

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

Trabajo Final Integrador

Título: Trabajo con las familias en pacientes con consumo problemático de sustancias en la primera etapa del tratamiento.

Alumna: Rubina, Julieta

Tutor: Ignacio Constantino

Buenos Aires, 7 de marzo de 2022

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivo General	3
2.1 Objetivo Específico.....	3
3. Marco Teórico	3
3.1 Adicciones.....	3
3.1.1 Definición.....	3
3.1.2 Tratamiento.....	6
3.1.2.1 Tratamiento Ambulatorio.....	6
3.2 Abordaje sistémico.....	8
3.2.1 Conceptos centrales del modelo.....	8
3.2.2 Terapia Sistémica y adicciones.....	11
3.2.3 Intervenciones y dificultades de la primera etapa del tratamiento.....	13
4. Metodología	15
4.1 Tipo de estudio.....	15
4.2 Participantes.....	15
4.3 Instrumentos.....	16
4.4 Procedimiento.....	16
5. Desarrollo	17
5.1 Importancia del trabajo con la familia en pacientes con consumo problemático.....	17
5.2 Descripción de las intervenciones realizadas con las familias en la primera etapa del tratamiento.....	19
5.3 Dificultades que tienen las familias en la primera etapa del tratamiento.....	21
6. Conclusiones	25
7. Referencias bibliográficas	29

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se llevó a cabo en el marco de la Práctica Profesional correspondiente a la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo.

El objetivo del mismo era realizar un Trabajo Final Integrador teniendo en cuenta la experiencia profesional en un Programa de Tratamiento Ambulatorio de adicciones desde una mirada sistémica en la cual se involucran distintas disciplinas interrelacionadas entre sí, conformando una estructura para la asistencia, tratamiento, prevención y capacitación, ubicada en el barrio de Colegiales, CABA.

La práctica consistió en efectuar las 305 horas entre los meses de marzo a junio aproximadamente. Debido a la pandemia se realizaron en total 205 horas. Los motivos a elegir dicha institución fue el interés en aprender más acerca de las adicciones y el proceso que conlleva estar en un tratamiento de rehabilitación.

La institución cuenta con un equipo de profesionales de la salud del área de la psicología, psiquiatras y operadores terapéuticos. El programa de la institución presenta varias etapas las cuales son para ayudar a la persona a que se involucre en un grupo de autoayuda, que asista a reuniones con personas que pasaron por lo mismo, que concurra a actividades deportivas y artísticas y que se involucre la familia, amigos en reuniones de terapia familiar.

Las actividades que se ejecutaron fueron observaciones no participantes en grupo de admisión y Fase A a familiares de pacientes, adultos y jóvenes de la institución, entrevistas a profesionales y encuentros virtuales como el grupo de tambores y el grupo de juegos. Estos encuentros se llevaron a cabo de manera virtual debido a la situación sanitaria de emergencia por Covid 19.

A partir de las actividades ya realizadas en la institución el tema del TFI es caracterizar el trabajo con las familias en pacientes con consumo problemático de sustancias en la primera etapa del tratamiento.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Analizar las características del trabajo con la familia en pacientes con consumo problemático de sustancias en la primera etapa del tratamiento en una institución de CABA.

2.2 Objetivos Específicos

I. Indagar la importancia que para la institución tiene el trabajo con la familia para el tratamiento de las adicciones en pacientes con consumo problemático de sustancias.

II. Describir las intervenciones realizadas con las familias en la primera etapa del tratamiento de pacientes con consumo problemático de sustancias.

III. Analizar las dificultades que tienen las familias en la primera etapa del tratamiento de pacientes con consumo problemático de sustancias.

3.MARCO TEÓRICO

3.1 Adicciones

3.1.1 Definición

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

Actualmente, a partir de la nueva definición que ofrece la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se incorporan los trastornos relacionados a sustancias por abuso y dependencia. En ellos se pueden encontrar 10 clases de drogas que son distintas entre sí. Todas provocan una activación intensa y directa del sistema de recompensa del cerebro que perjudican las actividades cotidianas, participando en la producción de recuerdos y en el refuerzo de los comportamientos. Se clasifican en dos grupos: aquellos trastornos por consumo de sustancias y aquellos inducidos por las mismas. La palabra adicción no se utiliza como término diagnóstico en esta clasificación, se utiliza la expresión más neutra trastorno por consumo de sustancias para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo (APA, 2013).

Se distingue el uso, el abuso y la dependencia cuando se observa que la primera, no produce consecuencias negativas o no son lo suficientemente apreciables. Es un consumo habitual y esporádico. En el abuso, ya existe una continuidad a pesar de las consecuencias; y

en la dependencia, el exceso genera consecuencias significativas en un período de tiempo. El consumo puede darse de manera continua, intermitente o excesiva en tal solo un finde semana (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2016). Por el placer que se genera a nivel cerebral el individuo se aleja del dolor y de los sentimientos críticos, esta realidad que se presenta produce una ambivalencia entre el placer y sufrimiento hasta que las consecuencias del consumo comienzan a incrementarse. Al principio la terapia les produce un cierto malestar ya que no les devuelve esa realidad placentera; entonces el profesional debe acompañarlo en ese proceso de pérdida (Abejón, 2008).

A su vez, cada efecto de las drogas depende de las características de cada sustancia, de las vías de administración utilizadas, del estado del organismo, de la dosis que se consuma y de los condicionamientos que el sujeto haya establecido entre la droga y las variables ambientales presentes durante su historia de consumo. Los efectos de las drogas se dividen en agudos y crónicos. Los efectos agudos suelen ser los efectos buscados por el consumidor y se perciben como agradables y deseables, aunque también pueden aparecer efectos agudos desagradables, sobre todo en los primeros episodios de consumo de una sustancia. En cambio, los efectos a largo plazo o crónicos, son los efectos y consecuencias derivados del consumo prolongado de la droga, que generalmente incluyen alteraciones y trastornos derivados del abuso de sustancias mantenido durante un periodo de tiempo considerable. Suelen ser efectos indeseables y son percibidos por el consumidor como negativos (APA, 2013).

Otras teorías sostienen que algunos individuos comienzan con el uso de drogas por el deseo de experimentar y por la curiosidad acerca de los efectos que las mismas producen; y continúan luego con el consumo por el efecto placentero que les produce o por temor a abandonarla. Es decir, que se convierten en adictos psicológicamente en el proceso de tomar la droga y el efecto que la misma provoca. Del mismo modo, varios factores sociales como la edad, el sexo, la religión o el origen familiar, el tipo de familia y el vínculo entre sus miembros influyen directamente en la posibilidad de que un individuo se inicie en el consumo de sustancias (Becoña, 1999)

Esta problemática sobre el consumo puede establecerse en tres fases. La primera fase es la normalización del consumo donde no se percibe el problema y aún es posible sostener el entorno social y económico, siendo una etapa sin violencia, la cual puede tener varios años de duración. Una segunda fase es el sufrimiento por el consumo en donde el individuo aumenta la frecuencia, aparece el ocultamiento y el distanciamiento con familiares y amigos; comienza a haber cierto deterioro con alteraciones en lo psicosocial, económico y laboral. En esta segunda fase también se pueden observar dificultades en el manejo de los límites y situaciones

de violencia. Todas estas cuestiones despiertan la alarma de suponer que existe un problema mayor, es por eso que, en esta fase, comienzan los intentos por pedir ayuda y/o consulta médica para un tratamiento. La última fase es el cambio en el manejo del consumo en donde se hace visible el tocar fondo por parte de algún familiar que consulta, produciéndose un agravamiento del cuadro. En esta etapa se concientiza que el individuo no puede solo, necesitando asistir a terapia individual, grupos de familias o internarse en un centro residencial. El cambio ocurre de forma gradual y discontinua (Avendaño & San Luis, 2020). Se ha observado que la predisposición y las causas de la adicción no presentan un momento exacto de inicio. Algunas causas que llevan a la dependencia son: padres que abandonan a sus hijos, abusadores, golpeadores, maltratadores verbalmente, excesivamente permisivos (ausencia de límites), entre otras. A través de los años, el hijo almacena rabia, ya que no tiene la capacidad de direccionar las palabras hirientes de los padres. Cuando llegan a la mayoría de edad están en una rebeldía extrema hacia sus padres, llegan al punto de violentarse y consumir para molestar a los mismos (Espósito, 2020).

A su vez, algunos factores de riesgo a nivel individual son las dificultades en el área de habilidades de relación para interactuar. Una persona con dificultades para expresarse le cuesta abiertamente desenvolverse en su entorno y así, si el consumo de drogas es algo frecuente, la persona tendrá más dificultades para resistirse a la presión de su entorno. Otro factor es la autoestima de la persona, es decir, un bajo nivel de autoestima hace a la persona sentirse incompetente para resolver situaciones o problemas y esto provoca frustración, lo cual la droga puede aliviar el sentimiento negativo hacia él y evitativo. El tercer factor relacionado con el anterior es el autocontrol emocional, ya que los estados de estrés, ansiedad y depresión ante la necesidad de asumir un cambio, podrían desencadenar un consumo de droga con la esperanza de aliviar esos estados negativos. Otros factores de riesgo relacionales son la escuela, la familia, entre otras. La escuela, es una institución donde el adolescente favorece su progresiva maduración y autonomía, lo cual no todos los jóvenes establecen una buena relación con el medio escolar, y esto lleva a que se desarrollen actitudes negativas hacia él, es decir, que el mal rendimiento en el área escolar puede llevar al adolescente al consumo de drogas, evitando su situación escolar. A su vez, la familia es el primer contexto en donde se desenvuelve una persona, se dan las herramientas o no para que el sujeto afronte una etapa vital tan decisiva como es la adolescencia. El comportamiento de cualquier persona dependerá de las relaciones que se dan en su entorno familiar, es decir que un ambiente deteriorado familiar puede ser uno de los principales factores de riesgo hacia la vinculación en el consumo de drogas (Larrida, Duran, Font & Casado, 2004).

3.1.2 Tratamiento

3.1.2.1 Tratamiento Ambulatorio

En los tratamientos tradicionales en adicciones se comenzó a observar que, en muchos casos, el retorno a las actividades cotidianas y habituales provocaba un índice importante de recaídas, condicionando los logros obtenidos durante el tratamiento (Ravazzola, 2015)

A su vez, es sabido que la droga produce alteraciones no deseables, ya que el drogadependiente sufre consecuencias relacionadas con ella (Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 2001). Las cuales son: reacciones antisociales, síndrome de déficit de actividad, riesgo de escalada y, por último, riesgo de recaída.

-Reacciones antisociales: el adicto vive por y para la droga; y hará todo aquello que le sea posible para conseguirla, sin reconocer límites morales. De esta forma es que se tornan frecuentes los robos, el aumento de la agresividad, conflictos familiares y laborales y hasta posibles suicidios.

-Síndrome de déficit de actividad: se presenta con indiferencia, cansancio o interrupción de la actividad motora como también disminución o pérdida de las capacidades cognitivas (deterioro intelectual), apatía, pasividad, aislamiento, etc.

- Riesgo de escalada: cuando se consume de manera abusiva y/o frecuente alcohol con otro tipo de droga en simultáneo, es frecuente que las capacidades cognitivas están disminuidas y limitadas, lo que hace más incapaz a la persona de negarse a consumir otra droga. Por lo tanto, el término escalada refiere a aquellos factores psicológicos y sociales y no a factores químicos o físicos.

- Riesgo de recaída: durante periodos de abstinencia de drogas, el alcohol es un factor de riesgo de recaída para la mayoría de las personas, por ende, es recomendable no tomar alcohol no estando en un proceso de rehabilitación.

En base a lo plasmado con anterioridad, la propuesta de un tratamiento ambulatorio tuvo la originalidad de incorporar en forma paulatina, las situaciones de la vida habitual, respetando los espacios laborales y académicos, sosteniendo las relaciones con las personas y actividades por fuera del tratamiento. Se brinda apoyo clave para el funcionamiento de un tratamiento adecuado, tales como, los grupos a familiares o red próxima, sesiones individuales, grupos de pares y profesionales especializados (Ravazzola, 2015).

Los tratamientos ambulatorios en adicciones no se pueden llevar a cabo sin la presencia familiar dado que debe convertirse en un soporte importante para la atención del problema del consumo integrándose de manera activa desde el comienzo del tratamiento. Las intervenciones que se realizan deben estar orientadas al restablecimiento de la armonía con la familia, esta

armonía se logra a través de cuatro tipos de intervenciones individuales y grupales: técnicas para resolver las dificultades, favorecer la autoridad positiva hacia los padres, identificar formas adecuadas de comunicación para fomentar la confianza familiar y ampliar habilidades afectivas en las familias, para que se puedan expresar mejor sus sentimientos negativos como positivos. Cuando se producen estas intervenciones, el individuo que consume regresa al hogar, la familia debe hacer uso de las herramientas adquiridas durante el tratamiento. Las actitudes y comportamientos que se reflejan en los integrantes de la familia son más solidarias y afectivas en las cuales la figura de autoridad comparte y respalda su opinión sobre actitudes y medidas decididas por ellos, entre otras. Ahora bien, cuando no hay una familia que asuma el acompañamiento, es necesario acudir a su red de apoyo, pueden ser amigos/as, tíos/as, primos/as que no consuman. Cuando tampoco se cuenta con esta posibilidad, se debe llamar a instituciones que presten este tipo de soporte donde el paciente recibe un ambiente y condiciones mínimas de afecto y apoyo material (Zapata Venegas, 2009).

Losada y Sivila (2018) considera a la familia como un sistema íntimo en el ser humano, contribuyendo protección, identificación, proporcionando la relación social, afectiva con otros sujetos, incide en el futuro del sujeto. Cumplen un rol de sostén y cuidado básico para el ser humano. Es importante el funcionamiento familiar, para el progreso del sujeto. Cada familia asume su rol, en función de sus propias características, factores del medio en el que se desarrolla.

Velázquez Cedeño y Cevallos Arteaga (2020) analizaron el rol de la familia en el proceso de recuperación de las personas en rehabilitación en un Centro Especializado para Alcohol y Drogas de Chile. Se investigó a 27 familias y se recopiló información por medio de encuestas. Se confirmó la importancia de la relación familiar como herramienta de intervención siendo en muchos casos la causa del consumo y a su vez, la clave para la recuperación. Se reveló que puede ser fundamental para la detección, el tratamiento y el posterior mantenimiento de la vida sin consumo. A su vez, Ravazzola (2015) afirma que la red cumple un rol fundamental porque favorece la resocialización, los logros y la vida sin consumo. Un abordaje múltiple e integral, se propone recuperar a la familia como institución reforzadora de salud y hacerla parte de un proceso de cambio.

Minuchin (1974) define a la psicoterapia familiar como el proceso por el cual se trabaja con una familia que se ha trabado en algún punto del desarrollo y en la cual se crea una crisis. Las crisis forman parte de la conducta del adicto, las cuales sirven para desviar el conflicto que la familia aún no ha podido resolver. Se clasifican en cuatro tipos de familia de resolución de crisis: El primer tipo la familia puede lograr conseguir cambiar su conducta sobre el adicto y

encarar las crisis que giraba en torno de la conducta del adicto y a su vez, incorporar alteraciones en la conducta. En el segundo tipo de familia se esperaba que la crisis adictiva se resolviera y otros problemas familiares también se resolvieran por sí solas. En el tercer tipo, el ciclo adictivo ocultaba problemas de otro miembro de su familia que no se podían resolver dentro de una terapia, al romperse el ciclo de adicción, el otro miembro de la familia se vuelve más vulnerable y, por último, el cuarto tipo, son familias muy apegadas y sus estructuras para resolver un conflicto son frágiles que cuando se las presiona de más estallan violentamente (Stanton & Todd, 1999).

En estos cuatro tipos de familia, suele verse bien marcada la resistencia al cambio, para eludir esta resistencia hay que enfocarse en el problema actual y no darle importancia a los problemas laterales que presentan los familiares del adicto, lo cual es frecuente en una terapia (Stanton & Todd, 1999).

3.2 Abordaje sistémico

3.2.1 Conceptos centrales del modelo

La Terapia Sistémica surge luego de la Segunda Guerra Mundial. El pensamiento de Bateson, ha sido uno de los inspiradores de la terapia sistémica. Otros aportes fueron: el constructivismo social de Mead, la teoría general de los sistemas de von Bertalanffy, la teoría cibernética de Wiener, la teoría de la comunicación humana de Watzlawick y los aportes de Erickson, la teoría de las interacciones humanas de Cooley (Goñi, Paula & Kaplan, 2018).

Uno de los modelos de terapia que ha demostrado eficacia en el tratamiento de las drogas es la Terapia Breve Familiar Estratégica. Es una terapia breve que se utiliza con adolescentes que consumen droga y tienen dificultades en el manejo de la ira. El tratamiento se enfoca en trabajar con la familia para que posea habilidades de interacción que resulten funcionales para el individuo que consume. Se centra en lo que es posible y puede cambiarse, es decir, se enfoca en el cambio. Dado que esta terapia se ha utilizado en diversos contextos como los programas de tratamiento para abusos de drogas y otros servicios sociales al igual que en dispositivos de salud mental (Marcos & Garrido, 2009).

La terapia familiar es una terapia de acción. Esta terapia tiene como herramienta modificar el presente, no en explorar el pasado. El pasado influyó en la organización actual de la familia, es decir, se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de las intervenciones que se realicen en el presente. Tiene como objetivo de las intervenciones el sistema familiar, en el cual el terapeuta se vincula a este sistema y utiliza a su persona para cambiarlo. Al cambiar la posición de los miembros del sistema, cambia sus experiencias (Minuchin, 1974).

A continuación, se definen algunos conceptos centrales de esta teoría, como el concepto de estructura familiar, subsistemas y límites. Estos conceptos permiten al terapeuta elaborar un diagnóstico de la estructura. La familia elabora en el curso del tiempo pautas de interacción (estructura familiar) que determinan la funcionalidad o disfuncionalidad de las relaciones familiares y a su vez, rige el funcionamiento de los miembros de la familia y define sus conductas (Minuchin, 1974).

Para Minuchin (1974) el sistema familiar diferencia sus funciones a través de sus subsistemas: el subsistema conyugal, el subsistema parental y el subsistema fraterno. El subsistema conyugal se constituye con la unión de dos personas con un proyecto de formar una familia. Estas personas traen un conjunto de valores y expectativas que deberán ponerse de acuerdo con el otro en el tiempo. Las pautas de interacción una vez establecidas configuran el modo en que cada uno se experimenta a sí y al compañero dentro del contexto de la pareja, en cambio el subsistema parental queda conformado por el nacimiento del primer hijo, alcanzando un nuevo nivel de estructura familiar. Este subsistema debe ahora, diferenciarse para desempeñar las tareas de crianza y socializar a un hijo, sin renunciar al mutuo apoyo que caracteriza al subsistema conyugal y, por último, el subsistema fraterno constituye para el niño el primer grupo de iguales en el que participa. Dentro de ese contexto los hijos se apoyan entre sí, se divierten, se atacan, elaboran pautas de interacción para negociar, competir y cooperar. Se van desarrollando sentimientos de pertenencia a un grupo por un lado e individualidades por otro. Los límites de los subsistemas están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de qué manera.

La función del terapeuta consiste en ayudar al paciente y a la familia a facilitar la transformación del sistema familiar. Al principio el terapeuta se asocia a la familia en una posición de liderazgo, crea circunstancias que permitan el mejoramiento de la estructura. Como consecuencia de la terapia, la familia se va transformando. Esta transformación produce un cambio o una nueva experiencia hacia el paciente y la familia (Minuchin, 1974). Este proceso de cambio puede producirse de manera discontinua, por saltos repentinos hacia nuevas pautas de organización y no de manera continua y por pasos. Es preciso que las partes y el todo cambien guardando cierta reciprocidad, pero no es necesario que lo hagan simultáneamente (Minuchin & Fishman, 1984).

Para Minuchin y Fishman (1984) existen tres estrategias principales de terapia estructural, de las cuales este trabajo se enfocará en dos estrategias por la labor realizada en las prácticas. Las tres estrategias son: cuestionar el síntoma, cuestionar la estructura de la familia y cuestionar la realidad familiar.

- Cuestionar el síntoma: se considera al síntoma como una solución protectora en la que el terapeuta tiene como tarea cuestionar la definición que la familia da del problema, el objetivo del mismo es modificar esta concepción que la familia tiene del problema para que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta, diferentes. Las técnicas de esta estrategia son: la escenificación, el enfoque y el logro de intensidad. En la primera técnica se trabaja con la familia para que interactúe en presencia del terapeuta para vivenciar la realidad como ellos la ven y a su vez, se ponen en evidencia interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia. En la escenificación, hay tres momentos: observación de las interacciones espontáneas de la familia, provocar interacciones por parte del terapeuta y, por último, interacciones alternativas propuestas. La segunda técnica permite al terapeuta elaborar un foco y una meta terapéutica y descartar diversos datos que no son importantes. La tercera técnica y última, el terapeuta se pregunta cómo hacer para hacer llegar el mensaje al paciente, ya que la familia tiene una sensibilidad auditiva discriminatoria que presenta campos de sordera selectiva regulados por su historia común.
- Cuestionar la estructura de la familia: La concepción del mundo de los miembros de la familia depende de las posiciones que ellos ocupan dentro de diferentes subsistemas familiares. El cuestionamiento de la estructura familiar deriva en una reestructuración, definida como la modificación de las reglas de la relación, lo que implica modificar los límites de los subsistemas; es decir que de rígidos o difusos pasen a ser claros. Se trabaja para que las distancias dentro del sistema familiar y el manejo de la información en tanto roles y jerarquías sean funcionales para un contexto determinado.
- Cuestionar la realidad familiar: La terapia de familia parte de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada entonces el terapeuta quiere modificar esa visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia al elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos. Las técnicas de esta estrategia son: Los constructos, la paradoja y los lados fuertes. La primera estrategia se trabaja con esquemas cognitivos que validan una determinada organización familiar, pueden ser mitos o creencias como la explicación de porque la familia es rígida. La paradoja, se utilizan en pautas interactivas establecidas y muy resistentes al cambio. Existen paradojas basadas

en la aceptación y basadas en el desafío, las cuales se aplican generalmente en situaciones de sugerencia directa a una persona a que modifique una conducta y esto produzca una respuesta paradójica y, por último, la tercera estrategia se basa en trabajar en terapia los elementos positivos que contiene cada familia.

Minuchin (1974), ha dicho que cuando la estructura del grupo familiar se transforma, las posiciones de los distintos miembros del sistema se modifican de manera consecuente, y esto hace que cada uno de los individuos experimente un cambio. Si el contexto estructural se cambia, el carácter individual se modifica, de esta perspectiva, Minuchin y Fishman (1984), afirman que es el contexto el que tiene que cambiar para que se promuevan diferencias de la conducta individual. Es decir, señalan que el desarrollo de una familia transcurre en etapas en la cual hay periodos de equilibrio y adaptación; pero también hay periodos de desequilibrio. La consecuencia de estos es el salto a un estadio nuevo y complejo, en donde se elaboran tareas y aptitudes nuevas. Del mismo modo, otro aspecto de gran importancia dentro de este modelo es el Ciclo Vital de la Familia, que se refiere al proceso de nacimiento, desarrollo y muerte del sistema familiar. El nuevo sistema deberá ir haciendo modificaciones en su manera de interactuar si es que quieren “sobrevivir” como un sistema diferenciado y lograr la homeostasis. En el caso de las familias con algún miembro drogadicto, reciben principalmente retroalimentación negativa; la conducta de la drogadicción puede ayudar a mantener la estabilidad de la familia (Minuchin, 1974).

3.2.2 Terapia Sistémica y adicciones

Desde la perspectiva sistémica Minuchin (1974) afirma que las adicciones son reacciones desadaptativas a los cambios ambientales o evolutivos. Centra su atención en el equilibrio de la organización familiar. Sostiene que los problemas de adicción son vistos como síntoma de los problemas del sistema, que actúan desviando conflictos familiares. El abuso de drogas suele originarse en la adolescencia, vinculado en el proceso normal, aunque problemático del crecimiento, las experimentaciones de nuevas conductas y el desarrollo de relaciones íntimas con gente ajena a la familia (Stanton & Todd, 1999).

Se observa en muchos casos que la expresión propia de los que consumen drogas es vista en la delincuencia, la prostitución, la alteración en el rendimiento escolar y las crisis vinculares. Hoy no solo se observan en sectores marginados sino también en sectores evolucionados y sin límites de edad (Ravazzola, 2015).

Si bien el trabajo se enfoca en adicciones hacia las drogas, retomando a Bateson (1972) dado que afirma una hipótesis sobre el alcoholismo donde desarrolla la teoría de los sistemas,

la cibernética y los 12 pasos de la teología de los Alcohólicos Anónimos (AA) que se utiliza para relacionar con otros tipos de sustancias. Las causas del consumo pueden encontrarse en la vida sobria del alcohólico, ya que habría una patología o un entorno intolerable en esta vida que lo impulsa a beber. A su vez, el consumo se presenta como una alternativa, que requiere combatir el autocontrol, que precisa de una experiencia de derrota o de tocar fondo que se traduce en un cambio epistemológico. El individuo con este consumo problemático de alcohol se pone a prueba y revelando su orgullo, intenta consumir de manera social, siendo ésta su primera presunción o riesgo. Existe entonces, una relación simétrica en donde el aumento de la conducta estimula el aumento de la otra. El circuito de retroalimentación positiva impulsa a la persona en la dirección de sus síntomas; en este caso, llevar a los pacientes a que descubran que no existe tal control y requieren ayuda. Es por ello que tocar fondo en cada persona es diferente, ya que son muchos los tipos de desastre que pueden hacer que un alcoholista toque fondo como un ataque de delirium tremens, la pérdida de trabajo, el enojo de la familia y algunos hasta pueden morir antes de contarlo.

En efecto, se produce un cambio gradual en las actitudes de los profesionales de la salud hacia el tratamiento vinculado a las adicciones, dado que cada vez hay más profesionales que reconocen la importancia de los problemas vinculados al consumo de adicciones. Cada individuo es una persona única, por eso la psicoterapia debe formularse para satisfacer singularidades de cada persona y no adaptar a la persona a que encaje a una “hipotética teoría del comportamiento del ser humano” (Berg & Miller, 1997, p. 11)

El terapeuta sistémico presenta recursos como las preguntas circulares que incorporan al vínculo terapéutico la posibilidad de auto reflexionar y sentirse involucrado en las acciones y reacciones que de él sucedan. Este aspecto es importante ya que en otros enfoques terapéuticos el cuestionamiento suele ser individual, sin mucha interacción. Proponer objetivos a corto plazo, brindan una dinámica de interacción que promueve el cambio. Dos elementos que son importantes en todo terapeuta sistémico: la flexibilidad, entendida como aquella capacidad de acomodarse a diferentes situaciones sin presiones y la creatividad que impacta directamente en la primera y propone estrategias o sugerencias que aún no hayan sido intentadas por los pacientes buscando la plasticidad y apertura (Ceberio & Linares, 2005).

La comunicación entre el terapeuta y paciente, se da en un proceso de interacciones en donde se involucran aspectos cognitivos y emociones que no se pueden fijar, depende de la construcción personal de cada terapeuta y el vínculo que se realice con el paciente y/o la familia (Ceberio & Linares, 2005).

Berg y Miller (1997) distinguen tres tipos diferentes de relaciones entre paciente y terapeuta: relación de tipo *comprador*, relación de tipo *demandante*, relación de tipo *visitante*. Estos tres tipos se relacionan con la interacción entre paciente y terapeuta, es decir, se describe el tipo de relación entre el paciente y terapeuta y no las características, los atributos o los rasgos característicos del paciente. La interacción terapéutica es el modelo que se centra en que el paciente y el terapeuta juntos determinen el tipo de relación de trabajo que se construye, se sujeta a cambio si uno de los dos miembros cambia.

Ahora bien, la relación de tipo comprador se identifica en el transcurso de una sesión del paciente y el terapeuta, ya que juntos identifican una dolencia para el tratamiento. A su vez, el paciente está de acuerdo en hacer algo respecto a su problema y el terapeuta, es capaz de dirigir al paciente hacia el logro del objetivo. La relación de tipo demandante, en este tipo de relación el paciente es capaz de descubrir su dolencia pero por lo general suelen creer que la única solución posible es que la otra persona cambie, y por último, la relación de tipo visitante se identifica cuando al finalizar la sesión entre el terapeuta y paciente no han logrado juntos identificar una dolencia sobre las cuales trabajar en el tratamiento ya que, el paciente no ve ninguna razón para cambiar ni para estar en terapia (Berg & Miller, 1997).

3.2.3 Intervenciones y dificultades de la primera etapa del tratamiento

La familia es el primer entorno social en donde el individuo se desenvuelve. Esto determina que características familiares afectan o promueven el consumo de drogas, algunos mecanismos familiares relacionados con el consumo de drogas son: padres que consumen droga pueden favorecer el consumo de droga en el hijo, patrones de disciplina ausente y ausencia de relaciones familiares sin afecto, entre otras. Otro entorno importante en el desarrollo del individuo, es la escuela donde se encuentran las primeras relaciones con un igual, al igual que el fracaso escolar, insatisfacciones escolares, son variables que pueden llevar al consumo de drogas (Lozano, Lopez, Redondo & Paz, 1986).

En la primera etapa del tratamiento se requiere como intervención entrevistas con familiares en las cuales se ve reflejado la dificultad de suprimir el consumo, las recaídas, el maltrato, la desorganización, el desorden cotidiano, entre otras. Estas entrevistas ayudan a fortalecer el vínculo entre las familias y el paciente, esto ayuda a lo largo del trabajo terapéutico, lo que permite conocer y operar sobre las conductas y relaciones cotidianas de cada paciente. Cuando entran al tratamiento se puede observar un debilitamiento de los roles parentales en cuanto a cuidados y puesta de límites ya que las funciones de los padres aparecen

desdibujadas o confusión en las jerarquías, así como una alianza particular del hijo adicto con uno de los padres (Ravazzola, 2015).

Estas entrevistas ofrecen al terapeuta información sobre la crisis familiar y las estructuras que mantienen la adicción, el cual deberá comprender el ciclo adictivo familiar y las intervenciones terapéuticas que han fracasado (Castañeda, Sánchez & De Ávila, 2018).

Las entrevistas con el adicto y la familia, a su vez dan lugar al programa conveniente para cada paciente, en el cual se continúa con la Fase de admisión, etapa inicial en donde se evalúa el deseo por parte del adicto en dejar la droga, su participación grupal y el compromiso de aceptación, como así también la colaboración y concurrencia de la familia. Esta etapa dura alrededor de dos meses aproximadamente. La siguiente etapa se la denomina Fase A, se conversa principalmente sobre las normas de la institución – no consumir droga, alcohol, alejarse de amigos consumidores y participar en tareas laborales o de estudio, entre otras -. Esta etapa es muy necesaria para que los coordinadores de los grupos puedan ir ganándose la confianza de los adictos y conseguir que progresivamente se comprometan con los logros que al principio no siempre son deseados por ellos y, además, se requiere de mucha intensidad de trabajo con los padres que deben realizar esfuerzos para requerir nuevas actitudes y acciones que no han desarrollado nunca. Esta etapa dura entre cuatro a seis meses (Ravazzola, 2015).

Otras intervenciones que se dan en la primera etapa del tratamiento de las adicciones, es la dramatización entendida como instrumento posible de utilizar por los pacientes y familiares para expresar situaciones ligadas a su problemática que le promueven un darse cuenta de sus dificultades con alternativas por fuera de la palabra. El diálogo con el terapeuta permite ampliar la mirada de todo el sistema durante las entrevistas y los grupos. También se debe utilizar la técnica de enfoque ya que en muchas ocasiones la familia o el individuo puede provocar una distracción trayendo un tema que también sea relevante en la dinámica, con el objetivo de persuadir y maniobrar hacia otra dirección. En la misma línea, el desequilibramiento también puede resultar efectivo, incorporando nuevas modalidades de interacción, desestructurando la rigidez (Abeijón, 2008).

A su vez, se realizan intervenciones familiares desarrolladas en tratamientos de alcohol y droga (Cócola, 2018). Se dividen en 3 tipos:

- Trabajar con los miembros de la familia para promover el ingreso y compromiso de los consumidores de sustancias al tratamiento.
- Implicación conjunta de los miembros de la familia que abusan de sustancias en el tratamiento, se busca modificar el uso inadecuado de sustancias de un familiar, trabajando con aquellos familiares que estén interesados en un cambio.

- Intervenciones destinadas a apoyar a los miembros de la familia afectados por el uso inadecuado de sustancias de un paciente.

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

La delegación es uno de los aspectos que suele aparecer como dificultad en las primeras etapas del tratamiento. La familia y el paciente concurren con el lema de haber fracasado en sus intentos por mejorar la situación, depositando en el terapeuta la curación y quitándose de esta forma, la responsabilidad. El deseo mágico de buscar a alguien que solucione los problemas con el menor esfuerzo posible, se encuentra repetitivamente en la dinámica familiar buscando convencer al terapeuta de la especificidad de su propio caso (Ravazzola, 2015).

A través de la delegación se moviliza poderosamente al terapeuta el cual busca soluciones haciendo de él el protagonista del cambio en lugar de al paciente y su familia, que pasan a ser sujetos en la búsqueda de soluciones sobre el tratamiento y de paso obtener el poder de decidir o rechazar las consignas del tratamiento propuestas (Abejjon, 2008)

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio cualitativo de tipo descriptivo.

4.2 Participantes

Participaron seis profesionales de la salud en el tratamiento ambulatorio de adicciones, los cuales son:

- Un médico especialista en psiquiatría. Director de la institución.

- Tres operadores terapéuticos que realizaron su tratamiento como pacientes o familiares cuyo rol en la misma es de coordinación de grupos de pacientes y/o padres y admisión. Uno de ellos hizo un curso para operador terapéutico en una Fundación.

- El Coordinador docente que es Licenciado en Psicología de orientación sistémica y psicodrama, realiza entrevistas familiares de diferentes pacientes en todas las etapas. Se encuentra en la institución trabajando hace 4 años y además hace 17 años atrás estuvo en tratamiento en esta misma institución.

- Una terapeuta de familia que coordina grupos de padres de orientación sistémica y psicodrama, hace 4 años que trabaja en la institución. Estudió Lic. en Psicología. Se focaliza en psicología clínica.

También participaron familiares y pacientes de jóvenes y adultos, de ambos sexos, en edades comprendidas entre 17 y 40 años, de distintas etapas del tratamiento. Participaron en este mes y medio 47 pacientes aproximadamente.

4.3 Instrumentos

- Entrevista no estructurada semidirigida en modalidad de videollamada al coordinador de la práctica y al director de la institución, de 1 hora aproximadamente de duración, en tres ejes. El primer eje estuvo asociado a la importancia que para la institución tiene el trabajo con la familia en la primera etapa del tratamiento de los pacientes con adicciones. El segundo eje, se relacionó con las intervenciones realizadas con las familias en la primera etapa del tratamiento de los pacientes, y el tercer eje, fue indagar las dificultades que tienen las familias en la primera etapa del tratamiento de los pacientes.

- Observación no participante en grupos de admisión a familiares de pacientes, a adultos y jóvenes de la institución, entrevistas a profesionales y encuentros virtuales desarrollados por la Institución. Se realizaron reuniones posteriores con el Coordinador de la práctica para comentar sobre las anotaciones de campo.

4.4 Procedimiento

Con el objetivo de recolectar datos para el trabajo se llevó a cabo en una primera etapa una entrevista de una hora de duración aproximadamente mediante Zoom, con el coordinador de la práctica y el director de la institución para platicar sobre la institución y los diferentes objetivos propuestos.

A continuación, se comenzó con los encuentros virtuales con quienes el coordinador consideró oportuno. En estos encuentros, se observaron los grupos de admisión y fase A de

familiares de pacientes, a adultos y jóvenes de la institución que estén en las primeras etapas de tratamiento, entrevistas a profesionales y encuentros virtuales desarrollados por la institución en modalidad de observación no participante, se recolectaron datos con anotaciones de campo.

Estos encuentros ya mencionados se llevaron a cabo los días lunes, martes, miércoles y jueves de 15 a 17 hs durante 1 mes y medio aproximadamente (marzo - abril), los cuales se realizaron de manera virtual debido a la situación sanitaria de emergencia por Covid 19.

3 DESARROLLO

5.1 Importancia que para la institución tiene el trabajo con la familia en pacientes con consumo problemático.

Las características importantes que los profesionales de la institución tienen para el trabajo con la familia de pacientes con consumo, son las familias como el primer y único entorno para el desarrollo y bienestar del paciente.

La familia, como primer entorno familiar que influyen en la adaptación, en la contención y protección del hijo. Cuando estas presentan disfuncionalidad en su interacción, podrían derivar en reacciones desadaptativas a los cambios ambientales o evolutivos como menciona Minuchin (1974). Por ejemplo, la mamá de S. comentó en una terapia de padres que los problemas del consumo de su hijo comenzaron cuando su padre murió, en un accidente automovilístico, lo cual le costó mucho superar, ya que fue algo repentino. Otro ejemplo es el del paciente C. que relata que los padres trabajan todo el día, quedándose solo en el hogar, pasando todo el transcurso del día solo, optó por generar vínculos con personas que no compartían sus mismos ideales y lo llevaron a delinquir y consumir sustancias. Otro ejemplo similar, es el del paciente B. quien refiere que su padre murió siendo niño y su madre trabajaba todo el día, comenzando a generar nuevas amistades fuera del colegio que lo llevaron a probar el consumo. En estos casos podría observarse una estructura familiar disfuncional, donde los pacientes no obtendrían de sus padres una contención y apoyo ya que el hecho de quedarse solo todo el día, se podría suponer que las actividades domésticas y educativas dependían del hijo.

Otra característica importante desarrollada en el sistema familiar es asumir su rol. Como menciona Losada y Sivila (2018), la familia cumple un rol de sostén y cuidado básico para el progreso de cada integrante familiar, es decir cada familia asume su rol, a veces este rol que asumen algunos participantes no es el adecuado. Por ejemplo, cuando el paciente S. comentó en terapia de grupos que, su madre al tener problemas con el alcohol y no tener un padre presente, él refirió que siempre se encargó de los deberes de la casa y de sus hermanos. Otro

ejemplo similar es del Paciente C, comentó en la primera entrevista que no podía concurrir a todas las actividades que brinda la institución, ya que refirió que tenía que buscar a sus hermanos al colegio y ayudarlos con la tarea, porque su madre está todo el día fuera de casa trabajando y no cuentan con un padre presente para ayudarlos. En estos dos casos se puede observar una red poco existente en la vida de estos pacientes. Como afirma Ravazzola (2015) la red cumple un rol fundamental porque favorece la resocialización, los logros de los integrantes de cada familia, lo cual no se ve reflejado en estos casos.

A su vez, como menciona Espósito (2020) algunas características o patrones familiares que llevan a la dependencia del consumo son: padres abusadores, golpeadores, exclusivamente permisivos, entre otras. Como, por ejemplo, la madre de A. comentó en la primera entrevista que el marido de ella era violento verbalmente y físicamente por mucho tiempo, lo cual su hijo vivenció todos esos momentos lo que lo pudo haber llevado al consumo. Otro ejemplo fue la paciente B. que comentó en fase A que fue abusada sexualmente por su tío cuando tenía 8 años, relata que este acontecimiento la marco, ya que por mucho tiempo no lo pudo decir porque tenía miedo de separar a la familia. Además, refiere que, hasta el día de hoy, le cuesta hablar sobre el tema y evita relacionarse con personas del género opuesto.

Otra característica desarrollada en el entorno familiar son las crisis. Como menciona Minuchin (1974), las crisis forman parte de la conducta del paciente, las cuales sirven para desviar el conflicto que la familia aún no ha podido resolver. Como, por ejemplo, la madre de A. y su ex pareja en terapia de padres no se podían poner de acuerdo para asistir a todas las actividades concurrentes del tratamiento, obviando la situación en la que se encuentra su hijo en el tratamiento, el cual les refirió que es muy importante que asistan. Otro ejemplo similar, el padre de D. comentó en terapia de padres que este tratamiento es muy severo para su hijo y por ende no iba asistir a las actividades relacionadas con el tratamiento, por otro lado, la madre de D. sí está asistiendo a los grupos del tratamiento y esto provocó una pelea entre ellos. Estas situaciones son claramente ejemplos de familias que les cuesta afrontar el problema real y se enfocan en peleas insignificantes, que no llevan a buen puerto.

A su vez, Ceberio y Linares (2005) afirman que la comunicación entre los familiares del paciente y el terapeuta es importante para el buen desarrollo del paciente en el tratamiento, es decir, donde se involucran emociones positivas y negativas, generando un vínculo entre ellos. Como, por ejemplo, la madre de A. al comienzo del tratamiento estuvo muy receptiva en base a lo que decían los terapeutas con el procedimiento a seguir, en el caso del padre de D. también se mostró predispuesto, pero a medida que el tratamiento avanzaba comenzó a

mostrarse reticente a cambiar su forma de relacionarse con su hijo. Estas situaciones fueron observadas por el terapeuta en un grupo de padres.

Otra característica importante es la escuela, la cual no está desarrollada en el ámbito familiar, pero es de suma importancia para el desarrollo y crecimiento del paciente. Tanto como señalan Lozano et. al. (1986) y Larrida et. al. (2004), es un espacio donde comienzan las primeras interacciones con otro igual. Como por ejemplo la madre de A. comentó en un grupo de padres que, al comenzar su hijo en el secundario, en una escuela nueva con gente que no conocía, le costó mucho adaptarse ya que era muy diferente a su anterior escuela, esta es una de las situaciones que comenta la madre que lo pudieron haber llevado al consumo.

5.2 Descripción de las intervenciones realizadas con las familias en la primera etapa del tratamiento.

Las intervenciones realizadas con las familias en la primera etapa del tratamiento en dicha institución requeridas por los profesionales son: la entrevista, la dramatización, el enfoque, cuestionar el síntoma y, por último, cuestionar la realidad. Estas últimas tienen diferentes técnicas para abordar las intervenciones.

La primera intervención son las entrevistas. Tanto Ravazzola (2015) como Castañeda et al. (2018), afirman que estas entrevistas ofrecen al terapeuta información sobre las crisis familiares y la estructura que mantiene la adicción del paciente, ya que, se puede observar un debilitamiento de los roles parentales. Por ejemplo, la mamá de T., en la primera entrevista, comentó que le costaba ponerle límites a su hijo, ya que siempre reaccionaba mal y al no querer confrontarlo terminaba no diciéndole nada. Ravazzola (2015) afirma que en las entrevistas se ve reflejado la dificultad del maltrato hacia los padres, entre otras. Estas entrevistas ayudan a fortalecer el vínculo entre las familias y el paciente. En una situación parecida se podría haber encontrado la madre de F., ya que en los primeros encuentros le costaba decirle que no al hijo, porque todo era motivo de pelea. Mediante una entrevista al coordinador de la práctica comentó que, claramente en las entrevistas que se realizan a la familia en las primeras etapas: *“ayudan a saber en qué condiciones llegan los padres al tratamiento, ya que muy pocos pueden ponerle límites a sus hijos, llegan muy desautorizados por ellos, el cual se puede enojar e irse de la casa de sus padres o puede ocurrir una pelea si los enfrentan”*. Stanton y Todd (1999) afirman que las crisis forman parte de la conducta del adicto, las cuales sirven para desviar el conflicto que la familia aún no ha podido resolver. En una situación parecida se encontraba la mamá de F. y su ex esposo, peleando por que le iban a comprar para su cumpleaños, obviando el tema principal del que están en un tratamiento de adicciones. Otro ejemplo parecido, la madre y el

padre de V., se encontraban discutiendo temas personales en el grupo de padres, grupo principal para charlar sobre las dificultades que tienen con su hijo. Estas situaciones podrían relacionarse con el segundo tipo de familia que plantean Stanton y Todd (1999), donde se esperaba que la crisis adictiva se resolviera y otros problemas familiares también se resolvieran por sí solas.

La segunda intervención que se da en la primera etapa del tratamiento de las adicciones, es la dramatización y el enfoque propuestos por Abeijón (2008). La dramatización como un instrumento posible de utilizar por los pacientes y familiares para expresar situaciones ligadas a su problemática. En este caso, según refiere el profesional *“la mayoría de los pacientes les cuesta expresarse en base a la palabra, entonces esta técnica los ayuda a poder ser escuchados”*. Por ejemplo, cuando el paciente V. de fase A expresó sus sentimientos de cómo se sentía con una poesía realizada por él. A su vez, también se debe utilizar la técnica de enfoque, ya que, en muchas ocasiones, la familia o el individuo pueden provocar una distracción trayendo un tema que no sea relevante en la dinámica del tratamiento, con el objetivo de persuadir y maniobrar hacia otra dirección. Esto fue observado, según el coordinador, cuando la mamá de A., en medio de la terapia, empieza a discutir con su ex esposo la culpabilidad de que su hijo terminó en un tratamiento.

Otras intervenciones que se dan en las primeras etapas son las desarrolladas por Minuchin y Fishman (1984), cuestionar el síntoma y cuestionar la realidad familiar, en donde se relacionan varias técnicas. En la primera estrategia, se considera al síntoma como una solución protectora, el objetivo es modificar esta concepción que la familia tiene del problema. Como podría reflejarse en el caso de la mamá de F., cuando el coordinador refiere que, mediante una técnica de escenificación, pudo observar que la concepción que la madre sostenía del problema se relacionaba con el sentimiento de desautorización que recibía de su hijo. Otra técnica basada en el cuestionamiento del síntoma que se tuvo en cuenta en el tratamiento, es el logro de intensidad, ya que la mayoría de los padres llegan al tratamiento con muy pocas esperanzas de que el hijo mejore, entonces el terapeuta se pregunta cómo hacer para llegar el mensaje al paciente. En una situación similar familiar se encontraban los padres de V. ya que refieren que, sentían que su hijo no iba a mejorar, entonces les costó mucho al principio del tratamiento cumplir con su parte de ir a terapia de grupo de padres y actividades. Cuando hablaron con el coordinador de la práctica, les hizo entrar en razón, que tenían que acompañar a su hijo en este tratamiento, al igual que en sus primeros tratamientos ya que el hijo se encontraba asistiendo a los grupos con ganas de mejorarse y de no desilusionar a sus padres. Luego de esta intervención, los padres lograron cumplir con las normas de la institución, acudiendo a los grupos.

A su vez, se cuenta con una segunda estrategia, la cual se llama cuestionar la realidad familiar. Las técnicas de esta estrategia son: los constructos, la paradoja y los lados fuertes. La primera técnica se refleja cuando la mamá de A. lo culpabiliza de la situación actual de su hijo al padre, quien es su ex pareja y es con quien A. convive; él, en cambio, dice lo contrario y ninguno mostraría predisposición para modificar su perspectiva de la situación, y, enfocarse en lo principal que sería el bienestar de su hijo. El coordinador refirió, *“mientras los padres sigan discutiendo quien es el responsable va hacer tedioso que se cumpla con las normas de la institución”*. La eficacia de la segunda técnica, se ve reflejada cuando el paciente V., en fase A, actualmente participa de los grupos y cumple con las normas institucionales, ya que anteriormente, siempre faltaba a un grupo, poniendo excusas como que se encontraba muy cansado y necesitaba dormir, porque después tenía escuela y actividades de la escuela, dejando de lado las actividades y grupos del tratamiento. En una situación similar se encontraba la paciente E. ya que el profesional relató que, E. al iniciar el tratamiento, comentó que no iba a poder cumplir con los grupos de los viernes porque tenía gimnasia y no iba a modificar el horario por la institución. A su vez, se comunicó con el coordinador de la práctica y con el tiempo coordinó de ir a los grupos de los viernes cada 15 días. Y, por último, la tercera estrategia, se basa en trabajar en terapia los elementos positivos que contiene cada familia. Como, por ejemplo, según refiere el coordinador, al paciente A. le encanta y es muy bueno escribiendo rimas cortas para expresar sus sentimientos. En este caso, podría utilizarse como un elemento positivo que podría tomar el profesional para trabajar con la familia.

En todas las intervenciones ya mencionadas, se ve claramente el concepto de Minuchin (1974) afirmando que, la función del terapeuta consiste en ayudar al paciente y a la familia a facilitar la transformación del sistema familiar. Al principio el terapeuta se asocia a la familia en una posición de liderazgo, creando circunstancias que permitan el mejoramiento de la estructura. Esto se ve reflejado cuando la mamá de P., al principio de la terapia de grupos de padres, solicita ayuda para fortalecer el vínculo con su hijo, en cuanto a la toma de decisiones, ya que se siente muy desautorizada por su hijo en varias ocasiones, teniendo que asumir el terapeuta, la posición de líder para mejorar el vínculo entre madre e hijo y para que P. sea capaz de escuchar a su madre y hacerle caso en cuestiones que no estén del todo de acuerdo.

5.3 Dificultades que tienen las familias en la primera etapa del tratamiento.

En relación a las dificultades observadas en la primera etapa del tratamiento de adicciones, según los profesionales detectaron cuatro tipos: el compromiso y dedicación al tratamiento, el sentimiento de culpa de los padres hacia los hijos, los miedos al cambio

relacionados con la actitud rígida familiar y, por último, el manejo pobre de las emociones y provocaciones.

La primera dificultad es el compromiso y dedicación al tratamiento, el coordinador de la práctica refiere, *“se ve claramente padres que llegan muy receptivos al tratamiento, ya que toman a este tratamiento como su última oportunidad para el bienestar de su hijo. Son padres que comienzan entusiasmados, pero a lo largo de este tratamiento se les puede dificultar, ya que muchos padres no toleran las actividades y terapias de grupos”*. Por ejemplo, la mamá de A. al comienzo del tratamiento, se encontraba muy comprometida con las actividades artísticas en las cuales participan los padres, elaborando un cuadro con todas las actividades para realizar en la semana. Cuando pasó un mes de entrar al tratamiento, estas actividades se les interponían con una actividad deportiva que hacía, lo cual, según el psicólogo, *“dejó de priorizar los encuentros, viniendo cada vez menos”*. A su vez, al papá de J. le costó mucho adherir al tratamiento, ya que dicho por él refería que, *“tenía que estar muchas horas a la semana con grupos”*, relatando que esto le molestaba al principio y no quería conectarse. Al pasar un mes, asistió a un grupo, le interesó y coordinó con el psicólogo que se comprometía a asistir cada 15 días. Como propone Zapata Venegas (2009), las actitudes y comportamientos que se tienen que reflejar en cada miembro de la familia, como la solidaridad y las actitudes afectivas no se reflejarían en el compromiso de estos padres.

Mediante observaciones con el coordinador de la práctica se pudo ver claramente al comienzo del tratamiento que la mayoría de los padres al comenzar un tratamiento están muy predispuestos por lo que hay que hacer y al estar preocupados por la situación familiar, se comprometen de inmediato. Esto pasa por un tiempo después se les dificulta estar en todas las actividades de la institución, en una situación similar se encontraba el padre de A. quien mencionó que iba poder asistir a los encuentros, lo cual no fue así, y al no tener otro familiar en la institución para el grupo de padres, el coordinador de la práctica solicitó una reunión con él, ya que es de suma importancia que vaya a todas las actividades. Como afirman Lozano et al. (1986) y Ravazzola (2015) al funcionar la familia como una red de apoyo en el tratamiento, cuando no se comprometen podrían manifestar características familiares que promuevan el consumo. Considerando a la familia como parte del proceso que influye en la salud o enfermedad, es necesario incluirlos en el abordaje.

La segunda dificultad detectada por el coordinador, es el sentimiento de culpa de los padres hacia sus hijos, como relata el psicólogo *“llegan con un alto sentimiento de culpa, se sienten responsables de lo que le está pasando a su hijo”*. Por ejemplo: A. (mamá de G.) consumía en frente de su hijo, hasta que un comenzaron a consumir juntos. Por lo que comentó

en terapia de padres se sentía muy mal, ya que desde ese entonces no podía dejar de consumir y se hizo un hábito para él. Los dos están en tratamiento. Como afirma Zapata Venegas (2009) en el proceso del tratamiento familiar, los sentimientos de culpa, la restauración de jerarquías, falta de confianza en el paciente que presenta el consumo es habitual en las primeras etapas de un tratamiento, en donde es necesario darle instrucciones a la familia. A su vez, Losada y Sivila (2018) consideran a la familia como un sistema de protección, identificación que influye en el desarrollo psicosocial y afectivo del sujeto con el contexto y con otros sujetos. En este ejemplo, se puede detectar que la madre no estaría cumpliendo con un rol de sostén y de cuidado básico, al consumir droga con su hijo lo afecta en su bienestar presente y futuro. Otro ejemplo es la mamá de C. quien mencionó haberse peleado a golpes con su hija en reiteradas veces. En esta familia está muy afectada la restauración de jerarquías, cada uno hace lo que quiere y al entrar en un tratamiento hay reglas que cumplir, la mamá se siente con un sentimiento de culpa inmenso por no haberle puesto límites antes. Estos mismos sentimientos de culpa se observaron en el padre de G. con su hijo, quien manifestó no saber que hacer ya, porque cada vez que le dice que “no” a algo, se enoja y terminan a los golpes.

La tercera dificultad son *los miedos al cambio relacionados con la actitud rígida familiar*. Por ejemplo: V. (mamá de A.) al ingresar a la institución expresaba que este tratamiento era demasiado para su hija, ya que sentía que las reglas que tenía que cumplir eran muy estrictas para la problemática de A. Los padres obtienen las 20 normas para ayudar a su hijo a poder cumplirlas en su entorno familiar al igual que en la institución. Ravazzola (2015) plantea que la red favorece el bienestar del paciente, influyendo en la resocialización de los logros y colaborando en una vida sin consumo. Estos padres se podrían comportar con una actitud rígida por el miedo al cambio, ya que al momento de las normas piensan que la institución exagera con algunas, por ejemplo, el no uso del celular, no dormir entrecortado, no manejar dinero, entre otras. Otro ejemplo similar al anterior, es el padre de A. quien mencionó que su hijo no necesitaba específicamente este tratamiento, el cual consideraba muy estricto para su hijo y además argumentó que no tenía el tiempo para estar en todas las actividades que desarrollaba la institución. Sin embargo A., continua con el tratamiento. En esta instancia se observa que un porcentaje menor de padres no quieren acudir a las terapias del tratamiento designadas para ellos. Es muy importante debido a que, si no asisten, la persona adicta no puede seguir con su tratamiento. Como, por ejemplo, la mamá de V. al igual que el padre de R. en un primer momento les costó muchísimo asistir a todos los grupos ya que no estaban comprometidos con la institución y con su hijo, pasó un tiempo y al comenzar anotar mejoras, lograron motivarse desarrollando un compromiso con el tratamiento y en asistir a todos los

encuentros desarrollados por la institución. Tanto la delegación del problema como los conflictos familiares, en las primeras etapas, son aquellas que Ravazzola (2015) y Abejjon (2008) manifiestan como dificultades significativas en el tratamiento. El deterioro de los vínculos y su dificultad para repararlos, es considerado en la mayoría de los casos, un problema que aparece en estas familias. A su vez, el coordinador de la práctica hizo referencia a que: *“cuando llegan las familias a la institución, suelen quitarse responsabilidad de la situación familiar depositando todo en el terapeuta”*. Este tipo de familia podría reflejar el deseo mágico que plantea Ravazzola (2015), ya que los padres delegan en el terapeuta la responsabilidad y actuando con el menor esfuerzo posible.

Y, por último, la cuarta dificultad *el manejo pobre de las emociones y provocaciones*. Esto se encuentra en concordancia con Zapata Venegas (2009) que, manifiesta una red de apoyo inexistente al llegar a la institución, problemas de adicción o trastornos mentales en otros miembros de la familia, la negativa de la familia a involucrarse en el proceso de tratamiento y rehabilitación, y la negativa del entorno social del paciente con la misma problemática. Por ejemplo, el padre de A. no ha querido asistir al tratamiento de su hijo. La institución deriva al paciente a otros tratamientos ya que sin el acompañamiento de un familiar no se puede hacer. Según refiere el coordinador de la práctica *“el tratamiento requiere de un entorno familiar ya que lo consideran muy importante para el bienestar del paciente”*. Otro ejemplo similar se encontraba la mamá de D. ella quería ayudar a su hijo, pero el padre no quería saber nada sobre el tratamiento. En este caso se pudo proseguir con el tratamiento ya que se contaba con una red familiar chica pero no inexistente. Además, como refirió el psicólogo a raíz de sus observaciones en la primera etapa del tratamiento al paciente le cuesta dejar de consumir, como por ejemplo el paciente V. estando en Fase A le comentó al coordinador que estaba *“muy afligido en terapia de grupos que había consumido, esto se trabajó en el grupo de pares y de padres, lo que se llevó a concluir que vuelva a admisión para retomar las normas de la institución y reforzar el apoyo familiar necesitando de la presencia familiar y apoyo terapéutico”*. Lo relatado se relacionaría con las etapas enumeradas por Avendaño y San Luis (2020). Este paciente corresponde a la última etapa de que el individuo toma conciencia de que no puede salir del consumo sin asistir a terapia individual, grupos de familias o internarse en un centro residencial. El coordinador de la fase A describió que: *“una gran dificultad es sostener la abstinencia, se les empieza a complicar con el cumplimiento de normas”*.

6. CONCLUSIONES

El objetivo general para la realización de este TFI fue analizar las características que presenta el trabajo psicológico de las familias con miembros bajo consumo problemático de sustancias, en la primera etapa del tratamiento. Respecto a los objetivos planteados, principalmente se ha logrado adquirir experiencia sobre lo que conlleva un tratamiento de rehabilitación en adicciones y la forma en que interviene el psicólogo en cada fase del tratamiento a medida que va ocurriendo. Se pudo apreciar cuatro fases bien diferenciadas al transcurrir el proceso:

- Admisión: En esta etapa el paciente concurre por primera vez a la institución, donde se realiza una entrevista a él y a los miembros más cercanos por lo general sus padres, evaluando el tratamiento a seguir.

- Fase A: Al ingresar al tratamiento, el paciente debe comprometerse a cumplir ciertas normas de la institución, como asistir a todos los grupos mencionados por la institución y a las actividades recreativas que brindan, conformando un listado de 20 normas para trabajar y desarrollar en esta fase.

A continuación, se detallarán dos fases que no tienen relación con los objetivos planteados en el trabajo integrador, pero sí, son importantes para este tratamiento de rehabilitación de adicciones:

- Fase B: En esta fase el paciente va a seguir procesando las 20 normas exhibidas por la institución. Algunas normas se van a ir flexibilizando dependiendo del comportamiento del paciente y su aceptación a las normas, si el paciente desea realizar una actividad tiene que detallar ante la institución la actividad a realizar, las formas de transportarse a esa actividad, quien lo va a acompañar, etc. Luego esa información se plasma en terapia de grupos de padres, dando su visión sobre las consecuencias de que el paciente acuda y como se encuentra el paciente en su tratamiento. Si la familia y el grupo aceptan, el paciente puede ir.

- Fase C y la recta: Finalización del tratamiento. En la última etapa, el paciente va a tener que realizar una autoevaluación de la forma en la que se encontraba cuando acudió a la institución y como fue el proceso hasta llegar a la finalización, analizando su mejoría y como se encuentra en el presente. Además, la institución acompaña al paciente a reinsertarse en la sociedad, ya que el paciente empieza a comunicarse con un nuevo grupo de amigos (no consumidores) e ir a bares, entre otras.

Este tratamiento se lleva a cabo por 3 años aproximadamente. De igual manera depende de cada paciente.

Los objetivos específicos planteados en el trabajo se han cumplido, ya que, como primera instancia para la institución, el primer entorno es la familia, quienes influyen en la adaptación, en la contención y protección del hijo. Esto es importante porque ayuda al bienestar del paciente, tener un buen entorno familiar y buen entorno de amigos, impulsa a que la persona se pueda mejorar y obtener su bienestar. Como segunda instancia, las intervenciones que se realizan están orientadas al restablecimiento de la armonía familiar como afirma Zapata Venegas (2009). Mediante una entrevista con el coordinador comentó que, uno de los principales requisitos para entrar al tratamiento además de tener una familia o red de apoyo, estos necesitan ser agrupables ya que trabajan en grupos. En este caso, el profesional, para restablecer la armonía debe trabajar con toda la familia, la cual debe tener una predisposición para trabajar en grupo, y así poder participar en diferentes grupos con otros padres que están pasando por su misma situación. Como tercer y última instancia, las dificultades que se presentan desde la institución son que, al comienzo del tratamiento la mayoría de los padres muestran inmediatamente un alto compromiso y predisposición debido a la preocupación que genera la situación familiar. A medida que transcurre el tratamiento, se les dificulta y de a poco dejan de ir a todos los grupos. Como afirman Lozano et al. (1986) y Ravazzola (2015), la familia funciona como una red de apoyo y es por eso que su grado de compromiso tiende a influir en la eficacia del tratamiento. La importancia de su participación radica en ser efectores de salud, implicados en el proceso salud – enfermedad.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, se pueden señalar varias cuestiones. En primer lugar, se hallaron algunas limitaciones en la práctica, ya que hubo poco tiempo para poder realizar las entrevistas a los psicólogos de las diferentes etapas del tratamiento, por lo que, al no poder entrevistar a todos, se me dificultó realizar el desarrollo del trabajo. Por otro lado, a raíz de la situación actual de pandemia, la modalidad virtual influyó en la motivación y empatía de manera negativa al paciente y/o familiares del paciente con los profesionales de la institución. Al abordar los primeros encuentros de modo virtual, algunos pacientes manifiestan que se les dificulta su compromiso con el tratamiento. Debido que, algunos padres comentaron en el grupo de admisión, se les dificultaba entrar, por cuestiones de trabajo, las cuales eran online o por su hijo/a que al no estar conforme con ningún aspecto de la institución en el tratamiento se les dificultaba interiorizarse en lo que conlleva una rehabilitación, lo cual lleva a no cumplir con las normas establecidas. A su vez, en esta primera etapa como afirma Ravazzola (2015), se observa un debilitamiento de los roles parentales en cuanto a la puesta de límites, ya que las funciones de los padres aparecen

desdibujadas o confusión en las jerarquías. Por lo descripto sería relevante que la institución realice las entrevistas de admisión de manera presencial para que el paciente se integre mejor a la institución. Las cuales estas entrevistas van a ofrecer al terapeuta encargado de las admisiones información sobre las crisis familiares y tratamientos fallidos con anterioridad.

Con respecto a la modalidad virtual, otra limitación fue la imposibilidad de realizar un seguimiento adecuado de los pacientes por parte de los profesionales de la institución. Surgieron los siguientes interrogantes: ¿Qué sucedió con los pacientes que quedaron en las entrevistas de admisión para ingresar o no al tratamiento? ¿Qué sucedió con las personas que a causa de la modalidad virtual al no contar con una computadora no pudieron seguir con el tratamiento? ¿Cómo se les brindó apoyo o acompañamiento a estos pacientes sin acceso a una computadora? Estas quedarán abiertas ya que no hubo tiempo suficiente en la práctica para hacer un seguimiento exhaustivo sobre las preguntas realizadas.

Otra limitación de la institución es que en la primera etapa del tratamiento los padres no tienen información sobre lo que les pasa a los pacientes hasta que se encuentran en las siguientes etapas con otros padres. Entonces para que los padres de los familiares adictos se sientan más contenidos se podría implementar en el comienzo del tratamiento, un taller que les brinde a los familiares contención, apoyo e información sobre la situación del paciente adicto. Como afirma Minuchin (1974), el desarrollo de una familia pasa por diferentes etapas en la cual hay periodos de equilibrio y adaptación; pero también hay periodos de desequilibrio, los cuales se dan por elaborar tareas y aptitudes nuevas. Es decir, que el padre que fue a llevar por primera vez a su hijo a un tratamiento de adicciones, está haciendo un cambio en su entorno familiar y primordial para su hijo adicto, del cual quiere ver una mejoría en su vida. Por ende, estaría bueno darles a estos padres información y apoyo sobre las diferentes etapas del tratamiento para la rehabilitación de su hijo/a.

En concordancia con lo expuesto con anterioridad una nueva línea de estudio podría ser investigar la efectividad del tratamiento en modalidad virtual durante la pandemia con pacientes de consumo problemático.

A raíz de los padecimientos de la población producto de la situación de aislamiento obligatorio, se estudió en el Hospital Nacional, especializado en Salud Mental y Adicciones la creación de un dispositivo de línea telefónica a modo de ayudar a las personas, el cual comenzó a funcionar el 20 de marzo de 2020 (Scheinkestel, 2020). Este dispositivo lo relaciono con lo escrito con anterioridad, ya que es una herramienta más para tener en cuenta para el cuidado de la salud mental de las personas con o sin adicciones.

Por último, se agradece a la facultad, la cual mediante la situación mundial actual encontró maneras de acoplar la Práctica Profesional y la Cátedra de Taller de TFI, a la virtualidad, y así poder realizar la práctica profesional en el ámbito elegido.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeijón, J. (2008). Estrategias de futuro en el abordaje de las toxicomanías. El trabajo psicoterapéutico con las familias de los consumidores de drogas. Reflexiones desde Europa. *Sistemas Familiares*, 24(1), 31-59.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales 5ta edición (DSM-5)* Madrid: Médica Panamericana.
- Avendaño, A. M. A., & San Luis, A. H. G. (2020). Narrativas sobre el proceso de recuperación ante la adicción: la perspectiva de familiares que asisten a servicios de atención. *Salud colectiva*, 16, 22-39. doi: 10.18294/sc.2020.2523.
- Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Berg, I. K. & Miller, S. D. (1997). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: gedisa.
- Castillo Castañeda G., Pérez Sánchez L. & Rábago De Ávila M. (2018). Adicciones desde un enfoque de terapia sistémica familiar: Aportaciones del modelo de Stanton y Todd. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21 (3), 989 – 1005.
- Ceberio, M & Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona: Paidós.
- Cócola, F. (2018). Funcionamiento familiar y abordaje terapéutico de los Trastornos por el Uso de Sustancias: una revisión de la literatura sistémica. *Redes: revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, (38), 47-64.
- Espósito, W. (2020). *El silencio de las adicciones*. Buenos Aires: Peniel.
- Goñi, P., Paula S. & Kaplan, S. (2018). Supervisión: una herramienta para formarse como terapeuta sistémico. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Laespada, T. Iraugi, I. & Aróstegui, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. Tesis de grado*. Universidad de Deusto, Bilbao, España.

- Losada, A. V. & Sivila, M. I. (2018). La adolescencia en contextos sociales vulnerables: consumo de sustancias psicoactivas. *Revista Borromeo*, 9, (1), 1-28.
- Lozano, A., López J., Redondo L. & Paz R. (1986). Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia. Implicaciones para el tratamiento. *Revista Estudios de Psicología*, n 25.
- Marcos Sierra, J. A. & Garrido, M. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Revista Apuntes de Psicología*. 27, 339-362.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S & Fishman, C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos aires: Paidós.
- Martin del Moral, M. y Lorenzo Fernández, P. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En Lorenzo, P.; Ladero, J.M.; Leza, J.C y Lizasoain, I (Eds). *Drogodependencias, farmacología, patología, psicología y legislación*. (pp 3-22). Madrid: Editorial Medica Panamericana, S. A.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington DC: Biblioteca sede OPS.
- Scheinkestel, Gabriela (2020). Creación de nuevos dispositivos en tiempos de pandemia. Experiencia en una guardia telefónica en un Hospital de Salud Mental y adicciones. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Stanton, M, D., & Todd, T., (1999). *Terapia familiar del abuso y la adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- Ravazzola, M. C. (2015). Prácticas colaborativas y generativas en la rehabilitación de adicciones. En D. Fried Schnitman, (Ed.) *Diálogos para la transformación. Experiencias en terapia y otras intervenciones psicosociales en Iberoamérica*, (pp. 129-148). Columbus: Taos Institute Publication/WorldShare Books.
- Velázquez Cedeño, J. F. & Cevallos Arteaga, C. A. (2020). Rol de la familia en el proceso de recuperación de las personas drogodependientes. *Revista Cognosis*, 5, 143-156. doi: 10.33936/cognosis.v5i0.2291
- Zapata Vanegas, M. A. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, 86-94.