

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Sistemas familiares en el tratamiento por consumo problemático de sustancias

Alumna: Martina Knox
Tutora: Dra. Gabriela Ramos Mejía

Buenos Aires, de 3 de Diciembre de 2020

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivo General	3
2.1. Objetivos Específicos	3
3. Marco Teórico	3
3.1. Adicciones	3
3.1.1. Definición	3
3.1.2. Tratamiento	6
3.1.2.1. Tratamiento ambulatorio	6
3.1.2.2. Etapas	9
3.2. Familia	10
3.2.1. Definiciones actuales	10
3.2.2. Características familiares de pacientes con consumo problemático	13
3.2.3. Recursos y resiliencias	15
3.3. Abordaje sistémico	17
3.3.1. Breve historia del modelo y conceptos básicos	17
3.3.2. Especificidades en el tratamiento de las adicciones	20
3.3.3. Obstáculos y dificultades	24
4. Metodología	26
4.1. Tipo de Estudio	26
4.2. Participantes	26
4.3. Instrumentos	27
4.4. Procedimiento	27
5. Desarrollo	28
5.1. Características de los sistemas familiares de pacientes con consumo problemático de sustancias a los inicios del tratamiento.	28
5.2. Características del abordaje familiar sistémico en las distintas etapas del tratamiento ambulatorio para pacientes con consumo problemático de sustancias	35
5.3. Dificultades en el abordaje familiar de pacientes con consumo problemático de sustancias en las distintas etapas del tratamiento ambulatorio	40
6. Conclusiones	44
7. Referencias bibliográficas	49
8. Anexos	53
8.1 Cuestionario online a profesionales.	53

1. Introducción

Para la realización del presente trabajo se concurrió a una Institución con más de 30 años de trayectoria en el tratamiento ambulatorio de las adicciones. El equipo de profesionales se encuentra a cargo de un programa de rehabilitación que se centra en las personas con consumo problemático para lograr su recuperación y mejorar su calidad de vida. Realizan un abordaje múltiple con orientación sistémica que involucra distintas disciplinas interrelacionadas entre sí, conformando una estructura para la asistencia, tratamiento, prevención y capacitación. Se brinda atención a una población de clase media urbana, jóvenes y adultos, con el objetivo de evitar la internación a partir del acompañamiento familiar, posibilitar la abstinencia, el cambio de hábitos y patrones relacionales. Cuentan con un equipo de profesionales del área de psicología y operadores terapéuticos que provienen de la experiencia de haberse recuperado de las adicciones. El objetivo asistencial de esta organización es lograr que la persona y su red socio-familiar construyan un nuevo proyecto de vida coherente y responsable, con abstinencia total y cambios manifiestos en los vínculos. El programa presenta varias etapas: orientación, admisión, fase A, B y C con cuatro pilares específicos los cuales son que la persona en recuperación se incorpore a un grupo de autoayuda, que asista a reuniones periódicas de terapia familiar y entrevistas de su red social, que asista a los grupos multifamiliares y que concurra a actividades deportivas y artísticas como complemento que enriquece el proceso asistencial.

Las actividades que se realizaron en la Institución fueron: entrevistas semi-estructuradas con el Coordinador y los profesionales de la Institución, video llamadas con familiares y pacientes en tratamiento, material audiovisual y bibliográfico, trabajos escritos de encuentros virtuales y foros internacionales, observación no participante en grupos y entrevistas.

En el marco de la Práctica y Habilitación Profesional de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, se realizó el análisis de las características familiares de pacientes con consumo problemático, la modalidad de abordaje familiar sistémico y sus dificultades. Esta temática de particular interés, persigue la alquimia que invita al psicólogo a formar parte de la intimidad de una familia y lo hace partícipe de un proceso terapéutico en donde todos podemos ser instrumentos facilitadores del cambio.

2. Objetivo general

Analizar las características de los sistemas familiares y la modalidad de abordaje familiar sistémico ambulatorio de pacientes con consumo problemático de sustancias en una Institución de CABA.

2.1 Objetivos Específicos

Describir las características de los sistemas familiares de pacientes con consumo problemático de sustancias a los inicios del tratamiento.

Describir las características del abordaje familiar sistémico en las distintas etapas del tratamiento ambulatorio para pacientes con consumo problemático de sustancias

Analizar las mayores dificultades que se presentan en el abordaje familiar de pacientes con consumo problemático de sustancias de sustancias en las distintas etapas del tratamiento ambulatorio.

3. Marco Teórico

3.1 Adicciones

3.1.1 Definición

Las adicciones se posicionan dentro de los manuales de diagnóstico como un trastorno con ciertas diferencias dependiendo de cuál sea el marco de referencia que se utilice. Waisman y Benabarre (2017) adhieren con la definición de la Sociedad Americana de Medicina para referirse a la adicción como una enfermedad crónica, primaria, que afecta específicamente al funcionamiento cerebral y el circuito de recompensa. A su vez, acentúan que perjudica otros aspectos cognitivos como la motivación, la atención y la memoria, destacando la importancia del impacto de las drogas en la persona sin llegar a un estado de adicción, necesariamente. Explican la diferencia existente entre un fármaco, cuya utilización presenta fines con criterio riesgo-beneficio incluyendo una previa evaluación del mismo; con una sustancia psicoactiva, la cual genera dependencia y deterioro orgánico-social. La Organización Mundial de la

Salud (OMS) por su parte, definió la droga como aquella sustancia legal o ilegal que al introducirse en el organismo por medio de cualquier vía, produce alguna alteración, creando dependencia psicológica y/o física, afectando al sistema nervioso central del individuo. También ha establecido, que los factores más influyentes para la dependencia son los psicosociales, ambientales, biológicos y genéticos; de ahí su carácter multifactorial (OMS, 2004).

Etimológicamente, esta enfermedad se origina en la Antigua Roma, cuando se pronunciaba “adictos” a aquellos sujetos que por no poder pagar una deuda, se sumergían en una condición de esclavitud, entregando su libertad a cambio, como forma de pago. Este detalle se añade para dar cuenta de la esclavitud del “adicto”, que en lugar de superar sus debilidades y flaquezas se convierte en un drogadependiente utilizando la sustancia como automedicación. Estas flaquezas y debilidades se ven acompañadas en muchos casos por conductas autodestructivas y cambios en el carácter (Espósito, 2020; Kalina, 2006).

Actualmente, a partir de la nueva definición que ofrece la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), se incorporan los trastornos relacionados a sustancias por abuso y dependencia. En ellos se pueden encontrar 10 clases de drogas que son radicalmente distintas entre sí. Todas provocan una activación tan intensa y directa del sistema de recompensa del cerebro que perjudican las actividades cotidianas, participando en la producción de recuerdos y en el refuerzo de los comportamientos. Se clasifican en dos grupos: aquellos trastornos por consumo de sustancias y aquellos inducidos por las mismas. Este manual ofrece una definición más neutra, utilizando esta terminología para evitar la palabra adicción, comúnmente utilizada, la cual presenta, a su criterio, una connotación negativa e incierta. Globalmente, se caracteriza por un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo: control deficitario, deterioro social, consumo de riesgo y criterios farmacológicos. Las cantidades son grandes, por un tiempo mayor al prologado, con esfuerzos fallidos para abandonar o disminuir el consumo, las actividades giran en torno a la sustancia con descuido de las mismas, invirtiendo una gran cantidad de tiempo. Se observan deseos recurrentes de consumir que llevan a un incumplimiento en los ámbitos académicos, laboral o doméstico. Esto continúa su curso a pesar de presentar problemas recurrentes en la esfera social, interpersonal o físicos (APA, 2013).

El modelo neurobiológico sostiene que estos pacientes atraviesan una transición entre dos ejes difusos para ser determinados con exactitud: la impulsividad o desinhibición y la compulsividad o perseverancia. Por lo tanto, aguardar la concientización del individuo es una esperanza idealista si se contemplan estos ejes dentro de esta enfermedad. En este proceso, se incluyen cuatro fenómenos a definir; en primer lugar, la tolerancia, caracterizada como el aumento significativo por conseguir el efecto deseado cuyo grado varía en cada persona. En segundo término, el *craving*, como el deseo intenso en ausencia de droga que produce necesidad de consumir hasta llevarlo a cabo. El tercer fenómeno es la abstinencia, la cual se define como síndrome que surge cuando se reduce el efecto de la sustancia en la sangre, produciendo hiperexcitación del sistema nervioso central debido a la supresión de la droga. Este aspecto suele ser difícil de auto-detectar ya que el nivel de consumo es muy frecuente. El cuarto y último es la sensibilización, que se refiere a la relación que establece la persona con el consumo, en donde existe una mejora patológica en un principio, que incentiva al sistema nervioso central, luego con el uso repetido se vuelve más atractivo gradualmente sensibilizando al sistema neural de manera progresiva. La gravedad de los síntomas se clasifica de leve, con dos o tres síntomas, moderado con cuatro y cinco síntomas y grave con seis o más. La compulsión se manifiesta en el comportamiento debido a la prominencia de estos incentivos centralizando su vida en ello, dejando otros intereses en un segundo plano (APA, 2013; Fahrer, 1993; Fernández-Serrano, López, Moreno-López, Santos Ruiz, Pérez García & García, 2012; Robinson & Berridge, 1993; Waisman & Benabarre, 2017).

Se distingue el uso, el abuso y la dependencia cuando se observa que la primera, no produce consecuencias negativas o no son lo suficientemente apreciables. Es un consumo habitual y esporádico. En el abuso, ya existe una continuidad a pesar de las consecuencias; y en la dependencia, el exceso genera consecuencias significativas en un período de tiempo. El consumo puede darse de manera continuada, intermitente o excesiva en tal solo un fin de semana (Brecoña Iglesias & Cortés Tomás, 2016). Por el placer que se genera a nivel cerebral el individuo se aleja del dolor y de los sentimientos críticos, efecto que se va guardando en la memoria. Esta realidad que se presenta produce una ambivalencia entre el placer y sufrimiento hasta que las consecuencias del consumo comienzan a incrementarse. La terapia les produce cierto malestar, al

principio, porque no les devuelve esa realidad placentera; entonces el profesional debe acompañarlo en ese proceso de pérdida y reencuentro con su mundo (Abeijón, 2008).

En los últimos años, el incremento del consumo adolescente se ha manifestado preocupante para los profesionales de la salud y las familias, siendo una etapa fértil para cualquier conducta adictiva. La educación debería incorporar políticas para reducir el impacto. En los jóvenes, el consumo de drogas no produce el mismo efecto por encontrarse en desarrollo; a diferencia de los adultos cuyo cerebro ya presenta otras experiencias inscriptas. Las emociones, los impulsos, el control inhibitorio y el razonamiento se ven directamente afectados. Se observa el aumento de distintos trastornos psicopatológicos comórbidos con el uso de sustancias: correlación existente entre psicóticos dependientes a la marihuana, abuso del alcohol en trastorno límite de la personalidad, consumo de cocaína para afrontar dificultades cotidianas, y psicopatías con policonsumo, quienes incitan el consumo a otros individuos (Cócola, 2018; Silvers, Squeglia, Thomsen, Hudson & Feldstein Ewing, 2019; Waisman & Benabarre, 2017).

3.1.2 Tratamiento

3.1.2.1 Tratamiento ambulatorio

Los tratamientos tradicionales en adicciones proponían un aislamiento en condiciones de seguridad y control. Se comenzó a observar que en muchos casos, el retorno a las actividades cotidianas y habituales provocaba un índice importante de recaídas, condicionando los logros obtenidos durante el tratamiento. La propuesta de un tratamiento ambulatorio tuvo la originalidad de incorporar en forma paulatina, las situaciones de la vida habitual, respetando los espacios laborales y académicos, sosteniendo las relaciones con las personas y actividades, pudiendo adaptarse y revisar en simultáneo dichos aspectos. En este dispositivo se brindan apoyos claves para el funcionamiento de un tratamiento adecuado: grupos a familiares o red próxima, sesiones individuales, grupos de pares, equipo de operadores recuperados y profesionales especializados (Ravazzola, 2015).

Existe una evidencia en la eficacia del tratamiento familiar en este tipo de trastornos, planteando dos tipos de intervenciones: estructurales o estratégicas. La asistencia se ha ido modificando en forma paulatina, recorriendo dispositivos que comienzan con tratamientos individuales, multifamiliares hasta llegar a la comunidad;

siempre incluyendo la red y no solo la familia propiamente dicha. La mayoría de los modelos sugieren controlar el consumo en los inicios para luego, abordar aspectos disfuncionales familiares y coaliciones con la pareja. Las propuestas terapéuticas también presentaban cierta estructura con un estilo terapéutico directivo y de confrontación, flexibilizándose en la medida que transcurría el proceso, obteniendo mayor colaboración y contención emocional. Esta modalidad requiere de un abordaje integral, ya que es necesario considerar la dualidad que se puede presentar, precisando de la formación del profesional, dispositivos adaptados a la particularidad de la familia que contemple las variables emocionales, entre otras (Cócola, 2018).

Cuando un paciente llega a consulta es necesario saber en qué nivel de motivación al cambio se encuentra. El modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente establecen cinco estadios del proceso de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento. Con este modelo se busca identificar los problemas, favorecer la motivación con un acompañamiento lento y progresivo. Entre los tratamientos más habituales, el dispositivo ambulatorio promueve la posibilidad de ayudar al paciente para que pueda utilizar y practicar las herramientas en su contexto, con la condición de mantener la abstinencia. Esto sólo no basta, es preciso de técnicas específicas de afrontamiento dirigidas a enfrentar la vida sin drogas. En estos casos, la existencia de antecedentes familiares permite vislumbrar una preponderancia en la respuesta familiar aunque sea otro tóxico, siendo más dificultoso suspender el consumo y requiriendo de tratamientos más intensivos. En líneas generales, el tratamiento propiamente dicho, debe basarse en la suspensión del consumo con el objetivo de recuperar las funciones cognitivas alteradas y así impactar en el futuro de la persona, su familia y su entorno. La rehabilitación tiene el propósito de devolver la habilidad cognitiva dentro de un tratamiento integral (Waisman & Benabarre, 2017).

Teniendo en cuenta que la sociedad se encuentra en constante cambio, las sustancias y los tratamientos también deben hacerlo, encontrando la necesidad de realizarlos de forma incisiva, breves, en consonancia con el contexto en el que se produce el consumo y adaptándose a las circunstancias de la persona (Abeijón, 2008). La propuesta vanguardista de la terapia sistémica se encuentra en la posibilidad de considerar el trabajo terapéutico como un aprendizaje en donde se modifica la mirada del paciente, del tratamiento y de la salud, entendiendo al individuo como una persona que presenta problemas a resolver, sin negar la existencia de una patología, haciéndolo

protagonista de su propia producción. La experiencia terapéutica se corre de lo vertical y hegemónico, asentando sus bases en el dialogo simétrico y horizontal con una conversación afectiva y distendida (Ceberio & Linares, 2010).

Por lo tanto, se evalúa el tratamiento ambulatorio para quienes poseen apoyo familiar, capacidad para tolerar la realidad o situaciones sin actuarlas de manera inmediata y con contención afectiva que les permita sortear las implicancias de este tipo de abordajes. Es una apuesta a aquellos que pueden sostener la abstinencia ya que el encuadre está limitado a horas determinadas. Se debe evaluar que no exista un riesgo inminente, aunque sí potencial para indicarlo, ofreciendo atención individual y grupal. Se comienza con cierta intensidad, asistiendo a múltiples espacios para luego realizar una transición con menor frecuencia. En la mayoría de los casos, el paciente con consumo problemático es traído por otros al tratamiento, ya que pedir ayuda es considerado como una experiencia que no le conviene porque les implica enfrentar aquello por lo que han huido hasta el momento. El mundo ficticio de la droga les impide hacerse cargo de sus actos. Su deseo está en realizar tratamiento sin modificar a grandes rasgos su vida. Por eso es preciso realizar logros reales, reemplazar la fantasía inscripta del funcionamiento psíquico para que pueda ser llevado a cabo. Transformar y modificar su estilo de vida, enfrentar la realidad, proyectarse y trabajar la motivación requiere de esfuerzo y tiempo (Kalina, 2006; Waisman & Benabarre, 2017).

Así como en los adultos el tratamiento debe focalizarse en la responsabilización del propio proceso, en los adolescentes debe ayudarse a los padres a comprometerse en el mismo para luego, facilitar la adherencia del joven. La cronicidad y la severidad, los grupos de pares y las compañías de cada grupo etario o el involucramiento en actividades delictivas, son algunos factores que diferencian el tratamiento de abusadores adolescentes y adultos. Los adolescentes presentan intereses y particularidades específicas, habilidades cognitivas diferentes y modalidades singulares en la expresión y la comunicación de sus emociones. Estos aspectos deben ser contemplados a la hora de diseñar un tratamiento para la recuperación de dicha problemática, diferenciándolos de cualquier tratamiento adulto en adicciones. La edad en la cual comienzan a consumir suele ser entre los 12-15 años, ya que se sostiene que antes de eso es menos probable el consumo por otros condicionamientos. Por lo tanto, para lograr la efectividad en el tratamiento con este grupo etario se deben incorporar aspectos propios de la edad, de sus vivencias y otras cuestiones de su neurodesarrollo (Castillo Castañeda, Pérez

Sánchez & Rádago De Ávila, 2018; Silvers et al. 2019; Stanton & Todd, 1988; Waisman & Benabarre, 2017).

3.1.2.2 Etapas

La enfermedad presenta diferentes etapas que pueden agruparse en: inicial, progresivo y avanzado. En los inicios se observa el uso, donde se debe analizar y pesquisar estadios preclínicos. En la etapa progresiva, el consumo se encuentra atravesado por la abstinencia y finalmente en una etapa avanzada, la dependencia es inevitable. Determinar en cuál de ellas se encuentra la enfermedad, es fundamental para elegir el tratamiento adecuado. Si la consulta llega en los estadios tempranos, iniciales, por lo general, se deben a problemas de sueño y/o ansiedad; pocas veces lo relacionan con el uso de drogas. Asimismo, suelen consultar por algún factor alterado en su ambiente laboral, individual, social (Waisman & Benabarre, 2017).

Desde otra perspectiva, esta problemática puede establecerse en tres fases. La primera es la *normalización del consumo* donde no se percibe el problema y aún es posible sostener el entorno social y económico, siendo una etapa breve y sin violencia. Una segunda fase es el *sufrimiento por el consumo* en donde el individuo aumenta la frecuencia, aparece el ocultamiento y el distanciamiento con familiares y amigos; comienza a haber cierto deterioro con alteraciones en lo psicosocial, económico y laboral. En esta segunda fase también se pueden observar dificultades en el manejo de los límites y situaciones de violencia. Todas estas cuestiones despiertan la alarma de suponer que existe un problema mayor, es por eso que en esta fase, comienzan los intentos por pedir de ayuda y/o consulta médica para un tratamiento. La última fase es *el cambio en el manejo del consumo* en donde se hace visible el tocar fondo por parte de algún familiar que consulta, produciéndose un agravamiento del cuadro. En esta etapa se concientiza que el individuo no puede solo, necesitando de ayuda externa (Avendaño & San Luis, 2020). Se ha señalado anteriormente que la predisposición y las causas de esta problemática no presentan un momento exacto de inicio, más bien, se reúnen diferentes situaciones que aproximan a quien consume a convertirse en un individuo dependiente, negador de su realidad. De esta manera, anestesia su dolor tomando decisiones poco asertivas que lo terminan perjudicando a largo plazo (Espósito, 2020).

Ante el pedido de ayuda de una familia cuando concurre a tratamiento, se busca recuperar el equilibrio o interrumpir el problema aunque con cierta resistencia por modificar aspectos que impliquen al conjunto en su totalidad. Por lo general, se cree que sólo el individuo en situación de consumo debe cambiar. Es por eso que el accionar del terapeuta debe ser sin ingenuidad, observando con atención que es aquello que la familia desea resolver y de ahí pensar que estrategia elegir. Durante el transcurso de la recuperación, se debe contemplar el desafío de las posibles recaídas como aquél intento ineficaz por tolerar el límite al consumo, siendo en muchas ocasiones, frecuente y necesario para la concientización (Kalina, 2006; Waisman & Benabarre, 2017).

Por estas cuestiones la red cumple un rol fundamental, porque favorece la resocialización, los logros y la vida sin consumo. Un abordaje múltiple e integral, se propone recuperar a la familia como institución reforzadora de salud y hacerla parte de un proceso de cambio. Se trabaja sobre el contexto relacional. Los temas de las entrevistas familiares que se suelen abordar en los inicios se relacionan con la dificultad de suprimir el consumo, las recaídas, la desorganización, el cumplimiento mínimo de normas y el control. La familia pone en evidencia su necesidad de delegar la responsabilidad a la institución, la puesta de límites y los roles. Una vez avanzado el tratamiento, se profundizan temas vinculares, relaciones laborales, emociones, estudio y contexto social. Acercándose a las últimas etapas, se buscará hacer hincapié en el autocuidado y autocontrol principalmente, promoviendo situaciones que le permitan al individuo recuperar el placer en otros espacios o actividades (Ravazzola, 2015).

3.1 Familia

3.2.1 Definiciones actuales

La familia es el contexto fundacional y el sitio en donde se pasa la mayor parte de nuestra vida. Es posible considerarla como agente terapéutico con patrones comunicacionales observables que mediatiza las relaciones, los pensamientos y las creencias del ser humano, con ciclos vitales propios, que se adapta al entorno y que muchas veces presenta dificultades. Una aproximación a su definición sería concebirla como organización social y sistema abierto, con propiedades específicas y un tipo de funcionamiento determinado; como una estructura con características y funciones emergentes que requiere de un estudio independiente de los miembros que la componen.

Presenta una organización jerárquica y una trayectoria, un recorrido a lo largo del tiempo. Por lo tanto, su funcionalidad no depende de la ausencia de conflicto, sino más bien del manejo del mismo, de las pautas interactivas, vinculadas a su capacidad de adaptación al tiempo y al contexto (Wainstein, 2016).

Se incluyen dos características específicas que forman parte de su definición: la complejidad y la diferencia. Se considera que la familia es un lugar donde se transmiten valores sociales y culturales, un contexto de crianza, desarrollo y crecimiento. Hoy, en Argentina no se corresponde a modelos clásicos, presenta diferentes configuraciones con gran variedad en sus conformaciones. Por lo tanto, se debe ir más allá de los lazos sanguíneos, del tiempo o la distancia, debe entenderse como vínculos de proximidad, afecto e intimidad. Es menester considerar que a su vez responde a cambios internos (psico-sociales) y externos (culturales), debe adaptarse a las circunstancias y ser capaz de transformarse sin dejar de proporcionar un marco de referencia a sus miembros. Presentan límites y fronteras que deben ser claros para proteger el funcionamiento familiar (Gimeno, 1999; Minuchin, 1979; Wainstein, 2016).

Como figura principal de apego, se puede reflexionar acerca de las características que lo definen: mantenimiento de proximidad, angustia por separación, refugio seguro y base segura. Ante un problema o dificultad, es adecuado interrogar si se recurriría a ellos como fuente principal de ayuda, de confort, de comunicación. Asimismo, se sostiene que son el agente principal de cambio, un complemento que influye en las relaciones que se tengan en la vida, sin ser sustituto de otras cuestiones necesarias para la salud física y psíquica (Wampler & Patterson 2020).

Asimismo, los cambios que sufre la familia son complementarios a los cambios que se producen en la sociedad, transcurren en paralelo. La sociedad industrial trajo consigo modificaciones que se sostienen hasta hoy: ancianos en hogares, jóvenes en escuelas, reemplazo del trabajo por la tecnología. La sociedad moderna también produjo cambios que se vieron implicados en la dinámica familiar. Considerar estos aspectos permite comprender que este concepto se acomoda a un contexto socio-cultural-histórico que requiere de una base firme para su adaptación. Por eso los terapeutas deben actualizar su información y estudiar también los cambios que se producen en la sociedad en todos sus aspectos. Actualmente, queda lejano realizar comparaciones entre pueblos o considerar que la familia es asunto exclusivo de la religión. Se pueden incorporar nuevas disciplinas que brinden miradas adaptadas a las nuevas generaciones,

sociedades o lugares de intervención. También es posible diferenciar este concepto considerando las familias según el país de origen. En occidente, los cambios han sido drásticos y acelerados en los últimos años, dejando de lado lo anteriormente considerado “familia tipo” para darle lugar a nuevas configuraciones (Minuchin, 1979; Wainstein, 2016).

Cada familia presenta su singularidad. La estructura constituye el modo en que se organiza la familia, la cual puede tener pautas genéricas relacionadas con reglas universales y pautas idiosincrasias relacionadas con la cultura. En su complejidad, cada individuo es una unidad, un subsistema, un holón que presenta subsistemas diferenciados además de la interacción con otros apoyos sociales como el vecindario, la familia extensa o la sociedad. Estos se clasifican en: individual, conyugal, parental, de los hermanos. Al ser la familia un concepto dinámico, en constante cambio, se pueden vivenciar particularidades en un lapso de tiempo, relacionadas con el desarrollo de la misma tales como: eventos especiales, la formación de pareja, la llegada de hijos diferenciando familias con niños pequeños, con adolescentes o con adultos. Según el marco de referencia que se tome, se diferenciarán por lazos biológicos, por vínculos familiares psicosociológicos o por estructura. En su composición se observan aspectos que influyen en la dinámica, el desarrollo y la interacción: físicos y de salud (como podría ser las enfermedades hereditarias); cognitivos (como las posibilidades de estudio, la inteligencia); personalidad; competencia social; roles estructurales y funcionales; recursos, demandas y necesidades personales. Estos componentes complementan la mirada sistémica, incorporando dimensiones individuales y apreciaciones que serán propias de cada observador (Gimeno, 1999; Minuchin, 1979; Minuchin, Fishman & Etcheverry, 1984).

Desde otra perspectiva, se clasifica a las familias según su cohesión diferenciándolas en: matriarcales (con mayor predominancia de la figura materna), patriarcales (con mayor predominancia de la figura paterna), centrípetas o aglutinadas (estilo clan) y centrífugas. En las centrípetas existen características tales como la sobreprotección, la culpa, la victimización, el chantaje afectivo, una fuerte dependencia y un importante apoyo a la autoridad. El conflicto suele evitarse u ocultarse con el propósito de mantener la armonía por lo tanto, las peleas no suelen observarse y se bloquea el desarrollo de la propia identidad. En cambio en las familias de estilo centrífugas, prima el aislamiento, la autonomía, conflictos frecuentes de pareja,

prematura independencia por rechazo del rol de cuidador, con facilidad para hablar y mantener conversaciones sin afectividad, asertivos, sin empatía. La funcionalidad o disfuncionalidad estará indicada por los roles, las funciones, las fronteras, los límites, el respeto por la autoridad, entre otros (Gimeno, 1999; Torrijo, 2013).

3.2.2 Características familiares de pacientes con consumo problemático

Anteriormente, se pensaba al “adicto” como el único individuo diferenciado de la familia que debía ser tratado de manera especial. Hoy, la configuración familiar y la asistencia se ha modificado resultando características comunes que muestran una dinámica recurrente con roles establecidos que sostienen una estructura multiproblemática. Existen miembros de la familia con características compulsivas en conductas o sustancias que se agregan a la consulta cuando se comienza a abordar el sistema en su totalidad. Es por ello, que los antecedentes familiares de las adicciones requieren de especial atención ya que se puede encontrar una respuesta similar en el organismo requiriendo tal vez, de un tratamiento más intensivo, con consideraciones específicas. En estos casos, las familias favorecen el desarrollo de la adicción, atraviesan malentendidos, mentiras y vicisitudes que solían evitarse o no se registraban. En particular, los individuos que consumen sustancias se caracterizan por utilizar la palabra para manipular al otro, al servicio de la acción, presentando vínculos estrechos y en ciertos casos, un apego excesivo (Cócola, 2018; Kalina, 2006; Waisman & Benabarre, 2017).

La recuperación es un proceso terapéutico que se desarrolla progresivamente con objetivos específicos. Dekkers, Ruysscher y Vanderplasschen (2020) refieren que, si bien es un tratamiento de carácter personal, no debe realizarse en soledad; la familia y el capital social, es crucial para una mejor calidad de vida. Los miembros de la familia además de apoyo esencial, muchas veces presentan situaciones complejas, difíciles, negativas siendo de gran ayuda las experiencias grupales con otras familias. Se pueden observar con frecuencia características comunes cuando una familia o individuo comienza un tratamiento por consumo problemático: un debilitamiento de los roles de los padres, alianzas, desorden e incongruencia en las jerarquías, negación del consumo, idealización, anestesia emocional, falta de responsabilidad en los padres, intentos de

delegación hacia la Institución tratante, maltrato y poder centrado en el enfermo. En los hermanos del paciente que consume se observa con frecuencia, la figura de un rol parental, renunciando a proyectos personales, adquiriendo un rol de sacrificio; otros se muestran reticentes a cualquier aspecto relacionado con el tratamiento. En las esposas de quien consume, se observa abnegación, tolerancia, negación y cierta complicidad, siendo quienes mantienen los hogares económicamente. Refieren que el discurso de su pareja, es la verdad irrefutable, mostrando sumisión ante él, negando el maltrato o creyendo en la fantasía de poder ayudarlos, consumiendo con ellos, si es necesario. Esto se vuelve contraproducente ya que terminan siendo acusadas por el propio consumidor de las consecuencias arribadas. Predomina entonces un clima tenso, hipnótico y complejo, rigidez y evitación de conflictos. Por eso, el trabajo terapéutico requerirá del aprendizaje de nuevas formas de comunicación y expresión que modifiquen la dinámica establecida hasta el momento, la cual ha sido tolerada e incorporada como un hábito durante muchos años (Dekkers, De Ruyscher & Vanderplasschen, 2020; Ravazzola, 2015).

Muchos estudios avalan la existencia de estas características comunes familiares que se deben pesquisar en el caso por caso. Se devela un mapa familiar en donde se observa la alianza de quien consume con una de las figuras parentales (por lo general del sexo opuesto) junto con la confrontación o ausencia de la otra figura. A su vez esta pareja parental se sostiene en función del paciente y su consumo, otorgándole un especial poder, sobreprotegiéndolo. Esta figura se encuentra en el mismo nivel generacional que el paciente siendo necesario reorganizar los roles y las jerarquías (Abeijón, 2008). Otro estudio también señala estos aspectos incluyendo: mala alianza marital, interacción simbiótica de madre-hijo, coalición intergeneracional, padre sobreinvolucrado o padre periférico, falta de fronteras claras, incongruencia jerárquica, dobles mensajes, deseos de muerte, secretos familiares (Sáenz Rojas, 2003).

Velázquez Cedeño y Cevallos Arteaga (2020) analizaron el rol de la familia en el proceso de recuperación de las personas drogadependientes en un Centro Especializado para Alcohol y Drogas de Chile. Se investigó a 27 familias y se recopiló información por medio de encuestas. Se confirmó la importancia de la relación familiar como herramienta de intervención siendo en muchos casos la causa del consumo y paradójicamente, la clave para la recuperación. Se reveló que puede ser piezas fundamentales para la detección, la aceptación, la orientación, el tratamiento y el

posterior mantenimiento de la vida sin consumo. Se destacó la importancia para evitar el abandono del mismo, así como también el entendimiento y el manejo de la problemática, fortaleciendo la personalidad de cada integrante.

En los casos de familias con adolescentes con esta problemática, se encontró como factor de riesgo condicionante el consumo de algún familiar, en especial, en la figura del padre. La ausencia de normas y límites claros, junto con los posibles conflictos del joven con sus padres, son características comunes de encontrar en dichos escenarios familiares. La cultura fomenta una crianza en donde los padres se sienten culpables por el consumo de su hijo, renunciando a sus proyectos personales y presentando poco registro de sus propias emociones o malestares. En un estudio realizado se demostraron resultados en la efectividad de las intervenciones familiares sistémicas en todos los sectores involucrados del adolescente con consumo de sustancias y comportamiento delictivo, ya sea la escuela, los compañeros, el trabajo, la sociedad (Ruiz Candina, Herrera Batista, Martínez Betancourt & Supervielle Mezquida, 2014; Ravazzola, 2015; Schawo, Bouwmans, Van der Schee, Hendriks & Hakkart, 2017).

3.2.3 Recursos y resiliencias

A lo largo de la vida de un individuo existen diferentes conflictos o crisis personales, familiares o externas que provocan cierta tensión. Ante estos eventos, muchas veces inesperados, la respuesta puede variar en función de los factores desencadenantes y los recursos para afrontarlos. El sistema familiar puede tener que modificar su comportamiento o sus valores ante estos imprevistos o dificultades que los pueden resultar una posibilidad para aproximarse, desarrollarse, estimular la curiosidad, la creatividad, la tolerancia, el respeto. Los conflictos, en muchos casos, son una oportunidad para aumentar la cohesión familiar. Por ejemplo, saber perder, tolerar la frustración, considerar la opinión del otro o tener una adecuada comunicación son algunas de las cualidades positivas que desarrollan un mecanismo de cambio constructivo (Gimeno, 1999).

La resiliencia es un enfoque que se preocupa por observar las condiciones que posibilitan un desarrollo sano y positivo a pesar de las adversidades del ambiente. Se lo considera como un factor protector que puede ser esperanzador ante la desestabilización

y los traumas graves en donde se sale fortalecido. Cuando un individuo se encuentra en una situación paralizante, esta mirada permite desbloquear y encontrar nuevas posibilidades, como un aprendizaje que no pregona la perfección, sino que enfatiza la capacidad proactiva. A su vez, se presenta este concepto como una metáfora de posibilidades que muestra mucho más que un recurso poético, es una construcción de la realidad ante el sufrimiento sin ser un atributo personal. Etimológicamente, esta palabra es utilizada en muchas disciplinas. Desde la medicina, por ejemplo, se refiere al proceso de crecimiento adecuado que realizan los huesos cuando un individuo se fractura. En otras disciplinas como la psicología o la sociología, se refiere a la capacidad de superación luego de una situación traumática. Se debe promover la resiliencia teniendo en cuenta, las singularidades de cada familia, individuo, comunidad ya que es posible que los recursos sean diferentes en cada persona. Para ello es necesario: estrategias adaptativas positivas, adversidad futura y aprender de la superación (Forés & Grané, 2012; Kotliarenco, Cáceres & Fontecilla, 1997).

Se realizaron estudios para comprobar el incremento de la resiliencia en concordancia con el menor consumo de drogas y alcohol. Los resultados la reconocieron como factor protector que permite a las personas adaptarse adecuadamente a pensar de las adversidades que haya vivido en su infancia, dando por consecuencia una mejor adolescencia y adultez. Si bien esto no es aplicable a todos los casos, se observó una buena correlación en dichos aspectos. Otro aspecto que se observó en este estudio fue la importancia de la comunicación por parte de los padres con sus hijos. Cuando se observan mejorías en la misma y los hijos la registran o vivencian prevalece una mejor resistencia al consumo. Por lo tanto, la comunicación positiva y el apego son dos fenómenos significativos que se le atribuyen a dicha correlación (Brecoña, 2007).

La redefinición, la connotación positiva y amplificación son técnicas que permiten recuperar la resiliencia familiar. Al incorporarse en un tratamiento, las tensiones disminuyen pudiendo reformular sus vínculos y aprendiendo de estas nuevas formas de relacionarse con mayor flexibilidad. Los miembros de la familia y el paciente deben recuperar el respeto, la dignidad y la autoridad luego de tantos años de anestesia emocional. Los modelos focalizados en aspectos negativos, déficit o en la enfermedad, muestran una parte del individuo consultante, no su integridad. En estas problemáticas tan prejuizadas socialmente, la mirada suele ubicarse en la falta, sin contemplar la

posibilidad de recuperación, desarrollo o emprendimiento como oportunidad. Los modelos que promueven este tipo de aspectos, inhiben lo positivo del individuo, su capacidad de cambio, posicionándolo en un lugar de pasividad. Por lo tanto, desde este enfoque, es más preciso referirse a personas más resilientes o menos resilientes. La propuesta es avanzar hacia adelante a partir del refuerzo de capacidades, competencias, actitudes, cualidades y creencias como: la capacidad de buscar y colaborar, la confianza en sí mismo y en otros, capacidades expresivas y comunicacionales, resolución de conflictos, autoestima y autocontrol, compromiso, humor, alegría, flexibilidad, participación y capacidad autorreflexiva (Ravazzola, 2001; 2015).

En el caso de los adolescentes, los factores de protección proveen un importante bagaje de valores positivos que le permiten desarrollarse en un ambiente funcional: autoestima adecuada, éxitos académicos, expectativas a futuro, proyectos, vínculos claros, ambiente escolar cuidadoso, conexión con sus emociones, situaciones sociales diversas. A su vez es lógico que estos jóvenes tengan exploración y acercamiento con las sustancias, siendo importante el impacto y/o reacción que en ellos genere. Para eso, es fundamental involucrarse en la crianza de los hijos, brindar habilidades sociales, abordar la presión social y la consulta a tiempo. La psicoeducación como recurso terapéutico que brinda información y enseñanza para el afrontamiento de este trastorno, ofrece mayor seguridad y funcionamiento en la dinámica familiar. Estudios realizados han comparado los niveles de resiliencia en jóvenes trabajadores y universitarios, concluyendo que contar con un buen nivel de estudios es un factor importante ante la adversidad. Esto avala la necesidad de estimular y promover dicho aspecto en esta población. Por otra parte, el concepto de sentido de coherencia expresa los recursos que un individuo puede tener para afrontar las adversidades del medio. Se ha encontrado que los adolescentes que presentan estas características presentan menor índice de emociones negativas, estrés, depresión y ansiedad, pudiendo sortear estrategias de afrontamiento más efectivas (Castro Solano, Brizzio & Casullo, 2003; León, Montes, González, Zamora, & Orozco, 2020; Waisman & Benabarre, 2017).

3.1 Abordaje sistémico

3.2.1 Breve historia del modelo y conceptos básicos

La terapia sistémica forma parte de las conocidas como terapias breves las cuales surgieron a finales de la Segunda Guerra Mundial (Ceberio & Linares, 2010). Produjo un cambio de paradigma que se impuso para resolver problemas que no se habían logrado hasta el momento y así ofrecer un conocimiento de mayor expansión. El pensamiento de Bateson, quien ha sido uno de los inspiradores de la terapia sistémica, sus teorías y nociones, se inscribe en estos términos. Otros aportes fueron: el constructivismo social de Mead, la teoría general de los sistemas de Bertalanffy, la teoría cibernética de Wiener, la teoría de la comunicación humana de Watzlawick y los aportes de Erickson, la teoría de las interacciones humanas de Cooley (Wainstein, 2006, 2016).

El terapeuta sistémico presenta recursos tales como las preguntas circulares que incorporan al vínculo terapéutico la posibilidad de autorreflexionar y sentirse involucrado en las acciones y reacciones que de él sucedan. Este aspecto es importante ya que en otros enfoques terapéuticos el cuestionamiento suele ser individual, sin mucha interacción. Proponer objetivos a corto plazo e introducir intervenciones pragmáticas, brindan una dinámica de interacción que promueve el cambio. Dos elementos más, son importantes en todo terapeuta sistémico: la flexibilidad, entendida como aquella capacidad de acomodarse a diferentes situaciones sin presiones y la creatividad que impacta directamente en la primera y propone estrategias o sugerencias que aún no hayan sido intentadas por los consultantes buscando plasticidad y apertura (Ceberio & Linares, 2010).

El modo de construir la consulta incluye las relaciones y las creencias que se sostienen afirmando que los comportamientos problemáticos de un individuo pueden estar conectados con el grupo de pertenencia o tener alguna finalidad. El interés por abordarlo desde la circularidad, proporciona una mirada diferente a las tradicionales terapias individuales, dándole lugar a la inclusión de la familia o de otros grupos significativos. En esta construcción del problema se incluirá la historia evolutiva, las constelaciones, el genograma y el ciclo vital como herramientas necesarias para su comprensión. Es apropiado traer a la familia para comprender la dinámica en acción y aclarar en muchas ocasiones, malos entendidos. El funcionamiento en su totalidad, la interacción familiar y las etapas del ciclo vital suelen ser motivos de consulta frecuente para un abordaje de estas características. Por lo tanto quien realice la terapia sistémica, debe entrenarse y experimentarse en el trabajo con diadas, parejas, familias, individuos

y constelaciones (Canevaro, 2010; Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2010; Murphy & Hecker, 2020; Wampler & Patterson 2020).

Para una mejor comprensión del consumo problemático de sustancias desde la terapia sistémica, deben definirse algunos conceptos centrales. Uno de ellos es el de *sistema* el cual presenta no solo una estructura sino también, intercambios e interacciones resultantes; se refiere a un conjunto interrelacionado de elementos que incluiría desde objetos hasta personas, con características propias tales como: las partes actúan en conjunto y se encuentran relacionadas, entre sí, por lo tanto, lo que afecta a una de ellas también lo hace en la totalidad formando una Gestalt; las relaciones son recíprocas; los resultados pueden ser diferentes en las distintas partes; el comportamiento de cada parte depende al menos de otra; ninguna presenta efectos independientes sobre el todo; los comportamientos no son atribuibles a sus subsistemas y su desempeño depende del modo en que se relaciona con su medio (Kalina, 2006; Wainstein, 2006).

Los trastornos mentales pueden ser abordados como trastornos de la comunicación presentando a su vez cronicidad y cierto grado de éxito, lo que implica explorar la creatividad de la relación terapéutica considerando su importancia para el cambio; cambio que todo terapeuta sistémico cree que puede suceder por enfatizar aspectos positivos y estimular intervenciones para conseguirlo. En el caso particular de las adicciones, filosóficamente se contemplan estas dificultades en la comunicación y expresión como parte de su definición. La psicoterapia sistémica es imprescindible señalando como recursos propios del modelo: la prescripción del síntoma, la identificación de paradojas comunicacionales, la delimitación de estructuras jerárquicas, la identificación de alianzas y luchas por el poder, el ensayo de meta-alternativas, la interacción guiada y el modelado familiar (Ceberio & Linares, 2010; Espósito, 2020; Sáenz Rojas, 2003; Wainstein, 2006).

La comunicación es un proceso complejo de interacciones en donde se involucran aspectos cognitivos y emociones que no se pueden fijar, depende de la construcción personal de cada terapeuta, la idiosincrasia y el vínculo que se realice con el paciente y/o la familia. Se estudia a la persona en relación, a contrapartida de estudiarla en forma aislada, otorga información enriquecida en amplitud. La interacción que establece el individuo con su medio requiere de la comunicación como elemento indispensable que deviene de un intercambio con el mismo. La propuesta de la

cibernética descubre el concepto de retroalimentación como una cadena de hechos que abandonan lo lineal, para convertirse en un sistema circular que no tiene principio ni fin y que funciona para comprender las relaciones interpersonales. De esta manera, no existe un hecho que ocurre primero, sino que se influyen mutuamente. La retroalimentación puede ser positiva o negativa e impacta en la estabilidad o desestabilidad del sistema (Ceberio & Linares, 2010; Watzlawick, Helmick Beavin & Jackson, 1985).

Los *axiomas de la comunicación* están propuestos para poder comprender aspectos importantes en las relaciones interpersonales. Estos exponen: la imposibilidad de no comunicar, considerando que todo comportamiento lo hace; el compromiso que implica toda relación, la cual impone conductas y brinda información, la interpretación de los mensajes por el receptor y el emisor que se afectan mutuamente (de ahí su carácter bidimensional); la importancia tanto de la comunicación no-verbal (analógicos) como el digital (verbal); la existencia de elementos simétricos y complementarios en función de la relación, el poder y el rol que se tenga en ella. La comunicación es fundamental para la vinculación y la expresión humana (Espósito, 2020; Watzlawick, et.al., 1985).

La *entropía* y *negentropía* son otros dos conceptos importantes a definir relacionados con la teoría de los sistemas propuesta por Von Bertalanffy (1976). Ambas se entienden como medidas de probabilidad en donde la entropía como medida del desorden, debe aumentar al máximo para luego detenerse y lograr el equilibrio. Esto suele ser algo improbable, por lo tanto, se entiende que la tendencia al máximo desorden es la distribución más probable. Los sistemas abiertos, como podría ser el de cualquier organismo viviente, incorpora y elimina constantemente, construyéndose y deconstruyéndose sin conseguir un equilibrio. En los sistemas cerrados, hay una constante destrucción de orden, en cambio en los sistemas abiertos además de la irreversibilidad, se tiene la posibilidad de entropía negativa. Los sistemas abiertos en estado uniforme logran organización y orden, evitando la entrada de entropía.

3.3.2 Especificidades en el tratamiento de las adicciones

Desde esta perspectiva entonces, se considera a la adicción como un elemento necesario para mantener la estabilidad de un sistema familiar así como también se

transforma en la única respuesta posible a los conflictos. Esta estabilidad que se sostiene por el ciclo adictivo y la retroalimentación, se conserva como patrón familiar que involucra al menos a tres miembros de la misma. Este patrón se puede visualizar, por ejemplo, cuando el consumidor mejora, los padres se separan y cuando el consumidor empeora, los padres deben focalizarse en él para salir adelante. El enfoque biomédico puede dejar por fuera cuestiones terapéuticas importantes como éstas para el tratamiento de las adicciones, siendo una realidad de mayor complejidad. El enfoque sistémico permite abordar el cuadro considerando interacciones, dinámicas y personas del entorno de quien consume que están directamente involucrados (Dois, 2020; Stanton & Todd, 1988). Si se comprende el consumo de drogas como un mensaje que comunica elementos de su contexto, de sí mismo, como una conducta o comportamiento que presenta consecuencias para su medio relacional, se debe intervenir en estos mecanismos a través de la terapia para posibilitará modificaciones en el proceso de recuperación. El consumo agrava y distancia al individuo recluyendo sus palabras y sentimientos (Abeijón, 2008; Espósito, 2020).

Bateson (1972) ofrece una hipótesis sobre el alcoholismo donde desarrolla una lógica que comprende la teoría de los sistemas, la cibernética y los 12 pasos de la teología de los Alcohólicos Anónimos que se utiliza para correlacionar con otro tipo de sustancias. Expone que las causas del consumo se pueden encontrar en la vida sobria del alcohólico, siendo que habría algún error o patología en esta vida que lo impulsa a beber o también podría existir un entorno intolerable, siendo de alguna forma, vulnerable a un escape anestésico con resultados insatisfactorios. Sostiene también que no es posible separar las creencias de la acción en donde cada individuo construye su experiencia. Por lo tanto, el consumo se presenta como una alternativa, que requiere combatir el autocontrol o la lucha contra la tentación, que precisa de una experiencia de derrota y de un “tocar fondo” que se traduce en un cambio epistemológico, muy alejado de una rendición o el dominio, particular en cada persona. Explica que el cambio se da por la diferencia en la premisa del “Yo puedo”, rechazando de esta forma la proposición de un “Yo no puedo” o “Yo logré”. El individuo con este consumo problemático de alcohol se pone a prueba y revelando su orgullo, intenta consumir de manera social, siendo ésta su primera presunción o riesgo. Existe entonces, una relación simétrica en donde el aumento de la conducta estimula el aumento de la otra, virando a ser complementaria. Presenta tiene una dicotomía entre mente-cuerpo y es ahí donde se da el doble vínculo.

El circuito de retroalimentación positiva impulsa a la persona en la dirección de sus síntomas; en este caso, llevar a los pacientes a que descubran que no existe tal control y requieren ayuda. Es por ello que tocar fondo en cada persona es diferente y algunos hasta pueden morir antes de contarlo. Al final de su teoría brinda un paralelismo con los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos y refiere que su hipótesis puede que no opere para todos por igual, contemplando el caso por caso.

Se observa en muchos casos que la expresión propia de los que consumen drogas es vista en la delincuencia, la prostitución, la alteración en el rendimiento escolar y las crisis vinculares. Hoy no solo se observan en sectores marginados sino también en sectores evolucionados y sin límites de edad. La sociedad en continuo cambio instala este tipo de conductas que devienen de cambios sociopolíticos, económicos, entre otros. Esta población se encuentra expuesta a factores de riesgo necesarios de abordar desde una perspectiva que contemple la necesidad de cambiar dichas conductas abusivas (Ravazzola, 2015).

Si bien el abordaje que actualmente se utiliza contempla la incorporación de la familia en el tratamiento, no resulta algo sencillo, siendo para algunos individuos, una excusa para abandonar el camino hacia la recuperación. En dicha consulta las investigaciones sostienen que la prevalencia de varones en esta problemática, pero en los últimos años, se observa un incremento en el consumo por parte de las mujeres incluyendo en momentos como el embarazo o posteriormente al nacimiento de los hijos. La familia es mediadora de la cultura, por lo tanto, debe tomarse como un subsistema abierto que se integra dentro de un sistema general regido por leyes propias, contemplando la singularidad más allá de los aspectos generales que se puedan sistematizar y considerando al paciente que consume como un emergente de una dinámica familiar disfuncional (Abeijón, 2008; Cócola, 2018; Kalina, 2006).

Por lo tanto, implicar la red familiar y social, con participación activa, facilita el trabajo terapéutico ya que el individuo en situación de consumo se siente parte de un problema en donde cada integrante tiene su aprendizaje. Los cambios entonces, establecen una mejor adherencia y permanencia, junto con la psicoeducación se buscará mejorar la situación y conseguir el éxito. Se mejoran de esta forma aspectos de la comunicación, de las relaciones vinculares y se generan nuevos recursos para la resolución de conflictos. Al ser una enfermedad que ocasiona deterioro psicorgánico y social, es necesario de un abordaje que contemple al individuo en estas dimensiones ya

que las causas pueden ser múltiples, complejas que interaccionan produciendo el desorden adictivo. La alianza entre la familia y la institución es fundamental para el trabajo conjunto en donde se los orienta y capacita para comenzar a actuar de manera diferente (Ravazzola, 2015; Waisman & Bernabarre, 2017)

Una de las técnicas que más se utilizan en el tratamiento de las adicciones, es la *dramatización* entendida como instrumento posible de utilizar por los pacientes y familiares para expresar situaciones ligadas a su problemática que le promueven un darse cuenta de sus dificultades con alternativas por fuera de la palabra. El *diálogo co-terapéutico* permite ampliar la mirada de todo el sistema durante las entrevistas y los grupos. También se debe utilizar la técnica de *enfoque* ya que en muchas ocasiones la familia o el individuo puede provocar una distracción trayendo un tema que también sea relevante en la dinámica, con el objetivo de persuadir y maniobrar hacia otra dirección. En la misma línea, el *desequilibramiento* también puede resultar efectivo para este tipo de familias, incorporando nuevas modalidades de interacción y visión, desestructurando la rigidez (Abeijón, 2008; Minuchin et al., 1984; Ravazzola, 2015).

Se puede dar una dinámica familiar, en los inicios del tratamiento que presenta tres elementos importantes: paciente, sufrimiento y síntoma. Quién porta el síntoma (el paciente en situación de consumo) no suele estar presente en la primera consulta, por lo tanto, el paciente es quien la realiza depositando en un otro el sufrimiento. Por ejemplo: la consulta la realiza el padre (paciente) quien solicita ayuda por su hijo (síntoma) para que la madre deje de sufrir (sufrimiento). Esta disociación es la que desborda los límites de tratar solo al paciente que presente el consumo problemático y contemplar la red (Abeijón, 2008).

Se considera necesario dentro de la terapia sistémica, abordar otros aspectos además de la problemática de consumo, escuchar las preocupaciones del paciente, evitar la incomodidad y la actitud defensiva que podría ocasionar el abandono prematuro del tratamiento. En mujeres que consumen drogas se ha observado que había otras urgencias como la crianza, las necesidades básicas, traumas, el cuidado de los hijos; siendo estas preocupaciones vitales. Refieren que etiquetar por el hecho de enfocar el tema concreto es un enfoque prematuro y tramposo, salvo en aquellos que le resulta como parte de la autoaceptación (Miller & Rollnick, 1999).

En una entrevista inicial, es posible que el terapeuta pueda detectar si el consumo es problemático, si este es identificado o no como tal. En casos donde es los

familiares pueden asumir este compromiso, el terapeuta debe considerarlo para la efectividad terapéutica, evaluando la función y la relación existente con el mismo, la preocupación, el manejo que han tenido hasta el momento y cuando ha perjudicado a la familia y al individuo. En casos donde el terapeuta considera que el problema del consumo es importante pero los miembros de la familia no lo observan como tal, se debe considerar como hipótesis preliminar antes de conducir el tratamiento en esa dirección, así como también indagar cuestiones relacionadas con el consumo en otros miembros de la familia (Midori Hanna & Brown, 1998).

3.1.3.1 Obstáculos y dificultades

Es posible que uno de los factores que mayor incidencia se observa en esta problemática sea la adherencia al tratamiento y el abandono. Dificultades tales como: la falta de autopercepción de mejoría, falta de registro o minimización del problema y la ausencia de comparación con el inicio al momento de la consulta. También se observa que la reducción del consumo o el abandono de la sustancia sin un trabajo terapéutico de concientización, haciendo hincapié en la importancia de la psicoeducación como herramienta que sostiene un proceso que explica las implicancias del tratamiento, para muchos individuos desconocidas, puede resultar un obstáculo para la continuidad. Otro aspecto que suele ser señalado es la falta de motivación que debería ser abordada y promovida por los profesionales. En menor medida, la falta de tiempo, el exceso de visitas médicas, los olvidos de las mismas u otros impedimentos de esta índole pueden ser motivos que perjudican el seguimiento (Calvo García, Costa & Valero Piquer, 2016; Waisman & Benabarre, 2017).

Abeijón (2008) sostiene que en la demanda se pueden encontrar dos casos a considerar que pueden tornarse obstáculos si no se lo tiene en cuenta. El primer ejemplo sería encontrar familias que presentan un relato florido en alarma y drama, obligando en cierta forma al terapeuta a buscar soluciones agrandadas, imposibilitando los propios recursos de quienes consultan, reforzando así la impotencia. La inexperiencia del profesional tratante puede generar que se intente brindar este tipo de soluciones inadecuadas. Por otra parte, la falta de emotividad en el discurso, sin matices ni energía, muestra una familia amorfa, incapaz de expresar algún sentimiento, estatificando las posibilidades de cambio.

Las dificultades que se presentan en el tratamiento familiar de las adicciones en las primeras etapas, está relacionado con el restablecimiento de la armonía en la dinámica de las relaciones familiares. Las situaciones que se presentan como obstáculo son: una red de apoyo inexistente, problemas de adicción o trastornos mentales en otros miembros de la familia, la negativa de la familia a involucrarse en el proceso de tratamiento y rehabilitación, y la negativa del entorno social del paciente con la misma problemática. Otras cuestiones que pueden suscitarse en el proceso del tratamiento familiar: los sentimientos de culpa, la restauración de jerarquías, falta de confianza en el paciente que presenta el consumo, formas inadecuadas de comunicación. Es necesario darle instrucciones a la familia y superar las barreras para garantizar el afecto, la solidaridad y la comunicación positiva del ambiente (Zapata Vanegas, 2009).

En un estudio se plantearon los obstáculos que se presentan en el tratamiento por consumo problemático relacionados con la familia y la red, entre los cuales se destacaron el abuso psicofísico, la problemática familiar por abuso de alcohol y drogas por parte de algún familiar, falta de apoyo o negativa en la participación, separación y/o ruptura estructural de la familia, falta de educación y prejuicios. Estos obstáculos inciden en la toma de decisiones y límites, en la capacidad para apoyar al paciente que consume o facilitar el acceso al tratamiento (Souza-Machorro, 2009).

El estudio señalado anteriormente plantea en sus conclusiones la importancia de la participación de la familia en estos tratamientos, siendo la ausencia o falta de compromiso, una dificultad en la recuperación del adicto. Cuando se los deja solos en el proceso de la desintoxicación y se los abandona, el retroceso es importante. El rechazo y la negación de la familia también es una dificultad en el proceso; esto genera que el paciente también renuncie a su recuperación. En menor cantidad, pero siendo otro factor que se destaca como obstáculo, es la distancia la falta de dinero y de accesibilidad al centro de atención, provocando el abandono del tratamiento. En etapas avanzadas los deseos de consumir nuevamente, la prevención de las recaídas y la manipulación, son aspectos que requieren del compromiso familiar para el control y la eficacia en la recuperación (Velázquez Cedeño & Cevallos Arteaga, 2020).

La delegación es uno de los aspectos que suele aparecer como dificultad en las primeras etapas del tratamiento. La familia y el paciente concurren con el lema de haber fracasado en sus intentos por mejorar la situación, depositando en el terapeuta la curación y quitándose de esta forma, la responsabilidad. El deseo mágico de buscar a

alguien que solucione los problemas con el menor esfuerzo posible, se encuentra repetitivamente en la dinámica familiar buscando convencer al terapeuta de la especificidad de su propio caso. El profesional tratante debe correrse del protagonismo de “experto” que le brinda la familia y el paciente, desactivando la pasividad tentadora que los invade para evitar que los padres descansen en él y no se ocupen. Con la delegación lo que se consigue es quitarle la posibilidad y el compromiso a la familia y al paciente de sus propios cambios, su tratamiento y las soluciones, haciéndolos aptos de la problemática (Abeijón, 2008; Ravazzola, 2015).

Es probable que la falta de información, comprensión y psicoeducación de las adicciones perjudique el tratamiento, así como también se observaron dificultades en la resolución de problemas, automonitoreo y autorregulación, registro de las consecuencias negativas, razonamiento poco reflexivo. Estos factores perjudican las expectativas y afectan el cumplimiento del proceso (Waisman & Benabarre, 2017).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

El estudio es de tipo descriptivo.

4.2 Participantes

Se trabajó con 14 participantes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 30 y 60, con más de tres años de experiencia en la Institución, con orientación sistémica:

- Cuatro licenciados en psicología
- Tres psicólogos sociales que coordinan grupos de pacientes en diferentes etapas del tratamiento
- Tres operadores terapéuticos que realizaron su tratamiento como pacientes o familiares cuyo rol en la misma es de coordinación de grupos de pacientes y/o padres y admisión
- Una terapeuta de familia que coordina grupos de padres
- Una supervisora institucional

- Una médica especialista en psiquiatría
- El Coordinador docente que es licenciado en psicología, realiza entrevistas familiares de diferentes pacientes en todas las etapas.

También fueron participantes familiares y pacientes fueron de jóvenes y adultos, de ambos sexos, en edades comprendidas entre 18 y 45 años, de distintas etapas del tratamiento, acompañado por familiares (padre, madre, hermanos/as y/o novia/o).

4.3 Instrumentos

- Entrevistas semi-estructuradas en modalidad de video llamada a profesionales de la Institución de 45 minutos de duración, aproximadamente, en tres ejes. El primer eje estuvo relacionado a la experiencia en la temática, especificidades y características de las familias que asisten a la Institución, diferencias con otras problemáticas; el segundo eje se vinculó con su rol particular, las dificultades propias de esa etapa del tratamiento que coordina y su modalidad de intervención; el tercer eje indagó las dificultades que observan en las familias a los inicios del tratamiento.
- Cuestionario online dirigido a psicólogos y operadores terapéuticos de la Institución. Constó de preguntas para responder estructuradas en tres ejes. El primer eje fue sobre la importancia del abordaje familiar en el tratamiento de pacientes con consumo problemático de sustancias y aspectos necesarios a considerar; el segundo eje se relacionó con las dificultades en el abordaje familiar con pacientes de estas características y en sus diferentes etapas; el tercer eje se examinó las características específicas de las familias que asisten a la Institución y su particularidad con la problemática. (Anexo I).
- Observación no participante de entrevistas familiares de pacientes, entrevistas a profesionales, grupos terapéuticos, foros y encuentros virtuales desarrollados por la Institución. Se realizaron reuniones posteriores con el Coordinador de la práctica con anotaciones de campo.

4.4 Procedimiento

En una primera etapa se realizó una entrevista de una hora de duración aproximadamente, con el Coordinador de la práctica y se procedió a la lectura bibliográfica. Luego comenzaron los encuentros virtuales con quienes el Coordinador consideró necesario, oportuno y adecuado. En dichos encuentros, se observaron entrevistas familiares y grupos terapéuticos de las distintas etapas del tratamiento en modalidad de observación no participante, se recolectaron datos con anotaciones de campo.

A continuación, se estableció contacto con los siete miembros de la Institución (el Coordinador, dos operadores terapéuticos, tres psicólogos sociales, la supervisora institucional) que ofrecieron su predisposición para la realización de entrevistas semi-estructuradas. Las mismas se realizaron por medio de videollamadas telefónicas de 1 hora de duración.

Posteriormente el Coordinador estableció contacto con otros siete participantes (cuatro licenciados en psicología, un operador terapéutico, una médica especialista y una terapeuta de familia) a quienes les entregó el cuestionario online, autoadministrado, anónimo, de 20 minutos de duración, aproximadamente en enlace virtual (Anexo I). Luego se recolectó la información. La participación de todos fue voluntaria, no remunerativa.

5. Desarrollo

5.1 Características de los sistemas familiares de pacientes con consumo problemático de sustancias a los inicios del tratamiento

Si bien, al decir de Kalina (2006) se debe contemplar la singularidad de cada familia, con su historia, su contexto, su sistema relacional y sus particularidades psico-socio-económicas, la totalidad de los profesionales encuestados afirmó la existencia de características comunes en las familias que asisten a tratamiento por la problemática del consumo de sustancias en los inicios del mismo. Se pudieron analizar cinco categorías: la primera, en donde se observa una falta de límites y/o autoridad de los padres, conflictos y alianzas; la segunda, negación de la situación y roles invertidos; la tercera, ambivalencia en el accionar (por ejemplo, “hay que echarlo”-“pobrecito”) y sentimientos negativos; la cuarta, falta de expresividad en las emociones, secretos y

ocultamientos; la quinta, intentos de control, comportamientos que sostienen la adicción, etiquetamiento y red pobre. En palabras del Coordinador de la Institución, a cargo de las entrevistas familiares, globalmente se refirió a estos sistemas con *características de ocultamiento, violencia, falta de límites, funcionamiento temeroso, “no hablan”*.

En cuanto a la primera categoría, los profesionales encuestados refirieron que la falta de conducción familiar de los padres, la falta de autoridad y empoderamiento, la falta de límites y acompañamiento, son características significativas de estas familias. El Coordinador en su entrevista, hizo referencia al encuentro de sistemas familiares anestesiados, estado que no promueve vislumbrar una salida o solución: *este tipo de familias vienen anestesiados. Es un patrón común. Esta Institución va al revés del consumo, el consumo va hacia la anestesia emocional*. Esposito (2020) explica esta anestesia como una falta de asertividad que conduce a estos individuos a consumir. Es por eso que según Ravazzola (2015) llegan a consulta abrumados por un clima tenso, desordenado y por momentos, hipnótico que puede ser una trampa para el terapeuta ya que buscan delegar el problema o se sienten incapaces de hacerlo. El Coordinador continuó refiriendo que *cuando alguien actúa y piensa por el otro, no se hacen cargo de nada. Este patrón de no hacerse cargo aparece en todas las familias que concurren a nuestra Institución*. El profesional a cargo de los grupos de padres de las primeras fases del tratamiento también hizo referencia a esta situación, explicando que es necesario *poner en remojo cuestiones a trabajar. Que los padres puedan lograr hacerse cargo de sus cosas y no de aquello que tienen que hacerse cargo los chicos, por ejemplo*. La particularidad que ofrece el grupo que coordina padres de distintas fases, a cargo de una mamá de un paciente recuperado y psicóloga social, brinda un espacio terapéutico en donde padres más avanzados ayudan a otros padres nuevos a emponderarse: *los padres en grupo de orientación se van entrenando en salir de un lugar de sumisión y sin capacidad de creer en sus convicciones. Es la restitución comunitaria, en donde la comunidad es la que ayuda*. El Coordinador agregó que *las personas que aparentemente son causa del problema, son los mismos agentes de salud, los responsables, los que va a ayudar a que se recupere. Entonces se vuelve a restituir la misma función*.

El admisor, expaciente recuperado y profesional a cargo de grupos de jóvenes y adultos en recuperación, sostuvo que es en esta fase donde se observan esas cuestiones,

tenés que trabajar para que se den cuenta que tienen autoridad. Tienen que lograr que los chicos empiecen el tratamiento y ahí creen que ya está. 20 normas que la Institución le da y los padres se relajan porque piensan que uno ya le está poniendo límites. Cuando la familia no puede dar límites, empiezan a haber problemas. No se abandona este rol. Por lo tanto en la Institución, según el admisor, viven una experiencia de volver a transitar la construcción de una relación distinta donde los padres aprendan a poner límites, los hijos a aceptarlos y los chicos aceptar su lugar y cuidarse.

Otro aspecto de esta categoría se refiere a los vínculos, encontrando la existencia de conflictos y deterioro en los mismos a los inicios del tratamiento. El Coordinador se refirió a ellos en tanto que *las familias en sus dinámicas y vínculos quedaron enredadas en algo, que traba el crecimiento. Necesito saber de qué pielines tengo que tirar para que se desenreden. La metáfora de la enfermedad no nos es muy útil para no inculpar. En el proceso de las mujeres con esta problemática es muy diferente, los diálogos entre sus conversaciones es que ellas son sensibles a dos cosas: a los afectos con su mamá y su papá y a lo concreto de creer que para ser elegidas por los varones, tienen que tener una serie de características que tienen que ver con el consumo.* Miller y Rollnick (1999) marcan sus diferencias en las mujeres que presentan problemática de consumo siendo otros sus temas de interés terapéutico. Luego relató dos casos: el primero, una joven de 20 años en etapa avanzada de tratamiento, quien en su entrevista familiar reflexionó acerca de los vínculos, observandolos más fortalecidos gracias al proceso terapéutico. La paciente también hizo referencia a la importancia de trabajar la presencia de otros familiares que se encontraban con un consumo excesivo de alcohol y cigarrillo. El segundo caso, un adolescente que se encuentra en etapa de orientación-admisión, en donde la familia presentó *una comunicación básica, con vínculos flojos. Es el típico chico que es traído en peso muerto, poco participativo, medio deprimido, con un padre que ve el diagnóstico como un monstruo. J tiene la opción de estar ahí, por más que sea traído por sus familiares, se esta trabajando que puedan conversar diferente, ordenar los conflictos y bajar la impulsividad.* Lo vincular es importante trabajarlo en los inicios ya que en palabras del admisor se puede *ver por donde entrar con estas familias. Cuando hay familias que no quieren y el chico si, hay que buscar que se pueda construir un vínculo.* La Supervisora Institucional realizó una profunda lectura en relación a esta variable cuando expresó que *se buscar salir de la rigidez y los roles estáticos, que puedan salir del encasillamiento. Cuando los padres empiezan a ir*

a la Institución, comienzan a vincularse de otra manera, no solo evitar el consumo, también comienzan a llegar a horario, se crea un espacio de comodidad, se sienten escuchados. Vienen de una dinámica de valores en donde deben ser fuertes y se sienten solos, empiezan a vivir otras sensaciones más humanas. Se pueden resumir estas características retomando la entrevista que se realizó con la profesional a cargo del grupos de padres cuando reconfirmó que *como primer punto, la puesta de límites esta siempre. De diez padres nueve los ponen mal, con violencia o cero empoderamiento de ese rol. El trabajo es que vuelvan a esa autoridad con amor, que es tan difícil. Porque a veces el vínculo quedo muy distanciado por la forma anterior que tenían. Hay que tener mucha paciencia, los padres llegan mal y estan muy tomados por posiciones culturales y por lo que atraviezan en ese rol. Se puede dejar de lado la idea ilusionista y fantasiosa que vislumbra Abeijón (2008) en otorgarle a un otro la responsabilidad y la magia casi instantánea de la “curación”, implicando a quienes consultan en su propio proceso terapéutico.*

En concordancia con cuestiones que hacen referencia a lo vincular, la presencia de las madres en las primeras consultas es recurrente, siendo ellas quienes activan la alarma y asisten a la Institución por pedido de ayuda. El adisor en su entrevista refirió que: *cuando traen al hijo es el primer elemento que permite bajar la ansiedad en los padres. Suelen consultar las madres. En algunos casos, los padres tienen mayor conciencia pero están ausentes. Los padres tardan en participar en el tratamiento de sus hijos. Por su parte el Coordinador agregó que es necesario: trabajar en las madres el autoestima, porque son ellas las que se dan cuenta de su hijo adicto. El adisor reforzó que la presencia de las madres como característica común permite que los padres puedan revertir su accionar en el transcurso del tratamiento: hay una tendencia que habitualmente las madres son las más preocupadas y ellas convocan a los padres. Cuando están juntos, el señor viene traído por su mujer. Vienen con mucha resistencia los varones; se les va cuando van viendo como está armado el contexto, como se trabaja. La Supervisora Institucional realizó un análisis profundo sobre esta característica: lo que se ve es vivimos en una cultura patriarcal, los hombres proveen y las mujeres son las que crían a los hijos. La mayor conexión la tiene las mujeres. El rol afectivo lo tiene la madre, es una madre arrasada, viene al grupo muy agotada. Les preguntamos: ¿Quién puede venir con vos?, ¿Tiene papá? Y responden –Si, pero nunca se hizo cargo, está ausente-. Ahí ya ves que puedes tener una lectura familiar.*

Con respecto a la segunda categoría, los encuestados refieren que las familias, de diferentes modos, han dejado que la persona que consume perjudique a todo el sistema, haciendo hincapié en la delegación y la negación del problema. El Coordinador hizo referencia al explicar que los pacientes *les piden plata, son vagos, hay maltratos, robos, el sueño y la alimentación están desordenados. Es una vida desgraciada que la naturalizan y la justifican. Tengo el caso de una madre que refiere que su hijo, por ser músico, se encierra en su realidad y así lo justifica.* Otro aspecto de esta categoría se encuentra relacionada con la anterior, en cuanto a los roles invertidos en el sistema familiar. En la entrevista con la Supervisora Institucional se dieron ejemplos en los cuales esto se visibilizó: *con ese señor paso algo que no pudimos corregir, la hija lo rechazaba pero el participaba del tratamiento, se pasó dos años reclamándole el lugar que ella no le daba. No pudimos lograr que el papa no deje de pedir sus derechos desde el rol de reclamo, nunca pudo llegar a la hija. No se pudo lograr que la hija y el padre cambien sus roles. Se agarró cumplimiento de las normas y no se pudo poner en el rol de padre verdadero. Ese es el riesgo del tratamiento. Tienen que vivir algo auténtico no porque lo diga la Institución.* Ravazzola (2015) utiliza la metáfora del “envase-contenido” para referirse a las familias en las cuales el desempeño concreto de los padres no condice con su rol. Puso como ejemplo habitual la presencia de una madre que no se hace cargo de las consecuencias, ubicándose en un rango jerárquico menor junto con un padre ineficaz que también se ubica en el mismo lugar y un hermano que porta el rol de la responsabilidad.

En cuanto a la tercera categoría, se pudieron visibilizar ambivalencias en el accionar de los familiares en casos relatados por el Coordinador. El caso M, un joven que vino del interior a hacer tratamiento cuya familia se traslado a Buenos Aires con este objetivo, integrada por dos hermanas mujeres y un hermano que se había quedado el interior, un padre que lo ubica en el lugar de responsabilidad y una madre que se opone, sobreprotegiéndolo: *se usó la metáfora del bebé con una madre y M no supo que decir, se puso en acto la situación de conflicto. Poner una metáfora sirve para que no sea invasivo o se sienta violento, es diferente a decirle “vos sos un bebé con tu mamá”. Se les pidió un cambio de roles. Se le pidió al hermana/o que lo haga por él, ayudarlo a que ejerciten la capacidad de pensar. Un dialogo. Eso nosotros lo promovemos mucho porque los padres son los referentes y se apunta a las capacidades, no a las incapacidades.* El caso A, es un adulto con poco tiempo de consumo problemático, un

vínculo poco afectivo con sus padres y hermanas en donde se graficó este patrón: *no está acostumbrado a hacer esfuerzos. Va saliendo del rol de “persona que necesita que todos los demás piensen por él”. El padre es sobreprotector, “esta embarazado del pibe”. En A lo repetitivo es la sobreprotección, el ser un bebuto. Siempre lo trataron así. La novia tampoco quiere ser la madre.* Por su parte, el admisor cuenta otro ejemplo en el cual luego de generar confianza, empatía y escucha, se pudo intervenir sobre la ambivalencia en el accionar: *se apunta a las contradicciones. Esa contradicción esta sostenida por alguien, y se termina justificando una realidad. Sacar la anestesia a la autoridad. Para eso, hay que fortalecer a la madre, que se dé cuenta que es la madre, que le estaba pagando todo, le permitió no terminar el secundario, le compró un auto, que mire el poder que tiene, que si no le paga nada el pibe no tiene nada. Lo espiralado no se resuelve en admisión, son capas de fortalecimiento.*

Con respecto a la cuarta categoría, los ocultamientos y los secretos, suelen ser significativos aunque con menor frecuencia que los anteriores. Sin embargo, los profesionales refieren que existen problemas de comunicación, falta o imposibilidad de la misma como un aspecto que suele ser importante y común en estas familias. En cuanto a la falta de expresividad en las emociones, el admisor hizo referencia en que *los pacientes vienen con la bandera del consumo como una filosofía de vida. Muestran una máscara “la psicología no me sirve, no necesito ayuda”. Sostienen el mismo discurso que con los padres, pero también hay otra parte que sabe que está mal.* Relató que un paciente en la admisión, le dijo *consumo marihuana desde los 14 años y consumo todos los días, es mi estilo de vida, descubrí un mundo distinto. Mamá me manda acá, no tengo intención de dejar porque es natural.* La contención emocional y el abordaje específico que requiere un adolescente presenta la necesidad de abordar esta característica (Cócola, 2018; Silvers et al., 2019). En la entrevista, el Coordinador relató el ejemplo de un paciente que venía ocultando su consumo en el grupo *un chico que siempre venía con una sonrisa, estuvo ocho meses mintiendo con el consumo de alcohol, su cambio fue cuando reconoció su conducta. Hay dos tipos de jóvenes: aquellos que les parece "careta" hacer un tratamiento y aquellos que son retraídos.* En lo que respecta a la comunicación, el admisor refirió que en la Institución se trabaja precisamente con *la comunicación, el contacto con el otro, el uso de las palabras, aprender a escuchar a la familia, que palabras usan, cuáles son sus valores que ellos manejan, ser un comodín, tengo que tratar de adaptarme a cada familia. Meternos en la*

cultura de esa familia, a veces no te dejan. Por otro lado, el profesional a cargo de pacientes que transitan la fase B agregó que *los chicos tienen que terminar de ver qué les pasa emocionalmente más profundamente sin consumo y su deseo de querer retomar su autonomía completamente.* Al decir de Wainstein (2006) estos problemas son trastornos de la comunicación, la cual es importante para la vinculación y la expresión (Espósito, 2020; Watzlawick, et al., 1985).

Una parte mínima de los profesionales encuestados hicieron referencia a cuestiones relacionadas con los intentos de control, comportamientos que sostienen la adicción, etiquetamiento y red pobre. Refirieron que en tanto no haya una red de contención que sostenga el tratamiento junto con el paciente, este se debilita, pudiendo incluso abandonar el mismo como excusa (Kalina, 2006): *el paciente debe poseer una red familiar para poder ser acompañados en sus primeros cuidados hasta que pueda aprender a cuidarse con sus propios medios. No se puede trabajar solo con el paciente, hay que incluir la red porque si no el paciente vuelve a consumir. La filosofía nuestra tiene que ver con los vínculos familiares y entre los que se conocen ahí. Los vínculos ayudan.* Bateson (1972) refiere en su hipótesis, que el hecho de ponerse a prueba muchas veces puede provocar una recaída, un tocar fondo. Un ejemplo fue descrito por el profesional del grupo de la fase B cuando relató que *los chicos buscan una autoevaluación, ponerse a prueba. Por ejemplo, escuchar alguna música que nombre el consumo, una peli, recuperar el dinero, volver a ver algún amigo de antes, a quién querrían ver, como se cuidarían, que les pasa con su propia familia.* Por otra parte, el incumplimiento de las normas requeridas, podrían ser entendidas como intentos de control, según los encuestados. Etiquetar al paciente no es una filosofía que promueva el cambio, según el criterio institucional por ello, el Coordinador enfatizó que *la metáfora de la enfermedad no es útil. La enfermedad desde la recuperación no sirve.* La existencia de comportamientos que sostienen la problemática del consumo está siendo atendida a lo largo del proceso. Estos aspectos presentaron poca injerencia en la recolección de datos aunque no dejan de ser mencionados por los profesionales.

Estos escenarios plasmados en las categorías mencionadas junto con los aportes propios de la Institución, corroboran los estudios realizados durante muchos años vigentes hasta hoy acerca de las características comunes que los sistemas familiares con este tipo de trastornos, presentan (Velázquez Cedeño & Ceballos Arteaga, 2020; Cocola, 2018; Ruiz Candina et al., 2014; Sáenz Rojas, 2003; Stanton & Todd, 1988).

5.2 Características del abordaje familiar en las distintas etapas del tratamiento ambulatorio para pacientes con consumo problemático de sustancias

La evidencia en la efectividad que refiere Cocola (2018) acerca del abordaje familiar sistémico en este tipo de trastornos, pudieron ser constatadas en las encuestas realizadas a los profesionales de la Institución. El total de los encuestados se refirió a dicho abordaje como necesario e indicado, brindando su acuerdo unánime. Se encontraron respuestas que justifican esta premisa tales como: *la adicción de un hijo se construye dentro de un sistema familiar y también su salida; son vínculos amorosos importantes que van a acompañar y participar de conversaciones que ayuden a destrabar enredos; son referentes, aliados en la búsqueda de las experiencias que ayuden a quien hace el tratamiento. Es donde se puede trabajar, la posibilidad de una re-vinculación entre los miembros. Desde valores sociales, hasta la reestructuración de los roles; la red de contención con la que cuenta la persona podrá aprender como acompañarlo, sentir que tiene con quién contar dentro de su ámbito durante el tratamiento ya que comparten su vida cotidiana; todo trabajo personal del paciente no es suficiente si no cambia la estructura vincular familiar, para este tipo de dispositivos es fundamental.*

En la entrevista con el Coordinador, se alcanzó a comprender la filosofía de la Institución la cual vislumbra características del abordaje sistémico: *somos seres que necesitamos contacto. Poner el foco en el otro y también en uno. Tenemos que lograr buenas conversaciones. Nos dan pistas. No puedo usar una interpretación porque me ubicaría en un lugar de autoridad que no sirve. Puedo usar lo que conozco para armar teorías internas, pero al interpretar, estoy invadiendo. Funcionamos sin juzgar. Cuidado con el lenguaje. No trabajar desde la limitación sino desde lo que pueden, desde las capacidades.* Se destacan por su especificidad en el tratamiento ambulatorio siendo pioneros en el mismo. En palabras del Coordinador la define como: *un tratamiento normativizado y por fases, fuimos pioneros [...] Era necesario el trabajo de reeducar y reinsertar a los pacientes en la sociedad. El problema lo encontraban los pacientes cuando volvían a sus casas. [...] Crearon un modelo desde el abordaje familiar para que no se tengan que internar. Se recuperó al chico y a la familia como verdadera escuela de vida.* La Supervisora Institucional ofreció su aporte agregando que

el tratamiento es *un trabajo de sensibilización y humanización. Solo en casos puntuales se hace tratamiento individual, sino todo es grupal.* El admisor agregó entonces que *es clave salir del rol estático del terapeuta en donde se ubica en un lugar abstracto, mostrarse humanos.* De aquí, la propuesta de Waisman y Benabarre (2017) sobre este dispositivo como el indicado para practicar las herramientas in-situ, incluyendo la red, el contexto y la familia.

Ceberio y Linares (2010) describen aspectos que debe tener el terapeuta sistémico que el admisor destacó *el arte del terapeuta en el proceso de admisión está en el humor y en que el paciente no se sienta perseguido sino convencido de querer cambiar.* A su vez, se nombraron técnicas que fueron descritas como efectivas por parte del Coordinador en el abordaje familiar con estos trastornos: *la intervención por excelencia además del psicodrama es el diálogo, en todas sus versiones, ante cualquier conflicto, el psicólogo busca que se ponga en palabras lo que sucede. En la acción, la dramatización vivencial, produce el cambio. En la charla se cierra, se elabora. [...] nos sirve para entender la dinámica familiar, porque lo sistémico se olvida de lo individual, es relacional. Otra técnica utilizada con las familias son las metáforas [...] buscamos construir el propio marco. La técnica de “Bueno decíselo a él” para decirle al otro lo que piensa. Para Minuchin es la puesta en acto y en psicodrama, es un sociodrama. Hay que hacer algo que les sirva. A veces la familia cree que habló de algo, pero no se profundizó. El terapeuta sería alguien que anestesia la situación, si se mete [...] modificar el patrón en la entrevista. Muchas veces buscan al terapeuta porque les da miedo mirar a los ojos a su hijo o padre. La concretización es otra técnica en donde se trata de ponerle voz a elementos humanos.* Al decir de Ravazzola (2001) y Minuchin et al. (1984), incorporar estas técnicas en el tratamiento disminuye las tensiones, favorece las relaciones ya que se aprenden nuevas y flexibles dinámicas vinculares.

Muchos profesionales plantearon cuestiones que deben ser establecidas al momento de planificar un abordaje de estas características como la alianza terapéutica, concepto que Ravazzola (2015) sostiene como fundamental en este tipo de trastornos. El admisor expresó su idea de invitación como propuesta que fortalece la primera alianza: *la parte afectiva es muy importante. La forma en la que decís las cosas, que están cuidados, la confidencialidad. Se les propone: “Te invito porque no hay obligación, se puede hablar de lo que te pasa más allá del consumo”.* En conformidad, la Supervisora

Institucional también sostiene que: *cuando les pedimos que vengan solos es porque necesitamos crear esa relación de alianza y crear los referentes que nos van a acompañar a lo largo del proceso. Tenemos que lograr un encuentro, una aproximación, una entrada a ese sistema, armar un sistema terapéutico con la familia. Nosotros somos parte, todo lo que pase con nosotros es fundamental para cualquier camino que se tome en ese sistema terapéutico.* El Coordinador, por su parte, enfatiza esta idea diciendo que *al principio necesitamos armar alianza. Ver de qué piolín hay que tirar para desenredar. Mirarnos a nosotros mismos, no solo ser observadores. Preguntarnos ¿Cómo entramos en ese mundo?*

Luego de estas particularidades propias del abordaje, el tratamiento en este tipo de trastornos requiere de etapas las cuales permiten organizar el proceso terapéutico. La primera, según Waisman y Benabarre (2017) corresponde con la suspensión de la sustancia y la evaluación del nivel de motivación del paciente. El contacto inicial, denominada admisión-orientación es fundamental, que en palabras del admisor se realiza *por mail o por teléfono y se pacta una entrevista [...] para conocerse, generar vínculo y empatía. Que se vayan con la idea de cuestionarse algo, sacarse los prejuicios de que “te lavan la cabeza”. [...] se va cambiando ese concepto. No se necesita convencer al paciente, lo va a ir haciendo en el transcurso del tratamiento, si viene es por algo. Se empieza a trabajar el orden de la vida cotidiana, los vínculos, que se puedan comprometer con algo mínimo y lo puedan sostener. Dos meses donde vas trabajando estas cosas. Tengo un grupo que también me ayuda a hacer ese trabajo. Lo importantes es que el chico genere una pertenencia [...]* El Coordinador refiere entonces, que en esta etapa *la consigna es no consumir, pero no se hace screening, por lo tanto, se apuesta bastante a la autoconcientización y responsabilidad. El control es la honestidad. [...] Al terminar la admisión se debe tener una estructura de trabajo y/o estudio que le permite ir a la fase A en la cual debe sostenerla. Sin ocupación no hay fase A. De vicioso a virtuoso. Hay 20 normas pero [...] es un aprendizaje. Llegar a horario, ser honesto, no venir consumidos. Es una forma de decirles: “Respetáme”. Desde ahí se arma un vínculo. Que puedan hablar del consumo sin individualizar la sustancia. Que cada uno tenga su turno. Que no hablen con los padres de lo que se habla en el grupo, que lo remitan al grupo. Los requisitos de admisión son que haya un 5% de autocontrol y una red de contención. Controlar la impulsividad para que no te prenda fuego el grupo, testearlo. Si alguien tiene una recaída se habla y se trabaja sin*

tanto detalle. Se trabaja sobre la conducta que lo llevo a consumo y que impulsos no pudo controlar. Para estos pacientes que presentan todo tipo de síntomas (APA, 2013) sostener un grupo a su criterio, es un logro ya que un chico que es capaz de estar en un grupo, que escuche, en un horario, se sienta escuchado y diga lo que siente es una buena experiencia. También van chicos de la fase C o que hayan tenido una recaída, que los va vinculando con pares y van sintiendo las ganas de cambiar. Cuando los chicos cuentan van reformulando lo que les pasa. El proceso familiar es paralelo al proceso de cada chico y de la Institución. Por su parte, los padres también trabajan en esta etapa en su respectivo grupo. La profesional a cargo del mismo enfatiza que hay mucho trabajo del equipo [...] Lo importante es no juzgar a los padres. El Coordinador agrega que con los padres se busca que se empoderen, pongan límites. Se busca más que dar información, que se animen a traer a los hijos a tratamiento y así también recuperar el lugar de autoridad y poder. Hay testimonios de chicos o padres [...] En esta etapa según Cocola (2018), las intervenciones directivas y la contención emocional suelen estar presentes con gran jerarquía para luego ir flexibilizando el estilo.

Las siguientes fases A, B y C presentan características específicas que pudieron ser recolectadas de las entrevistas a los profesionales de cada una de ellas. Todas estas etapas forman parte del proceso de recuperación y cambio del cual referido por Waisman y Benabarre (2017) desde el modelo de Prochaska y Di Clemente. La primera fase, la A, deben cumplir las normas, fijar la estructura de trabajo y/o estudio, organizar la rutina y continuar con la abstinencia. Por ello el Coordinador sostiene que *se ayuda a la familia a sostener la estructura. Aprenden a funcionar sanamente, a buscar cuales son los elementos que refuerzan el comportamiento, la retroalimentación. Los pacientes cuando pasan a la fase A se comprometen con las normas, delante de todos, es un gran momento terapéutico. Hay que entrenar el ojo para eso.* Este es el entrenamiento exhaustivo del que hablan Wampler y Patterson (2020). A su vez los padres deben trabajar su rol en los distintos espacios grupales y familiares. De esto se trata cuando Torrijo (2013) se refiere en relación a la disfuncionalidad o la funcionalidad, la cual está determinada por la autoridad, los límites y los roles. La segunda fase, la B, las familias ya tienen un trayecto, se profundizan las normas y la honestidad desde un lugar de reflexión, comienzan a ocuparse de otras cuestiones ya que el consumo está más controlado. Se trabaja la resocialización, los vínculos y el ocio. Uno de los profesionales que coordina grupo de esta fase se refirió al mismo como una etapa de *diferenciación,*

exposición y autonomía. Que no sean soldaditos, que piensen, que sientan, que sean independientes. Apuntamos a su vida. El consumo los hace dependientes. Que se hagan cargo, que gestionen su vida social y busquen la forma. La resocialización cumple un rol fundamental en esta etapa, siendo necesaria la red para tal experiencia (Ravazzola, 2015). Por último, en la fase C y la recta final, en concordancia con la funcionalidad de la que se refiere Wainstein (2016) la misma no presenta ausencia de conflicto sino más bien refiere a cómo lo maneja cada sistema. Esto puede vislumbrarse en este trayecto final donde hay una mayor conexión con las emociones, con las dificultades, se profundizan aspectos personales y se conversa del consumo con mayor distancia. Es una etapa de confianza y crisis por encontrarle sentido a aquello que estuvieron trabajando durante el proceso; deben encontrarse con el deseo de retomar completamente su vida. Hay una profunda conexión con el pensarse fuera de la Institución. En palabras del Coordinador, los pacientes *se asientan en su vida. Hay nuevas crisis porque se busca armar el proyecto de vida. Depende mucho de los padres, porque ya es una etapa donde se pueden flexibilizar normas [...] Es una etapa en donde los chicos trabajan lo que les pasa, sin tratamiento. Retomar completamente su vida. Es como encontrarle un sentido a todo lo que hicieron. Están muy apropiados del tratamiento. Es una etapa de profunda conexión.* Otro profesional de esta fase expresó que *el vínculo no pase por el impulso. Socializarse de otra manera, re-socializarse. Los pacientes se movilizan, los padres pueden dialogar de sus propios miedos, hay mayor reflexión y concientización.* Puede suceder al decir de Dois (2020) que aparezcan aspectos propios de los padres como una separación, la cual estaba solapada al ocuparse del paciente en tratamiento.

En relación a los padres, la profesional a cargo de los grupos transmitió su experiencia acerca de cada una de las fases. Se refirió a la fase A como un momento en donde la energía es el orden, trabajar las normas, crear un clima de confianza: *hay que trabajar las emociones de bronca y tener mucho cuidado que el tratamiento no se transforme en un arma [...] que sientan que no son juzgados, mucha compasión y mucha empatía.* En cuanto a la fase B, observa mayor tranquilidad y entusiasmados por el orden, comienzan a flexibilizar los vínculos, se animan a expresar sus sentimientos y se observa la presencia de mayor empoderamiento: *los padres están más receptivos a la escucha; los chicos ya no están en una “terapia intensiva”, están en “sala”. Los grupos se meten más a fondo; empieza la resocialización que es todo un desafío.* Finalmente, se refirió a la fase C como un la más difícil para estos familiares ya que la

Institución se corre de las decisiones y son ellos quienes deben tomar las riendas del tratamiento. Es un momento en donde pueden darse cuenta del proceso, una adaptación de todo lo que vivieron y aprendieron. Se trabaja sobre el afuera como una oportunidad para nuevas experiencias. Se refirió a la recta final en cambio, como un momento muy lindo para hacer preguntas y reflexionar juntos ya que se evocan recuerdos y se comparten trayectos. Para ello expresó: *al inicio de la fase C se vuelve a repetir algún patrón de la fase A. Pero no se puede trabajar cosas que se trabajaron en la fase A porque ni los padres ni los chicos están iguales a ese momento, ya no hace falta ese “yeso”. Se asustan, creen que la Institución les suelta la mano. Todos tienen con que meterse más a fondo [...] entender que para llegar acá hay que tener recursos e iluminarlos ahí. Les da miedo, pero se les dice que por algo llegaron.* Gracias a la importancia que refiere Dois (2020) del enfoque sistémico y su modalidad de intervención, es que es posible trabajar esta problemática contemplando las interacciones, las dinámicas y la red de quien consume. Teniendo en cuenta que el tratamiento al decir de Dekkers et al. (2020) no debe hacerse en soledad, los familiares ocupan un lugar esencial hasta en los momentos finales del mismo, aunque también presenten sus dificultades personales.

5.3 Dificultades en el abordaje familiar de pacientes con consumo problemático de sustancias en las distintas etapas del tratamiento ambulatorio

Se pudieron encontrar dificultades en las distintas etapas del tratamiento, que los profesionales hicieron referencia como propias de este tipo de trastornos con este tipo de abordajes. Se enunciaron algunas dificultades en las encuestas que luego fueron ampliadas en las entrevistas. Una de ellas, es el compromiso y la carga horaria requerida. Aunque Calvo García et al. (2016) lo habían manifestado como un obstáculo que aparece en menor frecuencia, aquí se observa que puede perjudicar la dinámica de la recuperación. Otras dificultades referidas por los profesionales en los cuestionarios fueron: *la delegación de la autoridad, las ideas y actitudes rígidas, los miedos, los sometimientos, la pérdida de confianza en las capacidades de los hijos, los juicios morales, la dificultad para compartir, el manejo pobre de las provocaciones, el desaliento, la falta de humor.* Esto se encuentra en consonancia con otro obstáculo

recurrente como los malos tratos constantes entre sus integrantes, conflictos familiares y otros no elaborados, problemas en las responsabilidades, destiempos en la maduración, actuaciones de miedos. Tanto la delegación del problema y los conflictos familiares son aquellas que Abeijón (2008) y Ravazzola (2015) manifiestan como dificultades significativas en este tipo de abordajes. El deterioro de los vínculos y su dificultad para repararlos, es considerado en la mayoría de los casos, un problema que aparece en estas familias. Es posible observar estas cuestiones en los estudios de Souza-Machorro (2009) o en el de Velázquez Cedeño y Cevallos Arteaga (2020) quienes sostienen que incluso amenazan con un posible abandono del tratamiento, si permanecen en el tiempo.

La mayoría de los profesionales refieren que no hay una etapa específica en la cual se observe mayor complejidad, esto depende de cada familia y cada proceso. Sin embargo, la primera etapa es *la más ruidosa con mayor número de actuaciones; por la falta de autoridad en los padres; por la presencia del consumo y las peleas con los padres; cuando el cumplimiento de las normas de la Institución es condición fundamental para que el paciente pueda empezar el camino a su rehabilitación*. El acuerdo se vio reflejado en encontrar que cada una de las etapas presenta su dificultad ya que en todas se requieren diferentes objetivos. Es el estudio realizado por Zapata Vanegas (2009) en donde se encuentra específicamente los inicios del tratamiento como la etapa de mayor complicación.

En la entrevista con el Coordinador se pudieron encontrar otros obstáculos propios del tratamiento y algunas posibles modalidades de sortear los mismos: *cuando a uno lo provocan reacciona. El enojo nos limita pensar. El enojo y el miedo cierran, ponernos contento porque alguien esté bien, nos ayuda a abrirnos. Una metáfora para esto es pensar que los ríos fluyen y hay obstáculos que nos habilitan caminos nuevos. Lo repetitivo de los patrones suelen ser un nudo de enredo, un obstáculo al fluir. ¿Cómo se hace para no repetir? ¿Ellos tienen que cambiar? No. Uno tiene que hacer algo para que no haya palos en la rueda. Están enquistados los roles. Una forma de intervenir es que se comuniquen entre ellos y otra es decirles “Perdón, no entiendo” Porque uno vio algo ¿y desde donde lo digo? No sé qué decir porque no entiendo, pero algo vi. Cuando alguien te explica algo, uno pregunta, ¿Y? ¿Qué tiene que ver con esto? En la escuela de Milán, el modelo estratégico, hablan de connotación positiva pero nuestra Supervisora Institucional lo ve como afecto, no como algo estratégico*. Dekkers et al. (2020) manifiestan la importancia de abordar las emociones y aprender a

expresarlas de manera adecuada. A su vez, se pudo concluir en la entrevista que: *las familias que más les cuesta el tratamiento son aquellas en las que les cuesta la contención, y los pacientes al no tener ese marco exterior, no pueden sostenerlo. Los profesionales me cuentan que encontraron dificultades en la cuarentena sobre la estructura que se pide en la fase A o B. Tuvieron que flexibilizar este aspecto y buscar limitar la play, por ejemplo, para poder incorporar quehaceres de la casa como estructura. En los inicios, en la etapa de orientación, una dificultad es como traer o plantearles a los hijos el tratamiento entonces se ofrecen recursos como por ejemplo "si no vas a tratamiento te vas de casa".* Wampler y Patterson (2020) proponen que ante la dificultad es preciso indagar si se puede contar con la familia como agente de cambio. Como ejemplo, el Coordinador relató dos casos particulares. El primero, un paciente en situación de delincuencia y manipulación que presentó esta dificultad y el segundo, el cual por la falta de red y contención, la complicación estuvo en poder sostener una estructura de trabajo y/o estudio, incumpliendo normas y manifestando desinterés por el tratamiento: *El caso de un chico con delincuencia, manipulador, demanda que participe su padre biológico pero había dificultad para incorporarlo al tratamiento porque no es familiar conviviente, no muestra interés. Su padrastro no tiene un rol participativo en el tratamiento. Esta dificultad sigue vigente hasta hoy. Otro paciente planteo su dificultad para hacer la estructura, se habló de su vagancia y se conversó con todos sobre el patrón de siempre haber sido un pobrecito y necesitar ayuda. Hoy eso le molesta mucho. La madre refiere que cuando nació tuvo que ser ayudado para respirar y cree que ese patrón se sostuvo hasta hoy. Se utilizó la técnica de sociodrama de poder decirle al otro lo que piensa en varias ocasiones. Fue productivo y conmovedor. El paciente planteó que esto lo hizo sentir bien.* De esto se trata cuando Waisman y Benabarre (2017) plantean que no sólo basta con la abstinencia y las herramientas prácticas en el contexto. Por lo tanto, el problema que les implica dejar de consumir a estos pacientes, en consonancia con las etapas enumeradas por Avendaño y San Luis (2020) fueron escuchadas cuando un profesional de la fase A describió que: *una gran dificultad es sostener la abstinencia, se les empieza a complicar con el cumplimiento de normas o con que vengan sin consumir; En los más chicos, la dificultad está en que dejen de consumir, es un trabajo arduo.* Por lo tanto, la Supervisora Institucional concluye que el riesgo del tratamiento *es que tienen que vivir algo autentico, no porque lo diga la Institución.*

Considerando la filosofía propuesta por la Institución, Waisntein (2016) propone que cada familia puede ser considerada como agente terapéutico observando sus patrones comunicacionales específicos. Es por ello que el Coordinador manifestó que *la familia es productora del cambio en donde entra la resiliencia, no como responsables del problema. Revisar los límites antes y después, así como también el empoderamiento o el autoestima, las dificultades en la fase B, la resocialización y la confianza, el abordaje en adicciones y familia... la diferencia es la familia como agente de cambio. No hubo abandono en general en nuestra Institución, hubo mucha contención, costo lo virtual con la reinserción, por ejemplo.* Ceberio y Linares (2010) plantearon la importancia de considerar a cada paciente protagonista de su propio cambio. Este posicionamiento se relaciona con el concepto de resiliencia el cual, desde la mirada de Forés y Grané (2012) es singular en cada individuo y familia pudiendo ser observado según Ravazzola (2001) con mayor o menor incidencia. Para ello, el Coordinador refirió que: *es resiliente la externalización del problema. Por ejemplo, ¿Cómo te organizas con la desorganización?, ¿qué le dirías? Y después se habla “¿Y, te dejaste tomar por la desorganización?”.*

Se han podido registrar algunos testimonios de padres que transcurren la última fase del tratamiento, en donde se pueden visibilizar aspectos positivos, reflexiones y obstáculos atravesados durante el trayecto. Estos testimonios, fueron registrados de la observación de un grupo coordinado por una profesional que también realiza grupos de fortalecimiento para padres quien sugirió como intervención, poder expresar verbalmente lo que sentían con respecto al proceso en general. Pudieron comunicar aspectos propios significativos y agradecer la oportunidad del espacio para ello: *se sale en familia; llega un momento que no te importa el tiempo, sacas lo mejor; antes no podía hablar ni transmitir nada; llegas desorientado, de mucha violencia, consumo y desesperación; hay que dejar un personaje; nos bancamos entre todos, vemos que hacemos mal, se trabaja la humildad; acá no abandonan los chicos, abandonan los padres la familia, si un chico se va es por eso; ahora somos otra familia; no llegamos a una situación extrema, pero ella no sabía quién era; un episodio hizo que nos demos cuenta que necesitábamos pedir ayuda al principio fue duro pero después nos dimos cuenta que era el lugar; hoy hay diálogo, cuando tiene un problema viene y lo cuenta sin problema; es un proceso duro que arranca con una sorpresa, te sumergís en un proceso que te hace subir; te das cuenta que les pasa a todos, entre todos vamos*

creciendo en paciencia, humildad y presencia; uno está con las emociones a flor de piel pero tranquilos; te metes en el barro; es un camino de autoconocimiento; Antes pensaba, ¿no será mucho?; hoy no vemos enfermos vemos conductas; paso la tormenta y sanamos. Brecoña (2007) hace referencia a la importancia de la comunicación en estos trastornos, lo que se corresponde con el espacio brindado por la coordinadora del grupo.

En cuánto a la experiencia propiamente dicha vivenciada en la Institución, los mismos padres expresaron: *la magia de los grupos es fundamental; todos nos llevamos algo no importa en qué momento estás o si es diferente o no; todos tenemos algo que aprender y cambiar; la Institución pone el orden que uno no puede poner, es un aliado; fue señalar por donde había q caminar; es un camino lento; Cada paso es sólido; sin esa iluminación, es difícil, ahora tenemos que tomar las riendas; no entiendo nada pero se que me tengo que quedar; aprendí que curar es enfermo, sanar es transformar; despertar un ser que estaba dormido correr el cortinado; entrega cooperación, colaboración; es con otros se activa la humildad porque no soy juzgado; llegamos muy soberbios y nos vamos humildes; conectarme conmigo para acompañar a mi hijo; todo final es un nuevo principio; cuando llegamos sentimos que hacemos todo mal pero vamos encontrando semillas que fuimos poniendo; el miedo se va cuando uno confía en uno; es un entrenamiento, estoy preparado para los obstáculos; todos somos uno; recobramos la vida.* Estos testimonios son el reflejo de aquello Gimeno (1999) refiere en tanto que los imprevistos o las dificultades pueden ser una oportunidad para mejorar la dinámica vincular y aumentar la cohesión familiar.

6. Conclusiones

El presente trabajo trata sobre las características de los sistemas familiares y la modalidad de abordaje familiar sistémico ambulatorio de pacientes con consumo problemático de sustancias en una Institución de CABA. Para ello, se analizaron las características familiares a los inicios del tratamiento, en qué situación llegan a consulta, sus dinámicas singulares. Se describieron las características propias del abordaje familiar sistémico en las distintas etapas del mismo incluyendo, para su enriquecimiento, las dificultades y obstáculos que se pueden presentar. A partir de la práctica profesional, mediante las entrevistas con profesionales, cuestionarios online y

observación no participante de encuentros virtuales familiares y grupos terapéuticos, se pudieron cumplir los objetivos planteados.

Las adicciones son una problemática de alto impacto familiar, cognitivo, emocional, social y cultural que requiere de un abordaje específico. El compromiso cerebral y la devastación que genera en la persona y en su entorno, exige una mirada integral (Waisman & Benabarre, 2017). Es posible encontrar que, en su carácter multifactorial (OMS, 2013), hay cuestiones propias del contexto que son similares en todas las familias que consulta por este problema. La particularidad que se observa suele ser la repetición de un mapa en donde se encuentra una madre sumisa o sobreprotectora que activa la alarma realizando la consulta, un padre ausente o en muchos casos, también con sus propios problemas de consumo y hermanos o parejas que ocupan roles inadecuados. Se analizaron cinco categorías correspondientes a las características de los sistemas familiares y se destacó que la falta de límites, la negación de la situación, los roles invertidos y la ambivalencia en el accionar, presentaron mayor preponderancia. A su vez, las relaciones vinculares, las alianzas y los conflictos son temas recurrentes que deben ser profundizados durante las primeras etapas. El clima de tensión y anestesia con la que asisten los familiares, precisa de contención, paciencia y experiencia profesional que aloje desde una mirada compasiva, no juzgadora y positiva, aquello que sucede. Las categorías restantes son trabajadas en el transcurso del tratamiento, cuando la alianza, la honestidad y la responsabilidad se encuentran asentadas, profundizando el proceso de la recuperación. En concordancia, se encuentra una directa asociación entre las categorías analizadas y la modalidad de la terapia sistémica, siendo la efectiva para el abordaje de este tipo de problemáticas (Cócola, 2018). El foco de la misma se encuentra en las interacciones y en el contexto, más que en la individualización del problema (Dois, 2020; Waisntein, 2016); lo que conlleva a direccionar el tratamiento tomando como protagonistas y productores de cambio a la propia red familiar y al paciente en cuestión. Para ello, se proponen etapas que brindan la oportunidad de realizar un trayecto gradual, acompañado y metódico. La recuperación, según Bateson (1972), Avedaño y San Luis (2020) es un proceso de “tocar fondo” que produce un cambio epistemológico; un indicador que moviliza y motiva, singular en cada individuo. Es por ello, que se hace hincapié durante los primeros meses de tratamiento, en la abstinencia o en el intento de concurrir sin consumo a los espacios terapéuticos. Los profesionales se refirieron a esto, como la etapa de mayor dificultad, mayor necesidad de presencia y contención familiar.

El estilo terapéutico sistémico propiamente dicho y la Institución con sus particularidades, ofrecen propuestas abiertas y libres, aunque con una impronta clara de normas a cumplir. El humor, la creatividad y los valores de respeto son recursos de un terapeuta sistémico (Ceberio & Linares, 2010) que pudieron observarse en los profesionales de la Institución. Las técnicas como el psicodrama, las metáforas, la puesta en acto (Minuchin et al., 1984) también forman parte de los recursos útiles para este abordaje. Estas herramientas construyen un enfoque resiliente (Ravazzola, 2001), pro-activo aunque arduo a la vez, pudiendo brindar a estas familias confundidas y en muchos casos, desgastadas, una experiencia transformadora. Un posicionamiento en donde se busca empoderar a los familiares para que se sientan capaces de ayudar; aspecto que ha sido enunciado como un obstáculo a los inicios del tratamiento. Los resultados plasmados indican que suelen delegar en “el experto” la solución del problema, evitando la responsabilidad de hacerse cargo del propio proceso. Los prejuicios, las soluciones fallidas, el desborde, la falta de manejo adecuado, el desconocimiento pueden ser motivos para la delegación. El terapeuta debe estar entrenado para no caer en esta trampa mágica y ofrecer nuevas alternativas. Estas dificultades deben convertirse en fortalezas y el tratamiento debe ser una elección convincente, no una prescripción terapéutica; aunque esta elección no se exenta de la posibilidad de dudar, recaer o trastrabillar. Las características que ofrece un tratamiento ambulatorio también permiten evitar excusas como la carga horaria, la falta de tiempo, el exceso de visitas médicas, aunque algunos estudios como el de Calvo García et al. (2016) no lo consideren una gran dificultad. Por lo tanto, depositar la confianza en un lugar donde se permitan estas cuestiones, donde haya momentos para conversar distendidamente, espacios apartados de prejuicios o interpretaciones invasivas, límites claros y afectuosos, experiencias concretas de cambios, testimonios de pacientes o familiares recuperados, representa, identifica y atrae el compromiso de la recuperación.

Con respecto a las limitaciones se pueden encontrar varias cuestiones. En primer lugar, esta experiencia se realizó en modalidad online, por consecuencia de la pandemia en el marco del aislamiento social, obligatorio y preventivo por el COVID-19. Las consecuencias se han visto reflejadas en la reducción de la oferta que suele hacer la Institución habitualmente a los pasantes de la Universidad que eligen la formación en la misma: cursos de capacitación con la posibilidad de participar en todos los servicios que se brindan, espacios comunes cotidianos con los profesionales y empleados,

supervisiones y reuniones de equipo, la vivencia de la filosofía propia de la Institución, la cual ha sido destacada por todos los integrantes encuestados. Se pudo realizar la práctica, participando de algunos espacios, con algunos profesionales, familiares y pacientes. La pasante reconoce que esto es propio de la situación actual del país y contempla la buena predisposición, la flexibilidad y la generosidad de todos los que han facilitado la recolección de información para el presente trabajo. La riqueza que se podría haber obtenido de una práctica presencial y la observación directa, es un aspecto que la pasante reconoce como limitación concreta de este momento actual en la que cual se vio implicada. Por otro lado, por cuestiones metodológicas y operativas, los profesionales entrevistados y los encuentros familiares observados, fueron seleccionados por el Coordinador de la práctica. Estas representan una pequeña muestra de la enorme población que asiste a la Institución. Debido a la particularidad del contexto y la sobrecarga virtual de los profesionales, las entrevistas y los cuestionarios fueron enviados a través de una plataforma virtual lo que dificultó el acceso a mayor información y la oportunidad de plantear interrogantes.

La pasante ha encontrado como aporte personal que este trabajo es una primera aproximación al estudio de cómo se desarrolla un tratamiento de adicciones en el contexto de la pandemia. Se brinda información actualizada de las características de los familiares de pacientes que se encuentran en tratamiento ambulatorio por consumo problemático de sustancias desde la perspectiva sistémica y ofrece la descripción de un estilo de tratamiento con sus dificultades y fortalezas, dada la complejidad del trastorno y la existencia de trabajos enfocados, la mayoría de las veces, en un dispositivo de internación o estudio de casos. Considerando las configuraciones familiares actuales, la amplia variedad de las sustancias de hoy en día, el acceso, la oferta y el impacto social (Gimeno, 1999; Wainstein, 2016), se requiere de la sistematización continua que promueva nuevas investigaciones.

A partir de lo elaborado, han surgido en la pasante interrogantes y reflexiones. Por un lado, la situación actual en la cual se vio afectado el mundo en relación a la pandemia, impactó en forma directa a dos de los aspectos más importantes que ofrece la Institución: la resocialización y la estructura de estudio y/o trabajo. La primera, es fundamental para la reinserción del individuo a la sociedad (Ravazzola, 2015), detalle característico de un tratamiento ambulatorio y diferente a otros dispositivos convencionales. La Institución hace referencia en la importancia de practicar una vida

sin consumo en el contexto mismo en donde el paciente se encuentra inmerso. El segundo aspecto, la estructura, es una norma específica de la Institución que, por el aislamiento, debió reinventarse. Teniendo en cuenta que los jóvenes que cuentan con estudios les favorece la adversidad y promueve la resiliencia (León et al., 2020) dicha estructura debe ser contemplada como necesaria para este tipo de problemáticas. Estos aspectos se vieron perjudicados por la situación actual encontrando en muchos casos, el riesgo de abandono, sentimientos negativos o frecuentes recaídas. En este sentido, una sugerencia podría ser, encontrar convenios con instituciones u organizaciones sin fines de lucro, que consideren la inclusión de estos individuos a través de plataformas virtuales, teniendo en cuenta que las actividades han tenido que adaptarse a esta nueva realidad. De esta manera, también se vería el impacto indirecto de beneficiar a aquellos individuos que requieren tratamiento a distancia, ampliando los recursos y servicios que se ofrecen. A su vez, se evitaría el gasto económico de trasladarse a Buenos Aires para realizar tratamiento, trabajando la vida sin consumo junto a la familia y en el propio contexto. En esta línea, otra sugerencia podría ser la incorporación de más actividades artísticas grupales dentro de la dinámica terapéutica como el teatro, el arte, el cine y la música; lúdicas, como juegos interactivos online con tiempo limitado y compartido y/u oficios cotidianos, como la cocina, la costura y la limpieza. Esta incorporación, desde una perspectiva inexcusable y no opcional, brindaría nuevos canales de comunicación y expresión, aspecto que se ve afectado en estos casos (Abeijón, 2008). Estas actividades podrían ser promotoras de nuevos intereses, fortalecer el contacto interpersonal y estimular mecanismos resilientes como el humor y la creatividad.

Para el desarrollo de nuevas líneas de investigación, a criterio de la pasante, sería conveniente abordar los antecedentes familiares, la complicidad del entorno y la comorbilidad de trastornos asociados (Waisman & Benabarre, 2017). La multiplicidad de factores y la influencia del contexto de quien consume, son aspectos que podrían detallarse de forma cuantitativa y/o cualitativa, realizando aportes específicos a la Institución y a la disciplina, brindando una perspectiva más completa de las características familiares y su consecuente accionar terapéutico. Por último, considerando la originalidad de las propuestas y estilo propio Institucional, se podría investigar si es posible ampliar esta modalidad de intervención y accionar terapéutico, en otras adicciones como por ejemplo, las comportamentales.

7. Referencias

- Abeijón, J. (2008). Estrategias de futuro en el abordaje de las toxicomanías. El trabajo psicoterapéutico con las familias de los consumidores de drogas. Reflexiones desde Europa. *Sistemas Familiares*, 24(1), 59-85.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales 5ta edición (DSM-V)* Arlington: Médica Panamericana.
- Avendaño, A. M. A., & San Luis, A. H. G. (2020). Narrativas sobre el proceso de recuperación ante la adicción: la perspectiva de familiares que asisten a servicios de atención. *Salud colectiva*, 16, 22-39. doi: 10.18294/sc.2020.2523.
- Bateson, G. (1972/2016). La cibernética del sí-mismo (self): Una teoría del alcoholismo. G. Bateson, En Bateson, G. (Comp.), *Pasos hacia una ecología de la mente*. (pp. 339-367). Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña Iglesias, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19(1), 89-101.
- Calvo García, F., Costa, J., & Valero Piquer, R. (2016). Motivos de abandono temprano de pacientes en tratamiento ambulatorio de adicción a sustancias. *Revista Española de drogadependencias*, 41(1), 41-55.
- Castro Solano, A., Brizzio, A. & Casullo, M. (2003). Factores salugénicos en adolescentes argentinos. Un estudio preliminar con la escala de sentido de coherencia de Antonovsky. *Investigaciones en Psicología*, 8(1), 55-78.
- Castillo Castañeda, G., Pérez Sánchez, L., Rádago De Ávila, M. (2018). Adicciones desde un enfoque de terapia sistémica familiar: aportaciones del modelo Stanton y Todd. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 21(3) 989-1005.
- Canevaro, A. (2010). *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos*. Madrid: Morata.
- Ceberio, M & Linares, J. L. (2010). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Buenos Aires: Paidós.
- Cócola, F. (2018). Funcionamiento familiar y abordaje terapéutico de los Trastornos por el Uso de Sustancias: una revisión de la literatura sistémica. *Redes: revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, (38), 47-64.

- Dekkers, A., De Ruyscher, C. & Vanderplasscher, W. (2020). Perspectives on addiction recovery: focus groups with individuals in recovery and family members. *Addiction Research & Theory*, doi:10.1080/16066359.2020.1714037
- Dois, A. (2020). Familia y Adicciones: Una Mirada Sistémica. *Revista Horizonte de Enfermería*, 17(2), 39-44.
- Espósito, W. (2020). *El silencio de las adicciones*. Buenos Aires: Peniel.
- Fahrer, R. (1993). *Manual de Psiquiatría*. Buenos Aires: Libreros Editores.
- Fernández Liria, A. & Rodríguez Vega, B. (2006). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas con ejercicios del profesor*. (3era edición). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Fernández-Serrano, M. J., López, J. C. P., Moreno-López, L., Santos-Ruiz, A., Pérez-García, M., & García, A. V. (2012). Impulsividad y compulsividad en individuos dependientes de cocaína. *Adicciones*, 24(2), 105-113. doi:10.20882/adicciones.102.
- Forés, A. & Grané, J. (2012). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. (4ta reimpresión). Barcelona: Plataforma.
- Gimeno Collado, A. (1999). Composición y funciones básicas de la familia. En Gimeno Collado, A. (Ed). *La familia: el desafío de la diversidad*. (pp. 33-62). Barcelona: Ariel Psicología.
- Kalina, E. (2006). *Adicciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I., & Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Washington: Organización Panamericana de la salud.
- León, J. A. H., Montes, J. F. C., González, O. U. R., Zamora, I. A. C., & Orozco, S. S. (2020). Resiliencia. Diferencias entre estudiantes universitarios y jóvenes trabajadores. *Pensamiento Psicológico*, 18(1), 21-30. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI18-1.rdeu
- Midori Hanna, S. & Brown, J. (1998). *La práctica de la terapia de familia, elementos clave en diferentes modelos*. Bilbao: Desclée Broker.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1979/2004). *Familias y terapia familiar*. (1era reimpresión). Mexico: Gedisa.
- Minuchin, S., Fishman, H. C., & Etcheverry, J. L. (1984/1988). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

- Murphy, M. J., & Hecker, L. L. (2020). Ethical and Legal Issues Unique to Systemic Family Therapy. *The Handbook of Systemic Family Therapy*, 531–554. doi:10.1002/9781119438519.ch23
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington DC: Biblioteca sede OPS.
- Ravazzola, M. C. (2015). Prácticas colaborativas y generativas en la rehabilitación de adicciones. En Fried Schnitman, D. (Ed.) *Diálogos para la transformación. Experiencias en terapia y otras intervenciones psicosociales en Iberoamérica*, (pp. 129-148). USA: Taos Institute Publication/WorldShare Books.
- Ravazzola, M. C. (2001). Resiliencias familiares. En Melillo, A. y Suárez Ojeda, E. (compiladores) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. (pp. 103-122). Buenos Aires: Paidós.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain research reviews*, 18(3), 247-291. doi.org/10.1016/0165-0173(93)90013-P
- Ruiz Candina, Herrera Batista, Martínez Betancourt & Supervielle Mezquida (2014). Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. *Revista cubana de investigaciones biomédicas*, 33(4), 402-409.
- Sáenz Rojas, M. A. (2003). Aportes sobre la familia del farmacodependiente. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 1 (99), 25-44.
- Schawo, S., Bouwmans, C., Van der Schee, E., Hendriks, W. & Hakkart, L. (2017). The search for relevant outcome measures for cost-utility analysis of systemic family interventions in adolescents with substance use disorder and delinquent behavior: a systematic literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 179-198. doi: 10.1186/s12955-017-0722-9
- Stanton, M. D., & Todd, T. C. (1988/2018). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas* (3era edición). Barcelona: Gedisa.
- Silvers, J. A., Squeglia, L. M., Thomsen, K. R., Hudson, K. A., & Feldstein Ewing, S. W. (2019). Hunting for what works: Adolescents in addiction treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. doi:10.1111/acer.13984

- Souza-Machorro, M. (2009). Obstáculos y recomendaciones para el tratamiento de abusadores/adictos a psicotrópicos. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 10(5), 350-359.
- Torrijo, S. M.; (2013). *Leeme... encontrate. Desde un enfoque logoterapéutico*. Buenos Aires: Umbrales.
- Velázquez Cedeño, J. F. & Cevallos Arteaga, C. A. (2020). Rol de la familia en el proceso de recuperación de las personas drogodependientes. *Revista Cognosis*, 5, 143-156. doi: 10.33936/cognosis.v5i0.2291
- Von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Waisman, M. & Benabarre, A. (2017). *Adicciones: Uso de sustancias psicoactivas y presentaciones clínicas de la enfermedad adictiva*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Wainstein, M. (2006). *Comunicación. Un Paradigma de la Mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2016). *Escritos de Psicología Social*. Buenos Aires, Argentina: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P., Helmick Beavin, J. & Jackson, D.D. (1985). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Wampler, K. S., & Patterson, J. E. (2020). The Importance of Family and the Role of Systemic Family Therapy. *The Handbook of Systemic Family Therapy*, 1–32. doi:10.1002/9781119438519.ch1
- Zapata Vanegas, M. A. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, 2(2), 86-94.

8. Anexos

8.1 Cuestionario Online a profesionales

La presente encuesta se diseñó especialmente para la Fundación, en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, con el objetivo de adquirir información pertinente al Trabajo Final Integrador “**Sistemas Familiares en el tratamiento por consumo problemático de sustancias**” de la alumna Martina Knox. La encuesta es anónima. Muchas Gracias.

Profesión: _____

Antigüedad en la Institución: _____

- A. En una escala del 1 al 5, el abordaje familiar en el tratamiento de pacientes adictos es necesario para obtener buenos resultados.

1 (Totalmente en desacuerdo)	2 (En desacuerdo)	3 (Ni de acuerdo, ni en desacuerdo)	4 (De acuerdo)	5 (Totalmente de acuerdo)
------------------------------------	----------------------	---	-------------------	---------------------------------

- B. ¿Por qué?

- C. ¿Qué aspectos considera necesarios para una buena adherencia en los inicios del abordaje familiar de pacientes adictos?

D. ¿Qué dificultades encuentra en el tratamiento familiar con pacientes adictos?

E. ¿En qué etapa del tratamiento observa mayores dificultades? ¿Por qué?

F. ¿Observa alguna característica en común en las familias que asisten a tratamiento por un paciente adicto? Si o No. En caso de responder en forma afirmativa, ¿Cuáles?

G. A continuación observará una lista con características patológicas que se han estudiado en familias que tienen un paciente adicto. ¿Podría seleccionar aquellas que se observan con mayor frecuencia en las familias que concurren a su Institución?

1. Negación de la situación
2. No expresión de las emociones
3. Intentos de control
4. Inversión de roles
5. Problemas de confianza e intimidad
6. Comportamientos que fomentan la adicción
7. Co-dependencia en los adultos, falta de responsabilidad
8. Ausencia de normas y límites
9. Consumo problemático de alguna droga en el sistema familiar cercano
10. Conflictos con los padres

11. Alianza con algún familiar o progenitor
12. Ambivalencia en el accionar (“hay que echarlo” “pobrecito”) y en las soluciones
13. Secretos y ocultamientos
14. Sentimientos como culpa, enojo, impotencia, tristeza, desconfianza, miedo, vergüenza.
15. Etiquetar al adicto
16. Otro familiar es exitoso
17. Familias monoparentales o ausencia del algún familiar
18. Disponibilidad y acceso
19. Violencia temprana
20. Red social pobre

Muchas Gracias por su colaboración!