

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Adaptación de un dispositivo ambulatorio en
adicciones al formato virtual

Alumna: Biglia, Melina

Tutora: Ramos Mejía, Gabriela

Buenos Aires, 20 de Julio de 2021

Introducción	2
Objetivo general	2
2.1 Objetivos específicos	2
Marco Teórico	3
3.1 Consumo problemático de sustancias	3
3.1.1 Definiciones y diagnóstico	3
3.1.2 Abordaje del consumo problemático de sustancias	4
3.2 Telepsicología y teleterapia	5
3.2.1 Ventajas y desventajas	7
3.2.2 Teleterapia en el tratamiento del consumo problemático de sustancias	9
3.3 Enfoque sistémico en el abordaje de consumo problemático de sustancias	11
3.3.1 Tratamiento ambulatorio para personas con consumo problemático	13
3.3.2 Teleterapia desde el enfoque sistémico	15
3.4 Alianza terapéutica	17
3.4.1 Componentes de la alianza: vínculo, tareas y objetivos	17
3.4.2 Alianza en teleterapia	18
3.4.3 Alianza terapéutica en el tratamiento del consumo problemático de sustancias	20
3.5 Adherencia al tratamiento en personas con consumo problemático de sustancias	21
4. Metodología	24
4.1 Tipo de estudio	24
4.2 Participantes	24
4.3 Instrumentos	24
4.4 Procedimiento	25
5. Desarrollo	25
5.1 Tratamiento ambulatorio en pacientes adictos a sustancias durante el periodo de aislamiento obligatorio.	25
5.2 Modalidad virtual, alianza terapéutica y adherencia al tratamiento.	30
5.3 Aspectos positivos y limitaciones que encuentran los profesionales en el tratamiento para adictos en formato virtual.	34
Conclusiones	38
Bibliografía	44

1. Introducción

En el presente trabajo se seleccionó un tratamiento ambulatorio de CABA. Esta institución ve necesario el trabajo terapéutico que incluye el contexto familiar y su red ya que estos pueden favorecer o perjudicar los cambios individuales de los adictos. Cuentan con un grupo de profesionales de la psicología y operadores terapéuticos que se han recuperado de adicciones. Ofrecen dispositivos grupales con orientación sistémica. Los espacios más formales están conformados por el grupo de clientes que atraviesan sus propios estadios en el proceso, los familiares que conviven con el adicto y un grupo de “padres”.

Dada las circunstancias del aislamiento obligatorio por el COVID-19 que se está atravesando, la institución se vio obligada a incorporar nuevas herramientas para no frenar los procesos terapéuticos. Intentaron así adaptar el tratamiento al formato virtual a través de video-llamadas grupales y realizando foros virtuales con profesionales de otros tratamientos de adicciones en distintas partes del mundo para que cada uno comparta desde su experiencia sus dudas, dificultades y hallazgos.

A raíz de esta problemática en la que se vieron obligados a utilizar nuevas herramientas y medios de comunicación, la intención de este trabajo es analizar si es posible la adaptación e implementación de un dispositivo de tratamiento ambulatorio para adictos a un formato online de manera eficaz, y determinar los hallazgos positivos y las dificultades que se presenten.

1. Objetivo general

Describir la adaptación del dispositivo del tratamiento ambulatorio en pacientes adictos a sustancias a un formato virtual durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19.

2.1 Objetivos específicos

Describir cómo se lleva a cabo el tratamiento ambulatorio en pacientes adictos a sustancias durante el periodo de aislamiento obligatorio.

Determinar si el formato virtual del tratamiento perjudica la unión de la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento.

Analizar los aspectos positivos y las limitaciones que encuentran los profesionales en el tratamiento para adictos en formato virtual.

2. Marco Teórico

3.1 Consumo problemático de sustancias

3.1.1 Definiciones y diagnóstico

Al hablar de sustancias psicoactivas se hace alusión a aquellas sustancias farmacológicas que, una vez incorporadas al organismo, pueden provocar algún tipo de alteración indeseada o perjudicial de las funciones psíquicas, el nivel de conciencia y, como consecuencia, en el comportamiento. Se dividen en distintos grupos. En primer lugar, los estimulantes, como metanfetaminas, anfetaminas, cocaína, paco, nicotina, y derivados metanfetamínicos; estas aumentan los niveles de actividad cognitiva y motriz, aumenta el estado de alerta, la vigilia, y la atención. En segundo lugar, los depresores de la actividad mental, que producen relajación, como el alcohol, sedantes o ansiolíticos, sintéticos del opio, hipnóticos, antipsicóticos, neurolépticos, solventes volátiles y derivados naturales. En tercer lugar, se encuentran los alucinógenos, que alteran la sensopercepción, la conciencia y el humor, como el LSD, hongos psicoactivos, ayahuasca, mescalina, psilocina, psilocibina, belladona, peyote, beleño, toloache, mandrágora y brugmansias. Por último, los cannabinoides son sustancias con la capacidad estimulante, depresora y alucinógena, como la marihuana y hachís. Todas ellas producen el retiro del estado emocional negativo, pueden influir en la manera de pensar, en la motivación, actitudes, opiniones, y tienen un efecto recompensa que conduce a la adicción, generando que las personas tengan el deseo de volver a consumirlas nuevamente (Damín, 2015).

Es importante hacer mención a algunos conceptos fundamentales como la intoxicación, que puede producirse cuando se consume excesivamente alguna de estas sustancias; la tolerancia, entendida como la necesidad de aumentar su dosis para poder volver a obtener el mismo efecto que antes; y la abstinencia, que se presenta cuando se realiza una reducción en el consumo de la sustancia tras haberla consumido durante un lapso prolongado de tiempo. Esta última se caracteriza por la presencia de cambios psicológicos y fisiológicos que provocan grandes molestias y malestares significativos. Por último, el concepto de craving que se entiende como el incontrolable deseo por

consumir que se activa tras un recuerdo, idea o situación estresante, e incita a que la persona busque y consuma la sustancia apetecida (Casas, Bruguera & Pinet, 2011).

En relación con el diagnóstico, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), dividió el trastorno por consumo de sustancias en 11 criterios y los ordenó en cuatro apartados. El primer apartado incluye un deterioro del control en el que la persona consume durante períodos más extendidos de lo esperable en elevadas cantidades, impulsos irrefrenables por consumir, dedicación de la mayor parte del tiempo consumiendo la sustancia, recuperándose o intentando conseguirla, y, por último, arduos esfuerzos por intentar controlarlo sin conseguirlo. En el segundo apartado, un deterioro social en el que la persona comienza a tener conflictos legales, sociales e interpersonales recurrentes, el incumplimiento de las obligaciones y el abandono de actividades importantes que antes solía realizar. El tercer apartado habla del consumo en situaciones de riesgo físico y el sostenimiento del consumo a pesar de los problemas psíquicos o físicos originados por este mismo. El cuarto, y último apartado, trata de los aspectos farmacológicos relacionados a los conceptos ya antes definidos, como la tolerancia - que produce que la persona aumente significativamente las dosis para obtener los mismos efectos que las veces anteriores - y la abstinencia - que se produce por la ausencia o la disminución de la sustancia en sangre. Para que la persona pueda clasificarse dentro del trastorno por consumo de sustancias debe cumplir con dos o más de estos criterios durante un lapso mínimo de 12 meses. Por otro lado, la gravedad o severidad del trastorno está categorizada según el número de criterios alcanzados. Es un consumo moderado cuando cumple con cuatro o cinco de ellos y es severo cuando llega o sobrepasa los seis. Finalmente, a diferencia del DSM-IV (2000), no es necesario que se presenten sí o sí los síntomas de abstinencia y tolerancia para ser considerado trastorno.

3.1.2 Abordaje del consumo problemático de sustancias

Existen diferentes tipos de instituciones para tratamientos en adicciones. Según la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la República Argentina (SEDRONAR), estas se agrupan en cuatro: las clínicas psiquiátricas, donde se realizan tratamientos de internación; las comunidades terapéuticas; las ambulatorias de jornada completa; y las de media jornada. Dependiendo de la severidad de la problemática y la complejidad de los pacientes, se selecciona la institución y modalidad del tratamiento adecuadas para la

persona. Los dispositivos que brindan tratamientos ambulatorios externos para adictos son la modalidad con mayor oferta en el país; el 78,5% de los dispositivos ofrece esa modalidad. A diferencia de los tratamientos tradicionales en rehabilitación de adicciones donde se aísla al adicto para su control y muchas veces el regreso condiciona a recaídas, los tratamientos ambulatorios son centros de día donde se ofrece terapia individual y grupal, junto con diversos talleres y actividades de esparcimiento. Se han propuesto incorporar las características habituales de la vida de las personas y observar en conjunto cuáles son las pautas que pueden cambiar y mejorar para eliminar el consumo de sus vidas (Observatorio Argentino de Drogas, OAD, 2009).

Como consecuencia del aislamiento por el coronavirus (COVID-19), y la interrupción del acceso a servicios clínicos, las personas que padecen de adicciones están siendo gravemente afectadas. El impacto del distanciamiento social provoca un agravamiento de la sintomatología ansiosa y depresiva. Además, esta situación podría poner en mayor riesgo determinadas estrategias de afrontamiento, provocando recaídas o extensión y gravedad del consumo de sustancias (Marsden et al., 2020).

Los tratamientos convencionales para adictos se vieron desafiados a administrar otros tipos de formatos para evitar el contacto físico y tuvieron que adaptarse rápidamente a un contexto virtual de plataformas online para poder continuar el proceso terapéutico a la distancia. La metodología de psicoterapia basada en internet, sobre todo en este periodo de aislamiento, es recomendable como reemplazo de las sesiones presenciales y puede ser aún más eficiente (Galea-Singer et al., 2020).

3.2 Telepsicología y teleterapia

A medida que avanza el siglo XXI, se puede observar cómo el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) se vuelve más imprescindible en la vida de las personas. La utilización de las TICs en psicología clínica brinda la posibilidad de extender las intervenciones basadas en evidencias para padecimientos mentales y se ha concretado en el campo de la telesalud, donde se encuentran disciplinas como la telepsicología. Dentro de esta disciplina, la teleterapia se encarga de la aplicación de las herramientas y tratamientos psicológicos principalmente a través de internet, sincrónicamente por videollamadas y asincrónicamente por correo electrónico, mensajes de texto, tecnología de realidad virtual o la combinación de estos, para así poder ampliar el seguimiento de los servicios de salud mental (Manhal-Baugus, 2001).

Actualmente, el auxilio de esta modalidad de atención de la salud mental se ha convertido en una necesidad mundial a causa del aislamiento social por la pandemia por COVID-19. Esta disciplina trae diferentes beneficios como la posibilidad de hacer terapia con personas que están a más de 10 mil kilómetros de distancia, llegando a personas que antes no podían acceder a los tratamientos y superando las barreras que podría ofrecer el desplazamiento de los usuarios sin inconvenientes. Para intervenir por este medio es crucial que se sigan determinadas pautas sistemáticas que contemplen las características que distinguen a esta disciplina de otras formas de intercambio entre el paciente y el terapeuta. Al mismo tiempo, es importante que la persona tenga la garantía de que está recibiendo un tratamiento ético y profesional con todo lo que eso implica. Existen incontables investigaciones sobre la aplicación de las TICs como herramientas a implementar en la psicología clínica y la forma en que ellas brindan nuevas posibilidades para la mejoría de los distintos tratamientos psicológicos para diferentes tipos de trastornos. Sin embargo, aún falta más literatura empírica centrada en la eficacia de la teleterapia aplicada a los distintos tipos de tratamientos y enfoques teóricos (Burgoyne & Cohn, 2020).

En un estudio realizado por Morgan et al. (2021) se pudo observar que un alto porcentaje de personas comenzaron a utilizar esta modalidad por ser la única opción de terapia durante el aislamiento. Antes de la pandemia, menos de la mitad de los estudiantes terapéuticos familiares y de pareja declararon haber tenido incluida esta disciplina dentro de sus planes de estudio. Incluso, los terapeutas que ya utilizaban esta modalidad hace tiempo, tenían un porcentaje de asistencia muy bajo en los cursos de capacitación. Actualmente, se reconoce la importancia del desarrollo de las herramientas, como técnicas de estructuración y lenguaje para las primeras sesiones de teleterapia; se trabaja en la creatividad y en la gestión de los desafíos que se pueden presentar en esta modalidad virtual. Dentro de las capacitaciones se diseñaron guías y manuales para la práctica, relacionadas con la bienvenida del paciente, el consentimiento, posibles intervenciones, confidencialidad, seguridad, y el abordaje de distintas técnicas terapéuticas útiles para esta modalidad. En la misma investigación, revelaron que la teleterapia grupal tenía una probabilidad significativamente menor que las individuales de convertirse en teleterapia (Morgan et al., 2021).

A medida que esta disciplina crezca, es probable que se realicen cambios con respecto al código de ética y los protocolos de seguridad tanto de los pacientes como de los terapeutas (Burgoyne & Cohn, 2020).

3.2.1 Ventajas y desventajas

Esta modalidad online de servicios de salud se convierte en un recurso muy importante que posibilita el alcance a los tratamientos psicológicos tanto de poblaciones extranjeras que quieren unirse a los tratamientos psicológicos con profesionales de su misma cultura, como de poblaciones rurales que tienen opciones de transporte limitadas, dificultades para la asistencia presencial o que desean evitar la estigmatización por hacer el tratamiento en su comunidad. Por otro lado, la mayoría de las preocupaciones sobre esta modalidad están relacionadas a la seguridad y confidencialidad de las sesiones, la privacidad de los participantes dentro de un espacio tranquilo y el requerimiento de una buena conectividad por medio de internet o datos telefónicos. Esto último podría dificultar el acceso para personas de menor nivel económico, imponiendo restricciones al acceso y causando inequidades en materia de salud (Galea-Singer et al., 2020).

También pueden surgir problemas relacionados directamente con la práctica clínica. Algunos profesionales tienen ideas preconcebidas respecto a la teleterapia, a la que comparan con la terapia presencial tradicional, que vendría a constituir el patrón oro de lo que es un tratamiento psicológico (Simpson, Richardson, Pietrabissa, Castelnuovo & Reid, 2021). Encuestas realizadas a psicólogos españoles muestran que, aunque la mayoría considera que la terapia virtual es una herramienta útil y prometedora, sólo la usan como alternativa a la terapia presencial cuando los pacientes tienen problemas para acceder al consultorio, porque piensan que el formato limita la comunicación no verbal y puede afectar la construcción de una buena alianza terapéutica (González-Peña, Torres, Barrio & Olmedo, 2017).

Las ventajas de los programas y tratamientos en telepsicología se destacan principalmente en términos de distancia geográfica y de costo-beneficio, ya que por lo general son más económicos que los tratamientos tradicionales y logran llegar a personas que no tienen los recursos necesarios o que no pueden concurrir al centro clínico por diferentes razones (Rivera, Castellano, Arbona & García-Palacios, 2005). Otra virtud de la teleterapia tiene que ver con el grado de desinhibición que se logra mediante la comunicación a través de la pantalla. Aparentemente, este medio de comunicación facilita la interacción e incrementa el nivel de intimidad. Esto podría contribuir a que el paciente desarrolle un fuerte sentido de seguridad y hable sobre cuestiones que le producen temor o vergüenza revelar (Duraó & Hirsch, 2020).

Por otro lado, la rapidez en el intercambio por este medio de comunicación hace posible que la persona pueda comunicarse en determinados momentos de conflicto o crisis. Esto, de alguna manera, asegura una atención de calidad para el paciente, ya que la problemática podría ser atendida en el momento que ocurra (López, Torres & Stepanov, 2020).

Según la revisión literaria realizada por Kruse et al. (2017), la teleterapia puede resultar igual de satisfactoria que la terapia presencial. Esto puede estar, en gran parte, relacionado con factores como la variedad de opciones de medios de comunicación, una mejor adherencia al tratamiento, horarios más flexibles, disminución de citas perdidas y de tiempos de espera, y los terapeutas tienen la posibilidad de pasar más tiempo en familia.

Una de las desventajas que presenta la modalidad de intervención por videollamadas tiene que ver con las dificultades que se podrían presentar con respecto a la captación visual y señales sensoriales a la hora de evaluar el comportamiento e interacción del individuo. En el caso de las intervenciones grupales es un gran desafío garantizar que todos los participantes se sientan incluidos y compartan sus puntos de vista. Si no se habilita la opción para video también podrían ocasionarse falsas o inapropiadas interpretaciones, ya que es indispensable para el cambio poder realizar una correcta evaluación de la disposición y el espacio psicológico de la persona (Galea-Singer et al., 2020).

Refiriéndose al impedimento que a veces se presenta para captar las sutilezas del lenguaje a través de estas plataformas, Ferber et al. (2020), utilizan el término de “leer la habitación” y plantean que cuando la terapia incluye a varias personas, es mayormente difícil.

Según un estudio realizado en Estados Unidos por un grupo de terapeutas del Instituto de la Familia de la Universidad Northwestern (2018), en las teleterapias de parejas, familiares y sistémicas es más difícil el alcance de la calidad y cantidad de retroalimentación que se espera obtener, principalmente las de carácter verbal y no verbal. De todas formas, se han ido desarrollando técnicas que ayudan a un mejor desarrollo de esta, por ejemplo, regulando los turnos de los participantes al hablar para evitar la superposición y pidiéndole a los participantes que expliquen de forma verbal sus emociones y síntomas físicos que surgen en la entrevista. Esto último, ayuda a brindarle información a los terapeutas, mejora el feedback entre ellos, y tiene como

objetivo realizarles cierto llamado de atención sobre lo ocurrido (Burgoyne & Cohn, 2020).

Por otro lado, las teleterapias basadas en texto han sido fuertemente criticadas por la ausencia de señales contextuales, ya que podría imposibilitar una apropiada comprensión y/o comunicación de las emociones (Boswell & Schwartzman, 2020).

La disciplina de la teleterapia resulta cada vez más relevante en la prestación de servicios para tratamientos de distintos tipos de trastornos, entre ellos, jóvenes con trastorno por consumo problemático de sustancias. La población joven tiene una mayor habilidad con la tecnología y un mejor acceso a los dispositivos móviles, este formato puede brindarles programas de psicoeducación, apoyo, mantenimiento y retroalimentación (Botella et al., 2007; Botella, Quero, Serrano, Baños & García-Palacios, 2009).

3.2.2 Teleterapia en el tratamiento del consumo problemático de sustancias

Los abordajes en línea para las problemáticas de consumo han tenido un gran crecimiento en los últimos años, mejorando la accesibilidad de los tratamientos y llegando a más grupos de adictos que difícilmente se animarían a realizar la consulta de manera presencial. Si bien hacen falta más investigaciones actuales y específicas sobre la teleterapia en esta área, según un estudio realizado en 2011, los pacientes demostraron que estos programas online son muy útiles para lograr la reducción significativa del consumo. Por otro lado, se sugirió que la teleterapia podría ser adecuada para personas con consumo problemático de alcohol, pero no ser suficientemente adecuada para problemas con otras sustancias debido a los resultados en la investigación que revelaron un gran porcentaje de abandono por parte de estos durante la primera etapa del programa (Postel, De Haan, ter Huurne, Becker & De Jong 2011).

La teleterapia ha demostrado tener altos niveles de demanda y de satisfacción; sin embargo, en el área de adicciones a sustancias se cuestiona su eficacia en relación a los cambios sostenidos en el tiempo. Se requiere de más estudios que comparen el impacto de esta modalidad con el de los formatos presenciales tradicionales para determinar si son equivalentes o no, ya que la literatura existente sobre teleterapia en pacientes con esta problemática es muy limitada (Galea-Singer et al., 2020).

Los programas pueden ser autoadministrados o de autoayuda, de contacto mínimo o administrados completamente por un terapeuta. Estos últimos parecen ser los

más eficaces, ya que los demás requieren de una mayor motivación por parte de los adictos para cumplir estrictamente cada paso del tratamiento. Es importante mencionar algunas de las herramientas más utilizadas en estos tratamientos virtuales como, por ejemplo, el anonimato que muchas veces aumenta la motivación y hace que los pacientes se sientan más cómodos para revelar cierta información sobre las sustancias ilegales que consumen y demás cuestiones personales. El lenguaje escrito por correos electrónicos y mensajería de chats también es de gran relevancia y brinda algunas ventajas como la posibilidad de retrasar el tiempo a la hora de dar ciertas respuestas o elaborar estrategias. Si bien muchas veces es necesario una respuesta inmediata, esto da lugar a la reflexión y permite un intercambio de opiniones previo entre los profesionales para efectuar una respuesta (Bambling, King, Reid, & Wegner, 2008; Postel, De Haan & De Jong, 2010).

Actualmente, en el área de las adicciones, se utiliza la entrevista motivacional como estrategia para comprometer y motivar a los pacientes en los tratamientos. Este es un modelo terapéutico propuesto por Miller y Rollnick (1999) que permite un abordaje centrado en el adicto. Algunas investigaciones demostraron que, en casos donde se pretende dejar de fumar, la entrevista puede realizarse por teléfono de manera efectiva. Pero, de todas formas, falta más evidencia sobre el grado de impacto que se obtiene de esta manera, en comparación a cuando están presentes las señales virtuales (Galea-Singer et al., 2020).

Si bien aún falta investigar más en profundidad sobre cómo incide la teleterapia en los distintos tipos de modelos teóricos de tratamiento y cuál es la manera más adecuada de aplicarlas, han surgido pruebas de que los tratamientos sistémicos, familiares y de parejas pueden ser muy efectivos y satisfactorios si se cuenta con el compromiso y entusiasmo, tanto de los participantes como del terapeuta y su creatividad (Helps & Grinney, 2021).

Generalmente, en las reuniones grupales se crea un clima de confianza, respeto y optimismo que permite que los pacientes se relacionen positivamente entre sí y al mismo tiempo se vea beneficiada la relación terapéutica. Para algunos terapeutas podría resultar desafiante poder lograr ese espacio a través de la virtualidad, pero es algo que se puede lograr siempre y cuando haya algunas reglas como, por ejemplo, si alguno de los participantes se encuentra bajo el efecto de alguna sustancia indicarle que se retire de la sesión y participe en la siguiente. En estos casos, cuando el tratamiento es presencial, con el hecho de disponer de estímulos sensoriales como el olfato, o poder observar el

comportamiento facilita poder percibir los posibles indicativos de intoxicación (Galea-Singer et al, 2020).

3.3 Enfoque sistémico en el abordaje de consumo problemático de sustancias

Los principales aportes de la psicología sistémica provienen de la Teoría General de los Sistemas, la cibernética y las teorías de la comunicación. El modelo se propone aplicar estos principios a diferentes disciplinas como psicoterapia, educación y el estudio de las organizaciones. Desde la perspectiva sistémica los individuos son vistos como partes o componentes de una sociedad, entendida como un macrosistema que contiene dentro otros subsistemas y suprasistemas. Cada grupo tiene sus propias reglas y características, mientras que los miembros que lo conforman son vistos como un conjunto interdependiente de personas en constante interacción. Este modelo propuso un cambio epistemológico en la explicación del comportamiento humano. Pasó de una mirada monádica, donde el foco de atención estaba puesto en la patología de un solo individuo que el grupo señalaba como portador, a una observación holística relacional donde la disfuncionalidad es vista como un problema del sistema. Se abandona el pensamiento causal-lineal y se reemplaza por la propiedad de circularidad en constante retroalimentación, en donde todo es principio y fin, y donde los elementos influyen tanto a los demás, como los demás a ellos. El enfoque sistémico presta principal atención a las dinámicas relacionales que existen en todos los sistemas, ya que la interacción y las reglas existentes dentro de estos van a determinar los roles y comportamientos en los diferentes contextos (Watzlawick & Ceberio, 1988).

En la teoría general de los sistemas se hace una diferenciación entre sistemas cerrados y sistemas abiertos. Los abiertos son vistos como un conjunto de elementos y relaciones en constante intercambio de información, materia y energía con su contexto. Como consecuencia de ese intercambio logran un estado de permanente equilibrio en el total de las partes. Ese feedback puede ser positivo, cuando se produce la pérdida de la estabilidad del sistema, o negativo, cuando tiende a conservar la homeostasis rechazando la posibilidad de cambio alguno. Por otro lado, están los sistemas cerrados, vistos como sistemas físicos que no intercambian ninguna información con el medio. (Serebrinsky, 2014).

El principal ámbito de intervención e investigación de esta corriente es la familia. Se entiende que cada ser es autónomo y, al mismo tiempo, interdependiente; por eso se considera importante aplicar nuevos instrumentos de indagación. El objetivo

terapéutico está centrado en comprender las relaciones interpersonales que constituyen el todo complejo y modificar esos patrones para la resolución del conflicto. Por lo tanto, cuando se realiza un tratamiento se aborda la problemática involucrando a todos los miembros de esa familia disfuncional para poder observar cómo se activan los patrones de interacción en ese sistema (Bateson, 1998). Por ejemplo, en casos de consumo problemático de sustancias se intenta poner énfasis en la génesis y el mantenimiento de la adicción. A pesar de que muchas veces la etiología tiene que ver con componentes biológicos, son más importantes las variables familiares y el contexto en el que estas dificultades se desarrollan (Flores Albán, 2012).

Bateson (1991) habla de la *vida sobria*, un concepto que intenta expresar su visión, según la cual la persona adicta no logra tolerar una vida en estado de sobriedad y eso lo impulsa a consumir, como un intento fallido de corrección subjetiva del problema. Una vez que el adicto encuentra satisfacción y estabilidad, adapta esa conducta de consumir como método de escape de esa vida sobria que lo perturba. Incorporada esa información, es casi imposible que se pueda hablar de sobriedad como única alternativa, ya que como un sistema que se polarizó, está marcado por su pasado y más bien podrá elegir la no-ebriedad.

Siguiendo con la problemática de consumo, Minuchin (1997) propone el Modelo Estructural y explica que en los casos de alcoholismo o drogadicción esas problemáticas suelen ser respuestas desadaptativas a los cambios y dentro de los tratamientos deben estar incluidos los miembros de la familia para poder entender cómo funcionan los patrones de su red social y alcanzar los objetivos entre todos. Según el autor ahí se encuentra la verdadera situación de conflicto sufrida por todos los miembros de la familia o pareja. Además, contar con la contención y apoyo afectivo de sus más allegados es de gran ayuda para la resocialización del adicto (Wainstein, 2006).

Por esa razón, Arias, Fernández Labriola, Kalina y Perrini (1990) también menciona la importancia de que en los tratamientos donde se trabajan estas problemáticas, se le dé gran relevancia al medio ambiente inmediato, ya que existen instancias de la vida que resultan facilitadores y que incitan al consumo de sustancias, sin la necesidad de que se convierta en una adicción. Hoy en día existe una cultura consumista donde los jóvenes se encuentran cada vez más expuestos a vivir estas experiencias con la excusa de pasar un buen momento o plenitud. Además de reforzar el vínculo con su red, también lo hace con la adicción a esa sustancia (Ravazzola, 2015).

Actualmente, la mayoría de los tratamientos sobre consumo problemático de sustancias están compuestos por dispositivos ambulatorios o residenciales de breve duración. El hecho de que los pacientes permanezcan en sus casas, es una razón para darle aún más importancia al trabajo con las familias, además del realizado con el adicto. Por otra parte, se pudo observar cómo la implicación de estos en los tratamientos, no solamente disminuye la tasa de abandono y de recaídas, sino que también produce un aumento en la adherencia terapéutica, una normal reincorporación social posterior y mejoras en el funcionamiento familiar (Sierra & Fernández, 2009).

3.3.1 Tratamiento ambulatorio para personas con consumo problemático

Según la Dra. Marina Perrone no es posible pensar en un tratamiento exitoso para la población de adictos si no se trabaja con las diferentes necesidades de cada paciente. Esto obliga a los profesionales a encontrarse en una constante búsqueda de nuevas herramientas para las intervenciones y para aumentar el porcentaje del éxito de estos tratamientos, reforzando la confianza, la alianza terapéutica y asegurando la adherencia al tratamiento. En el libro *Dentro y fuera de la caja negra* (Perrone, 2011), la autora habla de cuatro ejes fundamentales de interacción constante que deberían trabajarse en los tratamientos para personas con esta problemática de consumo. En primer lugar, el eje individual, donde se encuentran cuestiones relacionadas a las habilidades de resolución de las dificultades según la persona, emociones, estrategias para el cambio, habilidades comunicacionales, resistencia al estrés y prevención de las recaídas. En segundo lugar, el eje social, teniendo en cuenta la red de personas con la que suele consumir y los vínculos de no consumo que generalmente se encuentran distanciados y es importante volver a reconstruir. En tercer lugar, el eje familiar, como ya se explicó en el apartado anterior desde el enfoque sistémico, aquí se corre la atención del paciente y se trabaja con la familia como generadora del problema, buscando reconstruir roles, modificando las pautas interaccionales que refuerzan el consumo, las crisis y la codependencia. Y, como cuarto eje se ubica lo espiritual, que tiene que ver con la realización personal, aspiraciones de la vida, valores y demás cosas como sujeto (Perrone, 2011).

Los tratamientos ambulatorios con abordajes múltiples entienden que el cambio no está puesto solamente en el adicto, sino que es fundamental para el éxito del tratamiento el acompañamiento familiar y la inclusión de la red amplia de la persona, sin sacar al adicto de su contexto original. Se busca que los grupos se comprometan a

trabajar en profundidad cuestiones como la abstinencia, contención, modificar los patrones relacionales y hábitos, al mismo tiempo que actúen como un sustento más amplio que ayude a motivar y promover la resiliencia personal de la persona y su familia (Ravazzola, 2001).

Estos abordajes implican diferentes disciplinas - comunitarias, educativas, artísticas-recreativas, biopsicosociales - y, además, incluyen a ex adictos que pasaron por la misma experiencia, y a padres o familiares de personas que pasaron por el programa (Barilari, Mazieres & Ravazzola, 2004).

El objetivo es que el terapeuta logre involucrarse en la familia para que los miembros de esta aprendan a utilizar sus propios recursos, se le devuelva a cada uno su responsabilidad y que se conviertan en los propios protagonistas capaces de generar un cambio positivo. Los terapeutas deben promover un clima de autoayuda y una particular relación con los consultantes, logrando que estos comprendan que antes de ser un técnico en el área, es una persona más, que siente, que se enoja, que se angustia. Es importante el enfrentamiento de este frente al posible intento de la familia por dejarlo en el lugar de saber profesional, ya que esta delegación automática no solo lo deja posicionado en un lugar estereotipado lleno de expectativas, sino que evita que entre ellos encuentren nuevas alternativas y sigan reforzando los mismos patrones de interacción donde se encuentra la conducta sintomática. Los espacios constan de diferentes fases y grupos. Por un lado, se intenta que el adicto desarrolle un sentido de pertenencia con grupos de pares alejados del consumo y su progresiva maduración personal. Por otro lado, los grupos familiares reflexionan sobre cómo les va resultando el proceso de acompañamiento, la asunción de funciones parentales y tareas que les toca asumir (Ravazzola, 2015).

Cabe mencionar algunos de los modelos de tratamiento que más se han utilizado a lo largo de los años en el área de adolescentes con consumo problemático. Dentro de los que han demostrado tener mayor eficacia y flexibilidad se encuentra la Terapia Familiar Breve Estratégica. Basándose en los postulados de Haley (1976), Madnes (1981) y Minuchin (1974), crea un tratamiento con duración de entre 8 y 24 sesiones variando según la gravedad del caso. Es una terapia sistémica breve que se ocupa de observar el lugar que ocupa el síntoma expresado por un solo miembro en todo el sistema familiar. Desde este enfoque, para que se produzca un cambio, el terapeuta debe enfocarse en crear estrategias para trabajar sobre la reestructuración de los patrones de interacción y jerarquías entre ellos. Otro de los modelos que demostró un gran

desarrollo en tratamientos de esta área es el estructural-estratégico de Stanton y Todd (1982), utilizando algunas técnicas del paradigma estructural y del modelo estratégico a la hora de crear las metas y planes específicos. Consideran que las interacciones dentro del sistema son afectadas por el contexto y viceversa. También le dan mucha importancia al estadio evolutivo y ciclo vital de los miembros del grupo familiar. Estos autores sostienen que para lograr un cambio en las conductas individuales se necesita cambiar el sistema general, ya que serían estos los que mantienen al síntoma y, al mismo tiempo, son los síntomas los que mantienen al sistema. Por eso en las primeras sesiones del tratamiento, van a incluirse las personas con las que el adicto convive y luego, en las siguientes, se incluirán demás personas indispensables. Con respecto a las metas, el paso más importante es el de desintoxicación, luego crear una estructura donde el adicto comience a realizar un uso creativo del tiempo y así lograr estabilidad y autonomía. El terapeuta debe trabajar en conjunto con los padres para el establecimiento de las reglas, tareas y límites en el hogar. Por eso es importante conseguir una alianza con ambos padres en las primeras etapas del tratamiento e incitar a que estos trabajen juntos (Marcos Sierra & Garrido Fernández, 2009).

Por otro lado, desde una perspectiva constructivista, se encuentran los modelos sistémico-constructivistas. En la caracterización que hace Hoffman (1996) destacó que desde este enfoque no creen en una verdad objetiva, más bien existen distintas realidades subjetivas de significados y que es el problema el que crea al sistema. El terapeuta debe tomar una postura neutral o multiparcial, posicionarse como otro más en la conversación y distribuir equitativamente el control y poder a la familia. El principal objetivo va a estar puesto en crear un espacio comunicacional que posibilite la aparición de los sistemas conversacionales del grupo para poder observar los aspectos menos patológicos en estas interacciones, en vez de realizar intervenciones o técnicas que impulsen el cambio.

3.3.2 Teleterapia desde el enfoque sistémico

La terapia sistémica fue una de las primeras en incorporar las TICs a los tratamientos, implementando la historia clínica informatizada que permitía sistematizar el registro de manera ordenada. Luego, incluyó las supervisiones de equipo de terapeutas en vivo a distancia, que complementaría la función de la tradicional cámara Gesell; y más tarde, comenzó a implementarse el campo de la psicoterapia a través de videollamada (Duraó & Hirsch, 2020).

Las teleterapias desde este enfoque, generalmente, se realizan a través de plataformas como Skype o Zoom y pueden ser muy enriquecedoras si los miembros del grupo poseen la adaptación necesaria a los dispositivos requeridos, ya que posibilita que todos los familiares puedan tener acceso. Al mismo tiempo, el hecho de que estas permitan obtener la imagen de todos los participantes de manera simultánea y requiera de determinada organización a la hora de hablar, beneficia en muchos aspectos en la regulación de la comunicación entre los participantes, sobre todo en las terapias familiares. En las teleterapias de pareja, se les puede pedir a los miembros que, a la hora del encuentro, se hallen en distintos espacios desde diferentes dispositivos. Esto ayuda a disminuir la tensión en los momentos más conflictivos y también a que ambos puedan observar ciertas expresiones más en detalle que en las terapias presenciales son difíciles de captar. Por otro lado, cuando se trata de familias con niños, es un arduo trabajo en conjunto para lograr sostener la atención de estos y que no se distraigan durante la teleterapia; por eso es que los terapeutas deben emplear constantemente nuevas estrategias para mantener la motivación y responsabilidad de los consultantes en cada sesión (Burgoyne & Cohn, 2020).

Cataldo et al. (2021) proponen el modelo del tercero invisible, donde a partir de la Teoría General de los Sistemas, comprende la presencia como un estado psicológico subjetivo a través de un ordenador que parece participar en su interacción no solo como medio de transmisión, sino como otro miembro activo de esta. La interacción estaría dada por un sujeto observador (el psicólogo), un sujeto observado (el cliente) y el dispositivo que se utilice. Por consiguiente, la manera en la que los terapeutas emplean la presencia y su manera de relacionarse es muy importante, ya que todas las partes influyen en el desenvolvimiento del proceso terapéutico.

Según una investigación realizada por McKee et al. (2021) se demostró que tan solo el 7,92% de los terapeutas familiares sistémicos brindaban sus servicios a través de teleterapia antes de la pandemia, y que un 88,17% de ellos comenzaron a implementarla luego. También estiman que un 36,57% seguirá utilizándola una vez finalizada la problemática mundial. En otra investigación con terapeutas sistémicos, estos manifestaron que se necesita más capacitación dirigida a la interpretación de las señales verbales y no verbales a través de este medio y herramientas para brindar servicios centrados en el cliente (Eppler et al., 2021).

Los profesionales que emplean tratamientos de tipo online deben mantenerse constantemente informados y actualizados en relación a los procedimientos de

intervención y requerimientos a la hora de ejercer. También es necesario que se evalúen las necesidades y los objetivos específicos de cada tratamiento; según la persona y sus condiciones particulares se determinará si se ajustan o no a esta modalidad (Traverso & Martínez, 2020).

3.4 Alianza terapéutica

La alianza terapéutica es el componente fundamental para la aceptación y el seguimiento de cualquier trabajo terapéutico. Según Bordin (1976) este término se utiliza para hablar del amoldamiento y colaboración entre el terapeuta y el paciente, como una cooperación entre las dos partes donde aparecen tres componentes fundamentales que permiten su desarrollo y hacen posible el cambio: el acuerdo de los objetivos, las tareas y un vínculo positivo que se establece a través de la confianza, credibilidad y aceptación. Al mismo tiempo, Luborsky (1976) desde una mirada más psicodinámica, definió a la alianza como una entidad dinámica que puede ir transformándose en el transcurso de las distintas fases o momentos del proceso terapéutico, tanto por parte del paciente como del terapeuta. Para esto, especificó dos tipos de alianzas: la de tipo 1, que se presenta en el comienzo de la experiencia terapéutica y se caracteriza por la contención, ayuda y apoyo; y la alianza de tipo 2, que se da en las siguientes fases, donde entre el terapeuta y el paciente van avanzando hacia los objetivos del proceso terapéutico (Corbella & Botella, 2003).

3.4.1 Componentes de la alianza: vínculo, tareas y objetivos

Más allá de las diferentes perspectivas, existe una posible complementariedad entre lo planteado por Luborsky y Bordin. La alianza tipo 1 es donde se estaría afianzando el componente de vínculo positivo. Esto se da principalmente en el comienzo de la relación terapéutica; es cuando deben prevalecer las actitudes de contención y un recibimiento permisivo al paciente. Luego, se pasa a la alianza tipo 2 donde, relacionando ambas perspectivas, se trabajarán los acuerdos de las tareas y objetivos del tratamiento. Aquí se apoyan principalmente en el establecimiento de límites y marcadas restricciones del encuadre terapéutico, ya que se espera que en esta instancia la relación esté más consolidada y que el terapeuta pueda marcar ciertas actitudes. Para esto, el profesional debe implementar estrategias o técnicas específicas dirigidas al sostenimiento de la motivación, el compromiso del paciente y la superación de las resistencias. Con respecto al vínculo positivo en la relación terapéutica, este se

dará teniendo en cuenta distintos elementos como la aceptación, confianza mutua, el convencimiento del terapeuta y veracidad. Además, cuestiones como las creencias, sexo, edad, valores, necesidades también podrían mejorar o afectar esta conexión entre ellos. Por otro lado, también es importante la compatibilidad entre terapeuta y paciente, que va a estar influenciada por las distintas atribuciones que tengan el uno del otro: un ejemplo es cuando en el encuentro terapéutico los integrantes asisten sabiendo, de alguna manera inconsciente, quien posee el locus de control de información que fluye en la sesión (Corbella & Botella, 2003).

Según Rogers (1957), existen ciertas acciones que todo terapeuta debería implementar para lograr una relación terapéutica efectiva, como ser congruente, empático y aceptar al cliente incondicionalmente. Por otro lado, independientemente de la orientación psicológica o enfoque utilizado para la intervención, también aparecen los rasgos propios de los terapeutas donde queda expuesta la manera de ser de cada uno, que atraviesa transversalmente todo el proceso terapéutico. Fernández-Álvarez, García y Scherb (1998) lo llamaron *estilo personal del terapeuta* (EPT) y lo definieron como un constructo multidimensional, condicionante del trabajo terapéutico, presente más allá del foco de atención o los requerimientos correspondientes de la tarea en cada trabajo particular. A partir de diferentes investigaciones se demostró que la interacción o compatibilidad de esta variable con las características particulares de cada paciente, influyen positivamente en la construcción del vínculo positivo y en la alianza terapéutica (Corbella et al., 2009).

3.4.2 Alianza en teleterapia

En tratamientos de formato online los profesionales se ven obligados a replantearse de qué manera construir los componentes de la alianza, ya que con la ausencia de corporeidad se pierde gran parte de la comunicación no verbal, como el contacto visual, las posturas, gestos, expresiones faciales, sensación de proximidad y lectura de labios. Estos aspectos son tan importantes como lo verbal, porque la combinación de ambas comunicaciones permite que las partes comprendan y entiendan los estados mentales y así lograr establecer los objetivos adecuados. Se espera que cuando se trata de tratamientos online no transcurran muchas sesiones sin antes fijar el objetivo, ya que es importante establecerlo desde un principio con el consultante porque es justamente lo que impulsa el compromiso del paciente y su retención. Generalmente, no se presenta dificultad para descubrir los aspectos más significativos a trabajar,

porque el paciente sabe de dónde puede provenir su malestar, pero en algunas ocasiones puede requerir un poco de esfuerzo y refuerzo de la escucha terapéutica. Al no estar presentes el tacto ni el olfato, el terapeuta se ve obligado a implementar una serie de técnicas y procedimientos para que el intercambio resulte ser más empático, afectivo y presencial. Es decir, transformar lo presencial de los encuentros tradicionales de una manera que se perciba la cercanía, ya sea con gestos, actitudes, juegos, palabras que refuercen el desarrollo del vínculo afectivo. Para que esto fluya de la mejor manera, el terapeuta deberá sentirse confiado y cómodo con este medio de comunicación, también deberán enfrentar en conjunto cualquier dificultad que se presente en el encuentro virtual, buscando soluciones como si se tratara de un equipo. Por otro lado, ambas partes deben demostrar que están plenamente dentro de la sesión evitando detalles que podrían desviar la atención como, por ejemplo, mirar el teléfono, el sonido de un mensaje y demás cosas que puedan impedir la construcción de la presencia en la sesión online (Durao & Hirsch, 2020).

La adaptación al protocolo de lo virtual debe incluir un entrenamiento específico para que los clínicos esclarezcan las expectativas de la práctica, tanto para el personal como para los pacientes. Esto permite establecer una relación de trabajo colaborativa y de cooperación que fortalece la alianza terapéutica y que ambas partes se sientan cómodas, respetadas e implicadas. La calidad del compromiso es central en los resultados terapéuticos y da lugar a un clima de reflexión que alentará al cambio y disminuirá las defensas. Por último, es importante considerar ser estricto brindando la seguridad a los pacientes de que ningún tercero tiene acceso al encuentro terapéutico (Galea-Singer et al., 2020).

Algunos psicólogos manifiestan que la eficacia en la construcción de los componentes de la alianza en la teleterapia es inferior a las modalidades tradicionales presenciales. Sin embargo, existen estudios que han demostrado que esta puede categorizarse de moderada a fuerte a través de videollamadas. Los clientes valoran el vínculo y la percepción de la presencia de igual manera que lo harían presencialmente y experimentan el mismo apego para con los terapeutas. De hecho, tienden a ser más activos en este medio que en la terapia presencial, esto puede ser por un mayor sentido de responsabilidad por parte de los mismos pacientes en la relación terapéutica, y además pueden sentirse menos intimidados para expresar sus pensamientos y problemas. Al mismo tiempo, cabe mencionar que existen determinados grupos de personas que tienen menos probabilidad de verse favorecidos por esta modalidad, por

ejemplo, ancianos alejados de la tecnología, personas con rasgos paranoicos o evitativos (Simpson & Reid, 2014).

Si la calidez del vínculo logra afianzarse desde los primeros encuentros en los tratamientos, es posible construir una alianza terapéutica igual de efectiva y funcionar con el mismo valor predictivo del éxito del tratamiento que en el formato presencial (Durao & Hirsch, 2020).

3.4.3 Alianza terapéutica en el tratamiento del consumo problemático de sustancias

Se ha demostrado que la relación terapéutica ayuda a mejorar la relación del adicto con su entorno, desde familiares hasta viejas amistades fuera del consumo, lo cual es un objetivo clave en el tratamiento ya que resulta positivo para la construcción de nuevos hábitos positivos y su mantenimiento una vez finalizado el mismo. Consolidar la alianza en el comienzo del tratamiento es fundamental para el involucramiento del adicto y también sirve como gran predictor de la retención (Meier, 2005).

Existen algunas características de las personas con problemáticas de consumo que deben ser consideradas a la hora de iniciar determinado tratamiento ya que podrían influir en la construcción de la alianza terapéutica; entre ellos, las conductas impulsivas pueden ser un aspecto que se resienta. Por eso es importante que sin dejar de lado el propio estilo y la personalidad de cada terapeuta, se adopten ciertas medidas que esclarezcan algunas medidas terapéuticas para proteger el vínculo. También suele ocurrir que los profesionales de esta área terminan siendo engañados o manipulados por los propios adictos, lo que se presenta como un gran obstáculo tanto para el desarrollo de los componentes de la alianza, como para los cambios que se esperan en los estilos de vida, pudiendo derivar en el abandono del tratamiento (Palma et al., 2020; Simpson et al., 2021).

Sin embargo, la relación terapéutica también estará determinada por las diferentes etapas personales que están atravesando las personas. Prochaska y DiClemente (1982) identificaron cinco estadios del proceso de cambio. En un primer momento puede que la persona reconozca que los errores que comete son nocivos para su salud, pero, sin embargo, no acepta tener un problema. En segundo lugar, se encuentra la etapa de contemplación, donde se comienza a aceptar el problema y a valorar los beneficios que podría generarle cierto cambio. La tercera etapa, es una de las

más importantes ya que se empiezan a realizar algunos cambios y a sostener un hábito saludable. La cuarta etapa se basa en el mantenimiento y sostenimiento del cambio; y, la última, es la recaída, que puede ocurrir o no ocurrir. Dependiendo de la etapa en la que se encuentre la persona a la hora de comenzar el tratamiento, va a influir en la adherencia y el éxito del tratamiento en ese determinado momento (Sánchez et al., 2011).

Cuando alguien se encuentra en la primera etapa, es decir cuando todavía no ha reconocido que tiene un problema ni tomado la decisión de cambiar es muy difícil construir un acuerdo en torno de objetivos terapéuticos; desde la fase de contemplación en adelante, y especialmente en ella, la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1999) es una herramienta de gran utilidad para lograr este consenso fundamental para la construcción de la alianza terapéutica. Incluso tiene un efecto positivo también sobre la adherencia al tratamiento en el largo plazo. Los datos de estudios que evalúan el efecto de la entrevista motivacional en combinación con abordajes terapéuticos como la terapia cognitiva conductual para el tratamiento de adicciones, han mostrado resultados muy favorables. En el caso de pacientes en etapa de mantenimiento, luego de un tratamiento de deshabituación del consumo de cocaína, la combinación de entrevista motivacional y técnicas cognitivas logró una retención del 84%, mejorando la adherencia y ayudando a mantener la abstinencia a los tres meses de seguimiento (Sánchez et al., 2011).

Otro factor importante para la alianza terapéutica en los tratamientos grupales para consumo problemático es la relación entre los propios pacientes del grupo, además de la relación con los profesionales. La cohesión del grupo es uno de los puntos más importantes en los que se centran estos tratamientos, ya que enriquece la dinámica grupal y es una de las herramientas de apoyo más importantes para que luego se presente la posibilidad de cambio (von Greiff & Skogens, 2019).

3.5 Adherencia al tratamiento en personas con consumo problemático de sustancias

La adherencia al tratamiento es uno de los factores más importantes a la hora de pensar en los tratamientos para personas con consumo problemático de sustancias. Esta se entiende como el nivel en que la persona lleva a cabo el cumplimiento de las indicaciones recomendadas por el profesional de la salud (Sabaté, 2014). Se trata de un fenómeno multidimensional y complejo partiendo desde la historia de su definición. Existen múltiples ideas sobre este concepto en el ámbito de la salud, lo que muchas

veces genera la incomprensión y confusión del verdadero significado. En un principio, la literatura anglosajona utilizaba los términos de cumplimiento y adherencia, asociándolos a la voluntad y ejecución de las instrucciones indicadas por el profesional y la voluntad de este mismo para lograr un resultado exitoso del tratamiento. En 2003, la OMS la conceptualizó desde una perspectiva en la cual el paciente tiene un rol más activo en el consentimiento respecto a la toma de decisiones, sumando a eso también la colaboración dinámica con el equipo de profesionales. El término de adherencia terapéutica o adherencia al tratamiento es el más utilizado y se relaciona con la percepción que tienen paciente y terapeuta sobre el tratamiento o terapia a seguir, que no necesariamente van a coincidir (García del Castillo Rodríguez, García del Castillo López & López-Sánchez, 2014).

Algunos autores como Silva, Galeano y Correa (2005) lo relacionan con los cambios que se recomienda hacer en los estilos de vida, la asistencia a las consultas, la toma de medicamentos o la ejecución de las tareas solicitadas. Por otro lado, Martín (2014) integra un componente más personal y habla de una dinámica y estructura interna, tanto del paciente como del profesional de la salud, donde ambos van a enfocarse hacia el éxito terapéutico. A pesar de ser un término ampliamente utilizado siguen apareciendo algunas lagunas a la hora de interpretarlo; sin embargo, existen factores fundamentales que van a posibilitar o no está adherencia y tiene que ver con la creencia de salud que tenga el paciente, su contexto, motivación, autoeficacia y persistencia (García del Castillo Rodríguez et al., 2014).

Al mismo tiempo se puede observar una diferencia en la complejidad de los tratamientos entre los trastornos agudos y los crónicos. Según la OMS (2004), las tasas de adherencia en los tratamientos crónicos son del 50% y aún inferiores en países en vías de desarrollo. Existen cinco dimensiones interactuantes que van a influir sobre la adhesión al tratamiento. La primera dimensión tiene que ver con factores asociados al paciente, como datos sociodemográficos, visión integral de la salud de la persona, autoeficacia, recursos internos y antecedentes diagnósticos. La segunda dimensión está relacionada con los tratamientos, la posibilidad de acceso a tratamientos efectivos, efectos adversos tolerables o no por el paciente. La tercera dimensión, con el seguimiento de las recomendaciones y la profundidad de los cambios que se requiera. La cuarta dimensión, con el vínculo con el equipo de salud, el tiempo, la comunicación, sobrecarga de los trabajadores (burnout) y conocimiento del personal profesional. Y la quinta, y última dimensión, tiene que ver con la propia enfermedad, si es o no crónica,

grado de discapacidad, síntomas, comorbilidades, disponibilidad de tratamientos efectivos, etc. (Ginarte Arias, 2001).

Respecto del consumo de sustancias, se han encontrado distintas variables predictoras del abandono terapéutico o deserción en los tratamientos, por ejemplo, cuando la persona desde un comienzo no logra tomar dimensión o conciencia de la problemática, cuando comienza a tener deseos de consumir mantenidos en el tiempo, sentimientos negativos, inestabilidad del ánimo, desmotivación por el tratamiento y/o sentimientos de autosuficiencia del tratamiento sin fundamento. Todos estos son considerados indicadores de primer orden que pueden predecir una recaída o futuro abandono. Por otro lado, están los de segundo orden, en los que se deben tener en cuenta los fracasos previos y antecedentes, si la persona comienza a tener problemas con el equipo de profesionales, discrepancias con el programa y persuasión por el ambiente asociado al consumo (Sirvent, Moral & Blanco, 2015).

Teniendo en cuenta los factores que influyen en el abandono, se desarrollaron distintas estrategias que podrían ayudar en la incrementación de la adherencia terapéutica.

Muchas están dirigidas a la modificación del modelo de creencias que los pacientes tienen sobre el concepto de la salud y de las atribuciones y actitudes tanto del paciente, como del profesional. Otra de las estrategias desarrolladas hace más hincapié en el apoyo del entorno social del paciente, buscando la manera de que se sienta contenido, y otras se concentran en la manera de comunicar del profesional, desarrollando métodos para que esta sea más efectiva, eficaz y persuasiva (Ginarte Arias, 2001).

Actualmente, este enigma complejo de la adherencia al tratamiento, sigue siendo uno de los principales objetos de estudios. Como se pudo observar en una investigación realizada en un tratamiento ambulatorio para personas con problemáticas de consumo de sustancias dentro de CABA, la participación activa sobre las decisiones en el tratamiento por parte de los pacientes, las expectativas y la percepción positiva que estos tengan del mismo, favorecen significativamente el sostenimiento de la decisión por no consumir y la adherencia al tratamiento (Gemini, Gorlero & Poliansky, 2018). Al mismo tiempo, en otro trabajo de investigación realizado en Argentina, teniendo en cuenta que las adicciones a las sustancias no son vividas de manera aislada, se determinó que el éxito o el fracaso de la adherencia está, también, en gran medida relacionado con la red de contención afectiva que presentan los pacientes, independientemente del dispositivo que se trate. Es relevante contar con la presencia de un grupo familiar y amistades que generen incentivos, brinden su apoyo, contención

emocional frente a las posibles crisis anímicas o ayuda necesaria durante el proceso y una comprensión empática. Por último, se observó que el acompañamiento efectivizado de los profesionales, como el trato cordial y una atención personalizada también tienen un lugar central para el desarrollo de la adherencia (Jones & Cunial, 2020).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

El presente trabajo recurrió a un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo.

4.2 Participantes

Los participantes fueron 20 pacientes adictos con una edad entre 20 y 35 años aproximadamente, de ambos géneros; 10 de ellos en cada fase del tratamiento. En las distintas fases A, B y C, donde si bien el tiempo es relativo, se estima cinco meses por cada una de ellas y generalmente inician el tratamiento por un abuso o dependencia de sustancias como alcohol, marihuana, ácidos, estimulantes como éxtasis, cocaína o pasta base. Algunos pacientes estaban en proceso de finalizar sus estudios secundarios, otros realizando estudios universitarios o trabajando. Los adictos se encontraban atravesando las diferentes etapas de un tratamiento ambulatorio en CABA durante el periodo de aislamiento obligatorio por el COVID-19. Además, participó parte del equipo de profesionales que lo coordinan: cuatro psicólogos con una orientación social y sistémica (entre 40 y 60 años) y un coordinador ex adicto que realizó el tratamiento (45 años), todos argentinos con su formación en CABA. Dos de los psicólogos trabajan en la institución desde hace aproximadamente 30 años y los demás desde hace aproximadamente 20 años. Por último, colaboró un grupo de 40 profesionales, la mayoría psicólogos y ayudantes terapéuticos, trabajando en diferentes tratamientos ambulatorios de consumo problemático de sustancias en diferentes partes del mundo. Estos participaron de un foro virtual con el propósito de compartir su experiencia personal sobre la adaptación a la modalidad virtual, dificultades con las que se encontraron y cómo lo han solucionado.

4.3 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en la recolección de datos fueron las entrevistas semiestructuradas realizadas a los psicólogos y operadores terapéuticos de las distintas fases del tratamiento. Las entrevistas tuvieron la intención de determinar si era posible

sostener un vínculo positivo, la aceptación y confianza, los acuerdos de objetivos y tareas, la contención, confrontación y una eficaz adaptación del dispositivo de tratamiento al formato virtual. También se contó con la observación de participación pasiva a través de plataformas virtuales donde se pudieron presenciar distintas etapas del tratamiento. Por último, se utilizaron los textos escritos y la observación de los tres foros organizados con diferentes profesionales y coordinadores de otros tratamientos ambulatorios en diferentes partes del mundo, donde cada uno expuso su experiencia acerca de este nuevo modo de vinculación on-line tras la problemática de aislamiento obligatorio.

4.4 Procedimiento

El procedimiento consistió en realizar cuatro entrevistas semiestructuradas de 30 minutos de duración cada una, a través de una videollamada con el equipo de profesionales que coordinaron las reuniones grupales del tratamiento. También se realizó una descripción detallada sobre la observación de cómo se llevan a cabo las diferentes reuniones grupales semanales de manera virtual por las plataformas Zoom y Skype, aspectos relevantes y diferentes perspectivas de la situación. Los encuentros constan de: 1) un encuentro grupal en fase A del tratamiento, uno en fase B y uno en fase C, cada uno de 1 hora y 30 minutos aproximadamente; 2) tres encuentros grupales de 1 hora cada uno, con el “grupo de familia” donde participaron el adicto con su familia; 3) dos encuentros grupales de 2 horas y 20 minutos aproximadamente, en el “grupo de viernes” donde se reúnen todos los adictos a compartir experiencias, y 4) tres encuentros grupales de 1 hora, en el grupo de los padres en las distintas fases (A, B y C). Por último, la participación en tres encuentros-foros de alrededor de 2 horas con distintos profesionales que trabajan en adicciones en distintas partes del mundo, donde se pudo observar los aspectos positivos y dificultades que vivenció cada uno en la adaptación de los tratamientos al formato virtual.

5. Desarrollo

5.1 Tratamiento ambulatorio en pacientes adictos a sustancias durante el periodo de aislamiento obligatorio.

Para cumplir con el primer objetivo específico y describir las características del tratamiento ambulatorio en modalidad virtual se realizó un análisis del contenido de las cuatro entrevistas a los psicólogos de la institución seleccionada, complementado dicha

información con otra proveniente de las observaciones de las reuniones grupales, incluyendo también algunos intercambios informales que tuvieron lugar tanto en las reuniones virtuales, como en los foros.

Debido a la circunstancia de aislamiento obligatorio que se impuso por la pandemia del COVID-19, fue necesario adaptar el dispositivo a una modalidad virtual para poder continuar con los tratamientos. Se utilizó la disciplina de la teleterapia sincrónica a través de videollamadas y mensajería de chats para algunas ocasiones (Manhal-Baugus, 2001). Si bien aún no se ha realizado una cantidad suficiente de investigaciones que comparen el impacto de tratamientos virtuales con los presenciales, hay pruebas de que además de mejorar el acceso a los servicios de salud mental, los tratamientos sistémicos familiares y de pareja pueden llegar a ser efectivos en la medida que se implementen las técnicas necesarias para su desarrollo a través de esta modalidad (Helps & Grinney, 2021).

El tratamiento seleccionado ofrece un programa que consta de una previa admisión y luego las etapas A, B y C. La admisión dura dos meses y es muy importante porque funciona como primer filtro donde se evalúa al paciente y su contexto. En la etapa A se establecen las normas que ayudan a permitir la abstinencia del consumo. El pasaje de etapa se produce cuando el adicto hace un registro de los logros obtenidos, lo plantea con la familia y redacta una autoevaluación que deberá exponer en el espacio terapéutico. La etapa B es la de resocialización. En ella el adicto debe aprender a disfrutar de su vida afrontando situaciones que lo ponen en riesgo, como encontrarse con amigos, salir a bares, salir a bailar, sin consumir drogas. En esta instancia es muy importante la comunicación entre la persona y su familia ya que deben aprender a negociar y debatir cómo se cuidarán frente a las situaciones de riesgo que se les presenten cada vez que realicen determinadas reuniones sociales. Finalmente, la etapa C es aquella donde cada familia se desprende del tratamiento y sigue su camino.

Teniendo en cuenta que muchos de los profesionales comenzaron a utilizar esta modalidad por ser la única alternativa durante el aislamiento, la mayoría se vio sometida a la rápida adaptación, a pesar de no tener la suficiente capacitación previa en teleterapia (Morgan et al., 2021). Según los profesionales entrevistados, no hubo variaciones esenciales en la estructura o normas del tratamiento al pasar de modalidad. Se han intentado sostener los mismos espacios en las diferentes etapas. Sin embargo, algunos “tuvieron que ser reemplazados por otras actividades lúdicas que convocaran y contemplaran los aspectos trabajados en la presencialidad. Por ejemplo, los espacios

deportivos, como fútbol, se cambiaron por encuentros recreativos sobre música, donde se realizaron competencias y proyectos en grupo de manera virtual”, expresó una de las psicólogas. Uno de los grandes desafíos en esta transición, además de cumplir con el orden del tratamiento, fue no perder de vista los aspectos importantes de lo presencial y llevarlos hacia la virtualidad. La cercanía es un factor fundamental tanto para consolidar y sostener el vínculo con los pacientes, como para favorecer la adherencia al tratamiento; por otra parte, es uno de los que podría verse afectados por el cambio de modalidad (Duraó & Hirsch, 2020). Uno de los psicólogos considera que “un cambio muy notable es la cuestión del contacto, hay menos contacto; si bien hay bastante contacto emocional, ha disminuido”. La aclaración que hace, después de haber afirmado que la disminución del contacto es notable, para indicar que el contacto emocional es todavía bastante, sugiere que no llegó a afectar aspectos importantes del tratamiento. Sin embargo, hay un reconocimiento de la disminución de esta variable al realizar el tratamiento en formato virtual.

Con respecto a esto, uno de los profesionales entrevistados manifestó que las etapas en las que se encontraron mayores dificultades fueron las primeras, ya que los recién ingresados “(...) suelen estar más dispersos en las primeras etapas de por sí, por ese motivo puede que haya llevado más trabajo conectarse con el tratamiento”. De ser así, las dificultades a las que hace referencia el psicólogo no se deberían al formato a distancia, sino que se explicarían por el momento del tratamiento. Sin embargo, otro de los profesionales aseguró que “(...) estando dentro de sus casas tienen más posibilidades de distracción”, lo que significaría que el formato sí pudo haber tenido un efecto, aunque sea aumentando una tendencia a la dispersión propia de la etapa. Precisamente, la existencia de un contexto que genera fuentes de distracción durante las sesiones online es un factor destacado por Duraó y Hirsch (2020); entre lo que puede afectar la atención se encuentran estímulos como el celular, sonidos externos, y demás cuestiones que perturban la presencia en el espacio online.

La posibilidad de que estos factores influyeran sobre la calidad del tratamiento hizo que surgieran preocupaciones relacionadas con el cuidado de la calidez del vínculo y el contacto cercano que se necesita para esta población. Existen estudios que afirman que es posible lograr un vínculo con estas características en la teleterapia, sin cambios significativos en comparación con la modalidad presencial (Simpson & Reid, 2014). Para lograrlo es necesario desarrollar técnicas de estructuración, dinámicas especiales y herramientas específicas que deben utilizarse desde las primeras sesiones. Para que los

profesionales que deben afrontar el desafío de adaptar los tratamientos tengan la competencia necesaria es imprescindible la capacitación especializada y la inclusión del material sobre esta modalidad en los planes de estudio de grado y posgrado, donde se trabaje en la gestión de desafíos posibles (Morgan et al., 2021). En la institución seleccionada, se organizaron foros virtuales y se invitó a profesionales de otros tratamientos ambulatorios de la misma área, para que cada uno tenga la posibilidad de compartir su experiencia personal y profesional sobre la adaptación a esta modalidad virtual, con el objetivo de ofrecer soluciones alternativas frente a situaciones particulares y aportar diferentes herramientas.

Con respecto a la forma en que se dieron los cambios y adaptaciones, uno de los profesionales comentó “fueron dándose sobre la marcha, a medida que se descubrían nuevas necesidades y limitaciones”. También remarcó la importancia de “no quedarse solamente con el libro de lo ya aprendido y transmitirle ese mensaje a todo el equipo, como a la familia y los pacientes”. Todos los profesionales entrevistados coincidieron en que fue necesario para llevar a cabo las adaptaciones trabajar en conjunto con los padres, desde la planificación de actividades hasta el establecimiento de las reglas, tareas y límites en el hogar. La construcción de un buen vínculo con los miembros del grupo familiar y un acuerdo acerca de la mejor forma de llevar adelante el tratamiento es considerado por Marcos Sierra y Garrido Fernandez (2009) como algo imperioso en las primeras etapas del tratamiento de adicciones. La construcción de esta alianza ampliada a la familia fue importante, según uno de los profesionales, para el éxito de la adaptación a la nueva modalidad: “Lo que ayudó es el contacto y el vínculo que había y hay con la red y la familia, que favoreció la posibilidad de seguir trabajando desde este nuevo dispositivo. El vínculo es distinto, pero se pudo darle continuidad”.

Debido a que las herramientas de formación mencionadas anteriormente no se encuentran disponibles en la actualidad en nuestro medio, los profesionales se vieron obligados a ser aún más flexibles, innovar y buscar nuevas formas de intercambios que beneficien la relación terapéutica. En los encuentros grupales se pretende generar un clima de confianza y seguridad en el que todos los participantes se sientan incluidos y cómodos para expresarse (Galea-Singer et al., 2020). Uno de ellos indicó que: “dentro de las alternativas disponibles recurrimos mucho al uso del humor, implementamos nuevas dinámicas grupales, achicamos el horario de algunos grupos, para que no resulte tan tedioso, y también se le dio la posibilidad a los usuarios de que hagan un grupo de WhatsApp con el fin terapéutico de intercambiar comentarios, juegos, canciones y

demás aspectos que favorezcan el contacto”. Esta idea está relacionada a lo planteado por Helps y Grinney (2021). Según ellos gran parte de la efectividad de los tratamientos bajo esta modalidad, tienen que ver con un buen nivel de creatividad de los profesionales a cargo, además de su compromiso y el de los pacientes. Por otra parte, el lenguaje por escrito a través de chat es otra herramienta asincrónica de la teleterapia que puede resultar relevante incluir como complemento en estos tratamientos (Postel et al., 2010).

Además de las dificultades planteadas por la etapa inicial del tratamiento, a la que hacen referencia todos los entrevistados, en las dos siguientes etapas también fue necesario implementar algunas adaptaciones. “Otro tema que puede haber perjudicado el tratamiento fue todo este tema de la pandemia, más allá de lo virtual. El tema de la resocialización y reinserción es una parte muy importante del tratamiento y, todo este año de pandemia, que las reuniones sociales estuvieron limitadas, hicieron que la socialización de chicos con problemas de consumo se haya visto perjudicada. La propia pandemia les creó un marco de no tener tantas posibilidades de vida social”. Según lo que dice el psicólogo, este problema iría más allá de los desafíos planteados por la adaptación a la virtualidad y tendría que ver exclusivamente con las imposiciones de la pandemia. En realidad, el obstáculo que surge para las relaciones sociales tendría un doble aspecto, que el profesional plantea de la siguiente manera: “En algún sentido es bueno (que no tengan tantas salidas) porque no hay tanta oferta de reuniones y actividades que puedan estar tentados, pero, por otro lado, al no tener esas experiencias y ver qué les pasa con su consumo, se ve limitado el tratamiento”. En la fase B existía, en el tratamiento presencial pre pandemia, un componente destinado a poner a prueba el afrontamiento de los pacientes a través de salidas nocturnas. “Los programas que antes se hacían en la fase B a la noche, salidas a boliches o bares, por el tema de la pandemia no se pudieron hacer más. Entonces tratamos de buscar algo equivalente, organizando programas que se puedan hacer por el día”. Tal como plantea Ravazzola (2015), la equivalencia se referiría a la exposición a experiencias de socialización que, si bien tienen un aspecto positivo de construcción de redes, representan un riesgo de recaída en el consumo de sustancias. En relación con esto Kalina (1990) recomienda que los tratamientos tengan en cuenta el impacto del medio ambiente inmediato, para trabajar con los pacientes sobre este aspecto.

Por último, tuvo que modificarse uno de los eventos más importantes que se realiza en la fase C para institucionalizar la terminación de los tratamientos: “Antes, con

la presencialidad, se realizaba un evento social en la institución al finalizar el tratamiento; y hoy en día se tuvo que hacer completamente por Zoom. Fue muy fuerte para la familia y para el equipo tener que hacerlo de manera virtual”, comentó uno de los coordinadores. Sin embargo, aclara que se logró crear un clima emotivo, de respeto y confianza, “a pesar de la frialdad del medio”. Llegada a esta instancia se da por finalizado el tratamiento y la institución deja de formar parte de la dinámica familiar. Se espera que las personas hayan ganado autonomía, responsabilidad y mejorado el diálogo entre los miembros de la familia. Fortalecer los vínculos familiares es un objetivo de gran importancia en este tipo de tratamientos, ya que ayuda al reforzamiento de nuevos hábitos saludables, aumentando la probabilidad de que se sostengan en el tiempo una vez finalizado el trabajo dentro de la institución (Meier, 2005).

5.2 Modalidad virtual, alianza terapéutica y adherencia al tratamiento.

Para desarrollar el segundo objetivo y determinar la manera en que la adaptación a la nueva modalidad virtual afectó al desarrollo de la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento, se contó con la información de las cuatro entrevistas realizadas a los profesionales de la institución ya mencionadas en el objetivo anterior, y los foros virtuales donde participaron diferentes profesionales de otros tratamientos ambulatorios de consumo problemático de sustancias.

Los profesionales entrevistados manifestaron que están muy conformes en cómo han podido adaptarse a esta modalidad y con respecto al valor de la experiencia, tanto para ellos, como para los pacientes y familiares. En relación a los componentes de la alianza terapéutica mencionados por Bordin (1976), no hubo cambios importantes en lo que respecta a los objetivos y tareas, aunque generar el vínculo afectivo con los pacientes fue uno de los mayores desafíos para el equipo, sobre todo con los recién ingresados.

Coincidiendo con Durao y Hirsch (2020), uno de los psicólogos sostiene que la ausencia de la corporeidad conlleva que algunos aspectos importantes para la construcción de la alianza terapéutica se hayan perdido, principalmente los relacionados con la comunicación no verbal, como expresiones faciales, miradas, posturas, movimientos, el contacto físico y visual con los que se denota determinada cercanía y compromiso emocional. Además, expresó que: “Eso da muchos elementos a la hora de conocer a la otra persona y es muy importante para generar el vínculo y para el tratamiento, sobre todo en las primeras instancias de evaluación como la admisión,

donde se determina si la persona es apta para entrar en el dispositivo y si está dispuesto a respetar su estructura”. Como se vio en el apartado anterior, en el intento de adaptarse a la modalidad virtual, los profesionales entrevistados hallaron grandes dificultades en las primeras etapas - admisión y etapa A. Inclusive uno de los psicólogos entrevistados afirma: “Yo fui uno de los responsables de hacer las entrevistas de admisión y considero que no fue lo mismo, de hecho, ingresaron menos pacientes en la pandemia y creo que tiene que ver con la forma virtual”. Puede que la disminución de las posibilidades de apreciar el lenguaje no verbal de los pacientes durante las entrevistas se haya presentado como un obstáculo a la hora de realizar la evaluación inicial y decidir los objetivos (Durao & Hirsch, 2020). Como también puede ser que debido a la falta de formación específica en esta modalidad haya limitaciones en la capacidad de implementar de manera adecuada al formato virtual las técnicas que usualmente se emplean para evaluar (Eppler et al., 2021).

Las condiciones impuestas por la virtualidad del tratamiento obligaron a los terapeutas a reforzar la escucha durante los encuentros e incorporar nuevas técnicas y estrategias que preserven los elementos de la alianza terapéutica a lo largo del proceso: “En un principio, demoramos los ingresos, pero a medida que se fue prolongando la cuarentena fuimos probando solamente con entrevistas virtuales. El resultado no ha sido tan negativo como habíamos pensado. Considero que, en los grupos de menores y jóvenes, su relación con la tecnología ha ayudado a que se pueda generar un buen vínculo aun siendo 100% virtuales”, expresó uno de los psicólogos. A pesar de estos resultados mejores que los esperados, en cuanto las condiciones lo permitieron se retomó la modalidad de entrevistas presenciales. Así lo cuenta uno de los entrevistados: “De todas formas, en lo que va del año, hemos realizado algunas primeras entrevistas en forma presencial, cumpliendo con los protocolos, y creo que eso también ayuda mucho en las primeras etapas”. De estos testimonios se puede apreciar que no se había previsto la posibilidad de incorporar las herramientas para la comunicación a distancia en las entrevistas de admisión y que, en un principio, se suspendieron, hasta que fue inevitable la adopción de este formato. Incluso se da a entender que no esperaban tener buenos resultados y que volvieron a las entrevistas presenciales, que consideran más apropiadas en las primeras etapas. Esta actitud se puede relacionar con lo que encuentran González-Peña et al. (2017) entre los psicólogos españoles que, aunque en términos generales dicen estar de acuerdo con la incorporación de la teleterapia, tienen sus precauciones,

basados en la idea de que no es lo mismo hacer terapia por este medio que hacerlo presencialmente.

Otros profesionales también opinaron que "no es lo mismo, ciertos espacios no llegan a tener la misma importancia que tienen en la presencialidad, sobre todo los informales, como los encuentros en el jardín cuando salen de algún grupo terapéutico, de una entrevista familiar". Según la investigación que realizó el Instituto de la Familia de la Universidad Northwestern (2018), se comprobó que para las teleterapias grupales es aún más dificultoso que las individuales poder percibir los aspectos del lenguaje no verbal mencionados, lo que podría afectar la calidad y cantidad de retroalimentación esperada (Burgoyne & Cohn, 2020). Las limitaciones en comparación con la presencialidad también se pudieron apreciar en la comunicación con las familias de los pacientes. "La comunicación se logró entre la familia y el equipo tratante. Se pudo sostener una comunicación, o, mejor dicho, una conversación fluida entre las dos partes, al tener los celulares y demás medios de comunicación. Pero, por momentos no fue del todo eficaz a comparación de lo que se podría hacer de manera presencial en una conversación, el contacto, el vínculo, la atención que se pueda generar en la presencialidad no se logró del todo".

A pesar de estas dificultades, la mayoría de los psicólogos coincidió en que se han podido llevar a cabo otras alternativas que resultaron exitosas. Para ello, los terapeutas han trabajado arduamente para generar ese vínculo en las primeras etapas y han implementado otras medidas en el resto del proceso para poder seguir sosteniéndolo de igual manera. Una de las técnicas que se implementó para hacer más presencial la sesión y mejorar ese feedback es pedirles a los pacientes que expresen verbalmente los síntomas físicos y emociones que van sintiendo en el encuentro, esto le brinda más datos al terapeuta y, además, a veces funciona como llamado de atención de lo sucedido (Burgoyne & Cohn, 2020).

En relación a la toma de decisiones sobre cambios requeridos, se recurrió a concentrar a todos los involucrados para llegar a un acuerdo: "La realidad nos llevó a hacer algunos cambios que fueron conversados con las familias y el grupo de profesionales" según las palabras de uno de los psicólogos. Como se observó en algunas investigaciones, el hecho de que los pacientes participen activamente sobre las decisiones favorece la adherencia al tratamiento y motiva al sostenimiento de la decisión de no consumir (Gemini et al., 2018). Al mismo tiempo, estos son unos de los aspectos característicos en los tratamientos sistémicos, como explicó Ravazzola (2015).

Desde esta mirada es necesario convertir a los pacientes y su familia en los principales protagonistas del tratamiento. Por eso, es importante que el profesional no quede estancado en un lugar de saber profesional y que las decisiones sean negociadas y debatidas con el grupo familiar.

Otro de los aspectos importantes para la construcción de una buena alianza terapéutica en esta área, tiene que ver con el establecimiento de normas y límites. En el tratamiento seleccionado es requisito no excluyente cumplir una lista de 20 normas que se presentan en la fase A, como no drogarse ni mantener contacto con gente que consume, no maltratar, cumplir con ciertos horarios, puntualidad, no ir a recitales, boliches, a la cancha, no pedir ni prestar dinero, no mentir, ser honesto con uno mismo y con los otros, entre otras. En el caso del incumplimiento de alguna de ellas, el adicto recibirá una sanción, que generalmente consiste en realizar algún trabajo, como reparar o pintar alguna pared de la institución, ayudar con las tareas de limpieza en la casa o lo que crean necesario los coordinadores. En cuanto a las normas, hubo algunos nuevos límites que tuvieron que implementarse debido a esta nueva modalidad y tuvieron que ver especialmente con los grupos de chats: "Para no desviar el foco de la comunicación terapéutica establecimos un horario en los que pueden hablar y no se permite que hagan comentarios en relación a la pandemia", comentó uno de los psicólogos. Y, por último, otra de las limitaciones tuvo que ver con el hecho de no comer, beber o desconectarse sin avisar durante los encuentros. El agregado de normas específicas para el trabajo terapéutico en modalidad virtual responde a la necesidad de establecer pautas sistemáticas diferentes de las que rigen una terapia tradicional (Burgoyne & Cohn, 2020).

Cabe destacar que no han aumentado los números de recaídas bajo esta modalidad: "Tuvimos una o dos recaídas en este año y medio de pandemia. Con lo cual podemos decir que este formato fue bastante positivo en relación a recaídas" reveló uno de los coordinadores. Por el contrario, sí hubo más cantidad de abandonos que los que suele haber en la admisión y en la primera etapa. En este caso, más que una falla en la adherencia se podría decir que lo que faltó es la construcción de una alianza terapéutica, básicamente el acuerdo acerca de objetivos y forma de alcanzarlos. Más allá de que esto coincide con los problemas que Postel et al. (2011) adjudican a los programas implementados a través de teleterapia para el abordaje de las adicciones distintas al alcoholismo, una explicación posible es la fase, según el modelo de Prochaska y DiClemente (1982), en la que se encuentran las personas con consumo problemático de

sustancias que llegan a la institución. Siendo algo que se considera siempre en la admisión de pacientes con esta problemática, resulta particularmente necesario al adoptar una nueva modalidad. Uno de los profesionales dice al respecto que: “con los casos más difíciles, cuando hay más resistencia al cambio, o directamente no se ve el problema, la no presencialidad no ayuda. Es más difícil entrar en el discurso del paciente a través de la pantalla”. Los casos a los que se refiere el psicólogo se pueden identificar con la fase precontemplativa del modelo citado; en esta fase es en donde resulta más significativo el trabajo para ayudar a la persona a encontrar los motivos para iniciar un proceso de cambio. Como dijo uno de los psicólogos: "Cuando comenzaban el tratamiento en la etapa de admisión, en algunos casos, ni el equipo ni los familiares pudieron lograr que comiencen el tratamiento. Ahí es donde se produjo más abandono, no en los que ya estaban dentro del tratamiento". No lograr que comiencen el tratamiento es una forma de aceptar que no se pudo intervenir para que el paciente pueda evocar sus motivos personales para cambiar y prepararse para el proceso.

5.3 Aspectos positivos y limitaciones que encuentran los profesionales en el tratamiento para adictos en formato virtual.

Para responder a este objetivo y determinar cuáles son los aspectos positivos y las limitaciones que existen a través esta modalidad en el área de consumo problemático, se contó con las entrevistas de los profesionales, la participación a los foros virtuales y la observación de los encuentros grupales del tratamiento elegido.

Como se mencionó en los apartados anteriores, la estructura del tratamiento siguió siendo la misma a través de esta nueva modalidad. Se realizaron encuentros semanales por medio de las plataformas Zoom y Skype incluyendo jóvenes de cada fase del tratamiento (A, B y C), los mismos tuvieron una duración de aproximadamente una hora y media cada uno. También se realizaron reuniones de los grupos familiares, de una hora de duración, la familia y el paciente, y reuniones de una hora con el grupo de padres de cada fase, encuentros de mayor duración (unas dos horas) reuniendo a pacientes de todas las fases y, por último, las actividades con un fin más recreativo. Algunas de las preocupaciones que surgieron en un comienzo tuvieron que ver con las dudas acerca de la igualdad de condiciones de todos los pacientes para acceder a estas plataformas, con la posible dispersión derivada de las múltiples distracciones y también con la medida en que podría lograrse la conexión emocional que el tratamiento requiere: “Una de las preocupaciones que surgieron a partir de esta modalidad fue ver si los

pacientes iban a poder conectarse a los encuentros de zoom, ya sea por problemas de señal o por falta de un dispositivo que lo permita, y si lograrían conectarse emocionalmente de igual manera, sostener la motivación y evitar las dispersiones”, expresó uno de los profesionales entrevistados.

Estas preocupaciones se vieron agravadas porque la imposición por las circunstancias de la pandemia de realizar las intervenciones por este medio resultó ser vivida más como una obligación que como un desafío por parte de los profesionales. Ellos no tuvieron la posibilidad de elegir esta modalidad y, a pesar de esto, se esforzaron por encontrar la manera de adaptarse a estas plataformas para no interrumpir el proceso terapéutico (Galea-Singer et al., 2020). “Hubo que adaptarse rápidamente en este dispositivo para que no se vean muchas diferencias en la atención. En las reuniones de equipo se trabajó sobre esto, que nos pasaba a nosotros y que les pasaría a las familias”. Esta situación se expresó en la forma de una incomodidad que otro de los profesionales identificó como “falta de costumbre”: “Es más incómodo trabajar de manera virtual por dos motivos, en principio no está el contacto físico y, por otro lado, la falta de costumbre. La gente no está del todo enganchada con la virtualidad”. Aunque esta falta de familiaridad con la tecnología está genéricamente adjudicada a la falta de costumbre de la gente, también puede inferirse que el mismo psicólogo tiene sus reparos con respecto a la terapia virtual. Mucho más contundente es la afirmación de otro de los profesionales: “La virtualidad es un elemento tecnológico que nos aliena, nos encierra y que tiene el peligro de desconectarnos del contacto concreto y presencial”. Más que referirse a limitaciones puntuales de la modalidad virtual, hay aquí un rechazo a los riesgos en cuanto a la conexión con el otro, que encerraría. En cuanto a problemas concretos, destaca “el cansancio que se sufre después de muchas horas de pantalla y que tiene que ver con algún fenómeno de desconexión con el cuerpo de uno”.

Los testimonios anteriores indican que algunos profesionales no están bien predispuestos a trabajar de manera virtual. En investigaciones como las de González-Peña et al. (2017) y McKee et al. (2021) se muestra que el grado de penetración de la teleterapia entre los profesionales del área clínica no es tan importante como podría suponerse al preguntar por la valoración que se hace de esta disciplina. En la última de ellas, realizada durante la pandemia de COVID-19, se observó que sólo una minoría de los profesionales entrevistados habían incorporado la teleterapia, y, aunque muchos comenzaron a utilizarla de manera obligada, menos de la mitad de ellos piensan seguir haciéndolo cuando cambien las circunstancias. Sin embargo, la disciplina de la

teleterapia es recomendada como un buen reemplazo de la modalidad presencial y ofrece diferentes beneficios.

Por otra parte, en algunos casos parece estar totalmente justificada la preferencia por la modalidad presencial. En ellos, las exigencias en cuanto al contacto y el fortalecimiento del vínculo son máximas, como ocurre en los casos de pacientes que tienen trastornos de personalidad comórbidos, o que han protagonizado episodios de violencia, ya sea como víctimas, o como victimarios. También esto puede ocurrir en el caso de familias altamente disfuncionales y con problemas de comunicación. De acuerdo con el psicólogo que plantea las limitaciones del contacto virtual “en estos casos, la no presencialidad no ayuda”. Por eso es importante que antes de comenzar el tratamiento se realice una correcta evaluación para determinar qué familias están en condiciones de ajustarse a esta modalidad, más allá de la formación y capacitación de los profesionales en este medio requerida (Traverso & Martínez, 2020).

Un aspecto positivo aportado por la virtualidad y reconocido por los profesionales, fue el aumento de asistencia por parte de los familiares y los mismos adictos a todas las actividades terapéuticas, además de una óptima puntualidad: “la gente siempre está en horario y bajaron las excusas para no poder estar, los padres o familiares que antes estaban trabajando, ahora pueden estar participando del espacio grupal más allá de que estén haciendo alguna otra actividad...” destacó uno de los psicólogos.. Este sería la ventaja más destacable de la modalidad virtual, la eficiencia que introduce en los tratamientos, que se manifiesta como ahorro de tiempo entre los encuentros, abaratamiento en los gastos de transporte y un fácil acceso más allá de las distancias (Kruse et al., 2017). El mismo profesional agrega: "Esta alternativa permite poder tener una familia que reside en Canadá, padres cuyos hijos están en Buenos Aires, Chile, Corea... También hay casos de padres que, por motivos personales, les resulta complicado asistir a los grupos de padres de las primeras fases, y hoy con la virtualidad todo esto es más fácil, porque no tienen que contar con el tiempo de traslado”.

A pesar de las ventajas de la asistencia casi perfecta de los participantes, los entrevistados manifestaron que hubo espacios de intercambio que existían en la presencialidad y ahora se perdieron; entre ellos los encuentros informales en los pasillos de la institución: "(...) interactuar con los compañeros antes y después de las actividades grupales, tomar mates en los recreos, encontrarse con el grupo que viene después...todas esas son situaciones de contacto emotivo que hay en la presencialidad, todo eso es algo muy útil y fundamental para que los procesos sean más exitosos", expresó uno de ellos.

“Las ventajas de la presencialidad es el contacto de las personas, que están ahí y se puedan abrazar, ver, los recreos, la pertenencia es mucho más fuerte”. Aun así, la institución ha logrado encontrar diferentes maneras de atravesar estas limitaciones efectuando nuevas técnicas, como mencionó una de las profesionales en el foro, "ampliando la pantalla y generando más presencia dentro de la virtualidad" por medio de la música, juegos, preguntas y actitudes orientadas a estimular la cercanía. Al mismo tiempo, se trabajó en la seguridad y comodidad de los terapeutas ya que, como mencionan los autores citados, son aspectos fundamentales para que estos encuentros puedan fluir de la mejor manera y facilitan la escucha terapéutica (Duraó & Hirsh, 2020).

Aunque Duraó y Hirsh (2020) afirman que hay algo del lenguaje no verbal que se pierde a través de la pantalla, los encuentros sincrónicos a través de videollamada fueron incluidos como pieza importante del tratamiento, considerándolos los más adecuado, dadas las circunstancias, ya que a comparación de las formas de comunicación a distancia que son únicamente basadas en texto o voz, éstas proporcionan un mínimo de posibilidades para la expresión a través de lo visual, clave para una riqueza del lenguaje no verbal: “Estos dispositivos permiten que cada uno desde su casa pueda participar en forma verbal e incluso gestual y hacer su intercambio con el resto del grupo, inclusive en los grupos más numerosos”, afirmó uno de los entrevistados.

Para controlar las cuestiones que podrían reducir aún más las posibilidades de expresarse no verbalmente a través de videollamadas, en la institución se han ido desarrollando técnicas para evitar la superposición entre los participantes durante las reuniones grupales. Como ejemplifica uno de los psicólogos: “silenciar los micrófonos de los que no están hablando e indicar con una señal cuando se pide la palabra, son reglas mínimas para que se pueda tener un intercambio productivo”. Establecer claramente las reglas de los encuentros forma parte del esfuerzo que, según Burgoyne y Cohn (2020) constantemente deben hacer los terapeutas para implementar estrategias que mantengan la atención, la motivación y la responsabilidad en las sesiones grupales. Incluso las plataformas como Zoom y Skype tienen un chat alternativo, que da la posibilidad de hacer algún comentario por escrito en paralelo a la videollamada: “a veces, cuando algún paciente necesita levantarse de la sesión para ir al baño o alguna necesidad del momento, el chat es muy útil para no interrumpir a quien esté hablando...” resaltó uno de los coordinadores.

Con respecto a las plataformas mencionadas, es probable que en algunas ocasiones puedan presentarse problemas de conectividad que interfieran en la calidad de imagen y sonido (Galea-Singer et al., 2020), sin embargo, en este tratamiento eso no se presentó como una dificultad ya que ocurrió muy pocas veces y en esas ocasiones se optó por apagar la cámara, dejando solo el audio para que la mala señal no interfiera por completo en la conexión. Esta última, es una alternativa excepcional solo para cuando ocurren fallas de ese estilo, porque como plantean Galea-Singer et al. (2020), este hecho puede prestarse a confusiones y realizarse malas interpretaciones.

Una de las ventajas que ofrece este formato tiene que ver con el grado de desinhibición. Los psicólogos han observado que muchos de los pacientes comenzaron a expresar cosas que en la presencialidad tal vez no solían compartir, ya sea por vergüenza o por temor a ser juzgados, y al parecer sienten menos condicionantes desenvolviéndose a través de esta modalidad. Este es un beneficio que Duraó y Hirsch (2020) le reconocen y que consideran un efecto de la sensación de intimidad que se produce a través de una videollamada.

Por último, si bien hubo excepciones en las que algunos familiares mayores tuvieron dificultades con el uso de la tecnología, muchos grupos de familiares manifestaron haberles gustado más el formato de encuentros virtual que el presencial. Según la revisión literaria de Helps y Grinney (2021) sobre la aplicación de las tecnologías digitales sincrónicas en grupos familiares y de pareja en los últimos 30 años, se demostró que estas suelen ser valoradas como muy satisfactorias por los mismos usuarios. Según las palabras de uno de los coordinadores entrevistados: “Se mostraron muy pacientes y comprensivos en todo en el proceso de adaptación y hemos notado que de esta manera se ha logrado un trabajo mucho más colaborativo entre los padres”.

3. Conclusiones

Alcance de los objetivos

En este trabajo se intentó describir el proceso de adaptación a la modalidad virtual de un tratamiento de consumo problemático de sustancias con enfoque sistémico en el contexto de pandemia mundial por COVID-19, en el cual las herramientas de la teleterapia fueron imprescindibles para poder continuar con los tratamientos a la distancia una vez indicadas las restricciones de aislamiento.

Con respecto al objetivo 1, que proponía describir la adaptación del tratamiento ambulatorio al formato a distancia, se pudo observar que durante la virtualidad se respetó la estructura del tratamiento tal como es en la presencialidad. Las reuniones de equipo y los diferentes grupos del tratamiento realizaron los encuentros a través de Zoom y en algunas ocasiones por Skype. Estas plataformas permiten que cada uno pueda participar desde su hogar en forma verbal e incluso gestual y realizar un intercambio con los demás participantes del grupo, inclusive en los más numerosos. En esta transición tuvieron que llevarse a cabo distintos tipos de técnicas y estrategias que permitieran hacer más dinámicos los encuentros, generar la cercanía necesaria y que todos puedan involucrarse emocionalmente como en la presencialidad. Durante el proceso de adaptación surgieron algunas dudas en relación a si era posible lograr el vínculo emocional a través de la pantalla. Sin embargo, todos los involucrados han podido encontrar la manera para que este se desarrolle como se esperaba, tanto con ellos como con los propios compañeros. Con el tiempo el equipo fue adquiriendo la habilidad y comodidad a través de este medio, logrando adaptar los diferentes espacios formales e informales del tratamiento. Por otro lado, la pandemia hizo que algunas actividades de las últimas dos etapas, vinculación y resocialización, se vieran limitadas, aunque la longitud de cada una siguió siendo la misma, esto generó que los pacientes no hayan podido ponerse a prueba durante el proceso como se espera normalmente antes de finalizarlo.

Para el segundo objetivo se relevó la opinión de los profesionales acerca del efecto del formato virtual sobre variables como la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento. En principio, no se encontraron inconvenientes para el mantenimiento de la alianza terapéutica en los grupos de adictos avanzados con los que ya se había logrado establecer un vínculo previo desde la presencialidad, pero si hubo dificultades para establecerlo durante las primeras entrevistas con los recién ingresados, lo que imposibilitó que se llegase a un acuerdo acerca de los objetivos. Esto pudo haber sido uno de los motivos principales de los abandonos ocurridos en las primeras etapas a través de esta modalidad, además de que el equipo no contaba con la suficiente capacitación y herramientas necesarias para realizar virtualmente esta instancia particular. La entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1999) puede ser una herramienta clave en este sentido y favorecer, no sólo la construcción de la alianza terapéutica, sino también la adherencia al tratamiento, incluso en etapas avanzadas (Sánchez et al., 2011).

Por último, se recopilaron las ventajas y limitaciones señaladas por los profesionales para la nueva modalidad implementada. De acuerdo con las respuestas obtenidas, el formato virtual ha demostrado beneficios en cuanto a acortar la distancia geográfica, haciendo que algunos familiares de los pacientes, que no hubieran podido participar de los encuentros presenciales, pudieran hacerlo. También hubo una mejora en la asistencia y puntualidad de los propios pacientes. Sin embargo, los profesionales encontraron limitaciones a la hora de trabajar virtualmente con personas disociadas o distantes donde hay una mayor resistencia al cambio y en situaciones de reiterada violencia y disfuncionalidad de familiares que implican un bajo registro de los miembros de la familia. Al mismo tiempo manifestaron que el sentido de pertenencia con el grupo y el contacto emotivo es mucho mayor cuando se cuenta con la presencialidad.

Limitaciones

En relación con la generalización de los resultados obtenidos en esta investigación, una de las limitaciones que merecen mencionarse tiene que ver con que los profesionales entrevistados pertenecen en su totalidad a la misma institución y a un mismo equipo que trabaja desde una perspectiva profesional compartida. Otra limitación importante es la falta de información sobre la experiencia personal de los pacientes adictos que también tuvieron que pasar por el proceso de adaptación a esta modalidad virtual. Por otro lado, la literatura empírica existente en relación a la teleterapia aplicada en problemáticas de consumo de sustancia, es muy reducida. Se requieren más investigaciones sobre el impacto de la alianza terapéutica a través de esta modalidad y la satisfacción del paciente en este medio ya que esta disciplina se encuentra en plena evolución.

La falta de investigaciones e información sobre la modalidad virtual aplicada a tratamientos específicos como consumo de sustancia fue otra de las limitaciones que dificultó el desarrollo seguro de este trabajo.

Aporte personal y perspectiva crítica

A lo largo de este trabajo se contemplaron algunos cambios y modificaciones que fueron necesarios para adaptar las diferentes actividades presenciales del tratamiento tradicional a la modalidad virtual del mismo. Según lo observado durante la participación de los encuentros y entrevistas con el equipo de profesionales que se

desempeñan en la institución seleccionada, se pudo inferir que estos continuaron ofreciendo el tratamiento de manera virtual al verse obligados por las circunstancias de la pandemia, ya que de haber podido elegir libremente, la mayoría de ellos no hubieran abandonado la presencialidad. Una de las principales razones que mencionaron los psicólogos fue la disminución del contacto, que consideran fundamental para el tratamiento de los pacientes con consumo problemático de sustancias.

Teniendo en cuenta el gran porcentaje de pacientes que no han logrado comprometerse y terminaron abandonando el tratamiento durante la primer etapa, especialmente en la admisión, y la importancia del contacto que contribuye a la calidez del vínculo con el que se trabaja en tratamientos de este tipo, es algo que puede estar relacionado conjuntamente con falta de conocimiento sobre la disciplina de la teleterapia y de las herramientas para cubrir estas necesidades en particular a pesar de las limitaciones del formato. Al mismo tiempo, es fundamental el conocimiento de la etapa en la que se encuentran los pacientes que acuden en busca de ayuda, según el modelo de Prochaska y DiClemente (1982). Por esa razón, es muy importante que los profesionales se capaciten, se familiaricen con la modalidad y obtengan un mejor dominio de la entrevista motivacional a través de este medio, ya que esta herramienta tiene un gran impacto sobre variables como la adherencia y la alianza terapéutica, y se podría lograr disminuir la cantidad de abandonos que se produjeron en esas instancias.

Para lo anterior resulta imprescindible una actitud abierta a la adopción de la teleterapia como una forma de brindar atención psicológica válida en sí misma y no sólo una alternativa de reemplazo cuando resulta imposible el tratamiento tradicional. Algunas de las palabras de los psicólogos entrevistados sugieren que este no es el caso, sino que, desde la institución, se decidió adoptar la modalidad virtual después de haber tenido suspendidas las admisiones durante un tiempo, y se da a entender que no se esperaban buenos resultados. Incluso en algún caso se habla de la alienación que podría suponer el contacto a través de la tecnología. De acuerdo con lo que surge de las entrevistas a los psicólogos muchos pacientes no superaron la entrevista de admisión, según su opinión porque no están acostumbrados a la virtualidad. A pesar de esto, el deber profesional y el compromiso de los pacientes, se impuso a las preferencias personales y la adaptación del tratamiento permitió que siga llevándose a cabo sin que surgieran problemas significativos.

En síntesis, considerando las ventajas y desventajas de la modalidad virtual, es más realista reconocer que en la adaptación del tratamiento a la misma se hallaron tanto

aspectos exitosos como fallidos. Con respecto a los primeros, el sentido de pertenencia y compañerismo que se formó en los grupos superó la barrera que podría suponer la pantalla, que no fue un obstáculo significativo para que muchos pacientes pudieran completar su tratamiento y encontrar la ayuda que necesitaban. Por otra parte, no se puede negar que la imposición de la virtualidad sí haya dejado afuera a aquellos pacientes con mayores dificultades o con problemáticas más complejas, e incluso que haya favorecido actitudes contrarias a lo que propone el tratamiento en materia de socialización, permitiendo a aquellas personas menos sociables o ansiosas, que prefieren este tipo de contacto, reducir al mínimo las actividades de contacto. Igualmente, para algunos el formato promueve mayor desinhibición y favorece la apertura.

Futuras líneas de investigación

Entre las líneas de investigación que se pueden proponer a partir de los interrogantes que surgen luego de haber realizado este trabajo, una necesaria sería la identificación de las formas más eficaces de intervenir en el abordaje del consumo problemático de sustancias a través de teleterapia, considerando qué teorías y modelos obtienen mejores resultados en el tratamiento en línea, e incluyendo el seguimiento posterior, para establecer en qué medida se mantienen en el mediano y largo plazo los resultados obtenidos a través esta modalidad.

Otra línea de investigación interesante, específicamente orientada a la teleterapia, consistiría en determinar el porcentaje de pacientes que seguirán sus tratamientos a través de esta modalidad una vez finalizada la pandemia, y de la magnitud del mismo fenómeno en el caso de los tratamientos grupales, en donde las dificultades son mayores. De acuerdo con lo que indican algunos estudios relevados para la construcción del marco teórico (Duraó & Hirsch, 2020; González-Peña et al., 2017; McKee et al., 2021) y los testimonios de algunos profesionales, la extensión de esta modalidad en el futuro dependerá tanto de la mayor aceptación por parte de los pacientes, como de la actitud y formación de los profesionales.

Más allá del interés de los involucrados, el desarrollo de más y mejores formas de intervenir a distancia en el ámbito de la psicología requiere resolver algunas cuestiones sobre las que todavía existen debates. Una de ellas es el impacto que la modalidad virtual podría tener sobre la construcción de la alianza terapéutica. Existen estudios que evalúan este impacto, pero los resultados no son definitivos. Igualmente importante es considerar el grado de satisfacción de los pacientes que son atendidos a

distancia, junto con otras variables como la fatiga o el agotamiento producto de la prolongada exposición a pantallas, que podrían incidir en la decisión entre un formato de intervención y otro, más allá de la comparación en términos de efectividad y eficiencia.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arias, J.A., Fernández Labriola, Kalina, E., & Perrini C.D. (1990). *La familia del adicto y otros temas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bambling, M., King, R., Reid, W., & Wegner, K. (2008). Online counselling: The experience of counsellors providing synchronous single-session counselling to young people. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(2), 110–116. <https://doi.org/10.1080/14733140802055011>
- Bateson, G. (1991). La cibernética del sí-mismo (self): Una teoría del alcoholismo. En G. Bateson (Ed.), *Pasos hacia una ecología de la mente* (pp. 339-367). Buenos Aires: Planeta.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Barilari, S., Mazieres, G., & Ravazzola, C. (2004). Terapia familiar en un programa de rehabilitación ambulatoria de la drogadicción. *Sistemas familiares*, 20(1-2), 25-35.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R. M., & García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de psicología*, 40(2), 155-170. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97017660002>
- Botella, C., Rivera, R. M. B., Palacios, A. G., Quero, S., Guillén, V., & Marco, H. J. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *UOC Papers: revista sobre la societat del coneixement*, 4, 32-41. Disponible en <https://www.raco.cat/index.php/UOCPapers/article/view/58173>
- Burgoyne, N., & Cohn, A. S. (2020). Lessons from the Transition to Relational Teletherapy During COVID-19. *Family Process*, 59(3), 974–988. <https://doi.org/10.1111/famp.12589>
- Cataldo, F., Chang, S., Mendoza, A., & Buchanan, G. (2021). A Perspective on Client-Psychologist Relationships in Videoconferencing Psychotherapy: Literature Review. *JMIR Mental Health*, 8(2), Disponible en <https://doi.org/10.2196/19004>

- Casas, M., Bruguera, E., Duro, P., & Pinet, C. (2011). Conceptos básicos en trastornos adictivos. En J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez (Ed.), *Manual de Trastornos Adictivos* (pp. 17-25). Madrid: S.C.
- Ceberio, M., Serebrinsky, H., & Perrone, M. (2011). *Dentro y fuera de la Caja Negra*. Buenos Aires: Psicolibro Ediciones.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L., & García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 125-133. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921792003>
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 19(2), 205-221. <https://doi.org/10.6018/analesps>
- Durao, M. A. & Hirsch, H. T. (2020). *Psicoterapia online: qué es y cómo se practica*. Buenos Aires: Gaspar Segafredo.
- Damín, C. (2015) Consumo de sustancias psicoactivas: cuando es un problema. *Voces en el Fénix*. (42), 11-15. Disponible en <https://www.vocesenelfenix.com/content/consumo-de-sustancias-psicoactivas-cu%C3%A1ndo-es-un-problem>
- Eppler, C. (2021). Systemic teletherapists' meaningful experiences during the first months of the coronavirus pandemic. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(2), 244–258. <https://doi.org/10.1111/jmft.12515>
- Fernández-Alvarez, H. M., Garcia, F. S., & Scherb, E. (1998). The research program at AIGLE. *Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 343-359.
- Flores Albán, L. (2012). Red de relaciones significativas e intervención sistémica dirigida a jóvenes entrampados en ciclos adictivos. *Psicogente*, 15(28), 371-384. Disponible en <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1883>
- Galea-Singer, S., Newcombe, D., Farnsworth-Grodd, V., Sheridan, J., Adams, P., & Walker, N. (2020). Challenges of virtual talking therapies for substance misuse in New Zealand during the COVID-19 pandemic: an opinion piece. *The New Zealand Medical Journal*, 133(1515), 104-111. Disponible en <https://www.nzma.org.nz/journal-articles/challenges-of-virtual-talking-therapies-for-substance-misuse-in-new-zealand-during-the-covid-19-pandemic-an-opinion-piece>

- García del Castillo Rodríguez, J. A., García del Castillo-López, L., & López-Sánchez, C. (2014). Concepto de adherencia preventiva en el ámbito de las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 14(2), 89–98.
<http://hdl.handle.net/10045/44527>
- Ginarte Arias, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505.
- Gémini, D., Gorlero, C., & Poliansky, N. (2018, en prensa). Determinantes de adherencia al tratamiento en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas. *Revista Convivir*.
- González-Peña, P., Torres, R., Barrio, V. D., & Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2), 81–91. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- Helps, S., & Le Coyte Grinney, M. (2021). Synchronous digital couple and family psychotherapy: a meta-narrative review. *Journal of Family Therapy*, 43(2), 185–214. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12333>
- Heiden-Rootes, K., Ferber, M., Meyer, D., Zubatsky, M., & Wittenborn, A. (2021). Relational teletherapy experiences of couple and family therapy trainees: “Reading the room,” exhaustion, and the comforts of home. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(2), 342–358. <https://doi.org/10.1111/jmft.12486>
- Hoffman, L. (1990). Constructing realities: An art of lenses. *Family Process*, 29, 1-12.
- Jones, D., & Cunial, S. L. (2020). Los vínculos afectivos en la adherencia a tratamientos por VIH y por consumos problemáticos de drogas (Argentina, 2014–2016). *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5), 6–12. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00035919>
- Kruse, C. S., Krowski, N., Rodriguez, B., Tran, L., Vela, J., & Brooks, M. (2017). Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *BMJ Open*, 7(8), e016242. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016242>
- López, G. C., Torres, F. G. R., & Stepanov, N. (2020). Telepsicoterapia: definiciones, evidencia empírica y potenciales aplicaciones en el tratamiento del abuso de alcohol. En A. C. Carrascoza Venegas & L. Echeverría San Vicente, *Terapias cognitivo-conductuales en México* (pp. 158-190). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Manhal-Baugus, M. (2001). E-therapy: Practical, ethical, and legal issues. *CyberPsychology & Behavior*, 4(5), 551-563.
<https://doi.org/10.1089/109493101753235142>
- Marcos Sierra, J. A., & Garrido Fernández, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de psicología*, 27 (2-3), 339-362.
 Disponible en <http://hdl.handle.net/11441/59490>
- Marsden, J., Darke, S., Hall, W., Hickman, M., Holmes, J., Humphreys, K., Neale, J., Tucker, J., & West, R. (2020). Mitigating and learning from the impact of COVID-19 infection on addictive disorders. *Addiction*, 115(6), 1007–1010.
<https://doi.org/10.1111/add.15080>
- McKee, G. B., Pierce, B. S., Tyler, C. M., Perrin, P. B., & Elliott, T. R. (2021). The COVID-19 Pandemic's Influence on Family Systems Therapists' Provision of Teletherapy. *Family Process*. Published. <https://doi.org/10.1111/famp.12665>
- Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304-316. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Morgan, A. A., Landers, A. L., Simpson, J. E., Russon, J. M., Case Pease, J., Dolbin-MacNab, M. L., Bland, K. N., & Jackson, J. B. (2021). The transition to teletherapy in marriage and family therapy training settings during COVID-19: What do the data tell us? *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(2), 320–341. <https://doi.org/10.1111/jmft.12502>
- Observatorio Argentino de Drogas – SEDRONAR (2009). *Evaluación de tratamientos en pacientes por abuso de sustancias* [Treatments evaluation in patients with substance abuse]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Disponible en <https://observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/EvaluacinZdeZTratamientosZenZPacientesZporZAbusoZdeZSustancias.ZAMBA.ZAoZ2009.pdf>
- Postel, M. G., De Haan, H. A., & De Jong, C. A. J. (2010). Evaluation of an E-Therapy Program for Problem Drinkers: A Pilot Study. *Substance Use & Misuse*, 45(12), 2059–2075. <https://doi.org/10.3109/10826084.2010.481701>
- Postel, M. G., de Haan, H. A., ter Huurne, E. D., Becker, E. S., & de Jong, C. A. J. (2011). Characteristics of Problem Drinkers in E-therapy versus Face-to-Face

- Treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(6), 537–542. <https://doi.org/10.3109/00952990.2011.600388>
- Ravazzola, M. C. (2015). Prácticas colaborativas y generativas en la rehabilitación de adicciones. En Fried Schnitman, D. (Org.). *Diálogos para la transformación: experiencias en terapia y otras intervenciones psicosociales en Iberoamérica – Volumen 2*. Ebook: Taos Institute Publications/WorldShare books.
- Palma, D., Continente, X., López, M. J., Vázquez, N., Serral, G., & Ariza, C. (2020). Rasgos de la personalidad asociados al consumo de sustancias en jóvenes en contexto de vulnerabilidad. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.08.004>
- Ravazzola, M. C. (2001) Resiliencias familiares. En A. Melillo & E. N. Suárez Ojeda (comps.). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* (pp. 103-122). Buenos Aires: Paidós.
- Rivera, R. B., Castellano, S. Q., Arbona, C. B., & García-Palacios, A. (2005). Internet y los tratamientos psicológicos: dos programas de auto-ayuda para fobias específicas. *Medicina Psicosomática y Psiquiátrica de enlace*, 81(2), 35-46.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Sabaté, E. (2004). Definición de la adherencia terapéutica. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción" OMS/OPS-Unidad de enfermedades no transmisibles, Washington*, 3-4.
- Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Eiroa-Orosa, F. J., Roncero, C., Gonzalvo, B., ... & Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23(1), 107-113. Disponible en <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/9060>
- Serebrinsky, H. (2014). *Un viaje circular*. Buenos Aires: Psicolibros.
- Schwartzman, C. M., & Boswell, J. F. (2020). A narrative review of alliance formation and outcome in text-based telepsychotherapy. *Practice Innovations*, 5(2), 128–142. <https://doi.org/10.1037/pri0000120>
- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnovo, G., & Reid, C. (2021). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(2), 409-421. <https://doi.org/10.1002/cpp.2521>

- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health, 22*(6), 280–299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>
- Sirvent, C., Moral, M. V., & Blanco, P. (2015). Predicción de variables de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones. *Prediction drop variables and adherence to treatment for addictions. ResearchGate. ResearchGate*: Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/282606518>
- Traverso, G., & Martínez, T. S. (2020). Telepsicología en pandemia. *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos, 36*(1), 37–46.
- Von Greiff, N., & Skogens, L. (2017). Understanding the concept of the therapeutic alliance in group treatment for alcohol and drug problems. *European Journal of Social Work, 22*(1), 69–81. <https://doi.org/10.1080/13691457.2017.1341388>
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P., & Ceberio, M. (1988). *La Construcción del Universo*. Barcelona: Herder.