

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Terapia grupal de los familiares de pacientes adictos en un tratamiento de rehabilitación en una comunidad terapéutica

Alumna: Gotta, Agustina

Legajo N° 98952

E-mail: agustinagotta@gmail.com

Tutor: Garber, Claudia

Buenos Aires, 6 de agosto del 2021

## Índice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Objetivo General.....</b>	<b>3</b>
2.1. Objetivos Específicos.....	3
<b>3. Marco Teórico.....</b>	<b>3</b>
3.1. Consumo problemático de sustancias.....	3
3.1.1. Sustancias psicoactivas y su uso.....	3
3.1.2. Consumo no problemático y problemático de sustancias.....	6
3.2. Tratamiento de adicciones.....	11
3.2.1. Tratamiento cognitivo conductual.....	12
3.2.2. Comunidad terapéutica.....	14
3.2.3. Terapias grupales.....	16
3.3. Importancia de la participación de la familia.....	17
3.4. Terapia multifamiliar y su dinámica.....	19
<b>4. Metodología.....</b>	<b>21</b>
4.1. Tipo de estudio.....	21
4.2. Participantes.....	21
4.3. Instrumentos.....	22
4.4. Procedimiento.....	22
<b>5. Desarrollo.....</b>	<b>23</b>
5.1. La importancia que le da la institución a la participación de las familias del paciente en su tratamiento de rehabilitación a las adicciones.....	23
5.2. La dinámica que se presenta en las terapias grupales multifamiliares de pacientes adictos a drogas y las distintas temáticas que allí se abordan.....	29
5.3. Los sentimientos y dificultades que manifiestan los familiares en las reuniones de apoyo de una comunidad terapéutica.....	34
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>39</b>
1. Alcance de objetivos.....	39
2. Limitaciones.....	41
3. Perspectiva crítica y aporte personal.....	42
4. Nuevas líneas de investigación.....	44
<b>7. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>46</b>

## **1. Introducción**

Este trabajo se realizó en el marco de la materia Práctica y Habilitación Profesional correspondiente a la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo. El objetivo del mismo fue crear un Trabajo Final Integrador en el que se buscó ahondar en la importancia que tiene la familia y los vínculos en el tratamiento de rehabilitación de pacientes adictos. La base del trabajo fue una institución especializada en este tipo de tratamientos, con sedes en San Isidro, Capital Federal y en General Rodríguez, Provincia de Buenos Aires.

La institución es un organismo no gubernamental, privado, laico, apolítico y sin fines de lucro, basado en la modalidad de comunidad terapéutica y su objetivo es brindar asistencia, prevención y capacitación en la temática de las adicciones y el consumo compulsivo. Además, tiene como fundamento principal la libertad de decidir y elegir, por lo que se sostiene en un modelo abierto, en el que es primordial la motivación personal. En la misma se llevan a cabo talleres artísticos, deportivos y de oficios, teniendo en cuenta su valor de enriquecimiento personal y como posibilidad de una futura salida laboral. Se llevan a cabo tratamientos ambulatorios, como también residenciales, teniendo en cuenta la gravedad del caso y las posibilidades. En la actualidad se llevan a cabo las actividades de manera habitual; la única diferencia a partir de la pandemia es que cuando un nuevo paciente ingresa debe cumplir una cuarentena de 15 días, por protocolo, luego se integran al resto de los residentes.

La práctica se realizó entre los meses de marzo y julio. Allí se participó en las diferentes terapias grupales que se llevan a cabo, en las que participan familias, parejas, padres y los mismos residentes de la institución. La participación es en forma de escucha, teniendo en cuenta los criterios de confidencialidad correspondientes.

La finalidad del presente trabajo fue abordar las terapias grupales de familias de pacientes adictos que se encuentran en un tratamiento de rehabilitación en una comunidad terapéutica. Lo que se buscó fue describir qué dificultades se presentan en las diferentes etapas del tratamiento, teniendo en cuenta que la institución pone mucha importancia y responsabilidad en las familias de los pacientes en rehabilitación. También se observó la dinámica que se presenta en las distintas reuniones que se llevan a cabo con las familias, mediante la observación no participante de las mismas.

El tema de este trabajo fue elegido porque el foco de los tratamientos de rehabilitación de adicciones, por lo general, está centrado en la persona adicta; pero se conoce que estos tratamientos necesitan del apoyo familiar para que se cumplan con éxito, además de que las familias de este tipo de pacientes muchas veces se ven afectadas y golpeadas por la

enfermedad y necesitan un lugar en el que desahogarse y contar libremente sus sentimientos, mientras que a esa función también se le agrega la adquisición de nuevos conocimientos, como lo son las herramientas necesarias para ayudar al familiar en tratamiento.

Este trabajo es importante porque pone énfasis en una parte del tratamiento que no siempre se visibiliza, además de ahondar en la importancia de las terapias grupales y multifamiliares que integran el proceso psicoterapéutico que se lleva a cabo en una comunidad terapéutica como la que se describió anteriormente.

## Objetivos

### 2. Objetivo General

Describir la importancia que da la institución a la participación de las familias, y la dinámica y temáticas que se presentan en las terapias grupales teniendo en cuenta los sentimientos y dificultades a los que se enfrentan.

#### 2.1. Objetivos Específicos

- Describir la importancia que le da la institución a la participación de las familias del paciente en su tratamiento de rehabilitación a las adicciones.
- Describir la dinámica que se presenta en las terapias grupales multifamiliares de pacientes adictos a drogas y las distintas temáticas que allí se abordan.
- Describir los sentimientos y dificultades que manifiestan los familiares en las reuniones de apoyo de una comunidad terapéutica.

## 3. Marco teórico

### 3.1. Consumo problemático de sustancias

#### 3.1.1. Sustancias psicoactivas y su uso

Cuando se habla de sustancias psicoactivas **se hace referencia** a aquellas sustancias que cuando actúan en el organismo producen alteraciones en el estado psíquico, físico y de la conciencia. Estas sustancias psicoactivas están divididas en cuatro diferentes grupos: los psicoanalépticos (estimulantes), psicolépticos (depresores), psicodislépticos (alucinógenos) y los cannabinoides (Damín, 2015).

Las sustancias psicoactivas pueden ser administradas de diferentes maneras; entre ellas se encuentran la inhalación, ingestión y por vía intravenosa e intramuscular. De esta forma actúan tanto en el estado psíquico como fisiológico, causando modificaciones en el comportamiento del individuo. El consumo constante y las sensaciones que causa el consumo propiamente dicho es lo que puede llevar a una dependencia y abuso de la sustancia (Barbosa González, Segura López, Garzón Muñoz & Parra Bustos, 2014).

Damín (2015) apunta a que dependiendo del grupo al que pertenezca cada sustancia serán los efectos que cause en el organismo. Por su lado, los estimulantes aumentan la actividad mental y nerviosa, por lo que generan un estado de alerta constante, y estimulan la atención y la actividad motriz. Dentro de este grupo se encuentran las anfetaminas, cocaína, metanfetaminas, paco y derivados. Los depresores generan un estado de relajación y

depresión de la actividad mental. El grupo está conformado por el opio, los hipnóticos, sedantes o ansiolíticos, solventes volátiles, el alcohol y los antipsicóticos o neurolépticos. Por su parte, los alucinógenos generan alteraciones de la sensopercepción, del humor y de la conciencia. Este grupo está conformado por el LSD, la psilocibina, la mezcalina, la psilocina, los hongos psicoactivos, la ayahuasca y el peyote. Por último, el grupo de cannabinoides tienen capacidades tanto alucinógenas como depresoras y estimulantes, y está conformado por la marihuana y el hachís.

Las sustancias que alteran la conciencia han sido utilizadas a lo largo de la historia para distintos fines, ya sea en rituales religiosos, para uso medicinal o con un fin recreativo. Dependiendo de la región que se observa será el tipo de uso y de sustancias que son utilizadas. Existe evidencia de que en la antigüedad las plantas y derivados de las mismas eran utilizadas en diferentes ocasiones (Carrillo, 2014).

Según Pinto Nuñez (1998) el uso de drogas aparece desde que el hombre existe. En la antigüedad algunos tipos de sustancias eran utilizados en ritos religiosos. Más adelante el hombre cambió su utilización, y así dejó de ser un consumo religioso para pasar a ser social y adictivo. Al hablar de uso de sustancias se apunta a cuando el consumo de la misma no produce consecuencias negativas o bien el individuo no las detecta. Es el consumo más común cuando se trata de un consumo ocasional o esporádico, distinto a cuando se transforma en un hábito (Becoña Iglesias et al., 2011).

Carrillo (2014) postula que el uso de las sustancias, más allá de que en la actualidad sea un tabú, tuvo mucha influencia e importancia en la creación de las distintas culturas, incluyendo sus costumbres y rituales. Según Mendoza Carmona y Vargas Peña (2017) el uso de las sustancias psicoactivas también puede ser social, debido a que hay una gran influencia de factores socio-contextuales en el consumo de las mismas.

Rossi (2018) afirma que en la antigüedad las culturas de Europa y América utilizaban hongos alucinógenos para adentrarse en un estado excepcional, además de drogas inhalables y cannabis. Con la medicina babilónica es que aparece el uso medicinal de algunas drogas como el láudano y el opio.

La religión y la medicina en ese entonces no tenían la separación que tienen en la actualidad. Los límites no estaban tan claros, por lo que, en muchas regiones, como Egipto, eran una misma práctica en la que se hacían diferentes fusiones de sustancias para provocar estados que ellos creían cercanos a la muerte, ya que era concebida como un viaje. Más adelante, la popularización de la droga llevó a que se utilizara para otros fines, además del

religioso y el medicinal. Comenzó a usarse para resolver conflictos, para buscar nuevos espacios sensoriales y para exploraciones subjetivas (Rossi, 2018).

Cada sustancia tiene una historia y evolución diferente. Cuando se nombra a las sustancias se hace referencia a un grupo de drogas de distintos tipos, como pueden ser los opiáceos, la marihuana, LSD, cocaína, alcohol, tabaco, entre otros. Dentro de este grupo existe una división entre sustancias legales e ilegales. Más adelante, con la síntesis de principios activos y la comercialización de las drogas es que esta comenzó a utilizarse de una manera distinta, provocando una de las principales problemáticas que se presentan en la sociedad actual (Pinto Núñez, 1998).

Los adolescentes son los más afectados por el consumo de sustancias, ya que se encuentran en un proceso de descubrimiento y de provocación hacia sus padres. Es por eso que, en ocasiones, se apoyan más en sus pares que están realizando el mismo proceso de búsqueda y experimentación; aquí es donde, por lo general, se genera un acercamiento hacia el alcohol y el cigarrillo. Al ser las dos sustancias socialmente aceptadas y las más fáciles de acceder, es mayoritariamente por donde comienza el consumo de sustancias (Barbosa González et al., 2014).

Como se postuló anteriormente, estas sustancias cumplían un rol religioso, medicinal y recreativo en la antigüedad, lo que no significa que no se las utilice para los mismos fines en la actualidad. Con el tiempo el uso de las sustancias psicoactivas evolucionó, ya sea por la comercialización, por los fines con los que se la consume o la gente a la que llega. Hoy en día, sobre todo en los adolescentes, pueden ser utilizadas también como una forma de encajar en un determinado contexto o simplemente para vivir la experiencia y las sensaciones que trae consigo el consumo. Dependerá de la forma y la frecuencia con la que se realice esta conducta si se convierte en algo crónico o simplemente esporádico (Becoña Iglesias et al., 2011; Rossi, 2018).

### **3.1.2. Consumo no problemático y problemático de sustancias**

Becoña Iglesias et al. (2011) postulan que cuando se habla del uso de sustancias, no siempre se debe hacer referencia a un consumo problemático, ya que, en ocasiones se trata de una situación esporádica u ocasional, es decir, que no es un hábito para la persona; es por esto que no causaría problemas en su vida cotidiana. En estos casos, la persona no tiene desarrollada una dependencia ni abuso a la sustancia. Esto se evidencia en el hecho de que el sujeto no lleva a cabo acciones desesperadas por conseguir la sustancia, ni desarrolla un

distrés psicológico si no consume, siendo este último uno de los indicadores de que sí existe un consumo problemático (Salazar, Ugarte, Vásquez & Loaiza, 2004).

Según Farias, Guerra, Cifuentes y Rozas (2010) el consumo problemático de sustancias es uno de los principales retos a los que se enfrentan los países más desarrollados de todo el mundo. Representa un alto número de fallecimientos, en consecuencia, por lo que se invierte mucho en rehabilitación y en la implementación de políticas para la prevención y concientización. El consumo problemático de sustancias puede desembocar en una dependencia a esa sustancia o en un abuso. La dependencia puede ser física o psicológica. La primera se refiere a los efectos físicos que causa el uso de la sustancia, y la segunda a las acciones que van dirigidas a la búsqueda de esa sustancia y a su uso patológico. Por su parte, el abuso de una sustancia se observa cuando el uso de la misma afecta la vida cotidiana de la persona (Salazar et al., 2004).

Para comprender el consumo problemático de sustancias es necesario tener en cuenta **las variables contextuales** que muchas veces ocasionan el consumo. Los contextos socioeconómicos, políticos, religiosos e ideológicos, las representaciones sociales, las prácticas colectivas e individuales y las propias sustancias, son las circunstancias que pueden llevar al consumo. Esto significa que la droga no existe por sí sola, sino que la relación con la sustancia y el contexto en el que se desarrolla el uso de la misma tiene una importante influencia. **Es por esto que**, cuando se analiza el consumo de una o varias sustancias determinadas, se debe tener presente por qué la persona lleva a cabo esa acción y qué la motiva a hacerlo (Kornblit, Camarotti & Di Leo, 2011).

En el año 2013 el consumo de sustancias fue definido como el mayor problema a nivel mundial, ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) había aumentado considerablemente en todo el mundo, y ocupaba el tercer lugar en morbilidad por causas que pueden prevenirse (Sotelo, Irrazabal, Miari & Cruz, 2013).

Un estudio que aborda el tema es el Informe Mundial de Drogas de la Oficina Contra la Droga y el Crimen de la Organización de las Naciones Unidas (UNODC), **el cual brinda datos tales como que** en el año 2009 el 4,8% de la población eran consumidores, siendo 210 millones de personas, y esta cifra desde entonces fue en aumento, siendo en 2018 el 5,3% de la población había experimentado el consumo de drogas, es decir, 269 millones de personas. Además, se observa que el aumento es mucho mayor en países en desarrollo que en los países desarrollados. Los adolescentes y los jóvenes representan al grupo etario más consumidor. En los países en desarrollo el consumo en este grupo aumentó un 16% desde el 2000 hasta 2018, mientras que en los países desarrollados disminuyó un 10 % (UNODC, 2020).

El consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias en la adolescencia es algo habitual y frecuente. Muchos adolescentes tendrán la experiencia de probarlas ocasionalmente y no les afectará en su vida. Pero, por su parte, otro grupo de adolescentes sí generará un problema psicosocial ya que consumirá regularmente y lo que había sido solo una experiencia se transformará en un trastorno de dependencia o abuso a una o más sustancias (Martínez Mantilla et al., 2007).

Otro estudio es el realizado por SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico) en 2019, en el que se observa que en Argentina el rango etario más afectado por el consumo es entre 18 y 36 años, siendo más preponderante en hombres que en mujeres, y siendo la cocaína y el alcohol las sustancias más frecuentemente mencionadas por los pacientes que buscan tratamiento.

Por su parte el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5), creado por la Asociación Psiquiátrica Americana, (APA,2014), divide la adicción en diferentes apartados dependiendo de la sustancia a la que se refiera (cafeína, alcohol, cannabis, alucinógenos, opiáceos, sedantes, estimulantes, inhalantes, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, tabaco, y a otras sustancias) ya que cada una de las sustancias provoca diferentes efectos en el cuerpo, nivel de dependencia y consecuencias, lo que hace que deban considerarse diferentes acciones y conductas para diagnosticar la adicción a una u otra sustancia.

También se postulan, en el DSM-5, trastornos inducidos por sustancias, en los que se engloba a la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos como pueden ser trastornos bipolares, trastornos psicóticos, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, entre otros (APA, 2014).

El trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos muestra una alteración persistente en el estado de ánimo, mostrando un estado de ánimo expansivo e irritante, con o sin signos de depresión. Mientras que el trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos se refiere a la presencia de alucinaciones o delirios. Por su parte, el trastorno depresivo es una alteración del estado de ánimo tendiente a deprimido, disminuyendo el interés o placer por todas o casi todas las cosas (APA, 2014).

Por último, los trastornos de ansiedad son aquellos en los que los ataques de pánico y de ansiedad predominan en el cuadro clínico. Todos estos trastornos y otros más, son los que pueden aparecer por el consumo de sustancias o medicamentos según postula el DSM-5 (APA, 2014).

Otro manual utilizado para la clasificación de trastornos mentales y del comportamiento es la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), que divide a los trastornos que son provocados por el consumo de sustancias en intoxicación aguda, que se define a partir de la sustancia que provocó la intoxicación (alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, estimulantes, alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles, o múltiples sustancias). Otro tipo de trastorno mental y del comportamiento inducido por sustancias que se define es el consumo perjudicial, el síndrome de abstinencia con y sin alucinaciones (al alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, estimulantes, tabaco, disolventes volátiles), síndrome de dependencia, trastorno psicótico, síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas y trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol y otras sustancias psicoactivas. En la CIE-10 se incluye la definición de una amplia variedad de trastornos dependiendo de la gravedad y la forma clínica, siendo los síntomas atribuibles al consumo de una o más sustancias psicoactivas. La clasificación dentro de este tipo de trastorno se debe llevar a cabo cuando se conoce que una o más sustancias están implicadas en el desarrollo de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Pero el hecho de que se las divida no significa que sean completamente diferentes entre ellas sino, por el contrario, todas en exceso activan el circuito de recompensa del cerebro (Grant & Chamberlain, 2018).

De esta manera, se evidencia que el consumo problemático de sustancias afecta a la persona en diferentes planos, haciendo referencia al aspecto social, biológico, psicológico, cognitivo, emocional y cultural (Muñoz Astudillo, Gallego Cortés, Wartski Patiño & Álvarez Sierra, 2012).

Beck, Wright, Newman y Liese (1999) postulan que algunas personas comienzan su consumo porque encuentran placentera la sensación de los efectos de la droga, pero también porque al tomar benzodiazepinas, heroína o barbitúricos ven que la ansiedad, la tristeza, el aburrimiento y el cansancio desaparecen por un rato, mientras duran los efectos de las drogas.

Por lo tanto, esta problemática debe ser abordada desde la salud pública, con el fin de intentar controlar y sosegar el consumo problemático, ya que afecta a una gran parte de la población. Con políticas públicas que tomen a la enfermedad con la importancia que se merece, la condición podría prevenirse. Teniendo en cuenta que los adolescentes son quienes más expuestos están y los que más perjudicados se ven con el contexto actual del consumo, y siendo que aún están forjándose como individuos, la adicción debería dejar de verse como un tabú y comenzar a ser tratada y hablada con total libertad y naturalización para poder dar

mayor información y formación en el tema, sobre todo en las primeras etapas de la adolescencia. Entonces, lo primero que se debe hacer es detectar si el consumo que está llevando a cabo una persona es problemático o no, si es un hábito o no, si la persona necesita conseguir la sustancia por todos los medios posibles sin tener consciencia de los efectos negativos que puede producirle, o si no tiene ninguna de estas actitudes y conductas (Farias et al., 2010; Salazar et al., 2004; UNODC, 2020).

El consumo problemático abarca el término de adicción, que puede cobrar diferentes formas. Existe tanto la adicción a sustancias (cocaína, heroína, LSD, etc.) como las adicciones comportamentales, es decir, sin sustancia, como lo son al juego, a internet, al sexo, a las compras, entre otros (Becoña Iglesias et al., 2011).

El presente trabajo se enfocará en el primer tipo de adicción. García Fernández, García Rodríguez y Secades Villa (2011) postulan, al igual que Becoña Iglesias et al. (2011), que la adicción es el consumo continuo y prolongado de una sustancia, sin importar las consecuencias negativas que desencadenará en un futuro. Becoña Iglesias et al. (2011), además, agregan las razones por las que una persona llega a este tipo de consumo. Estas razones pueden ser experimentar determinadas sensaciones o bien escapar de la realidad.

Con respecto a la neurobiología de las adicciones, Becoña Iglesias et al. (2011) hacen referencia al circuito de recompensa, postulando que cumple un papel fundamental en el desarrollo de una adicción y también en su mantenimiento y en las recaídas. Es un circuito primitivo y está relacionado con el placer, y con él todas las acciones que lo despiertan, como la reproducción y la alimentación. Por lo tanto, el consumo de sustancias, de alguna manera, se apodera del circuito de recompensa por el placer que genera. También apuntan a que en el consumo de sustancias entra en juego la dopamina, que es un neurotransmisor que forma parte del circuito de recompensa. La adicción a la sustancia se genera por la sensación de placer que despierta en el individuo al liberar una gran cantidad de dopamina. Por su parte García Fernández et al. (2011) agregan que desde el punto de vista neuropsicológico se cree que el consumo de sustancias puede causar alteraciones frontotemporales que afectarían a la regulación de la toma de decisiones y del control inhibitorio.

El mantenimiento de la adicción tiene que ver primordialmente con lo que el consumo genera en los circuitos cerebrales, que están conectados con la motivación, la recompensa, el aprendizaje de funciones ejecutivas, como también en los mecanismos que afectan la toma de decisiones. Todas esas estructuras de la neuropsicología son las que permiten que la adicción se mantenga y en algunos casos son las causantes de que se interrumpa el proceso de rehabilitación por la aparición de recaídas (García Fernández et al., 2011).

### **3.2. Tratamiento de adicciones**

El tratamiento de las adicciones en ocasiones se ve dificultado por el ocultamiento y la falta de detección. Algunos consumidores nunca llegan a un tratamiento debido a que no presentan interés por dejar de consumir, o bien cuando toman la decisión de realizar un tratamiento de rehabilitación la adicción está muy avanzada. La detección temprana de las adicciones es crucial y, por lo general, determina el éxito en el tratamiento y la rehabilitación, pero no es lo que comúnmente se observa en los pacientes adictos (Morales Chainé, Gordillo Moreno & Chávez Alcántar, 2013).

En su texto, Becoña Iglesias et al., (2008) apuntan a que no existe un único tratamiento que sea efectivo para todas las personas que padecen una problemática con el consumo de sustancias, sino que depende de diferentes puntos a considerar, uno de ellos puede ser que exista otro trastorno preexistente, además de un trastorno por consumo de sustancias. También sus creencias, su motivación y ganas de realizar el tratamiento, y el apoyo social con el que cuentan, son aspectos que deben ser atendidos. Se debe tener en claro que ninguna adicción es igual a la otra, ni tampoco las personas que la padecen, pero existen algunas características centrales para que un tratamiento de adicciones sea motivador. Una característica muy común de las personas adictas es negar su enfermedad, o bien mostrarse autosuficientes y controladoras de la situación (Echeburúa, Corral & Amor, 2005).

El paciente debe estar motivado para realizar el tratamiento, y para que esto suceda es necesario que entienda lo negativo de seguir como hasta el momento, y lo positivo de hacer un cambio en su vida. Existe una herramienta terapéutica llamada “rueda del cambio” que evalúa la motivación para el tratamiento que tiene el paciente. La motivación para el cambio consta de distintas etapas, entre ellas, evaluar la falta de conciencia del problema, la valoración del problema, la decisión de cambiar, el inicio del cambio y el mantenimiento del cambio. También se debe definir un objetivo terapéutico que, en el caso de las adicciones, por lo general, es la abstinencia total de la sustancia a partir de la cual se ha producido el trastorno. Cuando la abstinencia no es posible se suele apuntar a un reaprendizaje del control de los impulsos. Las distintas vías de intervención se basan en dos principios. Primero se busca lograr el control de los impulsos, mediante la evitación de las situaciones y estímulos que disparan la conducta adictiva. Cuando el sujeto evita estos estímulos consigue una recuperación objetiva, pero no suficiente para llegar a una recuperación total. También es necesario que el sujeto sea capaz de exponerse a los indicios de riesgo de una forma progresiva y poder resistirse sin adoptar conductas adictivas, segundo principio. Una vez

cumplidos estos dos objetivos se adquiere la recuperación total, tanto subjetiva como objetiva (Echeburúa et al., 2005).

No existe un tratamiento único para todos los sujetos, ya que cada una de ellos presenta distintos síntomas y signos, pero lo que sí se conoce es el mecanismo con el que se manejan quienes padecen esta enfermedad y a partir de ello es que se debe buscar el tratamiento adecuado para cada sustancia y persona (Becoña Iglesias et al., 2008; Echeburúa et al., 2005; Morales Chainé et al., 2013).

### **3.2.1. Tratamiento cognitivo conductual**

Beck et al., (1999) definen la principal diferencia entre el tratamiento cognitivo conductual y el resto de los enfoques de tratamientos, apuntando a la manera en la que se piensa el éxito del tratamiento. Los demás enfoques conciben como único objetivo a la abstinencia total, viendo a la adicción como un todo o nada; mientras que en el tratamiento cognitivo conductual no se piensa a la adicción de esta forma, por lo que una disminución del consumo en principio ya sería un indicio de que el tratamiento resulta. Bedoya Londoño y Orozco Tamayo (2019) postulan que en el tratamiento cognitivo conductual se parte de la idea de que las personas son participantes activas en su contexto y entorno, por lo que aprenden de sus propias conductas y respuestas, es por eso que la manera de procesar la información cumple un rol muy importante en el desarrollo y en la forma de entender a los trastornos que desarrolla cada persona.

Según Solórzano-Soto, Márquez-Allauca y Márquez-Allauca (2017) el tratamiento de una adicción puede incluir en determinados casos la administración de alguna medicación. Pero, primordialmente, debe llevarse a cabo con un enfoque en la terapia cognitivo conductual. En las intervenciones que se realizan desde este tipo de tratamiento, las posibilidades de que el adicto adopte comportamientos que minimicen sus conductas de consumo, manejando sus emociones y el estrés para poder rehabilitarse y mantenerlo en el tiempo, son altas. De esta manera, puede insertarse en la sociedad de manera productiva, esto puede funcionar por sí mismo ya que suele dar buenos resultados sin la necesidad de complementar con fármacos. Como los trastornos adictivos no se desarrollan en base a un solo problema, sino a partir de un conjunto de ellos, se necesita un tratamiento multidisciplinario, que abarque más de un profesional y más de una teoría en la que se basen las intervenciones, y, por lo postulado anteriormente, el tratamiento cognitivo conductual reúne los requisitos necesarios para llevar a cabo un tratamiento de adicciones de manera exitosa (Bedoya Londoño & Orozco Tamayo, 2019).

Markez, Repeto, Sánchez Isidoro, Abad y Barrenetxea (2012) refieren que la terapia cognitivo conductual ha cobrado gran importancia en el tratamiento de las adicciones ya que integra a la teoría del aprendizaje social, la teoría del comportamiento y la terapia cognitiva. Tiene como objetivo enseñarle a la persona herramientas para afrontar posibles situaciones futuras, anticipándose a los problemas y poniendo el control de la situación sobre la persona. Sumado a esto, Keegan (2012) postula que para el modelo cognitivo conductual lo primordial en un tratamiento es ayudar al paciente a desarrollar estrategias que le permitan regular sus emociones, debido a que se concibe a la conducta de consumir como una forma de sobrellevar las alteraciones emocionales.

Beck et al., (1999) definen que el tratamiento cognitivo conductual de abuso y dependencia de sustancias pone el énfasis en la modificación de las creencias que activan el deseo de consumir, los estados de afecto negativo que, por lo general, disparan el consumo, la enseñanza de habilidades y técnicas cognitivas y conductuales para poder mantener la abstinencia y crear cambios positivos en la forma en que se perciben a sí mismos y a su vida.

Dentro del tratamiento cognitivo conductual se llevan a cabo diferentes intervenciones, entre ellas, enseñarle al paciente a enfrentar los estímulos que se asocian a la ansiedad dejando de lado su experiencia negativa, también detectar las creencias que poseen sobre el consumo y sobre las drogas, además de implementar el ejercicio del mindfulness, y en algunos casos la aplicación del tratamiento comunitario (Keegan, 2012).

Beck et al., (1999) describen al abordaje como un enfoque que se lleva a cabo centralizado en la relación del terapeuta con el paciente basado en la colaboración y la confianza. Es un abordaje activo y mayormente basado en preguntas abiertas, pero no dejando de ser estructurado y centrado. Las pautas del tratamiento cognitivo conductual se crean a partir de la observación minuciosa del caso en particular, articulándolo con el modelo cognitivo del trastorno. Sánchez Hervás, Tomás Gradolí, del Olmo Gurrea, Molina Bou y Morales Gallús (2002) agregan que este enfoque pretende tratar los problemas derivados del consumo de sustancias y lo hace a partir de la aplicación de estrategias que aumenten el control personal del individuo sobre sí mismo.

Las intervenciones cognitivo conductuales, según Keegan (2012), pueden combinarse con otras sin problema, y hasta pueden adoptar diferentes formas, ya sea terapia individual, grupal y familiar. Esto será de gran ayuda cuando se trate, además de una adicción, alguna otra patología. El objetivo del tratamiento cognitivo conductual es la abstinencia completa, pero no se opone al avance de reducir el consumo de sustancias o sus daños; cualquier

mejoría, será considerada positiva en este tipo de tratamiento. De hecho, las recaídas son percibidas como parte del proceso.

Por ende, el tratamiento cognitivo conductual es el más completo y eficaz en el tratamiento de adicciones ya que reúne diferentes teorías para crear las intervenciones, además de que sus objetivos son aumentar la autonomía y control personal de cada individuo, para enseñarles herramientas a las personas adictas y así no caer en la tentación de volver a consumir, tanto dentro del tratamiento como luego, cuando el mismo finalizó (Keegan, 2012; Markez et al., 2012)

### **3.2.2. Comunidad terapéutica**

Valladolid, Adrianzen, Nieto y Sanez (1995) postulan que el término de comunidad terapéutica aparece en 1953 en Inglaterra, creado por Maxwell Jones y luego se expande hacia Estados Unidos. Se fue difundiendo de región en región hasta el día de hoy, que es utilizado en todo el mundo. Según Tavera Romero (2016) la primera comunidad terapéutica para el tratamiento de adicciones fue creada en 1958 por Charles Diederich, que la construyó a partir de la observación de reuniones de Alcohólicos Anónimos, en la que se observó que las personas alcohólicas tenían más éxito con el tratamiento porque llegaban a un mayor tiempo de abstinencia en comparación con los adictos al opio y a la heroína. Es por eso que Diederich pensó que juntándolos en una comunidad conseguirían mejores resultados y así se reflejó en los resultados.

Valladolid et al. (1995) definen a la comunidad terapéutica como un tipo de terapia que adquiere una estructura similar a la de un hospital o de pabellón. Lo que se busca con este modelo es que todas las relaciones interpersonales que se presentan dentro de la comunidad tengan una connotación de aprendizaje, de avance o modificadoras de un comportamiento desadaptativo. Palomino Leiva (2012) agrega que la comunidad terapéutica es un espacio social con fines terapéuticos dirigidos a la problemática que comparten sus residentes, los cuales se encuentran en un tratamiento de rehabilitación. La comunidad está formada por los terapeutas, directores y operadores, y los pacientes, que residen en un espacio creado específicamente para el aislamiento y el mantenimiento de la convivencia. Lo fundamental para que una comunidad terapéutica funcione es que sus objetivos sean promover cambios psicológicos y del estilo de vida; para eso se aplica una presión constante dirigida a la reflexión, la introspección y el cumplimiento de objetivos pautados.

Otro de los objetivos que persigue la aplicación de este modelo es estimular las relaciones interpersonales del paciente, las cuales harán que se relacione con el mundo y

tome conciencia del impacto que tiene su accionar en el entorno. Por otro lado, pone el foco en la comunicación normal y en la incorporación de nuevos patrones de conducta. Se busca que los pacientes adquieran diferentes responsabilidades y también que se genere una redefinición de roles, ya que su objetivo principal es el crecimiento personal del paciente y su integración social (Valladolid et al., 1995).

En la comunidad terapéutica se entiende a la adicción como un trastorno multicausal. Por ende, se cree que se la debe tratar desde diferentes puntos, como lo son lo individual, lo familiar, lo comunitario y lo social. La relación del paciente con el terapeuta en la comunidad terapéutica es colaborativa y dinámica, buscando que el paciente deje el rol pasivo y asuma las responsabilidades necesarias para el cambio individual y colectivo (Tavera Romero, 2016).

Existen dos modalidades de comunidad terapéutica, la profesional y la no profesional. La primera es aquella que tiene una organización democrática, sustento científico, es a largo plazo, está formada por un grupo multidisciplinario de profesionales, se protegen los derechos humanos del paciente, se respeta la confidencialidad, y existe la posibilidad de abandonar el tratamiento en cualquier momento, entre otras características. La comunidad terapéutica no profesional, por su parte, posee algunas deficiencias: por un lado, no entienden al tratamiento de adicción como médico, integral, interdisciplinario y multimodal; también se desconoce que los tratamientos deben ser a largo plazo, con seguimiento y con evaluación objetiva del avance y resultados. Además, se han encontrado comunidades terapéuticas no profesionales que tienen una postura anti médica relacionada a la terapia farmacológica, además de no respetar los derechos humanos de los pacientes y ejercen ilegalmente la medicina, ya que el grupo está conformado por egresados y bachilleres sin formación alguna. Por otra parte, sus fines son lucrativos (Valladolid et al., 1995).

La comunidad terapéutica, entonces, funciona como una comunidad cerrada a la que pertenecen personas que enfrentan la misma problemática, en este caso la adicción. Lo importante del funcionamiento de la comunidad terapéutica es que el hecho de que convivan entre ellos hace que cada uno aprenda de sus propios errores y de los del resto, aprendan a respetar, a ser autónomos con sus necesidades y también a seguir las reglas que allí se instauran para el mantenimiento de la convivencia (Palomino Leiva, 2012; Tavera Romero, 2016; Valladolid et al., 1995).

### **3.2.3. Terapias grupales**

Con terapia grupal se hace referencia a un conjunto de personas que crean un sistema en el que comparten sus sentimientos, experiencias, valores, creencias y también su forma de ver el mundo. El espacio grupal, por lo general, produce un cambio en la manera de ver, pensar y sentir, ya que se comienzan a intercambiar las construcciones sociales de los integrantes, lo que hace que cada uno de ellos vea una realidad distinta a la que están acostumbrados, e inevitablemente se genere un impacto y quizás una modificación (Serebrinsky, 2012).

Según Corey (1995) los grupos en terapia le permiten al profesional tratar a más de un paciente a la vez, además de brindar ventajas específicas de aprendizaje. La terapia de grupo también permite que se puedan resolver los problemas relacionados con transferencias múltiples que se le pueden presentar a los pacientes. En la terapia de grupo es que surgen inmediatamente las resistencias; esto se evidencia cuando se les pide a los participantes que hablen de sus sentimientos de forma espontánea (Markez et al., 2012).

Corey (1995) **agrega, además**, que las terapias de grupo pueden tener cosas en común como lo son las metas, técnicas, procedimientos y procesos terapéuticos, mientras que pueden diferir en el rol del terapeuta, la importancia que se le da a la prevención, tratamiento y desarrollo, y también en los objetivos específicos que se propongan. Mientras tanto Serebrinsky (2012) refiere que, en las terapias grupales, en general, se absorbe otra manera de ver las cosas, es decir, distintos puntos de vista, lo que hará que cada uno busque la mejor manera de adaptarse al entorno.

**Respecto a las distintas personalidades que** se encuentra usualmente en una terapia de grupo hará que la respuesta de cada uno de los integrantes sea enriquecedora, ya que los participantes se verán en los ojos de alguien más, obtendrán diferentes percepciones que lo harán pensar de distintas maneras. Es por esto que en las terapias de grupo surgen temas que no surgirían en las terapias individuales (Corey, 1995; Markez et al., 2012).

En este tipo de terapias el terapeuta lleva a cabo técnicas tanto verbales como no verbales, utilizando herramientas como son el reflejo, el role playing, la clarificación y la interpretación. Las metas generales de cualquier terapia grupal son aumentar la autoaceptación, autoconocimiento, autonomía, y responsabilidad hacia uno mismo y hacia los demás. Además, aprender a confiar en uno mismo y en los demás, detectar los sentimientos y necesidades del otro, aprender habilidades sociales, observar similitudes y diferencias entre los problemas propios y los del resto de los participantes, y buscar nuevas formas de enfrentar los conflictos (Corey, 1995).

Las razones para hacer terapia de grupo son varias. Entre ellas se encuentra que el grupo terapéutico cumple la función de sistema, lo que significa que está conformado por diferentes sujetos que se relacionan entre sí, interactúan y se desarrollan, esto es lo que mantiene al sistema unido. Cada uno de los sujetos que forman parte de este sistema son considerados individuos biopsicosociales que se desarrollan en diferentes contextos en relación con otros sistemas. Otra razón es que la terapia grupal es entendida como la unión de tres universos - el individual, el grupal y el social- y las intervenciones que se dan en la terapia de grupo influirán y modificarán cada uno de estos universos. Además, se hace un cambio de la soledad individual a la esperanza grupal, ya que el hecho de pertenecer a un grupo hace que cada uno se sienta acompañado y comprendido. Por otro lado, la terapia grupal también ayuda para hacer un cambio en la percepción de cada uno, ya que demuestra que ninguna persona es perfecta y que el resto de los participantes también tienen problemas y cometen errores, a esto Serebrinsky (2012) lo postula como “deformidades” o “no perfección” humana. Los grupos terapéuticos se van moldeando dependiendo de las interacciones y aportes de cada miembro, y a partir de esto se van forjando los roles que cumplen en el grupo y el modo de ser en el mismo (Serebrinsky, 2012).

En la aplicación de grupos terapéuticos en un tratamiento de adicciones se pone la importancia en que en un primer momento el adicto posiblemente se vea presionado a participar del mismo, generalmente, por la familia. Además, el paciente cuando llega mayormente se encuentra sumergido en sentimientos de culpa, vergüenza y, en ocasiones, depresión. Estos son aspectos que el terapeuta debe detectar para poder comenzar con el tratamiento, ya que se encontrará y deberá trabajar con un paciente que se presenta con cierta resistencia al tratamiento y a la aceptación de su problema (Markez et al., 2012).

Las terapias grupales sirven tanto para intercambiar percepciones con otros, como para no sentirse tan solo y desafortunado por los problemas personales que se presentan, ya que se observa que todos los integrantes del grupo tienen dificultades y obstáculos que resolver, y esto puede ayudar a resolver los propios o al menos a intentarlo (Corey, 1995; Serebrinsky, 2012).

### **3.3. La importancia de la familia**

Velázquez Cedeño y Cevallos Arteaga (2019) en su texto **hacen referencia a que** una de las cosas que más se escucha es que la familia no se elige, lo que puede significar que esta esté inundada de conflictos que involucren a sus miembros o que sea un grato sistema en el que sus miembros participan, pero lo que es común en ambas es que afectan a cada uno de

sus integrantes. López Castilla (2011) agrega que la adicción rompe y modifica los distintos vínculos que mantiene la persona en consumo. Es por eso que muchos lazos familiares se ven debilitados debido al consumo de sustancias psicoactivas: se alteran las dinámicas, se dificulta la comunicación y se distorsionan los sentimientos.

La familia cumple dos tipos de roles en la vida de una persona adicta. Por un lado, en muchas ocasiones es la “causante” de las conductas adictivas, pero, por el otro, cuando la persona comienza un tratamiento de rehabilitación conforman la red de apoyo y motivación que sostiene al familiar mientras se recupera (Pinzón Rodríguez & Calvo Abaunza, 2021).

Zapata Vanegas (2009) postula que la familia es quien participa de las terapias grupales y cumple un rol fundamental en el tratamiento, pero también en el desarrollo de la adicción, ya que tanto los familiares, como el entorno social, son considerados un grupo causal de la aparición de un trastorno por uso de sustancias psicoactivas. Para Cedeño Barberán y Cevallos Sánchez (2018), la educación familiar en el tratamiento de rehabilitación de adicciones es muy importante porque brindará las herramientas para que se cree un contexto de óptima comunicación, donde se integre el respeto, el respaldo, el compromiso, y la responsabilidad.

Zapata Vanegas (2009) refiere que la importancia de que la familia sea parte del tratamiento radica en que cuánto mejor definidas están las relaciones de autoridad, afecto y comunicación del individuo con sus familiares, menor riesgo habrá de que caiga en una enfermedad adictiva, y también se reducirán los riesgos de que el paciente recuperado recaiga en las adicciones. Otra de las razones por las que la familia debe ser parte del tratamiento es lo que postulan Cedeño Barberán y Cevallos Sánchez (2018) de que la familia es un sistema complejo en el que los integrantes adoptan un rol y asumen responsabilidades. Es el primer contexto en el que se inculcan los valores, las creencias, los sentimientos y las emociones, y cómo se viven y expresan en este grupo familiar. Como la familia es un sistema, lo que afecta a uno de los miembros repercute en el resto de los integrantes. Se cree que las situaciones de consumo de sustancias muchas veces están respaldadas por un mal funcionamiento del grupo familiar, o al menos es una de las causas.

Uno de los principales obstáculos que puede presentarse en un tratamiento de rehabilitación de adicciones es la ausencia de una familia que acompañe al paciente, o bien la resistencia de la misma a involucrarse. Estas limitaciones deben superarse, ya que pueden llevar a que el tratamiento fracase. Uno de los puntos fundamentales para atender cuando se comienza un tratamiento de rehabilitación de adicciones es la intervención con respecto a la familia ya que se ve afectada en todo el período de desarrollo de la enfermedad de abuso de

sustancias. Se puede observar la falta de optimismo de la familia hacia la recuperación de su familiar, ya que se encuentra desesperanzada y por eso es que puede mostrarse resistente y negativa al tratamiento (Zapata Vanegas, 2009).

Como la rehabilitación de adicciones no es simplemente la eliminación del consumo de sustancias, es muy importante que la familia sea parte con el objetivo de motivar e intervenir en los casos en que sea necesario, ya que en este tipo de tratamiento también se busca que se adquieran hábitos, capacidades y actitudes. La participación e implicación de la familia al tratamiento es fundamental, y de ello depende el éxito que tenga el tratamiento. Cuantos más familiares estén involucrados, mejor será el resultado, tanto en el proceso de rehabilitación como en su mantenimiento (Velázquez Cedeño & Cevallos Arteaga, 2019).

### **3.4. Terapia multifamiliar y su dinámica**

La terapia multifamiliar aparece en 1960 de la mano de Peter Laqueur. La idea surgió como un grupo en el que participarán diferentes familias y que sea un espacio espontáneo y libre en el que pudiera participar quien quisiera, con el fin de abrir espacios mentales que hicieran crecer psicoemocionalmente a quien asistiera (Sempere Pérez, 2017).

Markez et al. (2012) manifiestan que las intervenciones familiares se llevan a cabo porque el sistema familiar influye en el progreso del tratamiento. Se busca el reforzamiento positivo de las relaciones y el mejoramiento de las habilidades de comunicación. El hecho de que las familias participen en el tratamiento tiene que ver con que se facilite la información sobre la recuperación, y, además, ayuda a reducir los problemas familiares del paciente con las personas que lo rodean, a la vez que reducen el desarrollo de psicopatología por parte de las personas acompañantes del paciente. Pero una de las principales dificultades que se presentan en este contexto es la falta de familiares dispuestos a involucrarse y a ayudar al paciente en su recuperación. Es por esto que Zapata Venegas (2009) hace hincapié en que en el caso en el que el paciente no tenga una familia que lo apoye, es necesario buscar familias sustitutas, amigos o personas cercanas al paciente para que actúen como red de apoyo y de contención, ya que este obstáculo de una red de apoyo familiar inexistente puede darse por problemas de adicción o trastornos mentales en los miembros de la familia, o bien la negativa del entorno familiar en la aceptación de las fases del tratamiento. Pero cuando las opciones postuladas anteriormente para formar una red de apoyo no son posibles, el Estado juega un papel primordial, ya que se debe recurrir a alojamientos comunitarios y de protección u hogares transitorios.

En los grupos multifamiliares todos son participantes, incluyendo el terapeuta, en el cual influyen continuamente las transferencias de cada integrante, cambiando constantemente el curso de la terapia. Esto es lo complejo para un coordinador de este tipo de terapia: sus pensamientos, historia, emociones y valores se pueden ver reflejados en sus actos, pero al mismo tiempo debe estar capacitado para despegarse lo suficientemente de sus emociones como para transmitir sus vivencias de una forma adecuada. Esto contribuye a demostrar la igualdad entre los integrantes, ya sean paciente, terapeuta o familiares (Mascaró Masri, 2017).

Zapata Vanegas (2009) postula que un modelo de intervención familiar es aquel que consiste en que la familia se integre de manera decidida desde el comienzo del tratamiento y participando activamente en el mismo. Deben convertirse en el soporte primordial del paciente durante el tratamiento, pero también para cuando termine el mismo, ya que es en este momento que la familia debe aplicar las herramientas aprendidas durante el tratamiento para ayudar al paciente a mantener sus logros a largo plazo. A la terapia multifamiliar Mascaró Masri (2017) la considera un campo dinámico interactivo, lo que significa que es donde el accionar mutuo produce movimientos y modificaciones. Es decir, que las intervenciones terapéuticas son actos que traen consigo consecuencias, compuestos por palabras y actitudes que pueden causar cambios terapéuticos o no.

Es muy importante que se recompongan los vínculos entre el paciente y sus familiares para que haya una armonía en su relación y que la falta de la misma no afecte el tratamiento. Esto puede lograrse mediante las terapias tanto individuales como grupales. Lo que se intenta lograr es restaurar las jerarquías de las figuras paternas, desarrollar herramientas para controlar los sentimientos de culpa y recuperar el optimismo, y tratar de desarrollar las capacidades para poder enfrentar las situaciones adversas. También se busca que se mejore la comunicación para crear vínculos de confianza que favorezcan el tratamiento, y para que puedan expresar los sentimientos tanto positivos como negativos entre los integrantes de la familia. A la vez, es necesario que las familias le permitan al paciente ser autónomo en el proceso de rehabilitación y que adquiera una identidad para que tenga sus propias ideas. A la familia se le explican las señales de alerta a las que deben estar atentos para que el paciente no sufra una recaída. De esta manera se les educa para que anticipen el retorno al consumo de sustancias (Zapata Vanegas, 2009).

Según Sempere Pérez (2015) la terapia multifamiliar se refiere a un tratamiento en el que confluyen las distintas dinámicas de las familias que la conforman. No existe un número límite o mínimo de familias que puedan participar de estas terapias. Quienes organizan la

comunicación y la dinámica serán los terapeutas, de los cuales se recomienda que haya un mínimo de dos profesionales, dependiendo de la cantidad de familias que asistan. Las reuniones multifamiliares generan un ambiente psicológico que beneficia la convivencia y la resolución de conflictos adoptando una forma diferente de pensar. Se trata de un contexto que ayuda a la restauración de la comunicación normal, que pone en evidencia tanto las energías como la manera de relacionarse del individuo con su familia, buscando que sea de forma saludable y clara, de manera que los miembros de la familia demostrarán la forma en la que resuelven sus conflictos. En complemento a lo que dice este autor, Soler Sánchez (2017) nombra algunos beneficios de formar parte de una terapia en grupo multifamiliar. Entre ellos se encuentra la experiencia vivencial, refiriéndose a estar presente y compartir ayudando a otro que sufre desde nuestro mundo interno. Otra ventaja es el desarrollo de un sí mismo verdadero a partir del contexto multifamiliar; el efecto que causa la experiencia compartida y común crea una solidaridad grupal. Además, se aprende a escuchar al otro con respeto más allá de estar o no de acuerdo con lo que se dice, creando una conversación compartida que pueda abrir espacios mentales. Esta autora también describe a los grupos multifamiliares como terapias con un encuadre abierto y flexible, no directivo, siendo los mismos integrantes quienes toman la palabra e interactúan con el resto. Son grupos heterogéneos y con una coterapia. Siendo que, por lo general, hay más de un terapeuta y no se presenta un liderazgo marcado por parte de los profesionales, por el contrario, actúan como un par del resto de los integrantes, sin mostrarse superiores y ayudan a establecer diferencias y similitudes entre los integrantes.

## **4. Metodología**

### **4.1. Tipo de estudio**

Descriptivo – Cualitativo

### **4.2. Participantes**

Entre 10 y 15 familias de pacientes de un tratamiento de rehabilitación de adicciones en una comunidad terapéutica. En cada grupo participan padres, madres, hermanos y familia cercana. Los familiares son divididos en grupos dependiendo de la etapa del tratamiento en la que se encuentre el paciente - que puede ser ambulatorio o residencial - y el vínculo que tengan con el paciente - grupo de padres, de hermanos o de red. Cada grupo está encabezado por algún integrante de la institución, ya sea la trabajadora social, la psicóloga o una paciente recuperada. Por su lado, la trabajadora social está en la institución hace 5 años, en un

principio estaba enfocada puramente en el servicio social y luego de unos meses se enfocó en la coordinación de grupos. La paciente recuperada entró en tratamiento en 2015 y obtuvo el alta en 2018. Una vez que estuvo recuperada estudió operadora en adicciones y colabora desde ese momento en la institución. La psicóloga pertenece al staff de la institución desde 2010 y tiene una orientación teórica cognitivo conductual. Las terapias de grupo se llevan a cabo enfocadas en las intervenciones sistémicas y conductuales.

#### **4.3.Instrumentos**

Se trabajó con observaciones no participantes de la terapia grupal multifamiliar, mediante la plataforma Zoom, debido a la pandemia de COVID-19. En estas reuniones participan los familiares que forman la red de apoyo de los residentes de la comunidad terapéutica e interaccionan entre ellos. También se utilizó como instrumento una entrevista a la trabajadora social de la institución vía Zoom, en la que se indagó sobre cómo afecta la falta de apoyo familiar en el tratamiento haciendo énfasis en la importancia que le da la institución al involucramiento de los familiares, qué enfoque utilizan en las terapias grupales para que sea posible llevar a cabo la dinámica que se genera en cada una de las reuniones y cuáles son las limitaciones y los beneficios de este tipo de intervención. Por último, se indagó acerca de las herramientas que se les enseñan a los familiares para afrontar los sentimientos y las dificultades que se les presentan durante el acompañamiento en el tratamiento de rehabilitación.

Finalmente, se realizó una observación no participante de un taller sobre los miedos, en el que se presentaron conceptos teóricos y se los relacionó con las experiencias de cada familia, mediante actividades cuyo fin era reflexionar e intercambiar vivencias.

#### **4.4.Procedimiento**

Se realizó una observación de las terapias familiares semanales, de pacientes en distintas etapas de la rehabilitación durante un período aproximado de cuatro meses. Las reuniones tienen una duración de una hora y media y se abordan con una dinámica descontracturada y de intercambio.

También se llevó a cabo una entrevista de aproximadamente una hora con la trabajadora social de la institución para recabar más información y poder enriquecer el trabajo.

La observación del taller enfocado en los miedos fue del tipo no participante. Este instrumento resultó muy enriquecedor en términos de contenido emocional como también

conceptual. Los encuentros fueron tres y tuvieron una duración de una hora y media cada uno; se llevó a cabo en cada uno de los grupos de familia.

## 5. Desarrollo

### 5.1. La importancia que le da la institución a la participación de las familias del paciente en su tratamiento de rehabilitación a las adicciones.

En el presente apartado se abordará el objetivo 1, enfocado en describir la importancia que le da la institución a la participación de las familias del paciente en su tratamiento de rehabilitación a las adicciones; para ello se utilizará la información extraída de la entrevista a la trabajadora social de la institución y de la observación de las terapias grupales de las familias.

La familia cumple un rol primordial, que se divide en dos, como **hacen referencia** Pinzón Rodríguez y Calvo Abaunza (2021), ya que son quienes apoyan al paciente, pero también quienes pueden haber contribuido a la adicción de su familiar. Entonces, pueden cumplir dos roles totalmente distintos, por una parte, un rol negativo en el desarrollo de la enfermedad y, por otra parte, un rol positivo en la rehabilitación de la misma.

En las terapias grupales que se llevan a cabo se observó que uno de los procesos que se realiza con la familia es intentar recomponer los vínculos que se encuentran rotos o disfuncionales, coincidiendo con lo expuesto por Zapata Vanegas (2009). Que haya relaciones familiares que no funcionan correctamente puede generar tanto el desarrollo de la enfermedad como también la recaída luego de rehabilitarse. Un ejemplo claro de esto es el de una familia que presenta una dinámica disfuncional, ya que la madre ocupa su rol y el de su marido a la vez, siendo agobiante para ella y dejando sin espacio de acción al padre. El trabajo que debe hacerse es el de correrse de ese lugar, dejando actuar y hablar a su pareja, para que la relación madre-hijo también se modifique, y, por consecuencia, también lo haga la relación padre-hijo, ya que el grado de confrontación entre la madre, que siempre toma las decisiones, y su hijo bajará.

Otro ejemplo que se extrajo de la observación es el caso de una familia que participa en las terapias grupales. Se trata de un paciente de la comunidad que mantenía una relación y comunicación con una mujer que se encontraba fuera de la comunidad, su familia estaba enterada, pero por el contrario la institución no. Esta actitud puede afectar el tratamiento ya que en los tiempos de consumo las personas adictas utilizan frecuentemente la herramienta del ocultamiento y la mentira, por lo que el hecho de que este aspecto no fuera contado ni por

el paciente ni por la familia podría significar un retorno a esta actitud y un primer paso a una recaída en un tiempo futuro. Por lo que, teniendo en cuenta la importancia de este mal manejo de información, la institución decidió que tanto la familia como el paciente debían retroceder algunas etapas del tratamiento para adquirir nuevas herramientas y reforzar las aprendidas anteriormente para que no volviera a suceder. Más allá de que la familia de este paciente siempre actuó a favor de la rehabilitación, sin darse cuenta, este pequeño secreto podría afectar el tratamiento, pudieron estar colaborando con las conductas adictivas de su familiar que se encuentra en recuperación. Este caso es una evidencia puntual de que cualquier error, por más mínimo que sea, puede llevar a algo mayor, como puede ser la recaída, el abandono del tratamiento o al menos el intento; es decir que, un mal uso o una falta de uso de las herramientas que se adquieren en el tratamiento podría perjudicar la rehabilitación. Esta es una de las razones por las que Cedeño Barberán y Cevallos Sánchez (2018) mencionan que es necesario que la familia sea partícipe del tratamiento y de su educación en el tema, con el fin de que adquieran las herramientas necesarias y aprendan la forma correcta de aplicarlas.

**En su entrevista la trabajadora social** se mencionó que la mayoría de las personas con adicción que ingresan por primera vez a la comunidad llegan solos, sin el apoyo de la familia, porque, por lo general, está presente el enojo y la falta de positividad de parte de la familia. Esto puede relacionarse con lo que postula Zapata Venegas (2009) sobre la predisposición de las familias al tratamiento y los obstáculos que se presentan a la hora de acompañarlos. Pero luego de los primeros 10 o 15 días se los contacta para que asuman la responsabilidad del acompañamiento de su familiar e intentar que lo acompañen en el proceso más allá del enojo. En la institución, como postula la trabajadora social en su entrevista, se tiene el pensamiento de que la responsabilidad del paciente siempre está puesta en la familia, tanto cuando se desarrolla la adicción, como en el proceso de rehabilitación y luego del mismo; esto se relaciona con lo que postulan tanto Pinzón Rodríguez y Calvo Abaunza (2021) acerca del rol negativo que tiene la familia en el desarrollo de la enfermedad, como también con lo que mencionan Cedeño Barberán y Cevallos Sánchez (2018) al referirse a la educación familiar en los tratamientos de rehabilitación, dentro de la cual se enseñan herramientas para hacerse responsable, entre otros aspectos.

Los vínculos familiares, en general, **se ven perjudicados** por las adicciones, ya que en la persona con adicción se genera un cambio rotundo en su personalidad y en su manera de relacionarse, lo que hace que la interacción con sus allegados sea distinta y, en ocasiones, violenta o negativa. Las personas con una adicción llevan a cabo acciones desesperadas para conseguir la sustancia, tal y como postulan Salazar et al. (2004), sin importarle las

consecuencias negativas que conlleva esto. **A menudo** venden pertenencias tanto propias como de sus familiares para conseguir el dinero necesario para comprar drogas, actitudes que desencadenan discusiones con sus familias y a veces ruptura de vínculos.

**Por lo tanto**, dada la importancia que tiene el apoyo de la familia en el tratamiento, en el caso de que el paciente no cuente con ello se debe hacer una búsqueda en su entorno, pueden ser amigos, pareja, u otras personas que tengan relación con el paciente o quienes cumplan este rol, como postula Zapata Venegas (2009), y, en el último de los casos, si no se consigue apoyo alguno se debe recurrir al Estado y a las instituciones creadas para brindar este tipo de sostén.

De la observación que se realizó de las terapias grupales que lleva a cabo la comunidad terapéutica abordada, se advierte que sostienen la creencia de que cuanto mayor sea el número de personas que acompañen al paciente mejor será, ya que no es una tarea fácil. Es por eso que, si una sola persona carga con toda la responsabilidad, puede suceder que las salidas terapéuticas y las visitas se dificulten. Hay casos de pacientes que son acompañados solo por su pareja, debido a que sus padres y hermanos no pueden o no quieren involucrarse y también hay casos de pacientes que cuentan con un gran apoyo de familiares, pareja y amigos, esto se relaciona con lo que expone Zapata Venegas (2009) acerca de las razones por las que la familia decide acompañar o no el tratamiento. Siempre será mejor contar con una persona que con ninguna, pero lo óptimo sería que la responsabilidad de acompañar y educarse en la materia sea compartida, para que el paciente se sienta más apoyado y también para que entre las personas de su red de apoyo puedan ayudarse y escucharse cuando sea necesario.

Por ende, el éxito de un tratamiento de adicciones depende tanto de la motivación y las ganas de recuperarse del paciente como también de su familia, ya que es una enfermedad que perjudica tanto al adicto como a su entorno, debido a que la familia es un sistema, como mencionan Cedaño Barberán y Cevallos Sánchez (2018), por lo tanto, si un miembro de este se enferma el resto también se ve perjudicado. Además, se busca que el paciente pueda estimular sus relaciones interpersonales, este objetivo del tratamiento es nombrado por Valladolid et al. (1995), las cuales se verán afectadas por la problemática. El tratamiento no es solo para el paciente sino para la familia en general. Se observó en una de las terapias grupales que el tratamiento del paciente en muchas ocasiones tiene influencia en la personalidad de sus familiares, como es el caso de algunas familias que participan de las terapias y manifiestan que el tratamiento los ayudó para entender aspectos de su familia, por ejemplo el funcionamiento de la misma, la forma de comunicarse de sus miembros, las

dificultades para relacionarse entre algunos de ellos, asuntos que no se resolvieron y traen consecuencias, como los rencores, celos o dolores. Muchos pacientes y familiares refieren que han podido percibir y puntualizar sus disfuncionalidades y de esa manera intentar resolverlos o al menos hablarlo para darle entidad al problema y ser conscientes de ello y así entender mejor los conflictos y obstáculos que se les presentan.

Se ha observado que los familiares que no asisten a las terapias grupales en ocasiones afectan el tratamiento, porque cuando visitan al paciente los fines de semana y cuando los reciben en sus casas en las salidas, pueden cometer errores y transmitir información que el paciente no debería saber. La familia tiene el poder de afectar el tratamiento, ya que pueden presentar el impulso de ocultar situaciones o sensaciones que ellos creen insignificantes, pero que para el tratamiento no lo son. Para Cedeño Barberán y Cevallos Sánchez (2018) la educación familiar en materia de adicciones es muy importante para lograr el éxito en el tratamiento, es por esto que se les recomienda a los familiares que van a tener contacto con el paciente durante el tratamiento que asistan a las terapias para estar preparados e informados.

La trabajadora social refiere que primordialmente los primeros días y meses que los pacientes están en tratamiento deben desarrollar adherencia al tratamiento e insight, por lo que la información del exterior y los malos manejos de sus familiares pueden generar dificultades para la adaptación al tratamiento. Si los familiares **les transmiten** los problemas del exterior o les comentan sus dificultades ahora que se encuentra en tratamiento puede generar que el paciente se perciba como indispensable para su familia y que piense en dejar el tratamiento poniendo esta situación de excusa. Esto puede ser relacionado con lo que postulan Cedeño Barberán y Cevallos Sánchez (2018) refiriéndose a cómo impacta lo que le pasa a un miembro de la familia en el resto de los integrantes, ya que en esta situación al paciente se le comenta un problema del afuera y de su familia e inevitablemente se ve involucrado en el mismo.

Para la institución abordada el apoyo e involucramiento de las familias es muy importante, tanto que es considerado un requisito necesario para el tratamiento. Por lo que se observó en las reuniones, los familiares que no participan de las terapias grupales no tienen la posibilidad de visitar a los pacientes, primariamente, porque no poseen las herramientas necesarias para que su visita no sea un impacto negativo en el tratamiento. Esto coincide con la recomendación que hacen Cedeño Barberán y Cevallos Sánchez (2018) con respecto a la participación de las familias en el tratamiento. Existen distintas pautas y reglas de lo que se debe y no se debe hacer en cada una de las visitas a la comunidad, ya que la información del exterior puede perjudicar el tratamiento y el estado de ánimo del paciente.

A partir de la participación en las terapias grupales se destaca que en la comunidad terapéutica la familia cumple un rol fundamental **ya que son quienes** se hacen cargo del paciente cuando este hace uso de las salidas terapéuticas, como afirman Pinzón Rodríguez & Calvo Abaunza (2021) cuando hablan de los distintos roles que pueden cumplir las familias. En la institución que se aborda existen determinados pasos a seguir para que esa salida no afecte el tratamiento. En la entrevista con la trabajadora social se mencionó que es importante que las familias y allegados participen de las terapias grupales, ya que es el lugar en el que aprenden qué es recomendable hacer y qué no lo es, qué afecta el tratamiento, también cómo manejarse frente a las situaciones futuras, cómo contener al paciente, qué decir y qué omitir en sus encuentros, entre otros aspectos, tal como mencionan Cedeño Barberán y Cevallos Sánchez (2018).

**Para que los pacientes tengan la posibilidad de hacer uso de sus salidas** deben cumplir un determinado tiempo en el tratamiento, luego tener a alguien que sirva de apoyo en el exterior de la comunidad y que este familiar haya participado de las terapias de grupo donde se le enseñan las herramientas y reglas para que la salida sea exitosa. Algunas de las pautas que se les enseñan es que el paciente no puede manejar dinero, ni estar en un entorno en donde estén presentes sustancias, deben seguir al pie de la letra la rutina que fue aprobada por los profesionales de la institución y debe estar siempre acompañado. En el caso de que alguna de estas reglas sea incumplida el familiar y el paciente deben darlo a conocer en los grupos pertinentes, para que no se convierta en un secreto, esto es parte de lo que dicen Markez et al. (2012) cuando se refieren al objetivo del tratamiento que es enseñarle tanto a los pacientes como a sus familiares las herramientas necesarias para afrontar situaciones, en este caso serían herramientas para evitar llegar a situaciones peligrosas para el tratamiento.

Se explicita en las terapias grupales observadas que se debe tener en cuenta también que el tratamiento no es eterno, cuando se cumple el ciclo de internación, que sería la primera fase de desintoxicación, el paciente comienza a insertarse en la sociedad, y es aquí donde la familia debe contener y ayudar implementando las herramientas aprendidas. El paciente **vuelve a su casa, a convivir con su familia** y a interactuar con el afuera, regresando ocasionalmente a la comunidad para sus reuniones. En esas mismas terapias, sobre todo las enfocadas en la etapa ambulatoria se rescata que es la etapa más riesgosa con respecto a las recaídas, ya que los pacientes comienzan a tener más libertades que dentro de la comunidad, por lo que la responsabilidad está puesta en el paciente y su familia, con respecto al control y cumplimiento de reglas. Se debe haber aprendido de los errores del pasado para no repetirlos en este momento, ya que algunas acciones pueden despertar la necesidad de consumir por el

hecho de que las estructuras neuropsicológicas que señalan García Fernández et al. (2011) pueden volver a activarse. En esta etapa la persona con adicción debe seguir respetando los horarios y responsabilidades que tenía dentro de la comunidad, para que se les cree una rutina. Es el momento en que más influencia tendrá la familia, ya que deben volver a acostumbrarse a convivir con su familiar y adaptarse a las reglas y pautas que la comunidad les enseña; es una adaptación y cambio para todos los miembros de la familia.

Una de las pautas que se repite mucho en las terapias grupales en las que se participó es que las personas en rehabilitación no pueden disponer de dinero ni de la libertad de salir y volver cuando quieran. La familia debe llevar el control de lo que se gasta y en qué, a dónde va y con quién, cuándo vuelve, etc. Todos estos controles no son en vano, se deben manejar de esta forma para que el paciente no se encuentre en una situación de posibilidad de consumo, intencionalmente o no; esto se relaciona con los efectos que causa la activación de las bases neuropsicológicas que postulan García Fernández et al. (2011) con respecto a la falta de regulación de la toma de decisiones y del control inhibitorio.

Un ejemplo de este tipo de manejo es el de un paciente de la comunidad que se encontraba en la fase de reinserción, cobraba él mismo su sueldo y lo administraba a su manera, ocultaba dinero y no decía la verdad sobre lo que cobraba. Estas son las primeras alertas que se deben observar a la hora de pensar en una posible recaída. Cuando la persona se encontró con que disponía de una determinada cantidad de dinero y que nadie de su alrededor sabía que la tenía, la misma enfermedad y las conductas adictivas volvieron y se presentó la recaída. Como este ejemplo hay varios, ya que las conductas de ocultamiento y mentira son propias de la enfermedad y de los cambios en la personalidad que genera la adicción como postulan Salazar et al. (2004), y son las primeras que generan la necesidad de volver a consumir, porque vuelven a sentirse de la manera en que se sentían cuando estaban en consumo. Como resolución a este problema en particular, desde la comunidad se recomendó al paciente que eligiera a alguien en quien tuviera confianza de su familia y que fuera esta persona quien le guardara su sueldo y le diera el dinero que él necesitara para el día a día. Entonces, estas pautas de las comunidades terapéuticas tienen un fin determinado, el de preservar la integridad del paciente, para que no se vea expuesto a situaciones que puedan llevarlo a una decisión errónea que retrase su recuperación. Con respecto a este tema, Valladolid et al. (1995) menciona diferentes objetivos de las comunidades terapéuticas, entre ellos se nombra la integración social del paciente y el crecimiento personal del mismo. Ambos objetivos tienen relación con la transformación personal que se busca en el paciente

para que no se exponga a situaciones peligrosas para su sobriedad o en su defecto, si se ve expuesto que posea las herramientas para afrontarla y salir de la misma sin consumir.

A modo de conclusión, se puede sintetizar que la familia tiene una influencia y un rol fundamental en el tratamiento de rehabilitación de adicciones, siendo parte del problema y también de la solución. Es por esto que es necesario que las familias acompañen a la vez que aprenden, para corregir errores del pasado y no volver a repetirlos, ya que los problemas familiares y sus disfuncionalidades son las mayores causas del desarrollo de una adicción. Es por esto que las familias deben formar parte del tratamiento para que la sobriedad pueda ser sostenida una vez que el tratamiento llegue a su fin.

## **5.2. La dinámica que se presenta en las terapias grupales multifamiliares de pacientes adictos a drogas y las distintas temáticas que allí se abordan.**

En este segundo apartado se describe el objetivo 2 que se enfoca en la dinámica que se presenta en las terapias grupales multifamiliares de pacientes adictos a drogas y las distintas temáticas que allí se abordan; para cumplir con este objetivo se utilizará la información que aportó la trabajadora social en su entrevista y los aspectos que se recuperaron en la observación de las terapias grupales.

En la comunidad terapéutica con la que se trabaja se le da mucha importancia a la participación de las familias y desde hace mucho tiempo llevan a cabo una dinámica particular en las terapias grupales. En primer lugar, se divide a las familias y conocidos del paciente en diferentes grupos. Por una parte, se encuentra el grupo llamado “familias bienvenidas” que se ocupa de los familiares de los pacientes que recién ingresan en el tratamiento y en la comunidad. También existe el grupo llamado “padres reflexión”, que es el que abarca a los familiares de pacientes que se encuentran hace ya un tiempo en la comunidad, siendo exclusivamente para padres; es aquí donde se trabaja la introspección y reflexión en general. **Por otro lado, se encuentra** el grupo llamado “parejas”, en el que, como su nombre lo indica, solo participan los cónyuges de los pacientes. En este grupo se trabaja mucho lo referido al respeto por la otra persona, situaciones y relaciones violentas, la posición de las parejas en el rol de madre generalmente, entre otras cuestiones. También se encuentra el grupo de “padres ambulatorio” que se trata de familiares que están conviviendo nuevamente con el paciente, ya que éste se encuentra en la siguiente fase del tratamiento que es el ambulatorio y de reinserción. Además, existe el grupo llamado “red” en el que participan tanto hermanos como amigos y familiares más lejanos del paciente. En él se observa otra perspectiva distinta ya que no se encuentran desde la mirada de padre/madre.

Por último, está el grupo de reinserción que es integrado por los mismos pacientes que se encuentran en dicha etapa. Aquí se tratan todas las dificultades, sentimientos, obstáculos y experiencias que los pacientes vivencian una vez que dejan de ser residentes de la comunidad. En cada uno de estos grupos se aplica una dinámica muy particular. Desde que la institución incorporó las terapias grupales es que se hace un manejo de los tiempos y las interacciones entre los integrantes muy interesante. Todos estos grupos están formados de manera estratégica para que se divida a los familiares dependiendo el tipo de relación que tienen con el paciente, ya que es importante que ellos se sientan cómodos al hablar como expone Sempere Pérez (2015) que debe ser en este tipo de terapia multifamiliar.

En su entrevista, la trabajadora social postula que, en un primer momento del tratamiento, es decir cuando los pacientes recién comienzan con el proceso de rehabilitación, el enfoque de las terapias está más inclinado al conductismo, haciendo referencia a un tratamiento que tiene como objetivo enseñarle a la persona herramientas para afrontar posibles situaciones futuras, anticipándose a los problemas y poniendo el control de la situación sobre la persona, como dicen Markez et al. (2012). Esto se debe a que se busca una primera aproximación a la incorporación de hábitos y responsabilidades, ya que muchos de los pacientes que llegan a la comunidad carecen de estas cualidades debido a su adicción y, en ocasiones, situación de calle. Lo mismo sucede en los grupos de familiares y allegados; los primeros encuentros están más enfocados en el modelo cognitivo conductual. Luego de las primeras sesiones la dinámica se torna algo más flexible, dando espacio a los familiares que tengan la necesidad de dar a conocer algún aspecto, experiencia, miedo o incertidumbre, participando en terapias grupales que tienen como propósito el hecho de que se expongan de forma espontánea los sentimientos sin vergüenza ni culpa, tal como postulan Markez et al. (2012). Los grupos son muy eclécticos, por lo que cada uno tiene pensamientos y posiciones distintas, lo que hace que sea más interesante su interacción.

De la observación de las terapias grupales se rescata que en el comienzo de todas las sesiones se presenta y se lee una filosofía que define lo que están haciendo los participantes en ese grupo y también sus obligaciones, como lo es mantener la confidencialidad, respetar al otro y llegar en tiempo y forma, lo que hace que todos los integrantes sean iguales entre sí, que se sientan parte del grupo y que pierdan el miedo al prejuicio del resto. Estas terapias grupales tienen por objetivo aumentar el autoconocimiento, la autonomía, la autoaceptación y la confianza en uno mismo, pero también se trata de adquirir habilidades sociales y de aprender a confiar en el resto de los participantes atendiendo a las necesidades y los sentimientos de ellos. Esto se asemeja a las metas generales que postula Corey (1995) cuando

se refiere a los objetivos que tienen este tipo de terapias y, además, agrega otras metas como son observar las diferencias y similitudes entre los problemas y obstáculos que presenta cada familia y que, en muchas ocasiones, se asemejan a los transitados por el resto de las familias que integran la terapia.

En la observación de las reuniones grupales se **observa** que cuando una familia o integrante de ella usa el espacio para contar algo de su historia o de su presente los profesionales primeramente dan lugar a que los compañeros del grupo digan lo que piensan al respecto, aconsejen o simplemente apoyen a ese integrante. En las terapias grupales que se llevan a cabo se observaron grandes aportes de parte de los participantes, esto hace referencia a lo que apunta Sempere Pérez (2015) cuando describe los inicios de la terapia multifamiliar, ya que la define como un espacio en el que los integrantes se expresan de manera espontánea y libre en el que puede participar quien quiera, al igual que lo hacen los profesionales al darles lugar al resto de los participantes del grupo para que intervengan. En ocasiones, el integrante que contesta al aporte de su compañero se ve reflejado en lo expuesto porque lo vivió con anterioridad, o en el presente, y puede dar algún tipo de consejo o soporte desde su vivencia personal. Teniendo en cuenta que lo que los une a los participantes de cada grupo es que comparten la misma problemática, se presentan interacciones muy fructíferas para la comprensión de la enfermedad, para no sentirse tan solo en las situaciones que se presentan y para entender que la mayoría de los obstáculos son los propios de la enfermedad y de su tratamiento. Este es uno de los objetivos de las terapias grupales. El fin de este tipo de terapias es que los participantes se sientan comprendidos y acompañados por el resto de los integrantes, a la vez de que se crea un cambio en la percepción de cada uno (Serebrinsky, 2012).

**En las sesiones de terapia grupal** se observa que los participantes encuentran un gran apoyo de sus compañeros que son considerados pares por pasar por la misma problemática, pero además cuentan con el apoyo y los aportes de diferentes profesionales que coordinan estas terapias. En cada reunión participan operadores, trabajadora social y psicóloga, por lo que además del aporte de sus compañeros, los integrantes reciben consejos y herramientas de los profesionales que están ayudando a su familiar a dejar el consumo, esto se relaciona con el concepto de campo dinámico interactivo de Mascaró Masri (2017) que apunta al espacio en el que el accionar mutuo produce movimientos y modificaciones.

Se advierte que **en ocasiones** se utiliza a las terapias para que los profesionales informen situaciones que se dieron en la comunidad y de las que deben estar al tanto las familias. También para informar a las familias sobre el estado de ánimo y de colaboración del

paciente en tratamiento. **A menudo** surgen situaciones en las que no concuerdan las historias que los pacientes les cuentan a sus familiares. Esto se evidencia cuando son traídas a las reuniones y son aclaradas por los profesionales. Esta falta de concordancia en las historias o relatos suele ser causada por la característica manipuladora de las personas que consumen, como postulan Salazar et al. (2004) al hablar del cambio en la personalidad del adicto, siendo que adoptan conductas negativas sin medir el impacto negativo que pueden tener. Este intercambio con los profesionales ayuda a la familia a comprender la personalidad de su familiar y a no colaborar con el problema, ya que, si esa mentira u ocultamiento no es abordada y desmantelada, el paciente sigue adoptando conductas y características de una personalidad en consumo.

A partir de la participación en las reuniones es que se observó la realización de talleres, que dependiendo de lo que los profesionales creen que les servirá en ese momento a los familiares es que se elige la temática en la que se basará. La trabajadora social apunta a que mayoritariamente se trata de talleres en donde se trabaja el miedo, que es el sentimiento más recurrente en los acompañantes. Además, la trabajadora social ha referido que tanto en las sesiones cotidianas como en los talleres los profesionales deben llevar a cabo la función de organizar y sostener los espacios, dándole prioridad a ciertos aspectos que necesitan ser atendidos ese día, pero sin dejar de dar lugar a que el resto de los participantes cuenten con la oportunidad de compartir lo que necesiten. Estas funciones que llevan a cabo los profesionales de la institución concuerdan con lo postulado por Mascaró Masri (2017) con respecto a la coordinación en este tipo de terapias.

Todas las sesiones son muy distintas entre sí, primero, porque los grupos están compuestos por diferentes miembros de las familias, y, segundo, porque en cada una de ellas se presentan situaciones y aportes, lo que hace que la espontaneidad sea la característica principal de estas sesiones, como plantean Marquez et al. (2012) cuando se refieren a la forma en la que se les piden a los participantes que se expresen.

La manera de abordar las problemáticas en las terapias, según lo observado, es a partir del habla desde uno mismo. Se intenta no hablar de terceros ni que los familiares cuenten aspectos que les corresponde llevar a los pacientes a sus respectivas terapias, por lo que cada sesión es individual de alguna manera. **Deben hacerse cargo** de lo que a uno le pasa con respecto a una determinada situación, contando hasta el punto en el que se pueda desde la experiencia propia. Esta pauta se debe a que hablar de lo que a uno no le pertenece puede llevar a un conflicto. Algunas de las temáticas que surgen generalmente en las terapias son principalmente los miedos e inseguridades que sienten los familiares. Este miedo, que fue

detallado en el desarrollo del taller de los miedos, se presenta encarnado en diferentes aspectos, ya sea miedo a que su familiar deje el tratamiento o los miedos e incertidumbres que se les presentan cuando su familiar hace uso de sus salidas terapéuticas.

Además, se ha rescatado de la participación en las terapias que se tratan temáticas como la manipulación y el reconocimiento de la misma, debido a que los familiares mencionan distintas situaciones o conversaciones que tienen con el paciente y los profesionales o sus mismos compañeros de grupo desde una mirada más objetiva tienen la capacidad de detectar algún tipo de manipulación y se lo hacen saber a la familia. Esta característica es bastante recurrente por la tendencia que tienen las personas con adicción a desarrollar este tipo de personalidad y de comunicación, lo cual afecta a su vida cotidiana y a su relación con sus afectos (Salazar et al., 2004).

Según lo contemplado en las terapias, también se utiliza el espacio de la terapia grupal para que los familiares del paciente cuenten cómo lo vieron en el caso de que fueran a visitarlo, cómo lo escucharon cuando entablaron una conversación telefónica o bien cómo se comportó en los casos de salidas terapéuticas y etapa ambulatoria. Esto sirve para contraponer la manera en la que el sujeto se desarrolla en la comunidad, cómo se muestra y cómo se lo escucha, con lo que cuenta o muestra a sus familiares. Esto puede relacionarse con lo que postulan Valladolid et al. (1995) cuando hacen referencia a la dinámica que se lleva a cabo en las comunidades terapéuticas, donde se busca que las relaciones interpersonales que se presentan marquen un aprendizaje, una modificación o avance, ya sea que esta relación se dé entre los profesionales y los pacientes, entre los pacientes y sus familiares o bien los familiares y los profesionales, es por esto que el contacto constante entre los familiares y los profesionales es necesario para poder llevar a cabo este tipo de tratamiento. En el caso de que exista una contradicción entre lo que expone la familia y lo que realmente pasó dentro de la comunidad se les informa a los familiares las diferencias y las similitudes.

También se observó que se utiliza el espacio de la terapia para que los familiares puedan sacarse todas las dudas necesarias, ya sea preguntar cómo se encuentra el paciente o alguna cuestión sobre cómo manejarse en los casos de salidas prontas, pero también se ofrece el espacio para algo más puntual e individual del familiar, es decir, para adquirir las herramientas necesarias, como postulan Marquez et al. (2012). Las terapias grupales que se llevan a cabo en esta institución en algunos casos sirven como terapia individual para cada familiar, ya que transitan muchos sentimientos y obstáculos, lo que puede hacer que necesiten hablar de ello y compartirlo con el grupo. De la misma manera, se brinda el espacio para que cuenten y manifiesten temas personales o situaciones que están sucediéndoles por fuera del

tratamiento de rehabilitación de su familiar, ya que los aspectos externos también afectan la manera en que se desempeñan en los grupos de terapia. Por ende, se puede decir que las terapias multifamiliares que se llevan a cabo son incorporadas al tratamiento para ayudar a los pacientes y su rehabilitación, pero también de los familiares de ellos, incorporando una dinámica de interacción libre y sin límites para que las resistencias y dificultades salgan a la luz, aspecto mencionado por Markez et al. (2012).

De esta manera, se puede concluir que este tipo de dinámica que se lleva a cabo promueve el hecho de que todos los participantes tengan el mismo peso y jerarquía, incluyendo a los profesionales, así lo expresa Mascaró Masri (2017). Es por esto que a partir de la observación se puede sintetizar que, en primer lugar, se les da la oportunidad a los participantes de compartir lo que ellos necesiten, luego se abre el espacio para que el resto de los integrantes opine, aconseje o simplemente diga unas palabras de apoyo hacia el familiar que hizo el aporte. Y es en este momento en el que se generan los debates más interesantes y fructíferos para el tratamiento, ya que se exponen ideas desde diferentes experiencias y perspectivas, lo que en ocasiones lleva a discusiones o intercambio de palabras, pero siempre desde el respeto. Entonces, la persona que expone un problema o situación en el grupo recibe diversas respuestas que provienen desde diferentes puntos de vista, y es así como luego decide cuál cree que encaja mejor con su personalidad, creencias y pensamientos. A los aportes de los demás familiares que participan de la terapia se les suma la respuesta de los profesionales, que desde su formación hacen su aporte e intentan aclarar dudas. Es por esto que en este tipo de tratamientos la terapia grupal multifamiliar es muy enriquecedora y favorecedora, ya que con cualquier exposición creará una transferencia en el participante y hará que la terapia cambie su rumbo innumerables veces, creando un contexto muy dinámico.

### **5.3. Los sentimientos y dificultades que manifiestan los familiares en las reuniones de apoyo de una comunidad terapéutica.**

En este apartado se tratará el objetivo 3, que se enfoca en describir los sentimientos y dificultades que manifiestan los familiares en las reuniones de apoyo de una comunidad terapéutica. Para esto, se utilizará información recabada de la observación de las terapias grupales, de la entrevista con la trabajadora social y de la participación del taller de los miedos.

El hecho de que las reuniones sean grupales permite que afloren sentimientos y dificultades compartidas entre los miembros de la terapia. Es por esto que se trata de trabajar la confianza y el respeto en el otro para que nada impida que los integrantes se expresen,

como postulan Cedeño Barberán y Cevallos Sánchez (2018) al hablar de las terapias multifamiliares.

Dependiendo del grupo que se observe serán las dificultades y sentimientos que se encontrarán, ya que dependiendo del vínculo que tiene el familiar con el paciente es la perspectiva que se presenta. En el caso de los grupos de hermanos es recurrente ver que las hermanas mujeres, por lo general, se ven sobrepasadas porque muchas de ellas han necesitado ocupar el lugar de madre para ayudar a su hermano, ya sea por ausencia de la figura materna o por la falta de ayuda por parte de la misma. Este grupo es muy interesante, ya que se llevan a cabo intervenciones que tienen como fin ayudar a estas hermanas a posicionarse en el rol que les corresponde ahora que su familiar está en tratamiento. Esta tarea no es nada fácil ya que implica un cambio en la dinámica del funcionamiento familiar, porque el hecho de que la hermana ocupe este lugar hace que la madre no tenga espacio de acción. Un ejemplo de un caso que aplica a esta descripción es el de un joven que se encuentra en tratamiento y que se encuentra acompañado por su hermana y sus tíos, su madre no está presente en los grupos ni tampoco en la vida de él actualmente al igual que su padre. En una de las reuniones su hermana comentó que no tenían contacto con ella porque no es una buena influencia para ninguno, ya que consumía con su hijo en el pasado; este fue el motivo por el que la hermana del paciente se vio en la obligación de asumir el rol de madre que no estaba realizando su progenitora. Pero lo importante aquí es que la hermana, con su hermano ya en tratamiento y evolucionando de manera favorable, aprenda a correrse de ese lugar para poder ocupar el que le corresponde, y que de esa manera también pueda ocupar al máximo su rol de madre con sus hijos. Esta situación es muy común encontrarla en este tipo de grupos, lo importante es detectarla, hacerla consciente e intentar revertirla. En este caso se puede observar como un problema que involucra a algunos miembros de la familia modifican la manera de funcionar de todo el resto, como dicen Cedeño Barberán y Cevallos Sánchez (2018) cuando se refieren al sistema familiar y a cómo impacta lo que a uno le pasa en el resto de los miembros.

En los grupos de parejas también se presentan dificultades y sentimientos muy definidos y comunes en la mayoría de los participantes. La mayoría de los participantes de este grupo son mujeres, y recurrentemente se presentan signos de codependencia, que están relacionados con la preocupación excesiva por los problemas del otro. En la entrevista con la trabajadora social, se habló sobre el tema y a partir de la observación de las terapias grupales es que se destaca esta repetición. Por lo general, las mujeres de los pacientes han desarrollado una codependencia hacia su pareja, lo que también las llevó a ocupar un rol más maternal,

haciéndose cargo de los problemas y responsabilidades de su cónyuge. Este aspecto genera un problema porque se ve imposibilitada a ocupar el lugar que le corresponde, teniendo que cargar con todas las dificultades; se ve mucho más marcado en los casos en los que la pareja tiene hijos, ya que la mujer se ocupa de igual manera de sus niños como de su pareja. Esto hace que se encuentre exhausta y sobrepasada, pudiendo otorgarle menos tiempo y atención a sus hijos. A este ejemplo se lo puede relacionar con lo que postulan Cedaño Barberán y Cevallos Sánchez (2018) sobre el mal funcionamiento familiar, ya que se refiere a este tipo de relaciones en las que se presenta un mal manejo de las relaciones dentro de la familia, característica que puede estar respaldando el desarrollo de la adicción.

También se destaca de la observación de las terapias grupales de las parejas que en muchas de las relaciones está presente la violencia, tanto verbal como física. Este aspecto es frecuente y deviene de la utilización de sustancias, ya que el uso de las mismas genera un cambio en la personalidad del consumidor, y en ocasiones este cambio se transforma en violencia o maltrato, tal como postulan Salazar et al. (2004).. La persona no es del todo consciente de lo que hace, pero de todas formas afecta a sus relaciones. Un ejemplo es el de una mujer que asiste a las terapias grupales y que tiene un hijo con el paciente, pero en las salidas terapéuticas no puede verlo ni acercarse porque antes de que comenzara el tratamiento, luego de una situación angustiante, la mujer decidió hacer la denuncia y, en consecuencia, se aplicó el uso de la perimetral. Hoy en día es algo que afecta tanto a la mujer como al paciente, porque al ver que este último está mejor gracias a su proceso de rehabilitación, quisieran verse en este tipo de oportunidades, pero no pueden hacerlo ya que esto traería aparejado un problema con la justicia.

Esta misma temática se presentó en la observación de un grupo de hermanos, con la historia de una hermana que acompaña al paciente. En la reunión, la mujer se encuentra junto a su madre, quien fue víctima de violencia por parte de su hijo (el paciente). En este caso se habla tanto de violencia física como verbal y económica, ya que su hijo la ha golpeado en más de una oportunidad, ha vendido sus pertenencias de valor y la ha insultado. Cuando se presentan este tipo de situaciones los profesionales se encuentran con vínculos totalmente rotos, pero con una luz de esperanza de parte de los familiares de que si el paciente se recupera volverá a ser el de antes. El problema y la dificultad que se observa es el enojo entendible que viven los familiares de este paciente; aquí entra la concepción de falta de interés de algunos familiares de involucrarse en el tratamiento que nombra Zapata Vanegas (2009). Estos episodios hicieron que su hermana se alejara y no quisiera tener relación alguna con él, pero cuando se enteró de que había comenzado un tratamiento de rehabilitación de

adicciones decidió participar de las reuniones. Lo primordial que se debe hacer aquí es intentar llevar a cabo intervenciones en las que esta familia se desahogue de sus sentimientos sin culpa ni límites, para a partir de allí analizar si existe la posibilidad de recomponer estos vínculos, ya que para el paciente también es muy importante obtener el perdón de su familia. Para el tratamiento es relevante que estos vínculos y los sentimientos de culpa del paciente puedan ser abordados, y en un futuro resueltos. Esto se relaciona con las modificaciones que genera en los vínculos el consumo, postuladas por López Castilla (2011).

Los sentimientos que se presentan en los grupos en general, según lo observado, son la frustración, que se presenta cuando el paciente no está avanzando en el tratamiento, ya sea debido a una recaída o a la falta de adherencia al tratamiento. **Esto es comunicado** a los familiares en sus determinados grupos y causa una gran frustración en ellos y en ocasiones se sienten desalentados, pero desde la institución se trata de hacerles entender que no es un camino fácil ni lineal, sino que, por el contrario, tiene sus altos y bajos, y esto es parte del tratamiento. Por ende, deben desarrollar la capacidad de entender esto y de acostumbrarse a que su familiar cambiará de estado de ánimo y de grado de motivación constantemente. Otro de los sentimientos que aparece es el de la duda, muchos de los pacientes que inician un tratamiento en la comunidad llegan con experiencia en otros tratamientos que no funcionaron o que fueron abandonados, por lo que la familia llega con muchas dudas, ya sea sobre el tratamiento como también sobre la capacidad y motivación de su familiar para rehabilitarse. Esto debe trabajarse ya que influye en la mirada que tienen sobre el tratamiento y sobre su familiar, lo que a su vez afecta al ánimo y capacidad de adherencia del paciente. También se observó que cuando los profesionales de la institución hacen mención de que el problema de la adicción no está dentro de la comunidad sino fuera de ella, los familiares asimilan que su familiar está estable dentro de la comunidad porque no tiene la posibilidad de consumir, debido a que no se le presentará la oportunidad ni tampoco está en contacto con la gente que consumía con él. Los sentimientos que afloran en las terapias tienen lugar en las mismas debido al enfoque cognitivo conductual que se utiliza, que tiene como uno de los pilares ser un espacio donde los integrantes expresen sus sentimientos, como mencionan Bedoya Londoño & Orozco Tamayo (2019).

Por último, se ha observado en todos los grupos y en todas las sesiones alguna manifestación del miedo. Es por esto que los profesionales decidieron realizar el taller de los miedos. Este constó de una parte más teórica en la que los profesionales brindaron conceptos y definiciones del miedo, y a partir de allí es que se comenzó con la parte más práctica, en la que se les pidió a los integrantes del grupo que describan algún miedo que tengan, es decir,

en qué situaciones y momentos el miedo se hace presente. **Los que fueron mencionados** fue el miedo a que le pase algo malo a su familiar, a que recaiga, a la incertidumbre, a la decepción, a la mirada del otro, a ser uno mismo, a perderse los avances en el tratamiento, a transmitir las inseguridades y miedos, a los cambios, a poner límites, a que les mientan, a que desaparezcan, a la frustración, entre otros. Estos sentimientos de miedo que se presentan se dan de manera espontánea, como postulan Marquez et al. (2012) que debe ser en este tipo de terapias. La mayoría de los miedos a los que los familiares hacen referencia son respecto a las experiencias vividas, a volver a pasar por lo que ya pasaron cuando su hijo, marido o hermano consumía. Estos sentimientos surgen en las terapias gracias al formato que se lleva a cabo, ya que siendo una terapia de tipo grupal lo que se busca es que los integrantes, como dice Serebrinsky (2012), puedan expresarse y exponer sus sentimientos para que se pueda dar una interacción y, en ocasiones, un reflejo entre los miembros de la terapia.

En la observación de las reuniones de grupo, donde se llevó a cabo el taller de los miedos, todos los integrantes de la terapia de padres han coincidido en que sintieron alguna vez miedo de que les pase algo a sus hijos y que esa sensación aparecía cuando su hijo no llegaba a casa o no contestaba el teléfono, lo que hacía que se imaginaran la peor de las situaciones. Pero a partir de la asistencia a las terapias del tratamiento han podido ver que el miedo es necesario en algunos momentos, pero que no debe ser paralizante, sino impulsador para pensar en las opciones y posibilidades de acción ante las situaciones de incertidumbre. Es necesario que se logre un equilibrio, es decir, poder sentir ese miedo o amenaza, pero sin que los sobrepase. Uno de los objetivos de este taller es brindar las herramientas, como las que postula Zapata Vanegas (2009), que son necesarias para que se logre ese equilibrio en el mayor número de situaciones posible. Estas herramientas serán distintas para cada una de las personas participantes, ya que les temen a diferentes cosas y tienen diferentes capacidades y características en su personalidad.

En síntesis, los sentimientos y las dificultades que se les presentan a los familiares son totalmente entendibles, ya que la mayoría de ellos pasaron por situaciones muy duras y de mucha preocupación, lo que hace que no quieran volver a vivir lo que experimentaron en el pasado. Lo principal no es que no se les presenten estos sentimientos, sino que aprendan a manejarlos y a controlarlos, para que no se conviertan en un obstáculo para el tratamiento. La tarea de los profesionales es brindarles las herramientas necesarias para que estos sentimientos no los invadan y afecten la relación con sus familiares. Al ser un tratamiento que se enfoca tanto en la persona enferma como en su entorno, es normal que estas situaciones aparezcan, en ocasiones más complejas que en otras, pero siempre aportan al tratamiento, ya

que contribuyen al crecimiento de cada miembro de la familia y, por ende, al de la familia en general.

## **6. Conclusiones**

### **Alcance de objetivos**

En un principio se plantearon tres objetivos específicos del presente trabajo. Cada uno de ellos fue cumplido con éxito gracias a la investigación minuciosa que se llevó a cabo con el fin de recabar todos los datos necesarios para poder cumplir con dicha tarea.

El primer objetivo estaba enfocado en describir la importancia que le da la institución a la participación de las familias del paciente en su tratamiento de rehabilitación a las adicciones. Es este apartado se necesitó de la información extraída de la entrevista con la trabajadora social, de la información recaudada de la investigación teórica y de la observación de las terapias que se llevan a cabo en la comunidad. Fue un objetivo que no presentó obstáculos ya que desde las primeras aproximaciones los profesionales les hacen saber a todos los miembros sobre la importancia que tienen en el tratamiento, sobre su rol y lo valioso que es que participen y acompañen al paciente. En este objetivo se destacan las razones por las que algunos familiares deciden no acompañar al paciente en su recuperación como postula Zapata Vanegas (2009), en ocasiones debido a una mala relación o enojo que tiene el familiar hacia el paciente, que en general está relacionado con las conductas adictivas y el cambio de personalidad que se presenta en la persona adicta; y la manera en que esto afecta el tratamiento. Además, se recalca la importancia que tiene la participación de las familias en las terapias grupales, siendo el espacio en donde se enseñan las herramientas necesarias para la rehabilitación de adicciones, esto es mencionado a partir de la teoría de Cedeño Barberán y Cevallos Sánchez (2018).

El segundo objetivo está focalizado en describir la dinámica que se presenta en las terapias grupales multifamiliares de pacientes adictos a drogas y las distintas temáticas que allí se abordan; para este objetivo se recabó más información sobre la institución. Se investigó principalmente sobre el enfoque y la dinámica que utilizan en las terapias grupales. Principalmente se expuso la riqueza que genera, tanto en materia de información como también de interacción, el desempeño de terapias grupales multifamiliares, relacionando lo visto con el concepto de Mascaró Masri (2017) de campo dinámico interactivo. El empleo de este tipo de modalidad hace que los participantes de las terapias cuenten con mayor cantidad de opiniones, respecto de lo que deciden contar y exponer en cada sesión, si participaran de terapias individuales este aspecto se perdería. La exteriorización de un problema o

sentimiento que trae algún integrante por lo general está guiado por la espontaneidad, expuesta por Markez et al. (2012). Además, se crea un clima de acompañamiento y apoyo entre los integrantes porque comparten la misma problemática y objetivo de tratamiento, dejando de lado la jerarquía y el ego, retomando lo dicho por Mascaró Masri (2017).

El último objetivo postulado para este trabajo fue describir los sentimientos y dificultades que manifiestan los familiares en las reuniones de apoyo de una comunidad terapéutica. En este objetivo fue muy utilizada la información extraída del taller de los miedos, que fue muy enriquecedor para el abordaje de la temática, ya que fueron encuentros dedicados explícitamente a hablar de los sentimientos y pensamientos de los participantes, aportando cada uno su experiencia y diciendo cómo se sentían al respecto. En este objetivo se destacó el abordaje de las situaciones que se presentan a lo largo del tratamiento, teniendo en cuenta las razones por las que aparecen determinados sentimientos y dificultades, cómo abordarlos y darlos a conocer y sobre todo qué hacer con ellos. El taller de los miedos fue enfocado en esta temática, por lo que aportó mucha información que puede respaldarse con la teoría que se formuló en el marco teórico. Lo más destacable dentro de lo que se abordó en este objetivo es el hecho de que no se dejarán de sentir y de aparecer estas dificultades, ya que son parte de la problemática y consecuencia de las experiencias vividas, pero lo importante es aprender a controlarlos para que no sean inhibitorios y causantes de consecuencias negativas. Referido a esto, Zapata Vanegas (2009) menciona que estas terapias grupales son el lugar en el que se expresan estos sentimientos, y donde debería adquirirse las herramientas necesarias para poder transitarlos y controlarlos, pero, como se postuló en el taller de los miedos, son emociones lógicas del tratamiento y no se trata de eliminarlas sino de aprender a vivir con ellas y que poco a poco se puedan ir disminuyendo las situaciones en las que aparecen. El taller que se llevó a cabo cumple la función de terapia grupal que postula Serebrinsky (2012) cuando menciona que este tipo de terapias es un sistema en el que se comparten los sentimientos y experiencias, y es justamente el objetivo de este taller, sumándole el aprendizaje de herramientas. Entonces, se podría decir que lo destacable de este objetivo es que se pudo hacer una generalización de los sentimientos más recurrentes en cada uno de los grupos, dependiendo del lazo familiar que vincule al participante del grupo con el paciente. La observación de las terapias fue muy fructífera para el cumplimiento de este objetivo gracias a que, como plantean Markez et al. (2012), los participantes expresaban sus sentimientos de forma espontánea, como debe ser en este tipo de terapias, para eso fue crucial el respeto y confianza en el otro, aspecto que es mencionado por Cedeño Barberán y Cevallos Sánchez (2018).

Por ende, se puede decir que algunos objetivos fueron más difíciles de cumplir que otros, pero con la disposición de los profesionales y de los familiares de los pacientes fue posible recabar la información necesaria para cumplir con las expectativas de este trabajo.

### **Limitaciones**

La mayor limitación que presentó el trabajo es la falta de presencialidad. Sin dudas hubiera sido mucho más enriquecedor asistir a la institución presencialmente, dialogar con las personas que la integran y conocer las casas de residencia. Pero este aspecto no fue posible debido a la situación actual de pandemia por COVID-19. La institución también se encuentra limitada por este contexto ya que sus reuniones ya no pueden ser de forma presencial. En caso de contagios dentro de la comunidad deben suspender las salidas terapéuticas y las visitas a la comunidad hasta que no se corra ningún riesgo de contagio, deben ser mucho más precavidos a la hora de recibir visitas y de los nuevos ingresos de pacientes. Además, la modalidad online ha causado en ocasiones que por fallas en la conectividad algunos familiares no tuvieran la posibilidad de expresarse o de terminar una idea o relato, lo que causó que algunas historias queden inconclusas. El aislamiento también perjudica en ocasiones el tratamiento o el ánimo de los residentes, ya que si alguno presenta síntomas de coronavirus debe ser aislado del resto y no puede recibir visitas. Esto sumado a que ya se encuentran de alguna forma aislados del exterior, puede causar malestar y hartazgo en los residentes, entre otras situaciones que muestran que por más de que se encuentran viviendo en la comunidad no deja de afectarlos el exterior y lo que en él sucede.

Con respecto a la búsqueda de información se pudo encontrar todo lo que se necesitaba y no se presentaron mayores dificultades. En el único objetivo que se necesitó hacer una búsqueda más exhaustiva fue en el referido a la importancia de la familia en el tratamiento, ya que no se ha encontrado una abundancia de artículos, pero con lo que se pudo recabar sumado a la experiencia y observación de la práctica fue posible cumplir con el objetivo propuesto. Con respecto al objetivo referido a los sentimientos y las dificultades de los familiares se puede decir que desde un principio se tenía conocimiento de que se enfocaría más en la observación de casos y de las terapias que en la teoría encontrada porque es el que más dependía de lo expuesto en las terapias. De todas maneras, se cree que los objetivos pudieron ser cumplidos, con mayores o menores dificultades porque es una temática muy estudiada e interesante.

Otro aspecto que limitó al trabajo fue recabar información acerca del lenguaje corporal y gestual de los participantes de los grupos, ya que al ser una reunión virtual hay

detalles que se pierden y en ocasiones quedan desplazados por la mala conexión o falta de la misma.

Y, por último, se decidió llevar a cabo una sola entrevista a una profesional de la comunidad debido a que se observó poca disponibilidad horaria, debido a la cantidad de trabajo y a la demanda que conlleva estar a cargo de esta institución, teniendo en cuenta que son pocos profesionales para una gran cantidad de residentes y familiares.

### **Perspectiva crítica y aporte personal**

Según la perspectiva de la pasante, la crítica que podría hacerse al tratamiento o a la institución sería, en primer lugar, la poca cantidad de profesionales, que se observa que dificulta la atención ya que son pocos los que se hacen cargo del tratamiento en comparación con la cantidad de residentes que se encuentran en la comunidad, teniendo en cuenta que los profesionales deben hacer guardias de hasta 48 horas; lo que implica un gran desgaste para los mismos.

Otra contribución que se podría hacer es la aplicación de más talleres o capacitaciones teórico-prácticas, ya que dentro de los cuatro meses que se participó de las actividades de la institución se llevó a cabo un solo taller, enfocado en los miedos. Considerando que la necesidad de contar algún problema o novedad de los familiares y residentes hace que quede poco tiempo disponible para realizar este tipo de actividades, podría llevarse a cabo una organización distinta o un horario aparte de la terapia grupal que se lleva a cabo todas las semanas para realizar algún otro tipo de taller. Algunas temáticas que podrían ser abordadas en dichos talleres podrían ser la violencia de género o familiar, la comunicación no violenta, herramientas para tener una relación sana, tanto de pareja como familiar, un taller sobre los sentimientos de culpa, o bien sobre cómo manejar la ansiedad e incertidumbre, entre otras temáticas que aportarían mucho conocimiento tanto a los familiares como a los pacientes y que se cree pueden enriquecer el tratamiento.

Algunos aspectos del tratamiento que podrían ser modificados o realizarse de una manera distinta son la capacitación más puntual sobre la personalidad de las personas que consumen y las señales de que algo no está funcionando de manera óptima que deben prender una alerta en el entorno del paciente. Además, si la institución contara con más profesionales podría hacerse un seguimiento más cercano de los pacientes y de las actividades que se llevan a cabo en sus salidas terapéuticas. Esto también beneficiaría a la institución ya que sus profesionales no se encontrarían tan apresurados y colapsados de trabajo.

Otra modificación que se cree pertinente es la separación más definida de los familiares que participan en cada grupo, ya que en ocasiones se ha observado que, más allá del nombre que lleva cada grupo, en ocasiones se mezclan diferentes vínculos. Por ejemplo, algunos hermanos participan en el grupo de padres, lo que hace que la ocupación de un rol que no les pertenece se incremente y no se modifique hasta que sean trasladados al grupo que realmente les pertenece, teniendo allí más libertades para expresarse con los familiares que ocupan el mismo lugar que ellos.

Un comentario que puede hacerse a partir de lo observado y de relacionarlo con la teoría es que el tratamiento de rehabilitación de adicciones no es un camino fácil ni lineal, sino por el contrario muy complejo y cambiante, lo que hace que se necesite de mucha motivación y ganas para que el paciente no se rinda, ya que es un tratamiento costoso, pero no imposible si se dispone de la ayuda y contención necesaria.

Es importante la conducta y la incorporación de hábitos, ya que es lo que hará que en un futuro, cuando la persona se encuentre recuperada, pueda seguir de esa forma y no caiga en la tentación de volver a consumir. Esto podrá ser posible si se utilizan las herramientas que aprenden en el tratamiento. También serán de gran utilidad los conocimientos que aprenden en la institución, con esto se hace referencia a formación educacional a la que acceden los residentes que no terminaron la escuela y también los cursos y capacitaciones que brindan sobre distintos oficios. Estos conocimientos les serán provechosos cuando salgan de la comunidad para conseguir un trabajo y reinsertarse en la sociedad.

Algunas de las preguntas que fueron surgiendo fueron sobre la manera en la que se manejan los profesionales en las terapias, ya que tienen una forma de comunicarse y una dinámica particular, que en ocasiones parece algo distante, pero al dialogar con la trabajadora social se aclaró que en ocasiones para que las familias tomen dimensión de la problemática o de los errores que se cometieron es necesario que así sea. Otra pregunta que apareció durante el trabajo realizado es si existe la posibilidad de recuperarse de esta enfermedad sin la ayuda de profesionales y de la familia, esta pregunta fue respondida rápidamente por la experiencia de la observación de las terapias, ya que se ha demostrado que la persona que posee una adicción no puede salir de la misma de forma individual, necesita de un control externo y de la contención de los demás, y aun así existen casos en los que la persona recae, pero siempre teniendo en cuenta que lo importante es que siga con el tratamiento de todas formas.

### **Nuevas líneas de investigación**

Luego de lo observado en las terapias grupales y de lo investigado, la pasante cree que de aquí en adelante se debería hacer una investigación más exhaustiva sobre cómo afecta el

uso de sustancias en el cerebro y en su forma de funcionar, con el fin de sumar a lo que se ha expuesto sobre lo que postulan García Fernández et al. (2011) al hablar de neuropsicología, para poder tener mayor conocimiento sobre el desarrollo de la adicción y para poder entender mejor los comportamientos de las personas que se encuentran en consumo, y, por ende, la modificación en su personalidad. Se ha hablado anteriormente de lo postulado por Salazar et al. (2004) sobre la forma en la que afecta el consumo de sustancias al comportamiento y al temperamento de la persona y cómo esto influye en su relación con sus familiares y cercanos. Por esto es que sería muy enriquecedor el estudio de la neuropsicología de las adicciones.

Además, se debería incursionar mucho más en la relación entre la adicción y la violencia, ya que es un aspecto que involucra tanto a la persona enferma como a su entorno, y crea situaciones que pueden tener un desenlace peligroso. Esto se relaciona con lo expuesto anteriormente acerca de cómo afecta el consumo en la personalidad, esto es explicado por Salazar et al. (2004), agregando que en ocasiones esta personalidad se torna violenta o maltratadora debido a que en ocasiones la persona no es del todo consciente de lo que hace o dice. Se han presentado muchos casos en las terapias de grupo de esta institución en los que la persona con adicción se vuelve violenta y manipuladora con su entorno, sobre todo con su pareja, por lo que en pos del bienestar de las personas que conviven con alguien que consume sería interesante que se sepa más sobre el tema y sobre cómo prevenirlo, en caso de que esto sea posible.

Otras nuevas líneas de investigación que podrían llevarse a cabo deberían estar basadas en la influencia que tienen las relaciones interpersonales que mantienen las personas cuando se encuentran en consumo en el desarrollo de la adicción; ya que más allá de que el consumo es responsabilidad de la persona que lo lleva a cabo, muchas veces se observa que el contexto no colabora con la sobriedad, ya sea por malas influencias de las personas con las que se relaciona el individuo o bien por la situación socioeconómica que transita. La pobreza se encuentra muy relacionada con el consumo, por lo que también sería interesante investigar sobre esto; de esta forma, si estas investigaciones se llevan a cabo, se observará la relación de la adicción con la ausencia de un Estado presente. Esta observación también hará que la sociedad tome dimensión de las causas por las que se desarrolla una adicción y eso quizás cause que se deje de mirar para un costado cuando se trata de esta problemática. Este punto puede fundamentarse con lo postulado por Kornblit et al. (2011) cuando apuntan a que el consumo es un conjunto de factores, ya que se ocasiona por el contexto en el que esta involucrada la persona, teniendo en cuenta que el ambiente en el que se consume y las personas que rodean la mismo influyen mucho en el desarrollo de la adicción.

Otra línea que debería investigarse es la manera en la que afectan las situaciones que se vivieron en la infancia en el desarrollo de la adicción. Ya se ha expuesto que la familia y las personas allegadas a la persona que consume cumplen un papel importante en la adicción, ya que son parte del problema y deben ser conscientes de esto, al igual que manifiestan Pinzón Rodríguez & Calvo Abaunza (2021), es por eso que es uno de los lemas de la institución abordada. La infancia y la adolescencia son los momentos en los que la persona se forja e incursiona en las posibilidades que tiene para ser la persona que quiere, por lo tanto, el entorno, la educación y los exponentes que posee en ese momento influyen de manera directa en el desarrollo de su personalidad, la cual le abrirá determinadas puertas y le cerrará otras. Muchos jóvenes crecen en un entorno poco favorecedor, en el que quizás sus padres son consumidores de sustancias o violentos o poco presentes. En mayor o menor medida esto podría afectar al desarrollo de un niño con una personalidad sana. Estas etapas de la vida son cruciales para el aprendizaje, ya sea educacional como también de modales, es la época en la que se aprende a discriminar lo que está bien de lo que está mal, lo que se debe hacer y lo que no, por ende, es necesario para la absorción de buenos valores que el niño o adolescente tenga un ejemplo que seguir, ya sea un progenitor o alguna persona cercana que esté criándolos. Es por esto que muchas de las personas que desarrollan algún tipo de adicción son las que vivieron alguna carencia, ya sea de afecto, económica, educacional, entre otras. Como ya se ha mencionado, la adicción es una enfermedad que es responsabilidad tanto de la persona que consume como de su familia y entorno, ya que todo lo que ha pasado y lo que no influyó de alguna u otra forma en el desarrollo de esta enfermedad.

## **Referencias**

Asociación Psiquiátrica Americana - APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, 5. Madrid: Panamericana

Barbosa González, A., Segura López, C.A., Garzón Muñoz, D. & Parra Bustos, C. (2014).

Significado de la experiencia del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes institucionalizados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32 (1), 54.

Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/799/79929780005.pdf>

Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Arias Horcajadas, F., Barreiro Sorrivias, C., Berdullas

Barreiro, J., Iraurgi Castillo, I., Llorente del Pozo, J.M., López Durán. A., Madoz

Gúrpide, A., Martínez González, J.M., Ochoa Mangado, E., Palau Muñoz, C.,

Palomares Martínez, A. & Villanueva Blasco, V.J. (2011). Manual de adicciones para

psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona:

Socidrogalcohol. Recuperado de

[https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12830/Manual%20de%20adicciones%20para%20psicologos%20especialistas%20en%20psicologia%20clinica%20en%20formacion,%20Elisardo%20Becona,%20Maite%20Cortes,%202011%20\(1\).pdf?sequence=1](https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12830/Manual%20de%20adicciones%20para%20psicologos%20especialistas%20en%20psicologia%20clinica%20en%20formacion,%20Elisardo%20Becona,%20Maite%20Cortes,%202011%20(1).pdf?sequence=1)

Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Pedrero Pérez, E.J., Fernández Hermida, J.R., Casete

Fernández, L., Bermejo González, M.P., Secades Villa, R., Gradolí, V.T. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones, 18-19. Barcelona: Socidrogalcohol.

Recuperado de

[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39142152/Guia\\_Clinica\\_de\\_intervencion\\_psicologica\\_en\\_adicciones.pdf?1444698357=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DGuia\\_clinica\\_de\\_intervencion\\_psicologica.pdf&Expires=1621290258&Signature=BHSerqn3paqIsOLFZhZkIASpsnXs8Ig0r5vLSXrI54ZA9rUwF4FrltqX3oaxL05A45GPvgEKYulaVY6ojl3pmbgond7smsAKwcB8xftIy-7Nxim6euhDFtp8AxnKc17WidOdJfu-ZC2~hZ7M6vKSxrn1rwL2cEKEZG37AEFLsM6ZEfzr1ujqT5tFAh40ecnVAJ1wUYoQu1lLzdcGdIEqlcowaV2Uodp~X8Gnj55IUv~riGMEJGr2-UCJ0D5R4uO6vqkQpowPMCSOkQ4ORbX3lyNAEj-B7Mupai1rgnf50Yca5iISH0Sm28Q0-eSEEMmUPakjFOoccFQQjPy3B9MHfg\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39142152/Guia_Clinica_de_intervencion_psicologica_en_adicciones.pdf?1444698357=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DGuia_clinica_de_intervencion_psicologica.pdf&Expires=1621290258&Signature=BHSerqn3paqIsOLFZhZkIASpsnXs8Ig0r5vLSXrI54ZA9rUwF4FrltqX3oaxL05A45GPvgEKYulaVY6ojl3pmbgond7smsAKwcB8xftIy-7Nxim6euhDFtp8AxnKc17WidOdJfu-ZC2~hZ7M6vKSxrn1rwL2cEKEZG37AEFLsM6ZEfzr1ujqT5tFAh40ecnVAJ1wUYoQu1lLzdcGdIEqlcowaV2Uodp~X8Gnj55IUv~riGMEJGr2-UCJ0D5R4uO6vqkQpowPMCSOkQ4ORbX3lyNAEj-B7Mupai1rgnf50Yca5iISH0Sm28Q0-eSEEMmUPakjFOoccFQQjPy3B9MHfg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1999) Teoría cognitiva de las

drogodependencias. Barcelona: *Paidós*. Recuperado de

[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56345959/Aaron\\_Beck\\_Tratamiento\\_cognitivo\\_de\\_las\\_drogodependencias\\_1.pdf?1524024540=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTERAPIA\\_COGNITIVA\\_DE\\_LAS\\_DROGO\\_DEPENDENCI.pdf&Expires=1623164940&Signature=L0CdnOMuKao075fzU8~Lq~OVXuug2Zx3AyxQpYhUZ4WAlX2JnmiGspuxkKKudyCWB3eObMfyh1ALtjOpCkwxFW6vZ2xnAmd-aoYV-hkqUEmvqGKaH2ukB5yVos7xFvMOgxyNxPiI7bingYXIIo2OoDsXAhUlJuTrpxjDNVwPR-7LubjnGvtXc7IS4FtCbvnihdvuhPUQYU0S-5~xoyTVNkyk7y1bHkWWpRJR4MT2LtmdcIlq8vgKIYZX~VSJ6UTKGsSXclBfX8tRKUDw8NICKoJUabjIPdDRPCWh5Z3XpYOpogbmInjNouS-uN6WK~lwIcHpjVlaHsEz4GIomNvw\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56345959/Aaron_Beck_Tratamiento_cognitivo_de_las_drogodependencias_1.pdf?1524024540=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTERAPIA_COGNITIVA_DE_LAS_DROGO_DEPENDENCI.pdf&Expires=1623164940&Signature=L0CdnOMuKao075fzU8~Lq~OVXuug2Zx3AyxQpYhUZ4WAlX2JnmiGspuxkKKudyCWB3eObMfyh1ALtjOpCkwxFW6vZ2xnAmd-aoYV-hkqUEmvqGKaH2ukB5yVos7xFvMOgxyNxPiI7bingYXIIo2OoDsXAhUlJuTrpxjDNVwPR-7LubjnGvtXc7IS4FtCbvnihdvuhPUQYU0S-5~xoyTVNkyk7y1bHkWWpRJR4MT2LtmdcIlq8vgKIYZX~VSJ6UTKGsSXclBfX8tRKUDw8NICKoJUabjIPdDRPCWh5Z3XpYOpogbmInjNouS-uN6WK~lwIcHpjVlaHsEz4GIomNvw_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

Bedoya Londoño, L.F., Orozco Tamayo, L. (2019). Tratamiento Cognitivo Conductual en adicciones: Características del tratamiento cognitivo conductual en adicción a sustancias psicoactivas. *Corporación Universitaria Minuto de Dios*, 10-11.

Recuperado

[https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/7544/UVDTTP\\_BedoyaLondoc3%b1%3%b1oLuisaFernanda\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/7544/UVDTTP_BedoyaLondoc3%b1%3%b1oLuisaFernanda_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Carrillo, J. (2014). El uso de sustancias psicoactivas como génesis religioso. *Procesos Socioculturales (MEX)*, 1-4. Recuperado de

[https://www.academia.edu/19601870/El\\_uso\\_de\\_sustancias psicoactivas como g%C3%A9nesis religioso](https://www.academia.edu/19601870/El_uso_de_sustancias psicoactivas como g%C3%A9nesis religioso)

Cedeño Barberán, T.J. & Cevallos Sánchez, H.A. (2018) La educación familiar en el tratamiento de casos de adicciones al alcohol y otras drogas. *Revista Cognosis*, 70-71. doi: <https://doi.org/10.33936/cognosis.v4i1.1676>

Corey, G. (1995) Introducción del trabajo en grupo. En Corey, G. (Ed.), *Teoría y práctica de la Terapia Grupal* (pp. 21-47). Bilbao: Desclée de Brouwer. Recuperado de [https://www.academia.edu/38564955/Teor%C3%ADa\\_y\\_pr%C3%A1ctica\\_de\\_la\\_terapia\\_grupal](https://www.academia.edu/38564955/Teor%C3%ADa_y_pr%C3%A1ctica_de_la_terapia_grupal)

Echeburúa, E., Corral, P. & Amor, P.J. (2005) El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención. *Psicología Conductual*, 13 (3), 515-517.

Recuperado de [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/12.Echeburua\\_13-3oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/12.Echeburua_13-3oa-1.pdf)

García Fernández, G., García Rodríguez, O., & Secades Villa, R. (2011) Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del psicólogo*, 32(2), 160-161. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77818544005.pdf>

Grant, J.E., & Chamberlain S.R. (2018) Expandir la definición de adicción: DSM-5 vs. ICD-11. *Revista de Toxicomanías*, 81, 3-4. Recuperado de [https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret\\_81\\_02.pdf](https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret_81_02.pdf)

Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Revista electrónica de la Facultad de Psicología - UBA*, 2 (3), 5-8. Recuperado de [http://www.intersecciones.psi.uba.ar/revista\\_ed\\_n\\_3.pdf#page=5](http://www.intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_n_3.pdf#page=5)

Kornblit, A. L.; Camarotti, A. C.; Di Leo, P. F., (2011) Módulo 1 -La construcción social de la problemática de las drogas en *Prevención del consumo problemático de drogas. Módulos teóricos y actividades complementarias de ejercitación y trabajo en el aula*. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación - Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA -UNICEF Argentina. Recuperado de [http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu\\_ModulosESI.pdf](http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf)

Farias, L., Guerra, V., Cifuentes, T. & Rozas, S. (2010). Consumo problemático de drogas y terapia ocupacional: componentes ocupacionales evaluados durante el proceso de tratamiento y rehabilitación. *Revista chilena de Terapia Ocupacional*, 10, 47. Recuperado de [https://www.academia.edu/36970219/consumo\\_problemativo\\_de\\_drogas\\_y\\_terapia\\_ocupacional](https://www.academia.edu/36970219/consumo_problemativo_de_drogas_y_terapia_ocupacional)

López Castilla, C.J. (2011) Mediación familiar en el proceso de rehabilitación de drogodependencias. *Revista de Mediación*, 4(8), 35. Recuperado de <https://revistademediacion.com/wp-content/uploads/2013/10/Revista-Mediacion-8-04.pdf>

Markez, I., Repeto, C., Sánchez Isidoro, J., Abad, A., Barrenetxea, O. (2012). Terapia frente a las adicciones en el medio penitenciario. *OMEditorial*, 221-223. Recuperado de

[http://cuidadosconfinados.pbworks.com/w/file/attach/71574053/atencion\\_y\\_trat\\_en\\_prision\\_por\\_uso\\_drogas\\_2012.pdf#page=215](http://cuidadosconfinados.pbworks.com/w/file/attach/71574053/atencion_y_trat_en_prision_por_uso_drogas_2012.pdf#page=215)

Martínez-Mantilla, J.A., Amaya-Naranjo W., Campillo, H.A., Rueda-Jaimes, G.E., Campo-Arias, A. & Díaz-Martínez, L.A. (2007). Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes. *Revista de Salud Pública*, 9 (2), 216. Recuperado de [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/r.sap/v9n2/v9n2a06.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/r.sap/v9n2/v9n2a06.pdf)

Mascaró Masri. N. (2017) El grupo multifamiliar: “Un campo dinámico interactivo”. Madrid: *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental*, 107-110. Recuperado de [https://ome-aen.org/wp-content/uploads/2020/12/LIBRO-JORNADAS\\_compressed.pdf#page=113](https://ome-aen.org/wp-content/uploads/2020/12/LIBRO-JORNADAS_compressed.pdf#page=113)

Mendoza Carmona, Y. L. & Vargas Peña, K. (2017) Factores Psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20 (1), 140-141. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171h.pdf>

Morales Chainé, S., Gordillo Moreno, T., Chávez Alcántar, M. (2013) Guía para el tratamiento e integración social en materia de adicciones. Ciudad de México: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México, 15,16.

Muñoz Astudillo, M.N., Gallego Cortés, C., Wartski Patiño, C.I., Álvarez Sierra, L.E. (2012) Familia y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente. *Index de Enfermería*, 21 (3). doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000200006>

Organización Mundial de la Salud (2000) Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Panamericana. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Palomino Leiva, M.L. (2012) Percepciones de adolescentes drogodependientes frente al modelo de comunidad terapéutica. *Desbordes Revista de Investigaciones Escuela de*

*Ciencias Sociales, Arte y Humanidades - UNAD*, 112-113. doi:

<https://doi.org/10.22490/25394150.1202>

Pinzón Rodríguez, A.M. & Calvo Abaunza, A.F. (2021) El rol de la familia en la rehabilitación de adicciones desde el Modelo Transteórico e Intervenciones Cognitivo-Conductuales. *Informes psicológicos*, 21(1), 157. doi:

<https://doi.org/10.18566/infpsic.v21n1a010>

Pinto Núñez, P. (1998) Las drogas en la historia. *Salud Uninorte*, 13(1), 23-29. Recuperado de

<https://search.proquest.com/openview/d54eddb4020914f7b9a21022ef57468c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2027436>

Rossi, L. (2018) Historia de las drogas y sus usos. *Revista digital de la Facultad de Psicología - UBA*, 8 (27), 9-10. Recuperado de

[http://intersecciones.psi.uba.ar/revista\\_ed\\_num\\_27.pdf#page=9](http://intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_num_27.pdf#page=9)

Salazar, E. Ugarte, M., Vásquez, L. & Loaiza, J. (2004). Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *Anuales de la Facultad de Medicina*, 65 (3), 180. Recuperado de

<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v65n3/a04v65n3.pdf>

Sánchez Hervás, E., Tomás Gradolí, V., del Olmo Gurrea, R., Molina Bou, N. & Morales Gallús, E. (2002) Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (81), 22. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n81/n81a03.pdf>

Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J.R., Carballo, J.L. (2007) Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28 (1), 32. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/778/77828105.pdf>

SEDRONAR (2019) Boletín estadístico del perfil de pacientes asistidos, transferencias por becas a tratamiento y llamadas al servicio de atención de la línea 141. *Coordinación de Análisis Territorial y Estadística*, 8-24. Recuperado de

[https://observatorio.gob.ar/media/k2/attachments/Boletin\\_est\\_2do\\_2019\\_v3\\_1.pdf](https://observatorio.gob.ar/media/k2/attachments/Boletin_est_2do_2019_v3_1.pdf)

- Sempere Pérez, J. (2015) Terapia Interfamiliar: Análisis y Descripción de la Aplicación de un Nuevo Modelo de Terapia Multifamiliar (*Tesis de Doctorado*). 30-33. Recuperado de Repositorio de la Universidad de Murcia  
<https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/47827>
- Sempere Pérez, J. (2017) Terapia Interfamiliar: Potenciando la terapia familiar a través del grupo multifamiliar. Madrid: *Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios*, 113,114. Recuperado de [https://ome-aen.org/wp-content/uploads/2020/12/LIBRO-JORNADAS\\_compressed.pdf#page=113](https://ome-aen.org/wp-content/uploads/2020/12/LIBRO-JORNADAS_compressed.pdf#page=113)
- Serebrinsky, H. (2012) Psicoterapia de grupo. *Revista Ajayu*, 10(2), 132-151. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612012000200001&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612012000200001&script=sci_arttext&tlng=en)
- Sotelo, M.I., Irrazabal, E., Miari, S.A. & Cruz, A. (2013) El consumo problemático de sustancias, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos en los dispositivos para alojar urgencias. Una lectura psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones*, 20, 172. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139949032.pdf>
- Soler Sánchez, M.M. (2017) Los grupos multifamiliares en España. Madrid: *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental*, 124-126. Recuperado de [https://ome-aen.org/wp-content/uploads/2020/12/LIBRO-JORNADAS\\_compressed.pdf#page=113](https://ome-aen.org/wp-content/uploads/2020/12/LIBRO-JORNADAS_compressed.pdf#page=113)
- Solórzano-Soto, R.M., Márquez-Allauca, V.M. & Márquez-Allauca, K.J. (2017) Terapia cognitiva-conductual para rehabilitación- reinserción social del adicto y minimización de factores biopsicosociales. *Revista científica dominio de las ciencias*, 3(2), 765. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6325886>
- Tavera Romero, S. (2016) La comunidad terapéutica. *Guía para el Consejero Terapéutico en Adicciones*, 50-59. Recuperado de <http://files.creeser.webnode.mx/200000329-8da868e9d3/CT%20GUIA%20DEL%20CONSEJERO.pdf>
- UNODC (2020) Resumen ejecutivo. *World Drug Report 2020*, 1. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2020/Drogas/Resumen\\_Ejecutivo\\_Informe\\_Mundial\\_sobre\\_las\\_Drogas\\_2020.pdf](https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2020/Drogas/Resumen_Ejecutivo_Informe_Mundial_sobre_las_Drogas_2020.pdf)

Valladolid, M. N., Adrianzen, C., Nieto, I., & Sanz, Y. (1995) Comunidad terapéutica en adicciones. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 58, 116-117. Recuperado de <http://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/download/1350/1381>

Velázquez Cedeño, J.F. & Cevallos Arteaga, C.A. (2019) Rol de la familia en el proceso de recuperación de las personas drogodependientes. *Revista Cognosis*, 145-146. doi: <https://doi.org/10.33936/cognosis.v5i0.2291>

Zapata Vanegas, M.A. (2009) La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, 2 (2), 89-92. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539413007.pdf>