

Financiado por:



PROYECTO HOMBRE

## EL TRABAJO CON FAMILIAS EN PROGRAMAS DE ADULTOS





## EL TRABAJO CON FAMILIAS EN PROGRAMAS DE ADULTOS

### ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

#### LOS PROGRAMAS DE ADULTOS:

Se puede afirmar que la atención y el acompañamiento familiar ha sido un rasgo identificativo del método de Proyecto Hombre desde su aparición en 1984. En los equipos terapéuticos de Proyecto Hombre, nuestro interés por el trabajo con familias de personas con problemas de adicción tiene su origen en varias circunstancias concurrentes:

En primer lugar, no es necesario documentar la importancia primordial que poseen las instituciones familiares dentro de las sociedades humanas, por más diferencias que presenten sus manifestaciones concretas; todo individuo vive, a lo largo de su existencia, inmerso en una red de relaciones y actividades conectadas, en mayor o menor medida y de una u otra forma, con lazos familiares. La propia experiencia de la vida nos demuestra que la familia, tanto desde el punto de vista biológico como desde el ángulo socio/cultural, constituye el eje central sobre el que gira el ciclo vital, de acuerdo con el cual, transcurre nuestra existencia como individuos. Pasamos gran parte de nuestra vida interactuando “en” y “con” ese entorno familiar y los intercambios que se generan abarcan toda la esfera

del “nosotros”, como individuos, e influyen en nuestro devenir biográfico, en nuestro bienestar y en nuestra propia satisfacción personal, hasta el punto que, las relaciones familiares, constituyen un indicador del emergente paradigma de “calidad de vida”.

En segundo lugar, desde que, en los años cincuenta y sesenta, surge la “metodología de la construcción teórica”, los estudios sobre las familias dejaron de convertirse en hallazgos descriptivos y de escasa complejidad, para convertirse en formas de obtener variables teóricas, expresar proposiciones, relacionar diferentes puntos de vista, comprobar esas diferencias y considerar posibles variables de contingencia. Es así que el estudio sobre las familias comienza a cobrar especial relevancia, sobre todo en

el campo de la psicología y de las ciencias de la educación. Comienzan entonces las consideraciones terminológicas sobre la familia: Maxler y Mishler (1978), en sus estudios empíricos, conceptualizaron a la familia como un “grupo ad hoc” con una historia de experiencia compartida. Otros autores, sin embargo, han considerado la unidad familiar en términos de relaciones familiares y procesos de solución de problemas. Burns (1973) ya definía a la familia y a otros grupos primarios como mutuamente apoyativos. Actualmente, existe un amplio consenso en reconocer la influencia de la familia en cualquier circunstancia en la que se vea “comprometido” el bienestar y el ajuste biopsicosocial del individuo.

Existen diversos estudios, tales como el de Kandel, 1982; Merikangas, Dierker y Fenton, 1988 o Secades et al., 2006 confirman la importancia de la familia en el contexto de riesgo de abuso de drogas. La intervención en el abordaje educativo-terapéutico del entorno familiar y social más significativo y cercano al usuario, que ha realizado durante más de 20 años Proyecto Hombre, viene demostrando que la implicación y el apoyo de la familia aumentan las posibilidades de eficacia en la intervención terapéutica. Igualmente el estudio “Evaluación de la eficacia del programa Proyecto Hombre”, de Fernández Hermida y Secades (2003), analiza la valoración de los usuarios una vez finalizado el programa de rehabilitación:

- o Un 75,5% de los sujetos opinaba que era muy importante la implicación de familiares en el tratamiento.
- o Un 20,1% consideraba que era bastante importante.
- o Un 4,4% creían que era poco o nada importante.

En general, la mayor parte de los usuarios consideran especialmente importante la recuperación de los lazos familiares y la normalización de las relaciones intrafamiliares.



## EL TRABAJO CON FAMILIAS EN PROGRAMAS DE ADULTOS

### ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

#### ¿Cuál es la función de la familia en el proceso de la persona con problemas de adicción?

La persona con problemas de adicción, por lo general, ocupa un lugar desproporcionado de centro en el sistema familiar, que absorbe y utiliza a su favor las energías y recursos de éste. De esta forma se mantiene en una posición privilegiada de utilización y manipulación. Desde tal posición centrípeta, gira en torno a él toda la familia. Esta situación no es saludable ni para él ni para la familia. Ésta debe aprender a debe descargar sobre el sujeto la responsabilidad de su propia vida, rompiendo con esas formas inadecuadas de relacionarse, a la vez que tiene que empezar a delimitar responsabilidades y tareas.

Desde Proyecto Hombre intentamos ofrecer la posibilidad a cada miembro de la familia de que pueda darse cuenta de sus patrones de comportamiento con el resto de familiares (fundamentalmente con el drogodependiente) con el fin de que puedan introducir cambios significativos que le lleven a satisfacer sus necesidades personales y a resolver los conflictos presentes en la dinámica familiar. La familia necesita aprender pautas de actuación para afrontar la situación que le ayuden a hacer cambios en las interacciones afectivas y en los modos relacionales de la familia. En muchas ocasiones, las soluciones que la familia ha puesto en práctica para resolver el problema, se han acabado convirtiendo en el propio problema, fomentando así la perpetuación de la situación inicial. En este caso, es el

propio sistema familiar quien tendrá que aportar “algo diferente”, y nuestra tarea es ayudarles a no repetir “más de lo mismo”. Resulta obvio, en este planteamiento, que un cambio en uno de los miembros de la familia genera cambios en todo el sistema familiar. Nuestra actuación va dirigida en gran parte a recuperar la resiliencia del grupo familiar ante la situación de crisis que supone la adicción de uno de sus miembros y a orientarle en el apoyo terapéutico de éste en el tratamiento.

El trabajo con las familias en los programas dirigidos a adultos, tiene una base común y compartida en todos ellos, aunque la metodología concreta se adecúa a los diferentes perfiles de los usuarios. Teniendo en cuenta el amplio abanico de tratamientos que desarrollamos en nuestros Centros (adicción a opiáceos,

a psicoestimulantes, tratamiento con metadona, adicciones comportamentales, adicción al juego, intervención con reclusos...), tenemos que afirmar que el trabajo con las familias se diseña y aplica de manera distinta en ellos, ya que el tipo, características y demandas es también diverso. Podemos hablar de una amplia gama de intervenciones con la familia: desde aquellas que se centran más en el proceso de rehabilitación del usuario directo en el que la familia juega más bien un papel de apoyo y acompañamiento del mismo, hasta aquellas que consideran la familia como sistema en proceso de crecimiento que está afectado en su totalidad por el problema de adicción manifestado en uno de sus miembros.



## EL TRABAJO CON FAMILIAS EN PROGRAMAS DE ADULTOS

### ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

De manera general, podemos decir que los objetivos de nuestro trabajo con las familias de usuarios adultos que se encuentran realizando alguno de los programas de tratamiento son:

#### 1.- Fomentar las relaciones familiares saludables:

- o Facilitar la toma de conciencia del problema familiar y la responsabilidad de cada miembro en el mismo
- o Dotar a la familia de herramientas educativas para la resolución de conflictos, dificultades y desarrollo de habilidades
- o Fomentar la comunicación familiar
- o Orientar y acompañar a la familia en la identificación de su propia dinámica relacional y en el ajuste de los roles familiares
- o Mejorar la satisfacción de cada miembro en las relaciones familiares.
- o Proporcionar espacio de apoyo y encuentro

#### 2.- Facilitar que la familia realice un acompañamiento en el proceso del usuario:

- o Informar sobre metodología y fines del programa
- o Formar para un acompañamiento en el proceso
- o Motivar a la familia para su implicación en los Instrumentos Terapéuticos y Actividades Programadas
- o Fomentar la comunicación entre familia y equipos terapéuticos

Por otro lado, también es diferente la composición de la familia en los tratamientos: en unos casos (opiáceos, metadona...) nos encontramos con una gran proporción de familias de origen – progenitores fundamentalmente - y en otros (psicoestimulantes, juego, alcohol...) con un número significativo de familias propias – parejas e hijos-. En algunos casos, entendemos el concepto “familia” en sentido amplio, e incorporamos también algunas personas del entorno cercano

especialmente significativas para el usuario.

Debido a esta complejidad, desde la Comisión Nacional se elaboró en octubre de 2007 un cuestionario ad hoc con el objetivo de recoger algunos datos. Se envió a todos los programas para hacer un screening de determinadas variables: perfil de las familias atendidas, composición del equipo terapéutico implicado, objetivos generales y específicos, logros y dificultades. A partir de estos resultados realizamos un

análisis estadístico inicial con el fin de recoger y analizar todos los datos que nos habían enviado desde los diferentes programas. Contestaron al mismo 26 centros. El tratamiento de los datos se hizo con el paquete estadístico SPSS 13.0. Al tratarse fundamentalmente de datos cualitativos se obtuvieron porcentajes de las diferentes categorías de respuesta. Para los datos cuantitativos se realizó el cálculo de medias aritméticas y rango.



## EL TRABAJO CON FAMILIAS EN PROGRAMAS DE ADULTOS

### ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

Los datos corresponden a 38 cuestionarios, de diferentes programas de los 26 Centros de Proyecto Hombre. La distribución de los programas o fases que han participado se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 1. Resultados obtenidos en la distribución de los programas participantes**

Programas de Comunidad Terapéutica Residencial	71,4%
Programas de Comunidad Terapéutica Abierta	10,7%
Programas Ambulatorios para Perfiles Estructurados	7,2%
Programas de Reinserción Sociolaboral	10,7%

Se observa una alta participación de los programas de Comunidad Terapéutica, por lo que las respuestas obtenidas se refieren en una mayor medida a ellos, aunque no de manera exclusiva.

Los programas de Comunidad Terapéutica en régimen residencial acogen, en general, a los usuarios de perfil más desestructurado. Suelen ser policonsumidores, consumidores de opiáceos y/ o alcohólicos. En ellas también se encuentran aquellas personas con medidas judiciales que obligan a un tratamiento en régimen cerrado. En muchos casos, las fases iniciales de estos programas son ambulatorias.

Los programas de Comunidad Terapéutica en régimen abierto (Comunidad Abierta o Urbana),

están dirigidas a personas con un perfil similar al anterior, pero con la posibilidad, ya sea por el contexto familiar o por la implicación de otros dispositivos como los “pisos de apoyo”, de pernoctar fuera de la Comunidad de forma periódica (diaria o semanal).

Los Programas Ambulatorios para perfiles estructurados se dirigen a una población, generalmente consumidores de psicoestimulantes o con otro tipo de adicciones (juego patológico, conductas adictivas...), que mantienen un grado significativo

de vinculación con su entorno social (familiar, laboral, redes sociales...), que desaconseja su internamiento, y con el suficiente grado de estructuración personal que permita un tratamiento de estas características.

Los programas de Reinserción Sociolaboral son aquellos dispositivos especializados en el apoyo de los usuarios bien sea en las últimas etapas de los tratamientos anteriores, o después de una intervención adaptada más breve.



## EL TRABAJO CON FAMILIAS EN PROGRAMAS DE ADULTOS

### ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

Respecto a la composición del equipo que realiza el trabajo con familias, el 48,1% de programas cuentan con un responsable de familias en cada programa de tratamiento, un 3,7% cuentan con un responsable para el Centro y con otro específico de programa, el 18,5% no cuenta con responsable exclusivo en los programas pero sí para el Centro y

el 29,6% no cuenta con responsable del trabajo con familias, ni en su programa ni en su Centro. En el 48,1% de los centros atienden a las familias exclusivamente los terapeutas, en el 3,7% exclusivamente los voluntarios y en un 48,1% terapeutas y voluntarios. El número de personas que atienden a las familias oscila entre 1 y 21, siendo el número medio de 7 personas.

Prácticamente en la totalidad de los Centros, los terapeutas atienden a las familias de las personas que tienen en sus grupos de tratamiento y todos están implicados en la atención a las mismas. El número de familias atendidas oscila desde las 15 a las 150, siendo la media de 70 familias anuales atendidas por programa.

En cuanto al perfil de las familias, se recoge en la siguiente tabla la distribución de las respuestas obtenidas:

Tabla 2. Resultados del perfil de familias atendidas en los programas

Parejas	50,1%
Familias desestructuradas	50%
Familias estructuradas	50%
En general madres	28,6%
Cualquier tipo de familia	10,7%
Personas totalmente desatendidas	3,6%

Las tipologías no son excluyentes siendo la respuesta generalizada de diversidad de familias y destacando en esos porcentajes características habituales que se considera importante matizar. Respecto a las parejas en algún cuestionario se remarca su codependencia (3,5%) y su situación como jóvenes trabajadoras (3,5%). Respecto a las familias estructuradas el 3,5% especifica su situación de dificultad social, y el 3,5% su desentendimiento total del problema.

El perfil de familias, nos aporta indicadores cualitativos de la realidad de los usuarios con los que actualmente estamos trabajando en Proyecto Hombre, pero hay que tener en cuenta que esta realidad viene determinada por los contextos sociales y culturales circundantes.



## EL TRABAJO CON FAMILIAS EN PROGRAMAS DE ADULTOS

### ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

Hace 20 años, tanto los perfiles de toxicómanos como los de sus familias eran muy homogéneos; heroínómanos, muy deteriorados con mucho tiempo de consumo, con familias desestructuradas, que buscaban desesperadas una respuesta, que agradecían cualquier actuación terapéutica y que se dedicaban (sobre todo las madres) en cuerpo y alma a intentar “sacar de la droga” a sus hijos. Y el programa de familias funcionaba y, funcionar, suponía programas llenos de familias, madres que tras el alta de sus hijos se hacían voluntarias y ayudaban a otras

madres y familias que empezaban... Los usuarios son ahora mucho más heterogéneos; no llevan tanto tiempo consumiendo, no están tan deteriorados, no están tan marcados socialmente...Las familias también han cambiado de perfil: las madres trabajan, no tienen tanta conciencia de problema, no se ven como parte de él y por tanto no se implican de la misma forma. En otras ocasiones no es la familia de origen la que acompaña, sino la pareja, que a su vez tiene hijos a su cargo y no puede dedicar el tiempo que el programa reclama.

En los últimos años, no solo ha cambiado el perfil del usuario de Proyecto Hombre, sino que también han cambiado los programas, las terapias y por consiguiente, lo que desde los equipos se demanda a las familias.

Por otro lado, tenemos también que considerar el cambio social progresivo que se ha ido dando en estos años: la familia ya no es, en algunos casos, un “pilar fundamental” y los usuarios, en ocasiones, vienen solos a solicitar tratamiento.

Los objetivos generales del trabajo con familias que se registraron en los cuestionarios son:

Tabla 3. Objetivos generales del trabajo con familias

Implicar a la familia en el seguimiento y actividades programadas	50,1%
Informar sobre el programa	39,3%
Trabajar el cambio en la dinámica de la relación	28,5%
Fomentar la comunicación familias-programa	21,5%
Apoyar un proceso de propio cambio hacia la autonomía personal	17,9%
Rebajar la ansiedad	14,3%
Desarrollar habilidades de resolución de conflictos y dificultades	14,1%
Incidir en la continuidad en CRS	3,6%
Evaluar aspectos de funcionamiento de la pareja	3,6%

## EL TRABAJO CON FAMILIAS EN PROGRAMAS DE ADULTOS ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

Los objetivos específicos registrados son:

Tabla 4. Objetivos específicos del trabajo con familias

Mejorar las relaciones familia-usuario, recuperar la relación si se ha roto	46,5%
Implicarles como facilitadores del proceso del familiar en tratamiento	42,8%
Ayudar en la toma de conciencia del problema y de su situación en el mismo	42,8%
Trabajar en la resolución de conflictos y fomentar la comunicación	25%
Proporcionar espacio de apoyo y relación que rebaje su ansiedad	21,4%
Obtener información sobre el comportamiento del usuario	18,8%
Resituar los roles tras identificar la dinámica familiar	14,3%
Informar sobre objetivos y normas de la fase	14,3%
Regular la asistencia	10,7%
Respetar las normas	10,8%
Fortalecer a los familiares (posicionamiento)	7,1%
Generar una dinámica de autoayuda y resolución de conflictos	7,2%

Respecto a los principales logros obtenidos se señalan en la siguiente tabla:

Tabla 5. Resultados de los logros del trabajo con familias

Implicación en actividades del centro y proceso del usuario	57,2%
Mejora y/o reestructuración de la relación	46,4%
Asistencia regular a actividades, adaptación de horarios para facilitarla	35,8%
Reconocimiento del problema y de su parte de responsabilidad	32,1%
Aumento de confianza de la familia	17,8%
Manejo de situaciones conflictivas y mejor comunicación	14,5%
Reincorporación del usuario al núcleo familiar	10,7%
Implicación en un cambio personal, autoayuda	10,7%
Conocimiento del problema de la adicción y del proceso de tratamiento	10,7%
Realización de encuentros y grupos familiares	7,2%

## EL TRABAJO CON FAMILIAS EN PROGRAMAS DE ADULTOS

### ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

Implicación de los padres (varones)	7,2%
Fortalecimiento de la estructura familiar	7,1%
Genograma familiar	3,6%
Realización de grupos de autoayuda específicos para familias	3,6%
Implicación de la familia en voluntariado con otras familias	3,6%
Ajuste de las expectativas de las familias	3,6%
Un terapeuta para trabajo específico con familias	3,6%

Entre las principales dificultades se señalan en la siguiente tabla:

Tabla 6. Resultados de las dificultades del trabajo con familias

Falta de asistencia	41,7%
Incumplimiento de las pautas, dificultad de posicionarse	24,8%
Sobreprotección del usuario	21,5%
Falta de recursos humanos	17,9%
Desentendimiento total del usuario o relaciones muy desestructuradas	14,4%
Falta de implicación, delegando responsabilidad en el programa	10,7%
Resistencias y falta de formación de los terapeutas	10,7%
Cansancio de dar apoyo, falta de motivación (en adicciones largas)	7,2%
Codependencia	7,2%
Inconstancia del trabajo y discontinuidad por los cambios en equipos	7,2%
Edad avanzada de los familiares	7,2%
Poca importancia que damos al trabajo familiar y solo informarles	7,2%
Falta de atención individualizada	7,1%
Falta de recursos especializados en familias	7,1%
Falta de recursos especializados en familias monoparentales	7,1%
Adecuación de trabajo con familias a diferentes perfiles	7,1%
Falta de un programa específico de familias	3,6%
Transmisión inadecuada a las familias de la importancia de la implicación	3,6%



## EL TRABAJO CON FAMILIAS EN PROGRAMAS DE ADULTOS

### ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

Escasa renovación de equipo responsable	3,6%
Intercambio de información entre familias y enfrentamiento con equipo	3,6%
Falta de conocimiento por parte de familias del trabajo del programa	3,6%
Malas relaciones de pareja (padres) que influyen en proceso usuario	3,6%
Resistencias de familias a aceptar realidad, sobre todo en casos de patología dual	3,6%
Ausencia de refuerzo de los factores de protección	3,6%

La falta de asistencia se relaciona, en las Comunidades Terapéuticas, con la ubicación del centro lejos de las residencias habituales de los usuarios. Algunas de las dificultades hacen referencia a aspectos muy concretos del programa, como puede ser la falta de renovación de un equipo. Otras pueden agruparse, como la falta de recursos especializados en familias. El afrontamiento de recaídas y consumos puntuales es una demanda específica para la formación de los equipos de los centros de Reinserción. El chantaje emocional podría incluirse en modelos educativos o estilos parentales, que a su vez podrían estar relacionados con los factores familiares de riesgo y protección.

#### EL FUNDAMENTO TEÓRICO DE NUESTRA ACCIÓN:

Proyecto Hombre, a lo largo de los años, ha ido definiendo una visión propia y una manera particular de abordar el trabajo con las familias de drogodependientes. Esta visión nace del concepto de persona (y por extensión, de familia) presente en la filosofía y valores de nuestra institución,

tales como la preocupación sincera hacia ellas, la esperanza, la confianza en sus posibilidades, el compromiso, la reconciliación, el encuentro... La intervención con las familias se nutre de diferentes modelos teóricos que aportan claridad y profesionalidad al trabajo. Hay que decir que ninguno de

dichos modelos explica en su totalidad el trabajo que llevamos a cabo, pero sí nos ayudan a establecer una guía común al proceso de crecimiento personal que queremos favorecer, aportando una base teórica sólida y favoreciendo una respuesta ajustada a las diferentes necesidades.

#### MODELOS PSICODINAMICOS

El término psicodinámico hace referencia a aquellos modelos en los que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. El de mayor relevancia histórica es el psicoanalítico. Desde esta perspectiva los fenómenos psíquicos son el resultado de fuerzas en conflicto. El conflicto surge de una oposición entre las fuerzas instintivas, las defensas en gran parte inconscientes derivadas del Yo, y los principios normativos o morales del individuo, conscientes e inconscientes. El síntoma es una "solución de compromiso" para resolver ese conflicto. En el tratamiento la persona proyecta o desplaza sobre el terapeuta aspectos cruciales referentes a figuras importantes de su historia vital (por lo general los padres). La re-experimentación de esos aspectos conflictivos e inconscientes de la relación con sus progenitores, proyectadas sobre el terapeuta, que no reacciona punitivamente y le permite desplegar su discurso hacia aspectos más inconscientes, junto con el análisis y la interpretación de esos fenómenos, contribuye a encontrar formas de sanarlos y reelaborarlos.

Los pacientes suelen utilizar una variedad de maniobras conscientes e inconscientes para manejar su propia ansiedad o conflicto y para evadir su trabajo terapéutico, denominadas resistencias. La detección de esas maniobras y su interpretación adecuada es un elemento básico para el proceso terapéutico.

Por otro lado, el terapeuta puede experimentar reacciones emocionales ante esta situación. El análisis y la supervisión le ayudan a estar atento a estas reacciones y le proporcionan una valiosa fuente de información para la terapia.



## EL TRABAJO CON FAMILIAS EN PROGRAMAS DE ADULTOS

### ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

#### MODELOS HUMANISTAS

Incluimos en los modelos humanistas de psicoterapia las concepciones “fenomenológicas”, “humanistas” y “existencialistas”, desarrolladas en el campo psicoterapéutico. Dentro de las concepciones humanistas destacan la “Terapia Gestáltica” y la “Psicoterapia Centrada en el Cliente”. A esta orientación humanista se la denominó “tercera fuerza” en los años sesenta, por presentarse como alternativa al psicoanálisis y al conductismo dominante en esa época.

Los modelos humanistas se caracterizan por:

1º La importancia concedida a la percepción subjetiva del mundo o realidad como determinante fundamental de la conducta.

2º La afirmación de que cada persona posee de manera innata un potencial de crecimiento o desarrollo de sí misma, orientado hacia metas positivas como la armonía, el amor o la alegría.

3º La persona es considerada en sí misma como un sujeto independiente y plenamente responsable de sus actos, sin plantearse causas subyacentes, como hacen los modelos conductistas o psicodinámicos.

4º Solo podemos comprender a una persona cuando nos podemos situar en su lugar para percibir el mundo desde ella misma. Colocarse en el punto de vista de la persona afectada ayuda considerablemente a entender su conducta.

5º La intervención terapéutica se suele centrar en el “aquí y ahora” de la experiencia actual e inmediata, concediendo poca importancia a los antecedentes históricos y a las intervenciones directivas.

El modelo de psicoterapia desarrollado por C. Rogers parte de la idea de que toda persona posee una tendencia actualizante, un impulso hacia el crecimiento, la salud y el ajuste. La terapia más que un “hacer algo” al individuo, tratará de liberarlo para un crecimiento y desarrollo adecuado (Rogers, 1951). La terapia así entendida trata de facilitar que el sujeto se exprese con sus ambivalencias e impulsos hostiles y agresivos, de modo que pueda reconocerse de manera integral. Un elemento fundamental consiste en la experimentación consciente de sentimientos que hasta el momento fueron reprimidos por ambivalentes, hostiles o irracionales; esto permite al sujeto actualizar su experiencia, ser “él mismo” y modificar el autoconcepto distorsionado que estaba manteniendo hasta el momento.

El terapeuta parte de la idea de que toda persona tiene una tendencia actualizante y un valor único que está bloqueado o distorsionado por determinados criterios de aceptación externa. La terapia tratará de desbloquear esto mediante la aplicación de tres estrategias fundamentales: La empatía, la consideración positiva incondicional y la congruencia (Rogers, 1957).

La empatía: Se refiere al esfuerzo continuo del terapeuta por apreciar y comunicar a la persona una comprensión de los sentimientos y significados expresados por ésta.

Consideración positiva incondicional: El terapeuta le brinda la oportunidad de expresar sus sentimientos generalmente inhibidos para facilitar su autoaceptación. Para ello le acepta sin juicios de valor. Esta actitud conlleva un aprecio hacia la persona con todas sus aparentes contradicciones e irracionalidades.

La congruencia: Se refiere a la autenticidad del terapeuta, que ha de ser lúcido y coherente con los propios sentimientos generados en la relación terapéutica.



## EL TRABAJO CON FAMILIAS EN PROGRAMAS DE ADULTOS

### ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

#### MODELO DEL APRENDIZAJE SOCIAL (BANDURA).

Bandura (1969) desarrolla el tercer modelo sobre el aprendizaje humano, además del condicionamiento clásico y el operante: el aprendizaje por imitación o modelado. En los 60 comienzan a cuestionarse la suficiencia de los modelos conductuales basados exclusivamente en el condicionamiento y aparecen los llamados modelos cognitivos-conductuales como el paradigma A-B-C (Acontecimiento-Cognición-Consecuencia) de Ellis (1962), los enfoques cognitivos de la depresión de Beck (1966), los métodos de inoculación al estrés de Meichenbaum (1977) y la teoría de las expectativas de autoeficacia de Bandura (1977) dentro de su enfoque de aprendizaje social.

Este tercer paradigma es denominado “condicionamiento vicario” o “aprendizaje por modelamiento o imitación”. Las personas no sólo adquieren su conducta por la asociación de experiencias o los resultados de sus acciones, sino también por observación de cómo actúan otras personas reales o actores simbólicos (historias, relatos, etc.). Gran parte de la conducta humana es mediada culturalmente por la diversidad de modelos familiares y sociales en el llamado proceso de socialización o aprendizaje social. Las habilidades sociales para relacionarse con los demás, y muchos temores y prejuicios que dan lugar a conductas patológicas, están influidas por este proceso (Rosenthal y Bandura, 1978).

A través del modelado del terapeuta o grupo se presentan al sujeto diversos procedimientos de manejo de problemas relacionales. Él los observa e imita el modelo y el terapeuta le proporciona información correctora. Esto también se utiliza como técnica para expresar no sólo nuevas conductas, sino además para expresar deseos y emociones diversas. Las técnicas más conocidas en este terreno son el Entrenamiento en Habilidades Sociales y el Entrenamiento en Asertividad.

#### MODELOS SISTEMICOS:

El concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de “la familia como sistema”. Este concepto deriva de la “Teoría General de los Sistemas” (Bertalanffy, 1967; Wiener, 1947). Se refiere a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de sus miembros. Esto lleva a considerar que la familia es más que la mera unión de sus componentes. En concreto, se asume que considerar a la familia como sistema implica:

- \* Los miembros de la familia funcionan en interrelación y las causas y efectos son circulares.
- \* Cada familia tiene características propias de interacción que mantienen su equilibrio y matizan los márgenes de sus progresos o cambios.

Foster y Gurman (1988) consideran cuatro aspectos centrales del funcionamiento familiar: estructura, regulación, información y capacidad de adaptación:



## EL TRABAJO CON FAMILIAS EN PROGRAMAS DE ADULTOS

### ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

- La estructura se refiere al grado de claridad de los límites familiares (quiénes pueden acceder a discutir y decidir sobre determinados temas o decisiones), las jerarquías y tareas (quién está a cargo de quién y de qué), y la diferenciación (el grado en que sus miembros tienen identidades y roles separados manteniendo al mismo tiempo la unión familiar).
- La regulación se refiere a la secuencia típica de interacción o de relación familiar, que suele ser habitual y predecible, y que tiene como finalidad mantener el equilibrio u homeostasis familiar. En las secuencias relacionales disfuncionales suele aparecer el llamado “paciente identificado”, que es aquella persona etiquetada por la familia como raro u anormal y que, sin embargo, contribuye a mantener un equilibrio precario en el sistema familiar.
- La información se refiere a la manera habitual en que se comunican los miembros de la familia.
- La capacidad de adaptación se refiere a la capacidad de la familia para manejar las crisis o retos a su estabilidad a lo largo del ciclo vital.

Aunque los métodos terapéuticos empleados varían en cada escuela, podemos encontrar unos elementos comunes a todas ellas. En primer lugar el terapeuta intenta hacer un diagnóstico del sistema familiar implicado en la persona del “paciente identificado”. A continuación, a través de diferentes recursos terapéuticos (la reformulación del problema, el uso de la resistencia, la intervención paradójica, la prescripción de tareas, la ilusión de alternativas, el uso de analogías, y el cuestionamiento circular), el terapeuta ayuda a modificar patrones de relación familiares disfuncionales. Este cambio en la estructura y funcionamiento familiar aumentará la capacidad del sistema para manejar nuevas situaciones.

