado, muchas de ellas tratan de sobrellevar la

⁵⁷ Walker L. (1989). *Psychology and violence against women (Psicología y violencia contra las mujeres)*. American Psychologist. 44, 695 – 702.

⁵⁸ Graham L (1988). *Sobreviviente del terror. Mujeres golpeadas, rehenes y el Síndrome de Estocolmo*, En K. Yllo & M. Bograd (Eds). *Perspectivas feministas sobre la violencia conyugal*, Newbury Park: Sage p. 217-233.

violencia, evitando situaciones que pondrían molestar a su pareja, buscando estrategias de protección o hasta luchando en defensa propia.

- ☞ La mujer puede generar un cambio (si es golpeada por el marido), aún cuando continúe la relación de pareja, siempre y cuando tenga un apoyo.
- ☞ Tener cuidado con la reacción no verbal y con las palabras en el momento en que un familiar reconozca, de una manera u otra, que es víctima de violencia, sea adulto o niño. Reacciones de sorpresa o disgusto, frases como *¿Por qué no lo deja? ¿Qué hizo para que él reaccionara de esa manera? ¿Cómo puede permitir esa situación? ¿Por qué lo aguanta? ¡Yo nunca le permitiría a mi esposo eso!* (en caso de que el terapeuta sea mujer). Lo anterior puede tener un efecto grave sobre la persona, pues se le adjudica ser la responsable de la conducta de su agresor, se incrementarían sus sentimientos de inadecuación, se reforzaría su baja autoestima, lo que le hará sentirse más sola, más débil, más mala, más tonta y tendrá más miedo de solicitar ayuda, lo que reduciría las posibilidades de tomar medidas para escapar de la violencia o lo que es peor destruirla aún más.
- ☞ Escuchar con atención, demostrar comprensión a través de gestos, reconocer lo doloroso de la situación, respetar su autonomía, no minimizará el relato.
- ☞ Confirmar que la violencia no es normal y que nadie, haga lo que haga, se merece maltrato.
- ☞ Orientar las preguntas hacia: *¿Le gustaría hablar de lo que le ha pasado? ¿Cómo se siente respecto a esto? ¿Qué le gustaría hacer al respecto?*

A continuación se describen los cuatro pasos, que Fawcett⁵⁹ propone seguir cuando se ha detectado un hecho de violencia, antes de que concluya la sesión.

1. **EVALUACIÓN DE RIESGO Y RETROALIMENTACIÓN.** El terapeuta debe explicar de la manera más sencilla, que existe una relación entre la violencia y el riesgo de muerte, ya sea que la víctima muera por causa del agresor o que ella lo mate. Esto debe decirse con tacto y cuidado, evitando ser alarmista, pero proporcionando información real sobre los riesgos. Explicar al familiar que aunque no se puede predecir si ese será su caso, es necesario valorar el riesgo que corre, con la finalidad de tomar la decisión más adecuada respecto a su seguridad. Preguntar sobre los apoyos que pueda tener en amigos o familiares.
2. **PRESENTACIÓN DE ALTERNATIVAS Y PLAN DE EMERGENCIA.** El terapeuta tiene la responsabilidad de plantear alternativas y preguntarle a la persona qué es lo que quisiera hacer o quisiera que sucediera, siempre recordando que la acción a tomar dependerá de él(ella) mismo(a). Se puede sugerir, un plan de emergencia, dependiendo del caso y si se le ve en peligro.
3. **INSTITUCIONES DE APOYO.** El terapeuta puede proporcionar información sobre los Centros de Apoyo para víctimas de violencia (información que previamente solicitó del directorio de redes del Centro).
4. **REGISTRO DEL CASO.** Fawcett explica que la historia clínica es un instrumento de gran valor, de manera que si detecta datos de violencia en algún familiar, es importante que los registre en su expediente en forma objetiva y precisa.

⁵⁹ Fawcett, *op. cit.*, pág. 117.

**MATERIAL BIBLIOGRÁFICO DE APOYO PARA EL
DESARROLLO DE LA 9ª. SESIÓN:
¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?**

DEPRESIÓN

La depresión “clínica” es mucho más acentuada y grave que una depresión “normal” experimentada ante una determinada situación. Es normal y transitorio sentir tristeza ante la muerte de un ser querido, ante problemas escolares, laborales o familiares. Cuando la depresión se vuelve intensa y se presenta de modo consistente casi a diario, estén o no los sucesos que generaron la tristeza, se dice que la persona padece un *Trastorno del estado de ánimo*, es decir aquellos trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor.

Por su relevancia, a continuación se mencionan las características más relevantes del *Trastorno depresivo mayor*, según el DSM-IV-TR⁶⁰.

CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi día a día, según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 - (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 - (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

⁶⁰ López-Ibor A., J. (Director de la edición española) (2003) *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Texto Revisado. Masson, Barcelona, España.

- (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

LA DEPRESIÓN DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Desde la perspectiva cognitivo conductual los pacientes deprimidos fueron adquiriendo una serie de patrones de reacción "mal-adaptativos" que pueden ser desaprendidos. Los síntomas son considerados como importantes en sí mismos y no como manifestaciones de conflictos subyacentes⁶¹.

Salinas⁶² refiriéndose a Beck, explica que la depresión es un desorden de pensamiento, en donde los síntomas y signos son consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Desde Beck, la depresión se fundamenta en la existencia de tres estructuras cognitivas específicas: la tríada cognitiva, los esquemas y los patrones cognitivos.

La tríada cognitiva consta de tres patrones cognitivos que controlan la ideación: una visión negativa de uno mismo, una visión negativa del futuro y una visión negativa del mundo. Los esquemas cognitivos, llevan a los individuos a un filtrado sistemático o distorsión de la percepción y la memoria. Tales distorsiones son los errores cognitivos. Son involuntarios e incluyen: la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación y la minimización.

⁶¹ Salinas J. (1998). *La aplicación de técnicas Cognitivo Conductuales para el tratamiento de la depresión: Un caso*. Revista de Psicología Iztacala. UNAM-IZTACALA, Vol. 1, No. 1.

⁶² Ídem.

ALGUNOS SINTOMAS DE LA DEPRESIÓN

Los síntomas de la depresión van desde sentirse incómodos hasta sentirse debilitados y derrotados. La persona deprimida evita situaciones que antes le producían placer, llegando a despreciarse y descuidar su apariencia personal. La comida no les sabe, el sexo no les resulta excitante, pierden todo el interés por la gente afectivamente ligada a ellos. La depresión se caracteriza por cambios en el comportamiento y en el estado de ánimo.

La señal más obvia y típica es un humor triste: pesar, soledad, apatía. Una persona puede sorprenderse incluso llorando cuando no parece haber motivo por el que llorar o puede encontrar imposible llorar cuando un evento verdaderamente triste ocurre. Puede tener problemas para dormir o puede despertarse temprano por la mañana, incapaz de volver a dormirse. Por otro lado, sintiéndose constantemente cansado, puede dormir más de lo usual, perder el apetito y peso, o comer más de lo que normalmente hace y tener exceso de peso. Típicamente, la persona deprimida se ve de una manera muy negativa.

Puede creer que está desvalida y sola en el mundo, se reprocha por faltas triviales o limitaciones normales. Muchas personas en estado depresivo dicen sentir un “vacío en el alma” lo que las hace sentirse desamparadas o desdichadas.

También es típico el pesimismo sobre sí mismos, sobre el mundo, y sobre su futuro. Pierden interés sobre lo que está pasando a su alrededor. A menudo, tienen problemas para tomar decisiones o para conseguir llevar a cabo las decisiones que han tomado. Algunas personas pueden estar deprimidas sin mostrar el sentimiento triste, malhumorado, de abatimiento usual. En su lugar, se quejan de molestias físicas o pueden padecer alcoholismo o afición a las drogas.

Reportan dificultad en la concentración, memoria y toma de decisiones. Pueden sufrir problemas de ansiedad y sensaciones de irritabilidad, angustia, tensión emocional, pérdida del sentido del tiempo y deseos de perder la vida.

Con la depresión se asocian síntomas físicos, baja el sistema inmunológico y algunas enfermedades crónicas, incluso por la falta de apetito disminuye la secreción de orina.

LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS EN LA DEPRESIÓN

Las personas deprimidas interpretan muchas situaciones incorrectamente. Lo que piensan sobre lo que está ocurriendo a su alrededor afecta a cómo se sienten, se pueden sentir tristes y solas por pensar erróneamente que son inadecuadas y se abandonan.

Muchas madres con un hijo consumidor de drogas sienten y piensan que deben ser todo para sus hijos y al mismo tiempo sienten que no son nadie, Esta auto imagen es frecuente y es considerada como el mayor favorecedor de la depresión en la mayoría de las mujeres. Reguera⁶³ refiere que Beck y Greenberg explican que estas personas tienen continuos pensamientos negativos y desagradables los cuales tienden a desencadenar los sentimientos de depresión. Pensamientos que generalmente no están basados en hechos reales, sin embargo, hacen a una persona sentirse triste cuando no hay ninguna razón objetiva para sentirse así.

Los pensamientos negativos pueden impedir que las personas se comprometan en actividades que le haría sentirse bien. Como resultado, es probable que experimenten pensamientos críticos sobre sí mismo como: *No ser capaz de salir adelante; Sentirse*

⁶³Reguera B. Trad. (2003) Técnicas Cognitivo Conductuales de Burns. [En línea]. Página web. <<http://www.comportamental.com/resumenes/varios/43.htm>>. [Consulta, 18 de septiembre de 2004].

fracasada/o o Sentirse poca cosa, lo que les hace todavía sentirse peor. Tienden a ver el lado negativo en lugar del lado positivo de las cosas. Y no se detienen a verificar o determinar si pueden haber cometido un error interpretando los eventos.

LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS

La terapia cognitiva mantiene que los pensamientos son como nuestra charla interna o auto-diálogo interno con nosotros mismos. En el ámbito mental, se expresan como pensamientos o imágenes y se relacionan con estados emocionales intensos (como ansiedad, depresión, ira o euforia) A menudo forman versiones subjetivas de las cosas que nos ocurren que suelen ser bastante erróneas, en el sentido de dar una falsa imagen o interpretación de las cosas y los hechos, por lo que se le dice que están basadas en "distorsiones cognitivas"⁶⁴.

Al contrario de los "pensamientos racionales", los pensamientos negativos se caracterizan por:

1. Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos, tienden a ser automáticos.
2. Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente. Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar, no sirven para ningún propósito útil como: *El timbre está sonando, debo salir a abrir.*
3. Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
4. Suelen conllevar una visión de túnel: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Cuando una persona más los cree (es decir, los acepta sin criticarlos), peor se siente. Así tenemos que:
 - a. Una persona ansiosa se preocupan por la anticipación de peligros.
 - b. Una persona deprimida se obsesiona con sus pérdidas o faltas, el sesgo es negativo.
 - c. Las personas crónicamente irritadas se centran en la injusta e inaceptable conducta de otros, etc.

Estas son algunas de las maneras por las cuales se puede reconocer un sentimiento deprimido.

La depresión también repercute en otro tipo de aspectos como la armonía en el matrimonio. Cuando los padres tienen problemas conyugales (que en la mayoría de ocasiones sucede), la situación es mucho más difícil, por la presión que la conducta adictiva de un hijo genera en los padres. Presión que afecta principalmente a la persona que mantiene conductas y relación coadictiva con el consumidor de drogas, la cual puede sufrir manipulaciones, agresiones y hasta una conducta violenta de parte del consumidor, que la puede colocar en una actitud pasiva, de desvalimiento, olvidándose de su propia vida y desde luego de su pareja conyugal, a la que puede ocultar en un inicio la adicción de su hijo, experimentando una gran angustia, tristeza y/o depresión

¿Estoy dando lo suficiente como madre/padre? ¿Debí de haber dado más para que mi hijo no cayera en la drogas? ¿Habría sucedido esto si yo hubiera dado más? Las consecuencias de no dar lo suficiente cuando otros dependen de ellos son pensamientos típicos, mismos que son aterradoras, agobiándolos y deprimiéndolos.

⁶⁴ Ruíz e Imbernon, *op. cit.*, pág. 33.

Son muchos los autores que destacan que estas situaciones producen en los coadictos un gran sufrimiento: *igual o mayor que el propio consumidor de drogas*⁶⁵, sin embargo, como son personas que tienen dificultad para marcar límites claros y firmes en sus relaciones, se muestran aceptantes, en un principio, de cualquier conducta por irracional que ésta sea, con tal de no ser rechazados y correr el riesgo de quedarse solos y con sentimientos de abandono que les resulta intolerable.

De ahí la importancia de que los familiares identifiquen sus propios signos de depresión y puedan trabajarlos.

FACTORES QUE PONEN EN MARCHA UNA DEPRESIÓN.	¿QUÉ TAN COMÚN ES LA DEPRESIÓN?
<ul style="list-style-type: none"> ♣ Antecedentes familiares ♣ Uso de ciertas medicinas. ♣ Cambios o dificultades en la vida. ♣ Sentimientos de pérdida de control sobre la vida. ♣ Presencia de enfermedades: cáncer, diabetes, cardíacas, desórdenes hormonales, Alzheimer, mal de Parkinson o trastornos mentales como ansiedad o desorden alimentario. ♣ El uso y abuso de sustancias. 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Casi todo el mundo se siente triste en algún momento de su vida. ♣ La mayoría de adultos saben lo que es estar deprimido. ♣ La depresión afecta en mayor medida a las mujeres ♣ Se presenta más en mujeres que se ven expuestas a ambientes de violencia intrafamiliar, condiciones de trabajo extremas, adicción al alcohol o drogas, entre otros.

SUPUESTOS PERSONALES QUE PREDISPONEN A UNA PERSONA A LA DEPRESIÓN (Beck)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Para ser feliz debo tener éxito en todo lo que me proponga. 2. Para ser feliz debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones. 3. Si cometo un error significa que soy un inepto. 4. No puedo vivir sin ti. 5. Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto. 6. Mi valor personal depende de lo que otros piensen de mí.

⁶⁵ Bejos, M. y Casillas, A. (1995) *De la coadicción a la coadicción*. Revista Addictus, No. 6 pp. 11-15

**MATERIAL BIBLIOGRÁFICO DE APOYO PARA EL
DESARROLLO DE LA 10ª. SESIÓN:
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN LAS
RELACIONES DE COADICCIÓN.**

El terapeuta explica al grupo, que no sólo las personas que consumen drogas sufren de recaídas en su proceso de recuperación, sino que éstas también se contemplan en los familiares, apareciendo muchas veces porque el consumidor está mejor, o después de un período de abstinencia. Otras veces las conductas de recaídas en los familiares, aparecen como producto de la preocupación y agobio que resulta de una recaída del consumidor.

Cuando el consumidor de drogas se encuentra en tratamiento es posible que sufra una recaída. Ésta no ocurre a propósito, sucede ante una urgencia irresistible de consumir alguna droga. La adicción no es fácil de controlar.

A menudo la recaída se presenta después de un buen tiempo de tratamiento en el que todo iba bien: *Si me doy un toque, no creo que pase nada*. De ahí a volver al consumo, sólo hay un paso. La mayoría de las recaídas se presentan como resultado de una falsa confianza en sí mismo, por sentirse desprotegido del apoyo que se le brindaba cuando estaba en tratamiento o por el rechazo y las recriminaciones de la familia, amigos, compañeros de escuela/trabajo, amigos, pareja.

La recaída no debe entenderse como un fracaso ni como señal de que los esfuerzos fueron en vano, sino como un momento a veces inevitable de la rehabilitación. No hay que darlo todo por perdido, pero sí insistir en continuar el tratamiento. Las personas más cercanas a los consumidores de drogas, ya sean padres, hermanos, esposa, hijos, novia, etc., pueden apoyarle en este camino tan difícil.

Beck y cols.⁶⁶, plantean que la recaída es un proceso que tiene una serie de señales de alarma y éstas se presentan antes de que los familiares vuelvan a una conducta coactiva. Al respecto Graña⁶⁷, explica que existen toda una serie de factores de riesgo que no se han sabido manejar. Por ello la importancia de reconocer los obstáculos o situaciones de riesgo que pueden generar una conducta de recaída, situación que no es sencilla, ni para el consumidor ni para los familiares, pero si de suma importancia para poder sanar de manera integral todo el daño producido por la adicción en la familia y para que el proceso de tratamiento y rehabilitación del consumidor de drogas sea más ligero al sentir que cuenta con el apoyo de sus familiares.

Posteriormente el terapeuta explica que se entiende por Recaída y los estímulos de alto riesgo para ellos y para el consumidor.

⁶⁶ Beck y col. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Ed. Paidós. Barcelona, España.

⁶⁷ Graña (s.f.) *Programa de Habilidades Sociales*. [En línea] Página web <<http://www.fundamentacionmarbella.org/libroprogramatera7.htm>> [Consulta, 19 julio del 2003].

CONCEPTO DE RECAÍDA.

Becoña y Oblitas⁶⁸, definen la **recaída** como *cualquier retorno al comportamiento adictivo o problemático o al estilo de vida anterior, después de un período inicial de abstinencia o de cambio en el estilo de vida.*

Una **caída** es un retorno breve a la conducta adictiva, sea con sustancias o sean comportamentales, en un momento concreto del tiempo, es decir, una pérdida de control puntual sobre la conducta.

Conductas de recaída en los familiares serían: presentar conductas permisivas de manera regular, mantener funciones de proteccionismo, mentir para encubrir al consumidor, etc. En general, volver de nuevo o completamente, al patrón de conductas coadictas que llevan a una relación dependiente con el consumidor.

No pasa nada si le doy permiso de ir a la fiesta. Sé que hay alcohol, pero yo creo en él. Creo que es justo darle dinero, lo va a necesitar.

Los familiares son vulnerables a **estímulos⁶⁹ de alto riesgo**, frecuentemente predecibles, llamados también “situaciones estímulo”, éstos pueden ser señales internas o externas que aparecen antes de llevar a cabo una conducta de recaída.

Los estímulos o señales varían de una persona a otra, dependiendo de su autocontrol y estado de ánimo, el grado de riesgo de una situación variará de un momento a otro, Es decir, que una situación que se ha podido manejar en un momento puede ser suficientemente estimulante para provocar un comportamiento en otro.

Los estímulos pueden dividirse en:

1. Internos que se refieren a factores emocionales y físicos como la depresión, soledad, frustración, y dolor físico.
2. Externos: lugares, personas y cosas que están relacionadas con la conducta adictiva.

ESTÍMULOS DE ALTO RIESGO PARA FAMILIARES.

1. **LA MANIPULACIÓN.** Es uno de los síntomas y conductas más característicos de los consumidores de drogas. Consiste en despertar, por lo general, en un familiar, amigo, compañero de trabajo/escuela o incluso en el terapeuta, ciertas emociones de protección, lástima o comprensión que lo lleven a obtener su deseo de mantenerse en el consumo y evitar las consecuencias de sus actos sin asumir las responsabilidades que ello implica, por lo que la coadicta puede sucumbir fácilmente en esta manipulación.
2. **EMOCIONES Y AFECTOS** (estímulos internos). Son varias las emociones y afectos que genera **en los familiares** tener en casa a un ser querido que consume drogas. Entre esas emociones destacan la pena, la lástima, el dolor, la tristeza, la rabia, la culpa, la desconfianza y el temor, entre otros, sentimientos que sostienen el consumo de sustancias y por lo tanto son considerados estímulos de alto riesgo.

⁶⁸ Becoña I. y Oblitas L. (s.f.) **Adicciones y Salud.** [En línea]. Página web. Universidad Iberoamericana, Departamento de Psicología < www.psicologiacientifica.com/articulos/ar-becona01_2htm> [Consulta, 18 mayo de 2004].

⁶⁹ **ESTÍMULO:** Circunstancia interna o externa que puede generar sentimientos o creencias.

3. **EMOCIONES Y AFECTOS DEL CONSUMIDOR.** Pueden actuar como estímulos de algo riesgo para los padres. Por ejemplo, si el consumidor se muestra enojado porque no le prestan el carro o no le dejan salir a una fiesta, ésto puede ser un disparador para una madre y actuar de manera brusca o condescendiente con su hijo.
4. **SOBREPROTECCIÓN.** Muchas(os) coadictas(os) muestran hacia el consumidor de drogas una actitud de sobreprotección, sobre todo en la primera etapa del tratamiento, por el temor y ansiedad de que el consumidor abandone el tratamiento. Con el paso del tiempo en los períodos intermedio y avanzado de este proceso, se da paso en los familiares a una sensación de tranquilidad y seguridad. Sin embargo, cuando el consumidor de drogas está en las últimas etapas de tratamiento, nuevamente surge en los familiares coadictos, sentimientos de angustia y temor ante la posibilidad de una recaída.
5. **OCULTAR INFORMACIÓN.** Cuando el consumidor de drogas oculta información a sus padres, puede generar situaciones de estímulo de alto riesgo en ellos, un ejemplo de ello es cuando el consumidor no avisa dónde va, llega tarde o se desaparece continuamente, provocando angustia, preocupación y rabia en los padres, disparando pensamientos relacionados con el reinicio del consumo de drogas.
6. **CONDUCTA SOCIAL DEL CONSUMIDOR DE DROGAS.** Cuando el consumidor muestra una mayor necesidad de independencia y autonomía, los padres pueden reaccionar con frases como: *Que tal si te ofrecen droga; De seguro te vas a ir con tus amigos; No vayas; etc.*

DESPRENDIMIENTO EMOCIONAL.

Llaguno y Gómez⁷⁰, al igual que otros autores, plantean que para no caer en una conducta de riesgo, es necesario romper la “atadura emocional” o coadicción que une con el consumidor de drogas. Se refieren al proceso de **“Desprendimiento Emocional”**, el cual no debe entenderse como un distanciamiento físico, aunque en los casos de violencia extrema, hay que recurrir a él, sino más bien, no aceptar conductas inadecuadas como el consumo de drogas, agresiones, actos de rebeldía y maltratos.

El desprendimiento emocional, de acuerdo a estos autores, hace referencia a mirar hacia adentro, es decir, reconocer, **qué se está sintiendo**, ya que varios autores, entre ellos Llaguno y Gómez, reportan haber encontrado un dolor interior muy intenso, el cual probablemente es lo que lleva a una relación coactiva. Así mismo, se enfatiza el hecho de que ninguna persona puede iniciar el trabajo terapéutico de un hijo que cursa con una adicción, ni puede cuidarse, ni menos quererse, si primero no toma distancia de él; por mucho que se preocupe, por mucho que sufra, no va a lograr nada. No hay madre o padre que por medio de amenazas, lloros o ruegos, logre que su hijo deje su adicción a las drogas o a las malas compañías. Por eso hay que aprender a desprenderse totalmente.

Proponen que para iniciar un desprendimiento emocional es necesario tener conciencia de que uno está atado emocionalmente a alguien. Desprenderse emocionalmente es no entrar en el juego, no prestarse para ser abusado, ni de palabra, ni de obra.

Por ejemplo, un padre puede decir a su hijo: *¿Sabes qué? He asumido otra postura en mi vida. De ahora en adelante, no te voy a admitir ningún maltrato ni grosería. Te quiero mucho y estoy dispuesto a ayudarte en todo cuanto esté a mi alcance, pero no soportaré por más tiempo tu mala conducta. Tú sabes que debes continuar con tu terapia, así que cuanto antes*

⁷⁰ Llaguno, M. y Gómez, M. (2001) **Breves definiciones de la coadicción.** [En línea]. Página web. <<http://www.vidahumana.org/vidafam/violence/codepend.html>>. [Consulta, febrero 9 de 2003]

regreses, mejor. Eso es desprendimiento refieren los autores, no hay lamentos, no hay reproches, no hay imposiciones. Se da una solución pero al mismo tiempo, se toma distancia del problema.

Llaguno y Gómez proponen tres pasos en el proceso de desprendimiento:

- 1. TOMAR CONCIENCIA DEL PROBLEMA.** Es darse cuenta de que se está atado emocionalmente. ¿De qué manera se da uno cuenta? Cuando el problema envuelve a uno todo el día y no se deja de pensar en él, cuando siempre se está buscando la forma de resolverlo. Es decir, cuando mente, cuerpo y energía, están en función de una situación que atañe al consumidor de drogas y no se puede evitar. Se está viviendo en función de él, y eso es desgastante, negativo e improductivo.
- 2. LA DETERMINACIÓN DE UNA RECUPERACIÓN.** Proponerse y hacer todo por una recuperación, cueste lo que cueste. Así tenga que curarse del amor o del desamor.
- 3. BUSCAR AYUDA TERAPÉUTICA.** Porque toda persona que se enrede en una atadura tiene problemas psicológicos y, quien se deja enredar, también. Es decir, en esta relación hay dos personas con problema: el que enreda y el que se deja enredar.

El desprendimiento no se da de un día para otro, es un proceso que poco a poco se va logrando, permitiendo a los padres poner límites emocionales y físicos, que tanto necesita quien cursa con una adicción. Los límites físicos y emocionales capacitan, protegen y favorecen el autoconocimiento, permitiendo establecer relaciones con menos dolor, siendo éstas más fructíferas.

El poner límites ayuda a asegurar un comportamiento apropiado e impide que se ofenda al consumidor o se sea abusado por él o por cualquier otra persona. Si se establecen límites normales, permitirá el darse cuenta cuando se está siendo maltratado. Las personas que no han puesto límites no se dan cuenta de que están siendo abusadas físicas, emocional o intelectualmente. Lamentablemente, muchos padres con hijos consumidores, especialmente los hijos de alcohólicos adultos y las personas que están siendo abusadas, permanecen en relaciones abusivas porque no han establecido límites a su comportamiento o al de los demás.

Con esta explicación se puede entender que la manera de comenzar a establecer o reconstruir los límites emocionales es prestarles atención a las emociones y a los pensamientos, que son los que incrementan la probabilidad de tener una recaída para así poder cambiarlos por respuestas más adaptativas que reduzcan su aparición.

La comprensión de estos aspectos permitirá a los padres mostrarse más disponibles física y psicológicamente para el consumidor, de manera que éste pueda recurrir a ellos para afrontar sus propios riesgos de una recaída en el consumo de sustancias y resolver creativamente las inevitables crisis y conflictos que este proceso conlleva.

El planteamiento esbozado en párrafos anteriores proporciona una visión más completa para propiciar un clima familiar que favorezca una “comunicación” que permita conversar y revisar las acciones internas y externas de la familia y así desarrollar estrategias para afrontar los estímulos de alto riesgo de la conducta adictiva, sea ésta con drogas o comportamentales.

**INFORMACIÓN PARA LOS
INTEGRANTES DEL GRUPO.**

Es importante recordar que:

- ⇒ Hay que prevenir la recaída desde que inicia el tratamiento.
- ⇒ Mantenerse, es decir, no volver a conductas adictivas comportamentales o drogas, por ningún motivo, es la señal más clara de la recuperación.
- ⇒ Cuando el consumidor de drogas les diga *Sólo era una probadita para ver que se sentía o Te prometo que no lo vuelvo a hacer*; cuanto antes, recurra a su terapeuta. Recuerden que un consumidor o un(una) coadicto(a) no tienen control y que es mejor enfrentar el problema.
- ⇒ Los padres constituyen un modelo a imitar, por lo que es importante tener un comportamiento coherente ante el consumo de drogas y otras bebidas. No se puede ser un modelo creíble para los hijos si se bebe alcohol en exceso o se recurre a pastillas al menor problema.
- ⇒ Fomente la participación de sus hijos en asociaciones y otras organizaciones juveniles, culturales, etc.
- ⇒ Valore sus esfuerzos escolares, laborales, deportivos y de otro tipo. Ayude a que se fijen metas realistas, que se puedan alcanzar.
- ⇒ Otorgue responsabilidades adecuadas a cada integrante, no absorba todas.
- ⇒ Procure que en su familia exista un buen clima afectivo que permita la confianza y ayude a expresar los problemas, dificultades, éxitos y alegrías.
- ⇒ Permítase reconocer realmente a sus hijos y déjese reconocer.



A continuación se muestran los 8 estadios de la recaída del consumidor de drogas que plantean Guajardo Kushener⁷¹, con la finalidad de que los familiares reconozcan los signos físicos y psicológicos de las emociones del consumidor implicadas en el consumo de drogas, mismas que son estímulos de alto riesgo y que pueden favorecer una recaída.

1. **CAMBIO EN EL ESTILO DE VIDA:** Es una etapa posterior al tratamiento, silenciosa; el consumidor de drogas pierde el interés por las actividades habituales, también se pierde el estilo adquirido durante el tratamiento.
2. **TENDENCIA A ROMPER RUTINAS:** Manifestación de insatisfacción por las actividades que desempeña, inconformidad, se siente presionado o cansado.
3. **ADICIONES SUSTITUTAS:** Los familiares deben estar atentos a consumos excesivos de café, nicotina, conductas bulímicas (comer en exceso, provocarse el vomito) etc. del consumidor. La adicción sustituta sería una forma de llenar espacios producidos por estados ansiosos no identificados.

⁷¹ Guajardo, H. y Kushener, S. (s.f.) *La reeducación de la familia en el proceso de rehabilitación de los trastornos adictivos*. [En línea]. Página web. Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Médicas. <<http://www.trad.cl/publicaciones.htm>>. [Consulta, noviembre 9 de 2004].

4. **COMPORTAMIENTOS COMPULSIVOS:** Estar atentos a actitudes comprometidas con actos irracionales que pueda mostrar el consumidor de drogas (alimentación, sexo, gastos desmedidos, apuestas).
5. **BÚSQUEDA DE EMOCIONES:** Es la tendencia a imaginar situaciones que generan expectativa y excitación, que luego se transforman en hechos concretos.
6. **NEGACIÓN FRENTE A LLAMADOS DE ATENCIÓN:** La negación es una conducta típica del proceso adictivo que es modificada durante el proceso de rehabilitación. En la recaída hay un proceso de olvido de los logros y aparición progresiva de recuerdos negativos. La negación es una forma hábil de pensamiento, que va creciendo con justificaciones personales que minimizan la gravedad de beber o consumir sustancias llegando a la negación total de sus recuerdos de adicción.
7. **DETERIORO DE LAS RELACIONES AFECTIVAS:** Sentimiento de soledad, se manifiesta por aislamiento y alejamiento afectivo. El diálogo es cortante y superficial. Puede aparecer masturbación compulsiva y búsqueda de placer inmediato.
8. **RABIA Y DEPRESIÓN:** El consumidor puede tener cambios bruscos en su estado de ánimo, explosiones de rabia y agresividad y luego caer nuevamente en desánimo. Hay quienes postulan que este mecanismo es una forma de provocar el aislamiento y así justificar el consumo.