

Machuca, Agustina Carla

**Factores familiares intervinientes en
el consumo problemático de
sustancias en pacientes que se
encuentran internados en una
institución monovalente de la
ciudad Córdoba**

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

Director: Baz, Juan Manuel

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

Universidad Jesuita

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

“Factores familiares intervinientes en el consumo problemático de sustancias en pacientes que se encuentran internados en una institución monovalente de la ciudad Córdoba”

Autora: Machuca, Agustina

Córdoba, 2022

“Factores familiares intervinientes en el consumo problemático de sustancias en pacientes que se encuentran internados en una institución monovalente de la ciudad Córdoba”



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA

Universidad Jesuita

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Modalidad: Sistematización de prácticas

“Factores familiares intervinientes en el consumo problemático de sustancias en pacientes que se encuentran internados en una institución monovalente de la ciudad Córdoba”

Autora: Machuca, Agustina

DNI: 36.715.750

Director: Baz, Juan Manuel

Córdoba, 2022

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer enormemente a mi familia por acompañarme en todo momento, por celebrar mis alegrías, pero también por sostenerme en los momentos difíciles. Gracias por su cariño y amor incondicional.

A mis amigos de siempre y aquellos que tuve la oportunidad de conocer transitando esta carrera universitaria, gracias por entenderme, aconsejarme, y darme apoyo, haciendo este camino más llevadero.

A todos los profesionales del Sanatorio Morra por brindar su espacio y dedicación para poder llevar a cabo el proceso de prácticas. Especialmente quiero agradecer a la Licenciada Ivana Almada y al Doctor Alejo Rojo, quienes con su amabilidad y entusiasmo me brindaron su tiempo y buena predisposición compartiendo día a día nuevos conocimientos.

A mi director de tesis, el Esp. Juan Manuel Baz, por guiarme con sus aportes y sugerencias en la construcción de este trabajo.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA.....	4
2.1 ¿QUÉ ES LA PSICOLOGÍA CLÍNICA?	5
2.2 RESEÑA HISTÓRICA	6
2.3 FUNCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO	7
2.4 LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SUS DESAFÍOS EN LA ACTUALIDAD.....	8
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	9
3.1 ORGANIGRAMA.....	14
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	15
5. OBJETIVOS	17
OBJETIVO GENERAL	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	19
6.1 LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA SALUD MENTAL	20
6.2 FACTORES FAMILIARES INTERVINIENTES EN EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	21
6.3 REGLAS DE LA FAMILIA ADICTIVA.....	29
6.4 RECORRIDO CONCEPTUAL SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	31
6.5 ¿CONSUMO PROBLEMÁTICO O ADICCIONES?	34
6.6 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES.....	35
6.7 INDICADORES DE UN CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS.....	36
6.8 INTERVENCIONES CLÍNICAS EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	37
7. MODALIDAD DE TRABAJO.....	43
7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.....	44
7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	46
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	48
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	49
8.1.1 PRIMER CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN	49

8.1.2 CAPACITACIONES.....	51
8.1.3 ÁREA DE INTERNACIÓN – SERVICIO DOS “MUJERES Y HOMBRES CON PSICOPATOLOGÍAS AGUDAS”	54
8.1.4 PRESENCIALIDAD	56
8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS	61
8.2.1 FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS DESDE LAS EXPERIENCIAS DE LOS USUARIOS.....	64
8.2.2 FACTORES FAMILIARES DE RIESGO QUE PROMUEVEN EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES	91
8.2.3 FACTORES FAMILIARES PROTECTORES QUE IMPULSAN EL ABANDONO DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES.....	102
9. CONCLUSIONES.....	112
10. BIBLIOGRAFÍA.....	118

ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psiquiatría

FePRA: Federación de Psicólogos de la República Argentina.

NIDA: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PPS: Práctica Profesional Supervisada.

SEDRONAR: Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina.

TIF: Trabajo Integrador Final.

UCC: Universidad Católica de Córdoba.

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final (TIF) se enmarca en la sistematización de práctica llevada a cabo en la cátedra de Práctica Profesional Supervisada, de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba, dentro del contexto Clínico.

La práctica fue efectuada en el Sanatorio Morra, ubicado en la ciudad de Córdoba, donde se aborda la salud mental a partir de un enfoque interdisciplinario. La actividad se llevó a cabo en el área de internación de la institución, específicamente en el sector (2) “pabellón de mujeres y hombres con psicopatologías agudas”, en el período comprendido entre los meses de abril y diciembre del año 2021. A causa del contexto de pandemia originado por el COVID-19, la práctica se realizó mediante la modalidad híbrida, es decir, virtual y presencial. La primera parte del año se efectuó mediante reuniones y capacitaciones virtuales brindadas por los profesionales de la institución vía zoom, mientras que la última fase del año se finalizó de manera presencial.

En un primer momento, para la elaboración de este trabajo, se desarrollan los aspectos centrales del contexto clínico, tales como: la definición de psicología clínica, el surgimiento de esta área, sus funciones, las leyes que enmarcan el rol del psicólogo clínico¹, y desafíos que atraviesa la psicología clínica en la actualidad. En segundo lugar, se realiza una descripción del contexto institucional en el cual se efectúa la práctica profesional, considerando la historia, organización de la institución, y la población a la cual está dirigida. En tercer lugar, se explicita el eje de sistematización y sus objetivos generales y específicos. Luego, en cuarto lugar, se dará lugar a la perspectiva teórica que está conformada por aquellos

¹Es pertinente aclarar que a lo largo del presente trabajo se utilizará el genérico masculino para hacer referencia al género femenino y masculino. Por ejemplo, donde se menciona a los psicólogos clínicos, esta categoría incluye a toda persona que ejerce esta profesión. No se remite solo a un género específico, a no ser que sea aclarado.

conceptos que posibilitan comprender el eje central de este trabajo los “*Factores familiares intervinientes en el consumo problemático de sustancias*”. En lo consecutivo, se explica la modalidad de trabajo empleada, las técnicas utilizadas y las herramientas para obtener y procesar la información sobre el eje del escrito.

Por último, se desarrolla un análisis de la experiencia, la cual se compone de dos partes. El primer apartado del análisis detalla la recuperación del proceso vivido, donde se exponen aquellas actividades realizadas en la institución, y los acontecimientos más significativos, desde donde emerge el eje de sistematización. El segundo apartado comprende una articulación de las experiencias de los pacientes y profesionales de salud mental junto con la teoría, para finalmente, presentar las conclusiones arribadas a partir del material teórico y la información recopilada conforme a la experiencia vivida.

2. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA

2.1 ¿QUÉ ES LA PSICOLOGÍA CLÍNICA?

Definir la psicología clínica en la actualidad conlleva un desafío, debido a sus controversias y modificaciones que ha tenido a lo largo del tiempo. Dentro de las definiciones muchos autores coinciden en que la psicología clínica se dedica al estudio y la comprensión de los trastornos mentales y del comportamiento tanto normal como anormal. Sin embargo, a partir de la Ley de Salud Mental N° 26657 y Ley Provincial N° 9848 se optó por cambiar esta denominación por padecimiento psíquico.

Según el Colegio de Psicólogos de la provincia de Córdoba (2017) en el reglamento de especialidades:

Se considera área de la Psicología Clínica a la esfera de acción que se desarrolla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Centros de Salud, Clínicas, Consultorios, y otras Organizaciones e Instituciones Públicas o Privadas en las que se desarrollen acciones de Promoción, Prevención, Asistencia y Rehabilitación de la Salud .(Cap II, par.1)

En esta área se considera ejercicio de la profesión de psicólogos/as: La exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de diseños experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad mediante psicoterapia o terapia psicológica; otras actividades que con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos. (Ley 7106: Disposiciones para el ejercicio de la psicología, 1984, art. 3)

Cualquiera sea el campo, se llevará a cabo el método clínico. Este implica un modo de proceder adecuado a circunstancias muy dispares que implica la observación, la interrogación, y la formulación de hipótesis para luego establecer el diagnóstico (Ulloa, 1995).

2.2 RESEÑA HISTÓRICA

Las metodologías de intervención también han alcanzado transformaciones a través de los años. El inicio de lo que hoy conocemos como psicología clínica, comenzó en EE.UU fines del siglo XIX. Un psicólogo llamado Lightner Witmer, abre la primera clínica psicológica con el nombre precisamente de psicología clínica. Por otro lado, en el mismo año Sigmund Freud fue uno de los primeros neurólogos que se acercaron al estudio y a la intervención terapéutica. A pesar de que tanto Witmer como Freud, incluían el tratamiento como una de sus principales funciones, a principios del siglo XX, la psicología clínica se centraba en la evaluación psicológica y en la investigación poniendo poco énfasis en el tratamiento psicoterapéutico. Es después de la Segunda Guerra Mundial cuando se produce un auge de la revisión de los tratamientos, debido a la gran cantidad de personas que quedaron afectadas posguerra. Fue así como el rol del psicólogo, paulatinamente, dejó de ser visto únicamente como investigador y científico para pasar a ser reconocido legalmente como experto en la determinación de la enfermedad mental (EFPA, 2003).

2.3 FUNCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Actualmente, se pueden destacar diversas actividades que puede desempeñar un psicólogo clínico en el ámbito profesional. La Federación de Psicólogos de la República Argentina (2010) ha trabajado en aquellos documentos que normatizan la práctica profesional de los psicólogos, que son las siguientes:

Evaluación y diagnóstico: a través de entrevistas, observaciones, test, psicodiagnóstico.

Tratamiento: el psicólogo clínico puede usar una amplia variedad de formas de psicoterapia (individual, de pareja, vincular, familiar, grupal), y desde distintos enfoques (terapia psicoanalítica, cognitiva, sistémica, existencial, entre otras).

Promoción y prevención de la salud: implica el análisis de las problemáticas que llevan a generar riesgos para la salud, la difusión de conocimientos referidos a dicha problemática y estrategias a través de la Psicoprofilaxis grupal; Orientación Vocacional–Ocupacional individual y grupal; Coordinación de grupos; Coordinación de talleres.

Docencia y Supervisión: La dedicación a la enseñanza y formación a otros en tareas clínicas y de la salud.

Investigación.

Otras dos funciones que agrega el COP (1998) son:

La **asesoría y la administración**, en cuanto a la primera, consiste en el asesoramiento sobre un caso que está siendo objeto de atención profesional por parte del psicólogo clínico. En relación a la administración, para cumplir tal función, el psicólogo se ofrece a los equipos de salud como coordinador de actividades y asesor en la solución de las posibles dificultades que pueden surgir de la interacción, a fin de optimizar el rendimiento de los dispositivos asistenciales. (Párr.4-8)

2.4 LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SUS DESAFÍOS EN LA ACTUALIDAD

Pese a que las funciones del psicólogo clínico están claramente definidas, se puede decir que el contexto actual merece reflexión acerca de los roles y desafíos de la psicología frente a esta situación de pandemia. Los autores Inchausti, García, Prado y Sánchez (2020) plantean *“Una intervención psicológica especializada ante el COVID-19 debe ser lo suficientemente dinámica y flexible como para adaptarse rápidamente a las diferentes fases de la pandemia”* (p.105). Además de poner en marcha la dinámica y flexibilidad en las intervenciones, los psicólogos pueden verse atravesados por ciertos desafíos que se presentan en este nuevo escenario profesional. Uno de ellos afirman los autores *“son las reacciones emocionales de los profesionales que pueden obstaculizar su trabajo”* (p.105). Dado que la regulación emocional es una pieza fundamental para el desempeño profesional, se torna esencial, un adecuado manejo de la ansiedad, del estrés, y del miedo al contagio.

Por otra parte, el contexto de pandemia ha puesto en jaque las intervenciones psicológicas tradicionales cara a cara. La circunstancia actual desafía a los profesionales a aprender nuevas herramientas virtuales e implementar la atención psicológica a distancia con el fin de estar más cerca de los pacientes (Inchausti, García, Prado y Sánchez, 2020). En este sentido la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013) pone a consideración una serie de pautas para su implementación, algunas son:

El proceso de explicar y obtener el consentimiento informado, el esfuerzo razonable para proteger y mantener la confidencialidad de los datos e información relacionados con sus pacientes, evaluar regularmente el progreso de su paciente para determinar si la prestación sigue siendo apropiada y beneficiosa para el paciente, la documentación de facturación según requerimiento del/a paciente y sus obras sociales, etc. (p. 5-8)

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

La institución en la cual se llevó a cabo la Práctica Profesional Supervisada es en el Sanatorio Morra, una institución privada de Salud Mental. Ubicada en Av. Sagrada Familia esq. Nazaret en la ciudad de Córdoba.

El Sanatorio Morra se fundó en el año 1927, lo que la posiciona entre las pioneras del interior del país. Su fundador, el Dr. León S. Morra fue un destacado profesional farmacéutico, médico, y docente. El Dr. Morra era un visionario, ya desde aquella época solicitaba una Ley de Salud Mental idéntica a la que existe hoy en día. Exigía que hubiera respeto hacia los pacientes de salud mental. Reclamaba la separación de los delincuentes de las personas que tenían problemas de índole psicológica. Luchó por una legislación específica para la salud mental, referida a la organización, y control de los establecimientos tanto públicos como particulares (M.I. Díaz, comunicación personal, 3 de junio de 2021).

Tristemente la visión revolucionaria que tuvo el Dr. Morra en esa época no alcanzó las dimensiones deseadas. Fue después, que mediante la actual Ley provincial N° 9848, retoma el camino propuesto por el fundador. Un camino de atención de pacientes basado en el “respeto, dignidad y derechos de las personas con padecimiento mental” (Sanatorio Morra, s.f.).

En sus comienzos, el Sanatorio Morra era denominado como Clínica de las Rosas, donde se abordaban las enfermedades neuropsiquiátricas a través de la modalidad de internación. Con el paso del tiempo, los tratamientos comenzaron a llevarse a cabo desde un enfoque interdisciplinario, incluyendo disciplinas como la medicina, psicología, nutrición, trabajo social, etc. (Sanatorio Morra, s.f.).

Tras el fallecimiento del Dr. Morra, sus hijos asumieron el cargo tanto como la ideología de su padre. Realizaron un cambio fundamental en la institución acompañando las nuevas modalidades de las nuevas normativas legales. Esto llevó a un incremento en el

número de profesionales, junto con la construcción de nuevos espacios, y la implementación de una nueva modalidad en historias clínicas (M.I. Díaz, comunicación personal, 3 de junio de 2021).

Actualmente, es la institución de Salud Mental más grande en el interior del país. Está conformada por más de doscientos profesionales y tiene alrededor de setenta mil historias clínicas. Cuenta con atención ambulatoria interdisciplinaria, consultorios externos; Atención Programada a Domicilio Multidisciplinaria, Atención Domiciliaria de Urgencia Interdisciplinaria, Atención Ambulatoria en el territorio provincial bajo su área de influencia; Hospital de Día en todas sus modalidades; Internación de pacientes agudos, internación breve para pacientes en crisis, e internación de pacientes crónicos sin posibilidades de reinserción comunitaria por falta de continente socio- familiar y afectivo y limitación por el curso de su patología propia de base; Servicio de Acompañantes Terapéuticos (Sanatorio Morra, s.f.).

La función de la institución es un abordaje integral, es decir, abordajes interdisciplinarios para tratar las diferentes problemáticas. Allí un grupo de profesionales trabaja interdisciplinariamente no sólo para contener al usuario y evitar una internación sino para reforzar, recuperar y re socializar las habilidades de este en un trabajo psicoeducativo con el paciente y su grupo familiar (Sanatorio Morra, s.f.).

El Sanatorio Morra se divide en 3 áreas:

- Área de internación aguda y crónica.
- Área de dispositivos intermedios.
- Área ambulatoria.

Área de internación y funcionamiento:

Este sector se halla conformado por seis pabellones, donde las personas se encuentran divididas por el género y las patologías que poseen. Asimismo cada pabellón cuenta con un equipo interdisciplinario. Este equipo se compone de: Psiquiatras; Psicólogos; Trabajadores sociales; Enfermeros; Psicopedagogos; Nutricionistas; Terapistas ocupacionales (S. Puente, comunicación personal, 3 de junio de 2021).

Los pabellones son:

- **Pabellón 1:** Mujeres que presentan psicopatologías agudas de 16 años en adelante.
- **Pabellón 2:** Servicio vip mixto de mujeres y varones que presentan psicopatologías agudas.
- **Pabellón 3:** Hombres que presentan psicopatologías agudas.
- **Pabellón 4:** Servicio mixto de personas que presentan psicopatologías crónicas. En este servicio se pueden encontrar psicopatologías que actualmente ya no son tan comunes, como los delirios paranoicos megalómanos.
- **Pabellón 5:** Servicio mixto de gerontos psiquiatría y cuidados intermedios.
- **Pabellón 6:** Neurorehabilitación, pacientes que han tenido accidentes automovilísticos, cerebro vascular, etc.

Área de dispositivos intermedios y funcionamiento:

Son todos aquellos dispositivos que la Ley contempla como la segunda etapa del curso de una patología aguda, en donde, si no se pudo contener al paciente con todos los dispositivos, se acude a la internación. Luego de la internación, si el paciente no se encuentra en condiciones de retomar un tratamiento desde su propio domicilio, puede acudir a estos dispositivos (S. Puente, comunicación personal, 3 de junio de 2021).

Los dispositivos intermedios son:

Hospital de día (capacidad de cuarenta y cinco pacientes)

Dos casas de medio camino

Dos casas asistidas

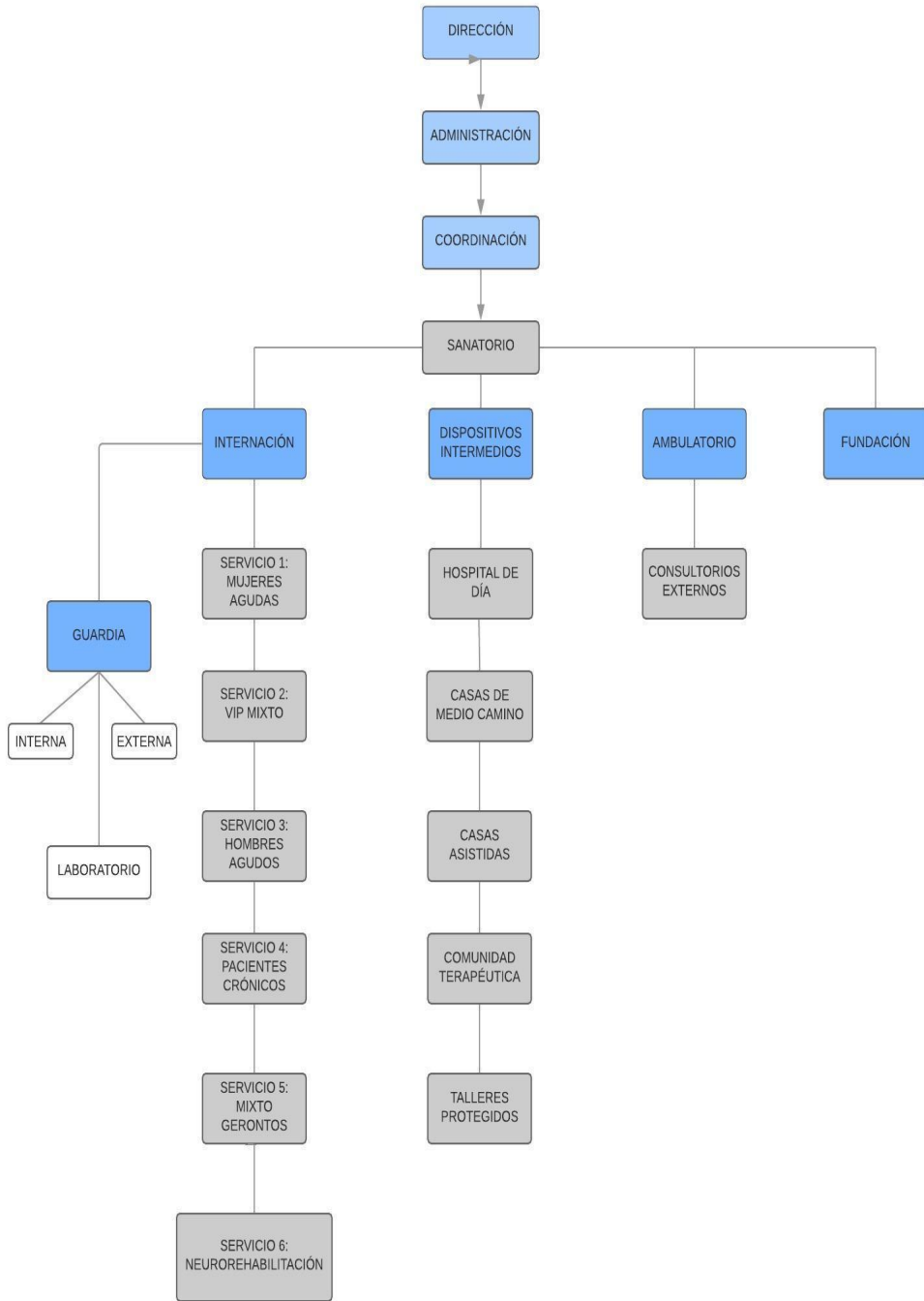
Una comunidad terapéutica

Talleres protegidos

Área ambulatoria:

Cuenta con cuarenta consultorios externos (en sede central urca, centro de la ciudad de Córdoba, y ciudad de Río Ceballos) y extensa red ambulatoria asistencia del interior provincial.

3.1 ORGANIGRAMA



4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“Factores familiares intervinientes en el consumo problemático de sustancias en pacientes que se encuentran internados en una institución monovalente de la ciudad Córdoba”.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar los factores familiares intervinientes en el consumo problemático de sustancias en pacientes que se encuentran en el área de internación

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Explorar las experiencias de los pacientes con consumo problemático en relación con los factores familiares.
- Describir los factores familiares de riesgo que los profesionales consideran que promueven el consumo problemático en los pacientes.
- Indagar los factores familiares protectores que los profesionales identifican que impulsan el abandono del consumo problemático.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

6.1 LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA SALUD MENTAL

“El ser humano desde su nacimiento depende de su familia para subsistir, de los cuidados físicos, de los cuidados afectivos, convirtiéndose los padres en los primeros años en la fuerza de vida de los sujetos” (Glenny y Reyes, 2018, p.9). Es así, que la familia llega a ser el primer espacio de socialización de sus integrantes. Es el ámbito en el que la persona crece y va desarrollando su personalidad, aprende valores, adopta ideas, y va adquiriendo creencias y normas de conducta. Más allá de otros factores como los biológicos y genéticos, los procesos de socialización familiar son importantes al constituir la base de predisponentes como son las actitudes, la personalidad, el autoconcepto, los valores, y las habilidades de comunicación. (Cid-Monckton y Pedrão, 2011). Por tal razón, con respecto al ámbito de la Salud Mental, la familia adquiere un papel esencial, dado que desempeña una serie de funciones que resultan de vital importancia para la salud de sus miembros. Tal y como señala Ackerman quién realizó trabajos sobre la salud familiar desde el campo de la psiquiatría *“la familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y de fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud”* (Aylwin y Solar, 2002, p.14).

En la problemática adictiva, la influencia de la familia es considerada como uno de los factores que con más insistencia se plantea en diversas investigaciones. *“Se estima que las creencias, costumbres y conductas intervienen como factores de protección o de riesgo al propiciar la aparición, o incrementar la posibilidad, mantenimiento o facilitación de la enfermedad”* (Glenny, 2018, p.9). La familia como grupo cumple una importante función en el proceso salud-enfermedad en cuatro momentos: mantenimiento de la salud, producción y desencadenamiento de enfermedades, así como en los procesos de curación y rehabilitación (Cid-Monckton et. al, 2011). Según estos autores las variables familiares en el origen y

mantenimiento del consumo de sustancias es real. Dentro de estas variables familiares se encuentran *el clima familiar negativo* (estrés, negatividad, rechazo), *un conflicto familiar excesivo* (hostilidad), *sobreprotección y falta de comunicación adecuada* de los miembros familiares. De esta forma, puede incrementarse el riesgo de esta problemática, tanto a través de factores específicos (exposición a las drogas, exposición directa y actitudes de los padres ante las drogas) como a través de factores no específicos (el conflicto familiar, el estilo educativo, la exposición a estrés, la psicopatología y la negligencia) (Carballo, 2009). En este sentido, los aportes de los diferentes autores citados dan cuenta de la importancia de la familia en la vida del individuo que para crecer y desarrollarse se necesita del afecto y la contención.

6.2 FACTORES FAMILIARES INTERVINIENTES EN EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Siguiendo las ideas anteriormente mencionadas, se observa que existen una serie de factores que actúan como predisponentes en el consumo de sustancias, entre ellos el papel de la familia cumple un rol esencial. Se podría considerar que si el vínculo con la familia es disfuncional, invalidante o afectivamente negativo, como consecuencia podría llegar a ser un factor de riesgo que favorece la adquisición de la enfermedad o el mantenimiento de ésta. Cabe aclarar, que los factores de riesgo explican las condiciones en las cuales se puede producir el inicio o mantenimiento del consumo, pero no se puede considerar que estos factores sean la causa, dado que es una problemática multicausal. Así también los factores de protección “*son concebidos como elementos que pueden contribuir a reducir las probabilidades de aparición de problemas, pero no pueden ser considerados vacunas preventivas*” (Sedronar, 2015, p.22).

Washton y Boundy (2009) afirman que si bien, es cierto que el componente fisiológico de algunas adicciones a sustancias químicas puede crearse a través de la reiterada exposición a la droga, también hay un componente emocional que se va desarrollando durante la infancia. Esto quiere decir que existe un malestar emocional y adictivo que se va originando a través de las experiencias que las personas tienen en su núcleo familiar. En este sentido, las emociones se definen como aquellas reacciones fisiológicas que aparecen ante determinadas situaciones y a nivel químico suelen durar alrededor de noventa segundos. Sin embargo, ante un evento negativo en algunas ocasiones el proceso cognitivo de rumiación puede hacer que estas se extiendan por más tiempo y pueda llegar a convertirse en un factor de riesgo para regular las emociones (Del Río, s/f). En esta misma línea, Hervás (2011) se refiere a la regulación emocional como *“la capacidad del ser humano para la adecuada expresión de las respuestas emocionales mediante la puesta en marcha de estrategias emocionales, cognitivas o conductuales”* (p.352). Tratándose por lo tanto de monitorear, evaluar y modificar las propias reacciones emocionales con el fin de alcanzar las metas u objetivos personales (Thompson, 1994, citado por Hervás y Jódar, 2008).

A pesar de ello, algunas personas tienen dificultades al momento de controlar, identificar y describir sus propias emociones, aplicando estrategias contraproducentes como es la evitación, el rechazo o la supresión cuyo resultado es el aumento de las reacciones emocionales que se intentaban regular (Gross, 1999, citado en Hervás y Vázquez, 2006). La desregulación emocional puede estar presente en diversas patologías, ya que ciertas emociones como la ira, ansiedad y estrés pueden ser el inicio y desarrollo de problemas de salud (Hervás y Vázquez, 2006). El consumo problemático ha sido concebido como una estrategia disfuncional, dado que la dificultad para regular las emociones, podría traer como consecuencia la búsqueda de reguladores externos, como las drogas, sexo, juego, etc (Nikmanesh, Kazemi y Khosravy, 2014).

En relación a lo expuesto, la teoría biosocial propuesta por Linehan (1993) explica que la desregulación emocional es el resultado de la interacción entre la vulnerabilidad biológica y un ambiente invalidante. La vulnerabilidad biológica se caracteriza por tres aspectos: alta *sensibilidad* a estímulos, es decir, una reacción rápida a los estímulos emocionales, en especial los negativos; una respuesta de alta *intensidad*, significa que la reacción emocional es intensa y desregula el proceso cognitivo; y *el lento retorno a la calma*, se manifiesta con expresiones emocionales de larga duración (Vásquez Dextre, 2016). Por otro lado, un ambiente invalidante “*es aquel en el cual la comunicación de eventos privados (particularmente las respuestas emocionales) son tomadas por el contexto como incorrectas, inapropiadas, patológicas; o simplemente no son tenidas en cuenta*” (Boggiano, Gagliesi, Teti, 2015, p.59). Según Vásquez Dextre (2016) este ambiente invalidante presenta las siguientes características:

Rechaza las respuestas del individuo: El ambiente no considera como válidas las respuestas de las personas ante diversas situaciones, por lo tanto les enseña a autoinvalidarse y buscar respuestas en el medio ambiente. No les enseña a etiquetar experiencias, regular emociones y confiar en las propias respuestas. *Refuerza intermitentemente la escalada emocional:* Le enseña a la persona a oscilar emocionalmente entre la inhibición y la agresión. No le enseña a expresar las emociones en forma adecuada y a comunicar su malestar. Por ejemplo, una persona que vive en un ambiente familiar donde hay violencia verbal, no será escuchado si solicita algo de forma asertiva, pero si grita o se pone violento tal vez si sea escuchado, esto reforzaría su idea de que en cualquier ambiente debe solicitar algo de esta manera. *Sobresimplificar:* Le enseña a la persona a responder con alto nivel de frustración al fracaso. No le enseña a tolerar el malestar y a fijar metas y expectativas realistas. (p.111)

Como ya se mencionó anteriormente, el ambiente invalidante no enseña habilidades de regulación emocional a una persona que las necesita imperiosamente, de lo contrario, genera aprendizajes disfuncionales. Frente a esta situación, la persona sólo puede recurrir a estrategias extremas de regulación (Boggiano et. al, 2015). De esta manera, la carencia de modelos y estrategias para el control de la conducta, se constituye como un factor explicativo frente a la reacción del impulso intenso por consumir (Beck et. al, 1975).

En consonancia con lo mencionado previamente, Washton y Boundy (2009) sostienen que algunas familias con esta problemática, suelen desarrollar ciertos rasgos y modos de interactuar de sus miembros. Entre estos, la carencia de modelos para la resolución de problemas refiere a una regla tácita en la que se evita hablar sobre cualquier problema existente, ya sean conflictos conyugales, abuso físico, sexual o emocional, el consumo u otros trastornos psíquicos de algún miembro de la familia. Se niega categóricamente tener problemas y hablar de ellos, por lo que las personas terminan por sentirse incapaces de afrontar los retos de la vida, ya que no se les ha enseñado a resolver conflictos. Como consecuencia, ante una situación problema, las sustancias podrían llegar a utilizarse como una forma habitual de afrontamiento, siendo una vía de escape, que lejos de generar una verdadera solución se constituye como una estrategia disfuncional que incrementa el problema. Entre otros factores familiares intervinientes en el mantenimiento del consumo se destacan: la comunicación disfuncional, violencia sorda, intimidación, trauma, ausencia de alegría y cohesión familiar (Washton y Boundy, 2009); además, la sobreprotección y codependencia (Vilimelis Cabedo, Monfort Montolio, Molinero Navarro, Pérez, Soler Mondejar, Balaguer Cano y Baquero Escribano, 2017). En este sentido, se ha decidido abordar tales factores, los cuales han presentado gran repercusión en el desarrollo y mantenimiento del consumo problemático (Washton y Boundy, 2009).

Sin duda la comunicación ocupa un lugar primordial en las relaciones interpersonales. La comunicación es entendida como el proceso por el cual se intercambian y transmiten pensamientos, emociones, necesidades, etc. Se constituye como la columna vertebral del sistema familiar dada su efectividad y calidad funcional para tal dinámica (Barrios Hernández y Verdecia Machado, 2016). En la problemática adictiva, la comunicación entre los miembros de la familia tiende a asumir formas contraproducentes: *violencia sorda*, refiere aquellas familias de tipo represivo en la cual no se tolera la sana confrontación, las personas no se expresan o lo hacen mediante enfurruñamientos, enojos, los miembros de la familia intuyen que algo sucede, pero se debe adivinar de qué se trata; *intimidación*, conforma la familia de tipo explosivo, la comunicación suele ir acompañada de burlas, maledicencias, incluso amenazas (Washton y Boundy, 2009). Ante la ausencia de pautas necesarias para comunicarse sanamente, las personas podrían desarrollar suspicacia en los vínculos, experimentar gran confusión, estrés, ya que han aprendido a no confiar en los demás. El resultado de esta comunicación insana es el conjunto de estados emocionales negativos, conduciendo así a la búsqueda de alivio mediante alteradores del estado de ánimo como es el consumo (Washton y Boundy, 2009).

Otro de los factores definidos conforme al riesgo que puede ejercer el contexto sobre las conductas de consumo es el *trauma*. Este es definido como una experiencia negativa que tiene un efecto psicológico profundo y duradero. Uno de los más comunes es el historial de consumo problemático por parte de algunos de los padres (Washton y Boundy, 2009). El riesgo de tener problemas con las sustancias se incrementa, sin contar los daños cerebrales y riesgos para la salud. Los padres que abusan de sustancias son tolerantes al consumo de sus hijos o incluso involucran a estos en su propia conducta de consumo (Barrios Hernández y Verdecia Machado, 2016). Al mismo tiempo, la patología grave de un miembro de la familia o fallecimiento de un ser querido es otro trauma frecuente, principalmente si el niño no recibe

la información necesaria sobre el tema o no se le brinda apoyo emocional. A su vez, la violencia física y abuso sexual es, sin dudas, un fuerte trauma que podría intervenir en el desarrollo o mantenimiento de un consumo problemático. Cabe aclarar que, una persona también puede desarrollar un trauma, cuando es testigo de la violencia ejercida contra otro miembro de su familia (Washton y Boundy, 2009). En este sentido, las personas que han experimentado traumas en su hogar, suelen desarrollar los mismos síntomas de estrés postraumático, tales como, depresión, pesadillas, y un adormecimiento de las emociones. Washton y Boundy (2009) explican lo siguiente:

Experimentar un trauma predispone al individuo a la adicción, porque para poder tratar la vergüenza, la sensación de impotencia y la furia que le provoca el trauma ha adquirido la tendencia natural a procurar adormecer sus sentimientos, para lo cual las drogas y actividades adictivas son muy eficaces. (p. 73)

Entre otros aspectos a considerar, también se identifica la ausencia de alegría y diversión en el sistema adictivo. El sistema familiar presenta versiones forzadas de la diversión, es decir, la recreación suele girar alrededor de los intereses de los adultos y no de los hijos, experimentando así una sensación de angustia y soledad (Washton y Boundy, 2009). A su vez, la ausencia de normas y límites claros, la disciplina inconsistente o excesivamente severa han sido reconocidas como características de las familias denominadas disfuncionales (Barrios Hernández y Verdecia Machado, 2016). Cuando las prácticas y actitudes parentales no van acompañadas de un afecto y un control adecuado, podrían desarrollarse ciertos rasgos de personalidad de alto riesgo y que hacen más vulnerable a la persona frente al consumo problemático. Entre algunos de estos se destacan: impulsividad, baja tolerancia a la frustración, perfeccionismo, sentimientos de culpa, vergüenza, pensamiento extremista, vacío interior, rol pasivo/víctima, adormecimiento emocional, necesidad de gratificación inmediata, etc (Hernández, Gómez, Martín, González, 2008, Washton y Boundy, 2009).

Sin embargo, los rasgos en sí mismos no son los causantes de la adicción, más bien, existe un malestar interior que podría incrementar la vulnerabilidad hacia el consumo, y que parece originarse en el sistema de creencias de las personas. Esto se debe, a que las creencias que se sostienen acerca de uno mismo, de los demás y del mundo, determinan en gran medida los sentimientos, la personalidad y la conducta (Washton y Boundy, 2009). Generalmente, estas creencias no son conscientes, pero pueden impulsar a que las personas se comporten de cierto modo, aunque no tengan conciencia de la motivación de fondo. Entre las creencias que contribuyen a la adicción se resaltan: “yo debería ser perfecto”, “yo debería ser todopoderoso”, “debería obtener siempre lo que quiero”, “la vida debería estar libre de dolor y no requerir ningún esfuerzo”. Estas creencias hacen referencia a cómo *deberían* ser uno mismo y el mundo. Al ser inalcanzables, el sujeto puede llegar a desarrollar la creencia de que él está fallando: “no soy bastante”, “soy incapaz”. Como consecuencia, algunos factores externos (como personas, drogas, y objetos) podrían brindar el poder del cual carece (Washton y Boundy, 2009). En este sentido, como menciona el autor *“una persona no desarrolla una personalidad adictiva por casualidad, sino que ciertas experiencias la predisponen a la adicción al introducir y reforzar creencias y modos de ser adictivos”* (Washton y Boundy, 2009, p.73).

Asimismo, se han mencionado otros patrones de comportamiento familiar que predominan en el abuso de sustancias: *codependencia*, refiere aquellas familias que desarrollan patrones de conducta que mantienen el consumo en el tiempo. Estos familiares suelen sobreproteger, negar o esconder la adicción, prolongando y empeorando la problemática; *sobreprotección*, una excesiva sobreprotección implica asumir todas las tareas y responsabilidades del familiar con consumo problemático, o que tenga las menos posibles. En otras palabras, conlleva “salvar” al familiar de los problemas que genera su adicción, conduciendo a que la persona actúe convencida de que las cosas están funcionando. Ambos

patrones van de la mano, y agudizan la disfuncionalidad de la relación, lo que a su vez, puede mantener el comportamiento del consumidor (Balaguer, Baquero, Molinero, Monfort, Pérez, Soler, Vilimelis, 2017).

Acorde a lo planteado, el Observatorio Argentino de Drogas de la SEDRONAR (2015) realizó una investigación en la cual se identificó ciertos factores familiares que si actúan como posibilidad positiva frente al consumo problemático, entre ellos se destacan:

Fuertes vínculos al interior de la familia (cercanía, apoyo emocional, trato cálido y afectuoso); Padres involucrados (conocimiento de las actividades y amigos de los hijos, límites y normas claras de conducta dentro de la familia, fortalecimiento y desarrollo de habilidades personales); Actitud y comportamientos preventivos frente al consumo por parte de los padres (la familia como modelo); Respeto por las diferencias individuales, comunicación y resolución adecuada de conflictos entre los miembros de la familia (sin violencia, agresividad y descalificación) .(p.22)

La familia es el lugar donde comienza a construirse la visión que se tiene de sí mismo, de los demás, del mundo y la forma de vincularnos. De tal modo, que se ejerce una influencia muy fuerte sobre la conducta incluso años después, cuando los miembros de la familia ya se han convertido en adultos y se han ido de su hogar. Por lo que, la familia no se fundamenta en la mera convivencia, sino que es mucho más que eso (Washton y Boundy, 2009). Al mismo tiempo, se considera importante recalcar lo siguiente:

La presencia de algunos de estos rasgos en una familia no implica que todos sus miembros vayan a tener adicciones o conductas incontroladas, indefectiblemente. Sin embargo, tomando conciencia de estos factores, permite estar en mejores condiciones de examinar las creencias profundas que los fomentan y de comenzar a transformarlas (Washton y Boundy, 2009, p.48).

6.3 REGLAS DE LA FAMILIA ADICTIVA

En este apartado se han definido una serie de reglas, por lo general son tácitas, y si bien no suelen ser conscientes, ejercen una influencia muy fuerte sobre la conducta de los miembros de la familia. Muchas de las creencias adictivas que predisponen a una persona a la adicción nacen directamente de estas reglas. Las más comunes de estas reglas son: “*sé perfecto*”, hace referencia al mandato de “se debe actuar de cierto modo”. Cuando la total aprobación solo se obtiene mediante actuar o comportarse bien, conduce al sentimiento de que no se lo ama por lo que *es* sino por lo que *hace*. De esta manera, aumenta la necesidad de ser querido y la búsqueda de aprobación. Este anhelo sólo puede conseguirse si su actuación es aprobada, desarrollando una fuerte autocensura con el fin de que nada pueda acarrear tal desaprobación. El resultado es una constante sensación de fracaso, vergüenza, culpa, sensación de ser el único malo o lo que se conoce como la oveja negra (Washton y Boundy, 2009).

La segunda regla “*actúa sobre seguro*”, refiere a una regla de perfección, evitar correr riesgos, evitar equivocarse, o fracasar. De lo contrario, se tiende a actuar sobre seguro, se descarta la espontaneidad, puesto que ser espontáneo implica correr el riesgo de equivocarse, lo que equivale a hacer algo imperfecto. La tercera regla se conforma por uno de los rasgos más destructivos del sistema familiar, parte del precepto “*no seas egoísta*”. El mensaje que se transmite es: “si actúas según tus propios intereses, eres malo”, de modo que, la persona se acostumbra a no satisfacer sus propias necesidades, haciéndose cargo de las necesidades de otros. Cuando las personas comienzan a recuperarse de su consumo problemático, empiezan a identificar lo que desean y sienten, y a plantearse a los demás (a fijar fronteras). Junto con ello, suelen experimentar intensos sentimientos de culpa, como se mencionó anteriormente, la culpa funciona como un freno ante el deseo personal (impide ser egoísta) (Washton y Boundy,

2009). La cuarta regla parte del precepto “*atente al guión*”, implica el acuerdo tácito de mantener y fomentar ciertos mitos. Se han identificado una serie de roles rígidos, útiles (a corto plazo) como mecanismos de adaptación. Estos proporcionan sentido de identidad (aunque de manera negativa), permiten no perder la aceptación de otros miembros de la familia o sentido de pertenencia, especialmente si no cuentan con otras fuentes de apoyo emocional. Si una persona comienza a cambiar y a recuperarse, otros miembros de la familia pueden reaccionar negativamente. Por lo tanto, los roles son también paralizadores, dado que atenerse al guión implica la pérdida de oportunidades para el crecimiento y cambio personal (Washton y Boundy, 2009).

Finalmente, la quinta y última regla “*no expreses tus verdaderos sentimientos*”, alude a la privación de la libre expresión, requiere mantener bajo control lo que se expresa y quién lo hace. Esto se debe al temor de que un miembro de la familia ponga al descubierto la dinámica familiar. Si alguno de estos abandonara su rol, dejara de negar los problemas, sentimientos dolorosos y comenzara a abordarlos abiertamente, la franqueza emocional podría romper este frágil equilibrio del sistema familiar (Washton y Boundy, 2009).

El conocer esta serie de reglas permite comprender el desarrollo de ciertos rasgos y creencias adictivas que contribuyen al mantenimiento de la adicción. Las creencias adictivas son consideradas como el conjunto de ideas o expectativas centradas en torno a la búsqueda de placer, alivio, escape y resolución de problemas. Entre las ideas funcionales se encuentran:

- a) la creencia de que uno necesita la sustancia si tiene que mantener el equilibrio psicológico y emocional;
- b) la expectativa de que la sustancia mejorará el funcionamiento social e intelectual;
- c) la expectativa de que se encontrará placer y excitación utilizándola;
- d) la creencia de que la droga energizará al individuo y le dará más fuerza y poder;
- e) la expectativa de que la droga calmará el dolor;
- f) el supuesto de que la droga aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión y la

depresión; y g) la convicción de que a menos que se haga algo para satisfacer el craving o para neutralizar la angustia, ésta continuará indefinidamente y, con toda probabilidad, empeorará. (Beck et. al, 1975, p.66)

Conforme a lo expuesto anteriormente, algunas características podrían existir ya antes de que la persona comenzara a consumir, y que nacen de las reglas de la familia adictiva (Washton y Boundy, 2009). Entre las mencionadas, se incluyen: sensibilidad hacia los sentimientos y emociones, poca motivación para el control de la conducta, gratificación instantánea, empleo inadecuado para controlar la conducta y el afrontamiento de los problemas. Cabe aclarar, que si bien son características propias del trastorno, no pueden considerarse por sí solas como predisponentes de este (Beck et. al, 1975).

6.4 RECORRIDO CONCEPTUAL SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El consumo de drogas no es algo nuevo, dado que las sustancias psicoactivas han sido utilizadas por diversas culturas desde tiempos prehistóricos, incluso han tenido muchas funciones para fines individuales y sociales. A nivel individual ha proporcionado estimulación, alivio de malestares físicos y emocionales, hasta estados alterados de conciencia. A nivel social, ha sido utilizada para fines religiosos, como utilidad médica, etc (Beck, Wright, Newman, Liese, 1975).

Actualmente, se reconoce que las sustancias psicoactivas pueden alterar el sistema nervioso central, afectando así funciones vitales como el pensamiento, el estado de ánimo y/o conducta de la persona (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2020). Según la

definición de la Organización Mundial de la Salud, droga es, “toda sustancia psicoactiva que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este”. De acuerdo a los efectos de las drogas, se las puede clasificar en *depresoras*, aquellas sustancias que disminuyen las funciones del SNC y producen sensación de relajación y sedación (alcohol, opiáceos, sedantes, hipnóticos, tranquilizantes, analgésicos narcóticos); *estimulantes*, activan las funciones del SNC, por lo que producen un aumento de la atención y el estado de alerta (cocaína, anfetaminas, nicotina, xantinas, cafeína, teobramina); *alucinógenas*, estas modifican la actividad mental, dando lugar distorsiones perceptivas, ilusiones, y alucinaciones, como así también pueden generar sensación de bienestar, euforia, relajación (alucinógenos, agentes anticolinérgicos, etc). Otras categorías refieren a su estructura química o su acción farmacológica; a su origen, ya sean naturales o sintéticas; a su medio sociocultural, legales o ilegales; con respecto al sujeto, posee una clasificación clínica. (Gómez et. al, 2012).

En cuanto al funcionamiento y mecanismo de las sustancias, se afirma que el cerebro tiene la capacidad de identificar y reforzar aquellas actividades que generan placer, como comer, tener sexo, socializar, etc. Está preparado para aumentar las probabilidades de que repitamos las conductas placenteras. Cada vez que se produce una experiencia gratificante se activa el circuito de recompensa liberando una ráfaga de dopamina. La dopamina, es el neurotransmisor que se encarga de enviar la señal de que algo importante está sucediendo y es necesario recordarlo, generando cambios en la conectividad de las neuronas. Es así, que resulta más fácil repetir la actividad una y otra vez, lo que conduce a la formación de hábitos. De la misma manera, las drogas también pueden producir ráfagas de dopamina, pero en cantidades mucho más grandes, reforzando la conexión entre el consumo de la sustancia, el placer como resultado, y todas las señales relacionadas con esa experiencia. A través de las oleadas de dopamina, el cerebro aprende a buscar drogas y a dejar de lado otras actividades. Estos cambios que se originan en el sistema de recompensa como reforzadores, explicarían el

motivo por el cual las personas pueden seguir consumiendo pese a las consecuencias negativas (NIDA, 2020).

Una de las consecuencias que acarrea el consumo crónico de sustancias es la tolerancia y el síndrome de abstinencia. Se desarrolla *tolerancia*, cuando tras su administración repetida, la droga produce un efecto menor, por ende, aparece la necesidad de incrementar la dosis o la frecuencia para conseguir el mismo efecto que se obtuvo al principio (Sthal, 2002). Junto con la tolerancia farmacológica, se encuentra la tolerancia conductual y la tolerancia cruzada. La *tolerancia conductual* (condicionada) hace referencia al efecto que produce la sustancia sobre la persona a causa del aprendizaje o estímulos que se encuentran presentes en el momento de consumo. Mientras que la *tolerancia cruzada*, es la disminución del efecto de la sustancia o dependencia física producida por otra droga, y la capacidad de mantener el estado de dependencia. Por otro lado, el *síndrome de abstinencia*, se manifiesta por la aparición de reacciones psicológicas y fisiológicas debido a la interrupción brusca de la droga que produce dependencia (Becoña, Cortés, Arias, 2010). Cuando se detiene de forma repentina la administración de una sustancia, se desarrolla lo que se conoce como síndrome de abstinencia caracterizado por *craving*. El fenómeno de *craving*, es definido como el deseo imperioso o compulsivo de ingerir la sustancia, junto con signos de hiperactividad y disforia en el sistema nervioso simpático (Sthal, 2002).

Tal como se ha mencionado, las drogas poseen propiedades reforzantes, lo cual incita la necesidad repetida de autoadministración. De este modo, el consumo crónico de sustancias provoca deterioro y malestar clínicamente significativo, abarcando cambios en el estado de ánimo, deterioro cognitivo o alteración de la capacidad de juicio, deterioro del funcionamiento social o laboral (Sthal, 2002).

6.5 ¿CONSUMO PROBLEMÁTICO O ADICCIONES?

A lo largo del tiempo, se han utilizado diversos términos para hacer referencia al vínculo patológico que una persona puede establecer con las drogas, tales como adicción, drogodependencia, toxicomanía, etc. También distintas bibliografías han incluido las palabras uso y abuso de sustancias para abordar esta problemática. En este sentido, resulta imprescindible resaltar las diferencias entre estos conceptos, principalmente, uso, abuso y adicción. La expresión *uso*, refiere a un consumo esporádico, sin llegar a ser clínicamente significativo ya que no provocaría ningún daño o deterioro en la persona. El *abuso* se caracteriza por el consumo abusivo de una sustancia, donde la cantidad y frecuencia exceden los límites de la tolerancia del organismo, en este caso si compromete la salud física, psíquica y las relaciones sociales de la persona. La adicción o dependencia, se identifica por una aparición de rasgos físicos o psíquicos de un impulso irrefrenable o compulsivo por el consumo de tal sustancia. Cabe destacar, que la distinción entre abuso y dependencia o adicción fue eliminada del DSM V debido a su posible connotación negativa y ambigüedad en su definición. Así es como comenzó a construirse la noción de *consumos problemáticos*, expresión que se utiliza para hacer referencia al conjunto de fenómenos relacionados al consumo con consecuencias negativas (Gomez et al. 2012).

Según la Ley N° 26.934 define los consumos problemáticos de la siguiente manera:

Se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que - mediando o sin mediar sustancia alguna - afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas - legales o ilegales - o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia

el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud. (Ley N° 26.934, art N°2)

Lo que supone este concepto es que el consumo es cualitativamente distinto de acuerdo a cada persona dependiendo del impacto que tiene en la vida del sujeto (vida personal, relaciones sociales, trabajo, etc) (Gomez et al. 2012). Por lo tanto, se entiende, que no siempre el consumo de drogas desencadenará en una conducta adictiva. Tampoco el consumo problemático depende únicamente de la droga, sino del tipo de vínculo que se establece entre la sustancia, la persona y el contexto (Sedronar, 2015).

6.6 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES

Como se mencionó anteriormente, la distinción entre dependencia y abuso desaparece de la clasificación del DSM-V como término diagnóstico y se toma en consideración el “*trastorno por consumo de sustancias*” con diversos grados de gravedad que van desde leve, moderado, o severo. El diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias es un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de drogas. La característica principal es la relación de los síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de las consecuencias negativas que le acarrea tal consumo. Otra característica importante es el cambio a nivel cerebral que sobreviene tras la desintoxicación especialmente en las personas con trastornos graves (DSM V, 2014).

Algunos autores recomiendan clasificar el listado de los once criterios o síntomas de acuerdo a cuatro categorías que darían lugar a una mayor precisión de las características y magnitud del trastorno, siendo estas: *Control deficitario*, esta categoría incluye el consumo con frecuencia o cantidad que excede los límites tolerables del organismo o lo hace durante un tiempo más prolongado de lo previsto, existen deseos persistentes de dejar el consumo, inversión de gran parte del tiempo intentando conseguir o consumir la sustancia; *Deterioro social*, implica el incumplimiento de deberes en el ámbito laboral, familiar, académico, abandono de actividades sociales o recreativas. *Consumo de riesgo*, la persona consume a pesar de padecer problemas de salud física o psíquica a causa del consumo. *Criterio farmacológico*, signos y síntomas de tolerancia y abstinencia. Asimismo, la gravedad del trastorno, se establecerá en base a estos criterios, siendo esta leve en presencia de dos o tres criterios, moderada cuando existan cuatro o cinco síntomas y severa si se dan más de seis criterios diagnósticos en los últimos doce meses. (APA, 2014).

6.7 INDICADORES DE UN CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

A raíz de lo mencionado, se puede destacar los aportes de Washton y Boundy (2009) quienes definen la presencia de cuatro indicadores en la problemática adictiva. 1) *Obsesión*: Las personas con trastornos adictivos a menudo no pueden dejar de pensar en la sustancia problema y planear el próximo consumo. Todo lo que esté obstaculizando ese consumo, lo evaden. Organizan su vida de un modo que facilite la obtención de la droga, asegurándose de que nada interfiera con su consumo; 2) *Consecuencias negativas*: En los comienzos del consumo se obtiene gratificación aparente, pero tarde o temprano esta conducta comienza a

tener consecuencias negativas en la vida del consumidor. Quien la sostiene a pesar de ello, provocan dolor, aflicción y más problemas a largo plazo que interfieren en su trabajo, relaciones, economía, familia, amistades; 3) *Falta de control*: El rasgo distintivo de la conducta adictiva es que al tratar de controlarla, la voluntad no es suficiente, de hecho, es contraproducente centrarse en ella como solución; 4) *Negación*: Negar las consecuencias significa estar fuera de contacto con la realidad. La principal función de la negación es evitar que nadie interfiera en el uso de la droga. Suelen aparecer frases de tipo: “Yo no tengo ningún problema”, “No es tan grave”.

De esta manera, cuando se discute sobre esta problemática no se toma únicamente como indicadores la cantidad o frecuencia del consumo, sino también el “para qué” esa persona está realizando la conducta. Si es para mitigar un malestar interior, evadir sentimientos o escapar de pensamientos y recuerdos. Si se utiliza la sustancia como regulador anímico, este patrón lo llevará por el camino de la adicción (Washton y Boundy, 2009).

6.8 INTERVENCIONES CLÍNICAS EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Cuando un paciente presenta indicios de un trastorno por consumo de sustancias, existen diferentes tipos de intervenciones al momento de realizar un tratamiento, dado la variedad de situaciones vitales a las que lo ha llevado su consumo. Por tal motivo, se han diseñado distintos recursos y niveles de atención para asistir las diferentes necesidades de los pacientes. Se hallan tres niveles de atención sanitaria y rehabilitación funcional: *tratamiento residencial, dispositivos intermedios, y tratamiento ambulatorio* (Becoña et al. 2010).

El *tratamiento residencial*, o también conocido como internación, es un dispositivo que se encuentra dentro de un contexto hospitalario o centro de salud mental. La internación se tendrá en cuenta como última instancia cuando el contexto y las condiciones de la persona obstaculicen de manera significativa el tratamiento ambulatorio. Los factores o condiciones que pueden impulsar el ingreso a una internación, van desde la existencia de fracasos repetidos, contexto familiar o social de riesgo, o trastornos orgánicos o psicopatológicos importantes (Becoña et al. 2010). Por tal razón, cuando un paciente arriba a una institución por un consumo agudo de sustancias, los primeros objetivos implicados son: la evaluación psiquiátrica/psicológica y el mantenimiento de los signos vitales (desintoxicación), una vez que se haya logrado esto, podrán ser atendidos todos los demás aspectos (Souza y Machorro, 2003).

En líneas generales, en cualquier tipo de *evaluación psicológica* en el campo de las adicciones se evalúan dos aspectos fundamentales: la gravedad de la conducta adictiva (drogas y dosis consumidas, vía de administración y momentos de mayor consumo). El segundo aspecto, la evaluación se centra en la causa o consecuencia del consumo (trastornos mentales o conductas problemáticas, grado de cohesión familiar o social, y situación económica). De este modo, la evaluación no solo permite llegar a un diagnóstico, sino también planificar el tratamiento más adecuado a las necesidades de cada caso, junto con el asesoramiento y orientación a familiares, pareja u otras personas que convivan con el paciente. Por otro lado, la *evaluación psiquiátrica* es imprescindible para el tratamiento de trastornos mentales ya que suelen acompañar al consumo de sustancias, y requieren un manejo especializado de medicación. Además, puede ser necesaria la utilización de fármacos como un apoyo extra al abandono del consumo (Becoña et al. 2010).

Otro objetivo primordial implicado en el tratamiento residencial, es el mantenimiento de los signos vitales, es decir, la desintoxicación y estabilización del sujeto si así lo requiere.

La desintoxicación consiste en la retirada de la sustancia adictiva y es el primer paso para superar la adicción. Suele tardar entre una o dos semanas dependiendo cada caso, en general es un proceso relativamente rápido. Una vez que el paciente atraviesa la desintoxicación de la sustancia o la superación de la dependencia física, comienza la llamada deshabitación. Implica la eliminación de la dependencia psicológica, la cual requiere más tiempo y recursos (Souza y Machorro, 2003).

Tanto en la desintoxicación residencial como en la ambulatoria, se inicia la *rehabilitación funcional* del paciente. Se trabajan distintas áreas de acuerdo a cada persona, abarcando: la creación de rutinas diarias, planificación del tiempo, del dinero, trabajo, el fortalecimiento de las relaciones familiares o sociales, hasta la incorporación de nuevas relaciones sociales fuera del ámbito de la droga (Becoña et al. 2010). Se establecen objetivos terapéuticos, tales como “*toma de conciencia de enfermedad, desarrollo de alternativas sanas y realistas para enfrentar las presiones internas y externas, desarrollo de tolerancia a la frustración y a la demora, desarrollo de control de los impulsos*” (Souza y Machorro, 2003, pág. 178). El alcance de los objetivos da lugar a una nueva etapa que implica la preparación para el alta y pautas para la prevención de recaídas.

Como fase inicial de un tratamiento en la mayoría de los trastornos mentales o problemas psicológicos, se utiliza la psicoeducación como herramienta, en este caso para el trastorno por consumo de sustancias. La psicoeducación es el proceso en el cual se le brinda información al paciente y familiares acerca de la patología, tratamiento y pronóstico. A su vez, la psicoeducación no solo refiere a la definición del diagnóstico, sino que también busca abordar situaciones diarias de las personas que presentan dificultades a causa del desconocimiento que conlleva la problemática (Godoy et al., 2020). Por su parte, Cuevas y Moreno (2017) agregan “*aporta beneficios en el tratamiento de las adicciones, utilizándose, para el entrenamiento de habilidades en el autocontrol y capacidades para resolver*

problemas que perturben o aquejan la vida de las personas” (p.217). Por lo tanto, es una herramienta imprescindible para abordar la problemática debido a sus múltiples ventajas, entre ellas se han reconocido: adherencia al tratamiento, debido a que el conocimiento aumenta la motivación, el compromiso y un rol activo; conocimiento sobre los procesos cognitivos que hay detrás de la sintomatología, permitiendo comprender que el problema no es únicamente el consumo de sustancias, sino que detrás de este hay creencias disfuncionales; disminución de factores de riesgo y aumento de factores protectores, dado que promueve el uso de límites y contención (Godoy et al., 2020).

Otro elemento que suele utilizarse como herramienta clínica en el tratamiento de conductas adictivas es la entrevista motivacional. La EM representa un estilo de relación entre paciente y terapeuta. Trata de promover la motivación en el paciente, a través de la exploración de valores propios que impulsen a cambiar su conducta adictiva y comenzar un tratamiento, siempre con empatía y cordialidad. Combina un estilo terapéutico y apoyo con un método directivo que trata de resolver la ambivalencia que muestra el paciente ante cualquier cambio. Es un método útil con pacientes que presentan baja motivación, que están poco predispuestos, con cierta reticencia, oposición o ambivalencia para afrontar cambios en su comportamiento adictivo. Frente a intervenciones más directivas, se estimula la motivación en busca de soluciones, como también se acepta que exista ambivalencia o puntos de vista distintos, con el fin de que el paciente pueda atravesar por sí mismo el proceso de cambio acompañado por el terapeuta. La EM es beneficiosa para incrementar la participación y adherencia al tratamiento, por lo que puede aplicarse de forma adicional, previo al inicio de cualquier tratamiento (Becoña et al. 2010).

En cuanto, al nivel de atención de *dispositivos intermedios o comunidades terapéuticas*, son centros de carácter residencial, con atención las 24 hs, bajo seguimiento continuo de un equipo de profesionales que realizan un tratamiento integral (psicólogo,

médico, educadores, etc). Este dispositivo brinda atención a aquellos pacientes que ya han intentado de forma reiterada llevar a cabo un tratamiento ambulatorio sin éxito debido a una importante desestructuración psicológica, familiar o social, que impacta negativamente en el desarrollo de este. Tiene como objetivo la deshabitación, rehabilitación y reinserción social de las personas con consumo problemático de sustancias. Requiere un elevado grado de motivación por parte del usuario, no solo en lo que implica el abandono del consumo de sustancias, sino el cambio de su estilo de vida a través de las experiencias aprendidas en la comunidad terapéutica. Una comunidad terapéutica basa la recuperación del paciente en un aprendizaje social. Funciona como un sistema de trabajo, todas las tareas se realizan en conjunto entre los residentes, se colabora con la reorganización personal, se modifica la autoimagen y se trabaja en la aparición de la autoestima (Cancrini, 1991). De este modo, la comunidad terapéutica funciona como un entrenamiento para el regreso al medio habitual (Becoña et. al, 2010). *La prevención de recaídas* será un punto fundamental a trabajar en esta instancia. Desde los trabajos de Marlatt y Gordon (1985) citado en Secades (2007) el modelo de prevención de recaídas contiene tres elementos fundamentales: el entrenamiento en habilidades sociales (de afrontamiento, resolución de problemas, de comunicación, asertividad, control del estrés, estrategias para afrontar el craving, etc); Reestructuración cognitiva, implica ofrecer mediante la ayuda del profesional, pensamientos alternativos a los que le pueden llevar a consumir, junto con la identificación de situaciones de riesgo para poder evitarlas. Estrategias de reequilibrio de vida, conlleva la incrementación de actividades alternativas al consumo de sustancias, como el ejercicio, estudio, trabajo, relajación, etc (Secades, García, Fernández, 2007).

Por último, el *nivel ambulatorio*, es un servicio de forma directa, puede llevarse a cabo la psicoterapia propiamente dicha bajo el enfoque cognitivo conductual. El abordaje cognitivo aplicado al consumo de sustancias tiene como finalidad ayudar a los sujetos a luchar con

aquellos problemas que les producen angustia y a establecer una perspectiva más amplia de su confianza en las drogas para conseguir placer y/o alivio del malestar. Se evidencia como abordaje eficaz el *manejo de contingencias*, un programa que fue desarrollado para el tratamiento de consumo de sustancias en contextos ambulatorios. Los tratamientos de adicciones basados en manejo de contingencias demuestran que un comportamiento que se refuerza aumentará en frecuencia. El manejo de contingencias suele implicar la aplicación de beneficios, tanto para incrementar la abstinencia al consumo de sustancias como para facilitar cambios terapéuticos. Aquí es donde tiene un rol importante el espacio terapéutico como reforzador a través de dosajes, acuerdo familiar, asistencia a las sesiones de tratamiento, cumplimiento del tratamiento farmacológico, etc. Las contingencias, están basadas en el condicionamiento, es decir, si aparece una conducta saludable se da un beneficio. ¿Qué sucede cuando incursionamos en conductas más desadaptativas? Cuando hay una conducta problemática no se da un castigo, sino que se quita un beneficio (Blarrina y Marín, 2019). Otra forma de abordaje es la *evitación experiencial*, proceso mediante el cual los individuos desarrollan y mantienen estrategias para evitar o alterar el contacto con las experiencias como son las sensaciones corporales, pensamientos, sentimientos o recuerdos. No solo aplica para las adicciones, sino también para otras patologías como fobias, depresión, etc. Es intentar evitar o sentir ciertas cosas. Para dejar de sentir, pensar o hacer la persona comienza a consumir drogas (Blarrina y Marín, 2019)

En este sentido, la psicoterapia en adicciones es una actividad que se aplica a lo largo de todo el proceso en diversas modalidades. “*Se enfoca en la solución inmediata de conflictos vinculados a la adicción (ciclo causa, consecuencia, causa), evaluación y corrección; diseño del proyecto de vida; mantenimiento de la abstinencia y prevención de las recaídas*” (Souza y Machorro, 2003, pág. 178).

7. MODALIDAD DE TRABAJO

El presente proyecto se enmarca en una sistematización de la experiencia basada en la Práctica Profesional Supervisada, la cual se realizó en el área de internación del Sanatorio Morra, para ello, Jara (2011) la define del siguiente modo:

La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La sistematización de experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora (p.4).

7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

El presente trabajo tuvo como población a dos grupos de participantes, pacientes y profesionales pertenecientes a una institución privada monovalente de la Provincia de Córdoba. En primera instancia, el primer grupo quedó constituido por los profesionales de la institución. Se llevó a cabo la realización de entrevistas semidirigidas a tres psicólogas/os y un psiquiatra. Por otro lado, se realizaron entrevistas virtuales y presenciales con aquellos pacientes que se encontraban internados en el servicio dos, “Mujeres y hombres con psicopatologías agudas”. Este segundo grupo de participantes con el que se trabajó quedó conformado por tres pacientes, una mujer y dos hombres, cuyo diagnóstico establecido fue “trastorno por consumo de sustancias psicoactivas”, con edades comprendidas entre los 25 y

55 años. Asimismo, el seguimiento se efectuó tres veces por semana, mediante entrevistas/sesiones de una hora.

7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la Práctica Profesional Supervisada una de las técnicas utilizadas para la recolección de datos es la “entrevista”. Se realizaron entrevistas de seguimiento a los pacientes, como también entrevistas a los profesionales, para obtener información sobre los temas principales de este trabajo. Según Guber (2001):

La entrevista es una estrategia para hacer que la gente hable sobre lo que sabe, piensa y cree, una situación en la cual una persona (el investigador-entrevistador) obtiene información sobre algo interrogando a otra persona (entrevistado, respondente, informante). Esta información suele referirse a la biografía, al sentido de los hechos, a sentimientos, opiniones y emociones, a las normas o estándares de acción, y a los valores o conductas ideales (p.75).

Por otro lado, en las entrevistas de seguimiento con los pacientes como también en las reuniones de equipo, se lleva a cabo la técnica de “observación participante”. Consiste en formar parte de las entrevistas dirigidas por la profesional, pudiendo observar, realizar preguntas y comentarios e ir recabando la información necesaria para adquirir mayor conocimiento sobre el caso. Tal y como plantea Guber (2001) “*la observación participante permite la posibilidad de realizar descubrimientos, para examinar críticamente los conceptos teóricos y para anclarlos en realidades concretas*” (p.62).

Finalmente la información que se obtuvo a partir de la observación participante y la entrevista se plasma en el “registro de campo”. Este registro consiste en una descripción detallada de lo que ocurre durante la práctica, y se realiza cada vez que se asiste a la institución ya sea de manera presencial o virtual. *“Los registros posibilitan a los practicantes transitar de actores a autores de las experiencias, en tanto reflexionan y rumian lo vivido, como acto de reconocimiento, introspección, proyección; de aprender y trascender”* (Cifuentes Gil, 2011, p.43). Como menciona la autora, el poder escribir y releer los propios registros, funciona como una herramienta para poder buscar indicios que nos ayudan a comprender y a interpretar las experiencias.

7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo se enmarca bajo el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016) y en el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013) donde se establece para el ejercicio de la profesión del psicólogo determinadas normas y principios que deben ser respetados en cualquiera de los ámbitos desempeñados. Por lo tanto, en las actividades realizadas en la Práctica Profesional Supervisada en el Sanatorio Morra, se tendrán presente los siguientes valores éticos:

Respeto por los derechos y la dignidad de las personas, implica tener en cuenta los derechos de los usuarios, respeto por la dignidad y el valor de todas las personas, y no realizar actos discriminatorios de ningún tipo.

Brindar adecuadamente el consentimiento informado a los sujetos de la práctica, aclarándoles que se trata de una actividad supervisada realizada por estudiantes, que la

participación por parte de los sujetos en la práctica es voluntaria y que los mismos pueden retirarse de la misma en el momento que deseen.

Preservar la confidencialidad de los datos obtenidos, mantener el secreto profesional omitiendo cualquier dato que permita la identificación de los pacientes y profesionales participantes de las prácticas de la institución.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

8.1.1 PRIMER CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN

En primera instancia, cabe aclarar que el siguiente apartado se elaboró mientras fue transcurriendo la experiencia vivida de práctica, por lo que se decide mantener la primera persona del singular para sostener la cercanía con la misma.

Una de las instancias que se requiere para la graduación en la carrera de Licenciatura en Psicología es la realización de la práctica profesional supervisada (PPS). Fue así, que a comienzos del mes de abril del 2021 comencé las prácticas dentro del contexto clínico en el Sanatorio Morra.

En principio, la inserción en la institución fue a nivel general, es decir, que en el momento de ingresar a la institución no tenía ni un área ni un rol designado con el cual trabajar. Esta primera etapa consistió en conocer la historia institucional, conocer las diferentes áreas de la institución entre ellas el área de internación, dispositivos intermedios y el área ambulatoria, con el propósito de comprender la dinámica de trabajo dentro de cada ámbito.

El miércoles 19 de mayo del 2021, tuvimos la primera entrevista con la referente de la institución a través de la plataforma zoom. Este encuentro fue muy agradable ya que nos sentimos realmente bienvenidas por la referente. Nos brindó una información completa del sanatorio, la historia institucional, cómo había surgido, la importancia que tiene la Ley de Salud Mental y de qué manera se fue implementando en la institución. Nos explicó cómo estaba distribuido el sanatorio en distintas áreas, y que llegado el momento cada una de nosotras sería asignada a un área en particular.

Durante la entrevista la referente nos cuenta que las siguientes reuniones serían de capacitación. La capacitación estaba conformada por 6 encuentros, la idea no sólo era conocer en profundidad cada área o servicio de la institución, sino también cuál era el rol del psicólogo y las tareas en cada una de ellas. Esto me despertó mucho interés, ya que durante toda la carrera habíamos visto siempre como era el rol del psicólogo sólo en el consultorio, por lo que el conocer el rol del psicólogo en una institución y el manejo dentro de un equipo interdisciplinario era algo totalmente novedoso para mí y enriquecedor. Por otro lado, el último encuentro estaría destinado a todo lo que son los marcos legales, como manejar la historia clínica, como hacer un consentimiento informado y todos los modelos de consentimiento informado vigentes que podemos aplicar en nuestro consultorio particular.

Al finalizar la entrevista, la referente armó un grupo de WhatsApp para estar en contacto y pactar cuáles serían las fechas de las capacitaciones. Finalmente nos avisó que todos los jueves de 8.30 a 10hs nos encontraríamos vía zoom. En este primer momento me llenaba de entusiasmo la idea de estar en la institución y poder aprender de los profesionales, como también más adelante poder servir de ayuda a las necesidades que los miembros demandaran. Sin embargo, el hecho de que haya tantos espacios para abarcar me generaba cierta ansiedad, ya que no sabía cuál era el lugar dentro de la institución que me iba a tocar y cuál iba a ser mi rol en ella.

Por otra parte, la capacitación de los profesionales generaba cierta seguridad, ya que sentía que lo más adecuado antes de comenzar era ir con los conceptos más frescos. A su vez, sentía que durante todo ese tiempo no estaba aportando nada, ya que simplemente mi actividad era asistir virtualmente a las reuniones de capacitación, pero sin realizar ningún tipo de actividad dentro de la institución.

8.1.2 CAPACITACIONES

El primer encuentro de capacitación comenzó el jueves 3 de junio del año 2021, en esta ocasión pudimos conocer a los profesionales que formaban parte del equipo del Sanatorio. En un comienzo, temía encontrarme con un clima más tenso y competitivo entre los profesionales. Percibí que era todo lo contrario, me encontré con profesionales empáticos, amigables entre sí, y con muy buena predisposición para acompañarnos en todo este proceso. Considero que esta primera capacitación fue muy interesante dado a que no sólo conocimos toda la historia y el funcionamiento de la institución, sino que además se habló del rol del psicólogo y en todo lo que se puede desempeñar de acuerdo a las distintas áreas. Me quedé muy contenta y con ansias de querer saber más.

El segundo encuentro se realizó el jueves 10 de junio del 2021. Consistió en conocer más en profundidad el área de internación. Fue muy interesante y productivo ya que aprendimos una serie de aspectos que se deben tener en cuenta en el momento que ingresa un paciente a la institución. Uno de estos aspectos tiene que ver con el poder plantear el cómo, cuándo y dónde, es decir, determinar si un paciente presenta riesgo para sí o para terceros, o cuando ocurren casos de consumos en los cuales no cesan por sus propios medios, y necesitan estar bajo supervisión y tratamiento. Comprendí la importancia del trabajo interdisciplinario para tratar estos casos. Entendí que la internación por sí misma no es el único tratamiento que recibe el paciente en circunstancias de crisis, sino que es un proceso, es la etapa dentro de un proceso de continuo tratamiento. También la importancia de llevar a cabo el consentimiento informado porque es una herramienta que nos protege tanto a nosotros como a los pacientes.

Conocer los derechos del paciente es otro de los aspectos sumamente relevantes que nos sirve a la hora de establecer el vínculo terapéutico.

Durante esta capacitación, conocí además las tareas que se llevan a cabo en el internado. Una de ellas es orientar al paciente y a la familia sobre el internado y la continuidad del tratamiento, debido a que no sólo el paciente puede encontrarse en un estado de crisis. La familia también a veces está desesperada, sin saber qué hacer, o habiendo probado muchos tratamientos que no dieron resultados. Por otro lado, no solo se tiene en cuenta la patología y cómo ayudar al paciente, sino que también se tiene en cuenta la reinserción social del usuario cuando sale. Eso me dejó pensando en lo dificultoso que puede llegar a ser en esta situación de pandemia.

Llegando al final de este segundo encuentro, nos mostraron fotos del interior del sanatorio. Cuenta con un espacio interno todo vidriado, donde hay un living, en frente del living se encuentra el box de enfermería, entonces los pacientes están bien supervisados, esa zona está destinada para pacientes más críticos que necesitan mucha supervisión. Conocimos los consultorios de los profesionales y hasta las habitaciones de los usuarios. Hay algunas habitaciones que son compartidas, aunque al inicio no, cuando ingresa un paciente nuevo va a una habitación individual. Primero se le realiza un hisopado, se espera el tiempo prudencial, y según el resultado se lo deja pasar y estar más acompañado.

Con respecto al tercer encuentro, se realizó el 24 de junio del 2021. Principalmente el tema que se abordó fue el sistema de atención integral en adicciones. Se habla de atención integral, ya que no se puede poner la mirada solamente en el consumo. Si se reduce la visión solamente hacia el problema, o la adicción, nos estaríamos perdiendo de intervenir sobre numerosos factores que influyen y que son condicionantes (no determinantes) de que esta situación o problema se termine agravando. Por lo tanto, me pareció muy interesante este

tema y lo importante que es entender la problemática poniendo la mirada desde la persona, entendiéndola desde su contexto familiar y la comunidad en la cual está inserta.

En el cuarto encuentro realizado el día 1 de julio del 2021, se profundizó en el programa ambulatorio de adicciones y algunos interrogantes que suelen surgir en esta área. Lo que se destacó principalmente en esta capacitación, es que la adicción es una enfermedad, y por eso con la voluntad no alcanza. El querer dejar de consumir no alcanza, ya que hay que hacer otros cambios, a nivel contextual, en la familia, en la persona, profundizar ciertos aspectos. Es relevante que en las familias se pueda comprender qué es una enfermedad, y que no es que la persona solamente consume porque quiere, y que si quiere lo puede dejar como mayormente se cree. Para ello es fundamental llevar a cabo la psicoeducación y junto con ello la conciencia de enfermedad y de situación, tanto con la persona que consume como con sus referentes. Por otro lado, más allá del tratamiento, la empatía es lo principal de esta profesión, y sobre todo en esta problemática donde entendí que las recaídas también forman parte de un proceso. Puede ser frustrante ya que muchas veces no se llega a un resultado, por ello es muy importante el acompañamiento y apoyo.

Los profesionales nos contaban que a veces los pacientes se manejan mediante la manipulación, mentiras, engaños, y uno como profesional no se puede enojar, ya que de esta manera perjudicamos tanto al paciente como a nosotros. Es responsabilidad también saber derivar, saber cuáles son las herramientas con las que contamos y que le sirven al paciente. Sentí que este encuentro fue muy productivo, ya que el profesional que dictó la clase nos brindó una información completa, sobre una problemática tan compleja de abordar y a la vez tan presente en nuestra sociedad, que es imprescindible seguir aprendiendo y trabajándola.

El quinto encuentro de capacitación se llevó a cabo el día 8 de julio del 2021. Constó sobre la práctica clínica institucional en consultorios externos. Fue muy enriquecedor ya que la profesional llevó una lluvia de ideas de lo que implica la práctica en los consultorios de esta

institución, que nos ayudó a adentrarnos en lo que es el rol del psicólogo en consultorios externos. Me gustó mucho porque fue una clase más dinámica, la profesional llevó un caso, hacía preguntas, y al ser poquitas pudimos participar todas. Me pareció bueno también que la profesional nos haya enviado el caso el día antes, porque así pudimos leerlo y charlarlo en clase.

Llegando al final de la capacitación, el sexto y último encuentro fue el día 15 de julio del 2021. Este se basó en todos aquellos aspectos legales que conforman la profesión y no pueden ser pasados por alto. La profesional nos comentó que hay tres puntos claves que son el eje de la columna vertebral de cualquier tratamiento vinculado a la salud. Estos son, la historia clínica, los derechos del paciente y el consentimiento informado. Durante toda la clase vimos aquellas leyes que comprenden estos puntos. Quizás la clase no fue tan dinámica como otras, porque era mucha la información, pero creo que fue súper necesaria porque es conocimiento que hace a un adecuado ejercicio de la profesión y es imprescindible tenerlo incorporado. Por eso me llevo una buena impresión de esta capacitación, no sólo por toda la información que nos brindaron sino también por la buena disposición para explicarnos y responder a nuestras preguntas. Estoy muy agradecida por este espacio, con ganas de arrancar en el área que me fue asignada y seguir aprendiendo.

8.1.3 ÁREA DE INTERNACIÓN – SERVICIO DOS “MUJERES Y HOMBRES CON PSICOPATOLOGÍAS AGUDAS”

El día miércoles 29 de Julio del 2021, me comunicaron que había sido asignada al área de internación, específicamente en el pabellón dos, donde se encuentran pacientes mujeres y hombres con psicopatologías agudas. La profesional que está a cargo de esa área me comenta

que la idea es trabajar juntas con aquellos pacientes, vía online por el momento, hasta que se sepa otra novedad sobre la presencialidad.

En principio, los pacientes que ingresan al sanatorio pasan por el área de aislamiento infectológico por protocolo covid. Una vez cumplido el plazo, los profesionales psicólogos realizan una valoración diagnóstica de la persona, donde se indaga sobre el motivo de ingreso, causas del malestar, se indaga sobre su estado anímico, antecedentes, familia o referentes, grado de conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. A partir de allí se establece un diagnóstico, y en relación a este se plantean los objetivos. Es importante resaltar que siempre se brinda el consentimiento informado antes de comenzar el tratamiento. Una vez comenzado el tratamiento, los profesionales realizan un seguimiento sobre el estado de los pacientes mediante las entrevistas o sesiones. Luego de cada sesión, se llama a los familiares para informarles sobre la evolución del paciente.

Las intervenciones que se llevan a cabo especialmente en el internado son muy objetivas y puntuales, debido a que la situación es muy acotada en relación al tiempo. Como los pacientes están internados, las sesiones de terapia se realizan día de por medio, a veces pueden ser cortas y otras veces más extensas, siempre va a depender del estado del paciente. Si su estado es crítico o grave se lo visita todos los días, de lo contrario la regla en general es día de por medio. Luego de entrevistar a un paciente se completa la historia clínica cada vez que se interviene.

Mi rol como practicante fue comenzar a acompañar a una psicóloga a hacer entrevistas diarias a los pacientes, lo que no sólo me brindó la posibilidad de conocer el rol del psicólogo en una institución, y específicamente en internación, sino también tener un mayor conocimiento sobre los casos y la forma de abordaje. Durante las entrevistas pude realizar preguntas sobre la historia de vida, motivo de ingreso, estado anímico, quiénes acompañaban el tratamiento, historia familiar, etc. Se trabajó específicamente con pacientes cuyo

diagnóstico era consumo problemático de sustancias. En una de las entrevistas se me asignó como tarea llevar a cabo la psicoeducación, ya que muchas veces los objetivos primarios son, que la persona tome conciencia de la enfermedad que tiene y de la situación en la que se encuentra. Mediante la psicoeducación, se promueve la conciencia de enfermedad hablándole, mostrándole videos, o resonancias de cómo quedan las personas con policonsumos.

En la mayoría de las entrevistas que se realizan a pacientes con consumo problemático de sustancias, comenzó a llamarme la atención, la conflictiva en el vínculo familiar como tema recurrente. Se puede observar la importancia que tiene el entorno de los pacientes. Muchos revelan diferentes situaciones de su historia familiar, tales como violencia, sobreprotección, indiferencia, etc. A partir de allí, fue surgiendo mi tema de interés “Factores familiares intervinientes en el consumo problemático de sustancias”.

8.1.4 PRESENCIALIDAD

Luego de un tiempo de realizar las prácticas virtuales, recibí la muy buena noticia de continuar la práctica de manera presencial, tres veces por semana de 15 a 19hs. El lunes 18 de octubre pude asistir por primera vez al Sanatorio de manera presencial. Por protocolo COVID-19 tanto profesionales como practicantes deben tomarse la temperatura y registrarse en una planilla. Ese primer día, cuando llegué, me encontré con la Licenciada en Psicología, quien amablemente me llevó a conocer los espacios del Sanatorio. Al ingresar por la puerta principal del Sanatorio lo primero que se encuentra es el área ambulatoria. Ésta área está conformada por los consultorios externos, es decir, pacientes externos que solicitan un turno con x profesional para posteriormente acceder a consulta.

Al final del área ambulatoria hay una puerta que conecta con el área de internación. Tal y como nos habían informado anteriormente, consta de seis pabellones. Ésta área se encuentra bajo llave, es decir, para ingresar se debe solicitar previo permiso. Este permiso rige tanto para practicantes, como para familiares que deseen visitar a los pacientes. Excepto los profesionales quienes cuentan con su propia llave.

Las visitas familiares se realizan los días miércoles y sábados. En caso de que algún familiar o referente desee ver al paciente fuera del horario de visita, esto podrá hacerse sólo en casos de urgencia, de lo contrario no está permitido. Esto se debe a que los pacientes que se encuentran allí, deben poder reorganizar su vida nuevamente, armar una rutina, y ésta incluye también las visitas familiares.

Los pacientes que se encuentran internados tienen ciertas pautas a seguir establecidas por la institución. Como se dijo anteriormente, el objetivo es que puedan rearmar una rutina. Por lo tanto, cuentan con horarios para desayunar, almorzar, dormir la siesta. También pueden llevar a cabo ciertas actividades, como salir a caminar, asistir a los talleres de yoga, educación física, etc. En caso de querer realizar algunas de estas actividades deben consultar previamente con los profesionales.

El “pabellón dos” es tal como había conocido por fotos en las capacitaciones virtuales. Es un servicio mixto VIP, en comparación con otros servicios, este cuenta con más instalaciones. Tiene un pasillo largo donde están las habitaciones, también están los consultorios. Cuenta con cocina, comedor, y una tele que comparten. El hecho de compartir algunos artefactos permite que los pacientes se conozcan, que puedan compartir una charla, acompañarse entre sí, como también respetar ciertas reglas de convivencia. Además cuenta con un living, donde se encuentra el box de enfermería, entonces los pacientes están bien supervisados. Esa zona está destinada para pacientes más críticos que necesitan mucha supervisión. Mientras que las otras habitaciones que están más alejadas del office, se destinan

a pacientes que están más estables, que tienen más días en la institución y no requieren de supervisión constante. Los pacientes pueden permanecer en sus habitaciones sólo en el horario de la siesta y de la noche.

Luego de recorrer el “pabellón dos”, pasamos a la sala de profesionales. El equipo de trabajo está compuesto por tres psiquiatras y tres psicólogas, y residentes en psiquiatría. Este año por algún motivo no hubo residencia en psicología. Los profesionales que se encuentran en el horario de la tarde, ingresan a las 15 hs. Cada paciente tiene asignado un psicólogo y psiquiatra que trabajan en equipo en todo el curso de la internación. Siempre antes de realizar las entrevistas con los pacientes, revisan la historia clínica que se encuentra en una plataforma virtual. Esta plataforma es muy útil, ya que es compartida con todo el equipo de trabajo y le permite a cada profesional tener conocimiento del estado actual de los pacientes internados y las intervenciones que se llevaron a cabo.

La presencialidad me permitió tener otra mirada de la práctica, poder conocer otros aspectos que en la virtualidad se pierden. Al estar allí, pude observar el trabajo interdisciplinario, ya que luego de las entrevistas con los pacientes, los profesionales dialogan sobre los casos, sobre el estado actual, diagnóstico, evolución, etc. Anteriormente en la virtualidad, esto se perdía, debido a que las videollamadas solo se realizaban en los momentos de entrevistas con los pacientes. Antes de comenzar cada entrevista, también pude presenciar cómo se les brinda el consentimiento informado a los pacientes. Se les aclara que se trata de una actividad supervisada realizada por estudiantes, que la participación por parte de los pacientes en la práctica es voluntaria y que pueden retirarse de la misma en el momento que deseen. Si los usuarios aceptan y están conformes con ello, se les da el consentimiento para que lo firmen. Una vez firmado el consentimiento podemos comenzar con la entrevista. Al finalizar las entrevistas, la licenciada se comunica con las familias para informarles sobre el

estado actual del paciente. El poder estar presente, me permitió tener conocimiento sobre el entorno de la persona interna.

Desde un comienzo, ya en la virtualidad, comencé a prestar más atención al relato de los pacientes, más allá de tener en cuenta las intervenciones de la profesional. En los relatos de diferentes personas con consumo problemático de sustancias, surgía como tema recurrente la conflictiva en el vínculo familiar. Teniendo en cuenta que el contexto familiar es fundamental para el tratamiento y recuperación de los pacientes, empecé a cuestionarme más sobre el papel de la familia. Comencé a preguntarme cuáles son las características familiares que pueden intervenir en el consumo problemático en aquellas personas, antes y durante la internación. Ya en la presencialidad, tuve la oportunidad de seguir observando pacientes con consumo problemático. A través del relato de estos, pude observar nuevamente que la mayoría declara situaciones de violencia, mala comunicación, sobreprotección, etc. en su núcleo familiar. A medida que avanzaban las entrevistas, también tuve la posibilidad de ver pacientes sin consumo problemático, lo que me permitió conocer aquellas similitudes y diferencias de ambos casos y el tratamiento. Las diferencias en cuanto al tratamiento en pacientes con consumo problemático se pueden observar ya desde el inicio de este. Al ingresar al sanatorio, primero deben pasar por un periodo de desintoxicación. Una vez que el paciente se encuentra estabilizado se puede comenzar con las entrevistas. Otra de las diferencias es en relación al abordaje terapéutico. En pacientes sin consumo problemático se aborda desde la contención, mientras que en pacientes con consumo, se interviene desde la confrontación. La contención se utiliza cuando el paciente se ha dado cuenta de su situación, cuando está angustiado, no hay manipulación, sino más bien un deseo genuino de mejorar. Para que los pacientes puedan darse cuenta de su situación, la profesional trabaja conciencia de enfermedad, conciencia de situación y la psicoeducación. Estos objetivos terapéuticos son el punto en común, ya que se llevan a cabo en todos los casos, en todas las patologías, ya sea

con o sin consumo problemático. Por otro lado, se observa una diferencia significativa entre los casos. En los internos sin consumo problemático, es menos visible o frecuente la conflictiva familiar. Mientras que en todos los pacientes que se pudo observar con consumo problemático de sustancias aparece un marcado vínculo familiar disfuncional.

Dado que el entorno de estos pacientes es una pieza fundamental para el tratamiento, se torna indispensable llevar a cabo la psicoeducación familiar. Por lo tanto, el rol del psicólogo tiende a dirigir intervenciones no solo hacia el paciente sino también a su contexto familiar. Tales intervenciones dentro del lapso de tiempo en internación, implican brindar pautas orientadoras a la familia sobre la problemática, sugerencias sobre estilo de vida que favorezca la salud del paciente, animar a que otros miembros de la familia acudan a terapia, moderar conflictos, preparar a la familia para el alta, entre otras.

8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS

En el presente apartado se recuperan aspectos significativos de la experiencia de práctica partiendo del eje de sistematización seleccionado. El paso por el proceso de prácticas profesionales supervisadas junto con el registro de la experiencia, permitió recabar información y reconstruir lo vivido. A partir de la información obtenida, se procura analizar, ordenar y sistematizar en categorías que se definen de acuerdo a los objetivos planteados referidos a los factores familiares intervinientes en el consumo problemático de sustancias en pacientes que se encuentran internados en una institución monovalente de la ciudad Córdoba. Mediante las entrevistas a profesionales y usuarios, revisión de material teórico y selección del mismo se propone realizar un análisis de datos e información recabada, dando lugar a una articulación teórico-práctica de la experiencia vivida a los fines de dilucidar los objetivos formulados. Para llevar a cabo una mayor profundización, se considera importante realizar una breve descripción de los casos seleccionados. Los nombres, edades, y otros detalles de los usuarios y profesionales han sido cambiados a efectos de salvaguardar la confidencialidad de las personas.

El primer caso que se ha presentado es el de “Antonia”, tiene 30 años de edad, comenta que nunca trabajó y actualmente tampoco. Está separada y vive con sus tres hijos menores. Ingresó al Sanatorio con orden de internación por consumo problemático de sustancias. La madre de Antonia relata que la paciente consume hace aproximadamente 8-10 años cocaína, desconoce qué cantidad y con qué frecuencia. Manifiesta que hace 30 días se fugó de su casa sin saber con qué persona y regresó ocho días después en un estado de desorientación, confusión y desalineada. Refiere que presenta conductas de ira e impulsividad. En relación a sus antecedentes médicos, presenta diagnóstico de Epilepsia desde los 16 años sin cumplir tratamiento. Realizó tratamiento psiquiátrico en el 2020 con

escasa adherencia. La paciente comenta que está mal con las drogas, *“Hace rato que me venían pidiendo que me deje ayudar, estoy contenta de estar acá porque no podía dejar. Me gusta la joda”* (Registro N°17, 17/08/21). Refiere consumo desde la adolescencia y actualmente ejerce policonsumo. Con respecto a sus vínculos, explica ciertas dificultades en la relación con sus padres quienes se encargan de sus hijos. Tiene poca o nula comunicación con su padre. Comenta que es hija única y adoptada, cuando preguntó sobre su origen *“mi mamá me tiró con un termo, se rompió en el suelo”* (Registro N°17, 17/08/21). Expresa que el principal problema es la relación con sus padres. El diagnóstico establecido de la paciente fue Trastorno por consumo de sustancias.

El segundo caso es el de “Juan Ignacio”, tiene 35 años, trabaja en una fábrica y vive sólo. Ingresó al Sanatorio de forma voluntaria al área de internación. No tiene internaciones previas. El paciente afirma que comenzó el consumo de cocaína en el 2017 en una fiesta que realizó en su casa: *“Vivía toda la semana pensando en la joda que iba a hacer el fin de semana y en jugar al fútbol”* (N° 18 Registro, 26/08/21). Refiere en la entrevista una relación conflictiva con sus padres y haber vivido agresión verbal de su parte en forma permanente *“Soy de los tres hijos el peor, el que se la manda. Cuando era chico y le decía a mi papá que me gustaba una chica me contestaba que ese saco me quedaba grande. Siempre me agredió verbalmente. Minó mi seguridad. No quiero odiarlo. Yo sé que esto de la droga es por mi inseguridad... cuando tomé por primera vez me sentí Superman, Messi y pensé guau, qué es esto, por qué no lo descubrí antes”* (N°18 Registro, 26/08/21). Menciona sentir tristeza y desesperanza desde la niñez y adolescencia. Asimismo, manifiesta ser impulsivo, reconoce promiscuidad sexual, realizar gastos excesivos, con exceso de energía y múltiples actividades en forma permanente aún antes de comenzar el consumo. Comenta que ha tenido dificultad con su última pareja a causa del consumo, además ha traído consecuencias negativas en otras áreas de su vida. Agrega que desde que comenzó el consumo ha ido aumentando la dosis y

frecuencia. Por no poder cesar el mismo por sus propios medios solicita internación. El diagnóstico establecido del paciente fue Trastorno por consumo de sustancias.

El tercer caso es el de “Jorge”, tiene 65 años de edad, está separado y vive solo. Se presenta a la institución acompañado por sus hijos e ingresa al área de internación por motivo de consumo problemático de sustancias. Anteriormente, estuvo internado en dos ocasiones, la primera en el 2019, y la segunda a principios del 2021. No ha continuado tratamientos ambulatorios posterior a las mismas. Los familiares manifiestan que el paciente se encuentra en estado crítico *“Consume alcohol desde los 27 años, de todo, vino, whisky, ahora ha llegado a tomar hasta alcohol etílico, hace menos de un año se separó de nuestra madre, tuvo que dejar de ir al negocio que tenían juntos, desde ahí consume más. Está depresivo, se encierra, estuvo 7 días encerrado sin comer, sin tomar agua, sin bañarse. Antes por lo menos iba a trabajar todos los días, tomado pero iba... Tiene otra mujer pero lo oculta. De chico fue un niño golpeado, mi abuelo siempre fue muy violento”* (Registro N° 26, 25/11/21). Con respecto a la relación con sus hijos comenta que es muy buena, antes vivían y trabajaban todos juntos, de a poco comenzaron a independizarse y se fueron yendo del hogar. *“Ahora llegar a casa todas las noches es un dolor profundo, lo único que hago es pegarme un baño, no como nada, pasó directamente a la cama, y no me quiero levantar más”* (Registro N° 26, 25/11/21). Comenta sobre su historia familiar, era castigado violentamente por su padre durante su infancia, *“Una vez estaba jugando al fútbol, se me fue la pelota y le pegué al auto, y de castigo me encerró en el baúl, me acuerdo de la desesperación que sentí”* (Registro N°27, 30/11/21). Menciona estar muy triste porque hace cuatro años le fue infiel a su ex esposa y siente mucha culpa por lo que le hizo. Al día de hoy se encuentra en una relación, pero refiere sentimientos de culpa y autorreproches referidos a su situación de pareja. Revela que a partir de ese momento entró una crisis de angustia y solo tiene ganas de llorar. El diagnóstico establecido fue Trastorno depresivo mayor y Trastorno por consumo de

sustancias.

En los siguientes apartados, se exponen las categorías y subcategorías que se desprenden de los objetivos planteados en este trabajo. En primer lugar, se intentarán explorar las experiencias de los pacientes con consumo problemático en relación con los factores familiares. Luego, se describen los factores familiares de riesgo que los profesionales consideran que promueven el consumo problemático en los pacientes. Finalmente, se indaga sobre aquellos factores familiares protectores que los profesionales identifican que impulsan el abandono del consumo problemático. Asimismo, se presentan las subcategorías que se desarrollarán: invalidación emocional (comunicación disfuncional, traumas, carencia de modelos para la resolución de problemas); ausencia de cohesión familiar, alegría y diversión, codependencia/sobreprotección.

8.2.1 FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS DESDE LAS EXPERIENCIAS DE LOS USUARIOS

En este apartado, se intentarán explorar aquellos factores familiares que podrían estar asociados al consumo problemático de sustancias y su mantenimiento a partir de las experiencias de los usuarios.

Para comenzar, se hace referencia a factores familiares como aquellos rasgos o características y modos de interactuar de sus miembros, que actúan como predisponentes en el consumo de sustancias. Se podría considerar que, ciertos patrones de comportamiento familiar podrían favorecer la adquisición de la enfermedad o el mantenimiento de ésta (Washton y

Boundy, 2009). Teniendo en cuenta lo mencionado, se realiza una exploración de la forma en que cada uno de ellos puede hacer a una persona más vulnerable a la adicción, por lo que, se han dividido en subcategorías que se definen de acuerdo a estos. Asimismo, se presentan las experiencias de los usuarios que se relacionan con aquellos, a fines de dilucidar las categorías propuestas.

Invalidación emocional

La invalidación emocional, es una de las características principales que suele presentarse en las familias de un miembro con consumo problemático. Desde los trabajos de Linehan la invalidación se entiende de la siguiente manera:

Cuando una persona expresa una emoción y las personas en su ambiente la juzgan por tener esta experiencia (por ejemplo: diciéndole que no debería estar sintiendo eso o que está exagerando); le dicen que su experiencia es incorrecta o la minimizan; castigan su conducta de hablar sobre su experiencia; ignoran su expresión sobre la experiencia, etc. (Van Dijk, 2012, p. 10)

Lo expuesto anteriormente, se ponía de manifiesto en los relatos de los pacientes como los mencionados a continuación: *“mis papás me adoptaron, y cuando pregunté sobre mi origen mi mamá me tiró con un termo, se rompió en el suelo”* (Registro N°17, 17/08/21); *“cuando era chico y le decía a mi papá que me gustaba una chica me contestaba que ese saco me quedaba grande”* (Registro N°18 , 26/08/21); *“le dije por favor viejo, te necesito más que nunca, que me apoyes, no la estoy pasando bien, y que quieres que haga me dice?”*

nada le dije, sos un necio, conmigo no contés más, y de nuevo se levantó para pegarme” (Registro N°20, 9/09/21); *“con mi ex esposa éramos muy buenos compañeros, pero éramos muy buenos compañeros siempre y cuando se hiciera lo ella quería. Yo no tenía ni voz ni voto. Yo no tenía poder de decisión”* (Registro N°27, 30/11/21); *“me trataba mal delante de los clientes, empleados, cosas así que te hacen muy mal”*(Registro N°26, 25/11/21).

La invalidación de las emociones puede darse de diversas maneras, a través de la comunicación disfuncional, eventos traumáticos como situaciones de violencia, e incluso puede desarrollar a futuro la dificultad para la resolución de problemas y estrategias de afrontamiento. A continuación se desarrolla en profundidad cada una de las subcategorías.

Comunicación disfuncional

Según Washton y Boundy (2009) uno de los rasgos distintivos en el sistema familiar se reconoce como *comunicación disfuncional*. La comunicación entre los miembros de la familia tiende a asumir formas contraproducentes. En reiteradas oportunidades las manifestaciones de los usuarios permitían inferir ciertas dificultades a la hora de comunicarse. Teniendo en cuenta el caso de Antonia, en una entrevista la usuaria comentaba: *“Después de una discusión, no nos hablábamos tres días y listo, no se habla más del tema, no se toca más el tema y punto. Cuando la profesional le pregunta qué es lo necesita de su padre, la usuaria responde: que me hable”* (Registro N°17, 19/08/21); *“Toda mi vida he ido a los psicólogos. Mis papás me decían que era por las drogas, por esto por aquello y no se dan cuenta que... ni siquiera son ellos, sino que somos los tres que tenemos que sentarnos y hablar”* (Registro

Nº17, 17/08/21).

Siguiendo su discurso, se puede identificar uno de los aspectos que conforman la comunicación disfuncional reconocida como *violencia sorda*, refiere a un patrón represivo en el cual no se tolera la sana confrontación, por lo que, las personas no dialogan sobre lo sucedido, no se expresan o lo hacen mediante, enojos, distanciamientos, etc (Washton y Boundy, 2009). En este sentido, entre los factores de tipo familiar, la falta de comunicación entre padres e hijos, son rasgos que contribuyen a crear un clima de riesgo, donde la sustancia puede convertirse fácilmente en una vía de escape (Washton y Boundy, 2009).

En relación al caso de Antonia, durante las entrevistas comentaba sentirse angustiada a causa de la falta de comunicación con su padre. Explicó nunca haber pasado necesidad, de lo contrario, siempre tuvo bienes materiales y dinero en exceso. Sin embargo, en cuanto a lo afectivo, como por ejemplo, diálogo o comprensión, la usuaria expresaba:

Nunca los tuve, no los tuve, entonces si no lo sentís no los tenes; Mi papá es una persona que.. que se yo... te va ayudar todo pero.. no le importa nada a él tampoco, o sea no es que le importa mucho a él las cosas, si soy su hija todo, pero mientras yo tenga plata y no me falte nada, yo salgo de acá y me puedo drogar, puedo hacer lo que quiera de mi vida. (Registro Nº17, 17/08/21)

A su vez, se destacó una situación en la que se podría inferir la aparición de un primer consumo “la ingesta de medicamentos” favorecidos por los aspectos mencionados. La usuaria relató que hasta los 16 años practicaba natación y competía. Si bien en un principio era una actividad que le producía satisfacción, con el paso del tiempo comenzó a cansarse y dejó. Como consecuencia, su padre dejó de hablarle por haber tomado tal decisión, expresó: *“Tengo muchas medallas, muchas, pero a los 16 empecé a ver que no me hacía feliz estar nadando, porque estaba cansada, y ahí es cuando me agarraron las convulsiones, la enfermedad de epilepsia, mi papá no me habló más por haber dejado natación”* (Registro

Nº17, 17/08/21). En dicha etapa de adolescencia, comenzó a ingerir neuryl, aumentando en el tiempo su cantidad y frecuencia: *“Llegué a tomar cuatro tiras, de dos miligramos”*(Registro Nº17, 19/08/21). En consecuencia, se podría inferir que aquel deseo de consumo se vio impulsado por el efecto que producían ciertas emociones como angustia profunda y estrés vividas en el vínculo familiar: cuando tomaba pastillas *“me sentía tan calma”*(Registro Nº17, 19/08/21). Tiempo después, inició el consumo de cocaína, por lo que, actualmente ejerce policonsumo.

La *intimidación* constituye otra de las formas contraproducentes de la comunicación disfuncional, alude a la familia de tipo explosivo, donde la comunicación suele ir acompañada de burlas, maledicencias, amenazas, agresiones, etc. Esto se hacía evidente en las manifestaciones de Antonia: *“Nos agarramos de los pelos con mi mamá, mi ex marido nos ha tenido que separar”* (Registro Nº 17, 17/08/21). En relación al vínculo con su ex pareja comentaba: *“La cocaína la empecé a consumir con Leandro, el padre de mis hijos. Él se droga mucho más que yo. Me golpeaba, los dos nos pegábamos pero él es más fuerte y yo quedé marcada. Cuando discutíamos nos íbamos a la mierda”* (Registro Nº17, 19/08/21).

De acuerdo a lo mencionado, Ellis y McNerny (1992) explican que las relaciones familiares insanas provocan estados de ánimo negativos que facilitan el mantenimiento del comportamiento adictivo, debido a la escasa tolerancia a la frustración y estrategia de afrontamiento. De este modo, los miembros presentan dificultades a la hora de expresar la ira de una manera apropiada. Como consecuencia, el consumo se torna como una vía de descarga para la agresión (Washton y Boundy, 2009).

Teniendo en cuenta el caso de Juan Ignacio, el segundo paciente con consumo problemático de sustancias, se hallaron expresiones referidas a la dificultad para comunicarse apropiadamente:

No sabíamos comunicarnos, mira te cuento, mi papá siempre fue de escribirnos cartas en vez de hablarnos personalmente, nos escribía cartas pidiéndonos... diciéndonos cosas lindas y después a cada uno paff! factura todo el tiempo. Un día, en vez de seguir leyendo la carta le digo, no tenes los huevos suficientes para decirnos en la cara, sabes cómo terminó eso no? Se levantó a pegarme, mi hermano se levantó y lo paró. Fue horrible, mi hermana, mi hermano y mi vieja, los tres teniéndolo para que no se me venga y yo encima le decía suéltelo que venga, que me pegue, si me pegaba se arruinaba la vida. (Registro N°20, 9/09/21)

Se puede identificar varios aspectos de la comunicación disfuncional anteriormente mencionados como *violencia sorda e intimidación*, dado que no se tolera la sana confrontación, por el contrario, se tiende a evitar la comunicación (Washton y Boundy, 2009). Si bien, el padre de Juan Ignacio se expresaba por medio de cartas, no daba lugar a que este pudiera responder o expresarse también, por ende, este patrón de comportamiento hacía que fuera imposible lograr una verdadera intimidad. De esta información, se puede afirmar que la comunicación es poco clara e indirecta, ya que hay malos entendidos, muchas veces se dicen comentarios con otras intenciones o simplemente la comunicación se distorsiona. Asimismo, los pacientes no sienten confianza con sus padres por lo que no comunican sus necesidades, sentimientos e ideas por miedo al qué dirán, pensarán y como actuarán, en este caso, el paciente manifestaba: *“Muchas veces me he callado la boca, aparte de tener vergüenza, y miedo, es para no sentirme que soy el pupo del mundo, para no sentir culpa”* (Registro N°20, 9/09/21).

La situación que exponía el paciente reflejaba ser el resultado de una comunicación cargada de intimidación, donde los miembros de la familia se sienten temerosos de expresarse ante la posibilidad de ser víctimas de una agresión psicológica (Washton y Boundy, 2009).

Por tanto, este patrón de comportamiento lleva a deducir al paciente que dentro de su familia no encuentra un espacio comunicativo. En este sentido, se podría hipotetizar que Juan Ignacio se encontraba muy lejos de poder contar lo que le estaba sucediendo, por lo que, seguía consumiendo sin poder recibir ningún tipo de apoyo.

Sin embargo, cuando una persona toma la decisión de querer cambiar y abandonar la sustancia resulta imprescindible el apoyo de los miembros de la familia para poder llevar a cabo tal cambio. Uno de los principios fundamentales destinado a proteger y recuperar al individuo del consumo de sustancias, se basa en el desarrollo y actuación de las familias (Zapata Vanegas, 2009):

La familia debe convertirse en soporte importante para la atención del problema del consumo y adicción a las drogas, integrándose de manera decidida desde el inicio del tratamiento y participando de manera activa en las diferentes intervenciones terapéuticas que se realicen. (p.89)

De lo mencionado es importante destacar, que el proceso de internación fue un antes y un después tanto para Juan Ignacio como para su familia. Los miembros tuvieron cambios significativos que fueron favorables para la mejoría del paciente. Algunas expresiones que daban cuenta de esto, fueron:

Estando acá me estoy reconciliando con mi papá. Siento que por algo pasan las cosas, mi viejo estuvo internado en un psiquiátrico por depresión y yo no lo acompañé y él está al pie del cañón conmigo ahora, y no me lo saco de la cabeza. (Registro N°19, 31/08/21)

Al principio me castigué mucho, y estar acá me está ayudando a sanar eso de una manera que no lo puedo creer, la primera persona que quiero abrazar cuando salga de acá es a mi papá, y ni yo lo puedo creer. (Registro N° 19, 1/09/21)

Yo creo que esto más que enseñarme a mí, nos está enseñando como familia a unirnos, mi familia fue siempre muy.. desordenada..y.. sentía que puedo ser un granito que suma a eso, en que por algo y para algo vine acá, nada, me remueve mucho. (Registro N° 19, 3/09/21)

Mi familia misma reconoce que ellos mismos han estado mal. Ayer me terminé emocionando porque mi papá me lo dijo, que él se había equivocado en un montón de cosas, y es fuerte no me lo esperaba (Registro N°20, 9/09/21)

Con el paso del tiempo y el avance del tratamiento la relación familiar se vio beneficiada, en especial con su padre, quien comprendió que su hijo necesitaba de él, lo que llevó a generar cambios en su actitud. De haber sucedido lo contrario, una ruptura en la relación podría llegar a convertirse en un factor de riesgo para el tratamiento y la evolución del paciente.

En cuanto al caso de Jorge, paciente con consumo problemático de sustancias, a diferencia de los casos anteriores, tuvo dos internaciones previas, siendo esta la tercera. Al indagar sobre qué pudo haber detonado esta vez el consumo, el paciente manifiesta que fue la separación (Registro N° 26, 25/11/21). Cabe aclarar, que no solo se debe a la separación de su ex esposa, sino también al vínculo que mantienen debido a que continúan trabajando juntos. En el relato se pudo observar inconvenientes en la relación incluso mucho tiempo antes de la separación, donde predomina hasta el día de hoy una comunicación inadecuada. Algunos de los fragmentos que se identificaron para dar cuenta de esto fueron:

Si bien yo me separé de mi mujer, trabajamos juntos. Yo no soy de andar discutiendo, no me gusta discutir, entonces me callo mucho la boca, me la aguanto, no digo nada, me guardo la angustia. Pero últimamente me estaba haciendo la vida bastante difícil, me trataba mal delante de los clientes, empleados, cosas así que te hacen muy mal; Es

una persona que tiene un carácter demasiado fuerte, dominante, lo que ella dice se hace. (Registro N° 26, 25/11/21)

En este sentido, un clima familiar conflictivo, donde hay comunicación inadecuada, peleas conyugales, a diario, va a implicar una mayor frecuencia de conductas de riesgo como el abuso de sustancias (Velásquez Carranza, Vaiz , Pedrão, 2009). En el caso de Jorge, pese a que ya no permanecen juntos, la comunicación disfuncional sigue estando presente en el ámbito laboral, generando ciertas emociones como angustia profunda expresada por el usuario: *“lo único que tengo ganas es de llorar y llorar, no se termina la angustia”*. Asumiendo que el consumo se había convertido en una vía para calmar dicha angustia (Registro N° 26, 25/11/21).

Por lo general, en familias con miembros con consumo problemático, la historia familiar suele caracterizarse por la carencia afectiva, conflictos conyugales frecuentes, presencia de violencia verbal o física entre los miembros, llegando a ser variables que intervienen en el inicio o mantenimiento de la problemática (Velásquez Carranza et. al, 2009).

En relación con la idea previamente mencionada, Jorge, reconoce que su padre, quien ha fallecido hace varios años, ejercía violencia verbal y física hacia él y hacia su madre. Durante una entrevista su hijo expresaba: *“El motivo por el que no sana es su niñez. De chico fue un niño golpeado, mi abuelo siempre fue muy violento”* (Registro N°27, 30/11/21). Aunque el tiempo pasó, y el padre de Jorge ya no se encuentra presente, los hechos lo han dejado marcado. Siguiendo la idea de los autores, se podría hipotetizar, que la comunicación insana da como resultado el conjunto de estados emocionales negativos, conduciendo así a la búsqueda de alivio mediante alteradores del estado de ánimo como es el consumo (Washton y Boundy, 2009).

Traumas

Otro de los rasgos evidenciados conforme al riesgo que puede ejercer el contexto familiar sobre las conductas de consumo es el *trauma*. Este es definido como una experiencia negativa que tiene un efecto psicológico profundo y duradero (Washton y Boundy, 2009). A nivel neurológico, frente a una amenaza o situación demandante se activa el sistema de estrés mediado por el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA). Las glándulas pituitarias y adrenales liberan las hormonas del estrés conocidas como adrenalina y cortisol. Estas hormonas le brindan al organismo un extra de energía para afrontar una situación o responder eficazmente al peligro. Sin embargo, cuando los eventos traumáticos son persistentes y la amenaza parece nunca terminar, da como resultado un estrés crónico, es decir, una hiperactivación del HPA, generando un exceso de las hormonas del estrés. Como consecuencia, las personas pueden experimentar ansiedad, depresión, hipervigilancia, estado de alerta, dificultad para regular sus emociones, entre otras cosas (Cervera, López, Alcántara, Castro, Fernández, Martínez, 2020).

En este sentido, aquellos sujetos con antecedentes traumáticos pueden ser más vulnerables a la adicción como un medio para aquietar los pensamientos intrusivos y suprimir la hiperactivación causada por las hormonas del estrés aunque sea temporalmente (Washton y Boundy, 2009). Algunas de las experiencias traumáticas más comunes son: la violencia física, abuso emocional y sexual, ser testigo de la violencia ejercida contra otro miembro de la familia, historial de consumo de algún miembro, convivencia con un miembro de la familia con una enfermedad mental, fallecimiento de un ser querido (Washton y Boundy, 2009).

En el caso de Antonia, se observaron situaciones de violencia física, abuso emocional y sexual por parte de su ex pareja que incidieron directamente en el consumo. Esto se hacía evidente en las expresiones de la paciente, cuando relataba lo siguiente:

Él me obligó a tomar droga por primera vez, me obligó a tomar cocaína. Leandro tiene siete causas conmigo. Seis denuncias por el tema de violencia, por violación, me cortó con un cuchillo, con un vidrio, me quemó las piernas con un endendedor. Después de que yo me separé, mi hija de cinco años se acordaba de que su papá me había ahorcado, y que el padre.. disculpame que te diga esta palabra pero me dice, mamá el papá a mi me tocó la chochina, y la chochina es una palabra donde nosotros con mi mamá, le enseñamos a ella que no tiene que dejar tocar por nadie. (Registro N°17, 19/08/21)

Tiempo después de haber sido víctima de abuso sexual, Antonia establece una orden de restricción hacia su ex pareja, y lleva a cabo una séptima causa contra él, por abuso sexual a su hija. La orden de restricción tiene una fecha de caducidad, por lo que la paciente se vio en la situación de tener que abandonar el tratamiento para poder renovar tal restricción y que su ex pareja no pueda volver a acercarse ni a ella ni a su hija. Este tipo de situación es considerada por Washton y Boundy (2009) como un factor de riesgo frente al consumo problemático, dado que la violencia física y abuso sexual es, sin dudas, un fuerte trauma que podría intervenir en el desarrollo o mantenimiento de un consumo problemático. A su vez, uno de los traumas más comunes es el historial de consumo problemático por parte de algún miembro de la familia. Los miembros que abusan de sustancias son tolerantes al consumo de los demás o incluso involucran a estos en su propia conducta de consumo, como es el caso de la ex pareja de Antonia quien la obligaba a consumir cocaína (Barrios Hernández y Verdecia Machado, 2016).

La patología de un miembro de la familia o fallecimiento de un ser querido es otro trauma frecuente, principalmente si la persona no recibe la información necesaria sobre el tema o no se le brinda apoyo emocional (Washton y Boundy, 2009). Este punto se pudo evidenciar en el caso de Juan Ignacio, en su relato expresa que le fue difícil su crianza ya que uno de sus padres tiene trastorno del estado de ánimo: *“mi papá es bipolar y todavía no entiendo esa enfermedad ni sé si la voy a entender; trato de aprender cada día de la enfermedad pero las marcas quedan, las cicatrices quedan”* (Registro N°18, 26/08/21); *“vivir con una persona bipolar no es nada fácil. Tienes que adaptarte muchas veces, muchas veces nos hemos adaptado nosotros, a mi viejo lo internaron una vez, ya cuando éramos más grandes con mi hermano”*(Registro N° 19, 3/09/21); *“antes era mi viejo por un lado, nosotros por otro”; “me llevaba muy mal, mi viejo era un tipo que siempre tenía la razón, siempre tiene problemas con alguien. En la adolescencia fue muy difícil”* (Registro N°20, 9/09/21).

De acuerdo a lo descrito, se puede observar la ausencia de respaldo emocional e información en el paciente acerca de la enfermedad de su padre. De este modo, se podría reafirmar lo anteriormente mencionado por los autores, en cuanto que, la existencia de una enfermedad en la familia incide negativamente en el estado emocional de sus miembros. Puede traer como consecuencia la aparición o el aumento de estados depresivos, de ansiedad, sensación de malestar, sentimientos de indefensión, entre otros. Se podría inferir que todo esto facilita el mantenimiento del consumo de sustancias (Gómez, Gala, Lupiani y Guillén, 2000). A su vez, con respecto a la violencia psicológica, al igual que el caso de Antonia se pueden destacar experiencias negativas vividas por el paciente en relación al vínculo con su padre: *“Siempre me agredió verbalmente. Minó mi seguridad. No quiero odiarlo”* (Registro N° 18, 26/08/21).

En cuanto al caso de Jorge, quien ingresó al sanatorio acompañado de sus hijos, llamó la atención cuando uno de ellos expresaba: *“El motivo por el que no sana mi papá es por su niñez. De chico fue un niño golpeado, mi abuelo siempre fue muy violento”* (Registro N°27, 30/11/21). Los eventos traumáticos se revelaban en las expresiones del paciente como las mencionadas a continuación:

Menciona sobre su historia familiar, que era castigado violentamente por su padre durante su infancia. Refiere: me castigaba, me pegaba mucho. Una vez estaba jugando al fútbol, y sin querer le pegué un pelotazo al auto, y me castigó, me encerró en el baúl del auto. Me acuerdo de la desesperación que sentí (llora y se angustia al contarlo). Eso de encerrarme en el baúl me quedó muy grabado. Lo único que pensaba es que quería salir de ahí, estaba aterrorizado. Relata otra situación: tenía una fusta, y por cualquier cosa me daba con la fusta. Lo perdoné porque quizás lo hacía por ignorancia, porque viene de un padre que era igual. (Registro N°27, 30/11/21)

Asimismo el paciente manifestaba que si bien tiene hermanas, el castigo era sólo hacia él. En relación al relato, por más que fueran formas de crianza de algunas épocas, la profesional le hizo ver que sufrió violencia, dado que fue como exceso o descarga y no como corrección de un daño (Registro N°27, 30/11/21). Además, fue testigo de la violencia que su padre ejercía también contra su madre.

Como se describió anteriormente, las personas que han experimentado traumas en su hogar, suelen desarrollar los mismos síntomas de estrés postraumático, tales como: depresión, pesadillas, adormecimiento de las emociones, tendencia a la pasividad y agresividad descontrolada (Washton y Boundy, 2009). En el caso de Jorge, se pudo detectar angustia persistente, sentimientos de culpa, autorreproches, fatiga, anhedonia, entre otras:

Estoy muy decaído. No tengo energía. No tengo ganas de caminar, no tengo ganas de hablar, de nada. Me preocupa la última internación, tenía otro ánimo, tenía ganas de caminar, de hablar, y en esta no. Siempre he sido una persona muy activa, de mucha energía, pero esta vuelta me preocupo porque estoy jodido. Reconoce ser autoexigente consigo mismo. Se observa una visión muy pobre de sí mismo, no se valora. (Registro N°27, 2/12/21)

Del discurso de Jorge se podría inferir la posible relación de estos síntomas causados por los eventos traumáticos con el consumo de alcohol para calmar tal angustia: *“Comencé a consumir de a poco y fui aumentando la dosis, cada vez era más. Cuando llegaba del trabajo tomaba alcohol para relajarme”* (Registro N°27, 2/12/21). Lo mencionado por el usuario se relaciona con aquello que se conoce como la búsqueda de la calma y la búsqueda de activación ante un historial de trauma (Levin, Bar-Or, Forer, Vaserman, Kor, Lev-Ran, 2021). La búsqueda de calma frente a un evento traumático, implica la búsqueda de alivio de la hiperactividad causada por un estrés desregulado. En estos casos las personas suelen recurrir a sustancias neurodepresoras como el alcohol, cannabis, benzodiazepinas, entre otras, debido a que producen efectos calmantes, generando así un estado de entumecimiento y aparente calma, aunque sea de manera temporal, como se observa en el caso de Jorge (Levin et al., 2021).

En cuanto a la búsqueda de activación, las personas tienen una reacción distinta, en lugar de una hiperactivación, suelen experimentar una desconexión de las emociones. Este adormecimiento emocional, genera el deseo de sentir un incremento de energía. Por tal motivo, las sustancias con efectos estimulantes, como la cocaína, nicotina, y anfetaminas permiten sacar a las personas de estados de entumecimiento y experimentar diversas sensaciones (Levin et. al, 2021). En este sentido, el incremento de energía y la experiencia de ciertas sensaciones se vieron reflejadas en el caso de Juan Ignacio, siendo una antes y un

después del consumo: *“Yo sé que esto de la droga es por mi inseguridad...cuando tomé por primera vez me sentí Superman, Messi y pensé guau, qué es esto, por qué no lo descubrí antes”*(Registro N°18, 26/08/21). De este modo, se podría pensar lo planteado por Washton y Boundy (2009), en cuanto que, las sustancias y actividades adictivas suelen utilizarse como estrategias disfuncionales para poder tratar la inseguridad, vergüenza, sensación de impotencia o la ira que le provoca el trauma.

Carencia de modelos para la resolución de problemas

Uno de los estragos que genera la invalidación emocional es la dificultad para la resolución de problemas y afrontamiento. Como se mencionó anteriormente, esta característica refiere a la ausencia de herramientas y estrategias de afrontamiento que una persona no ha recibido para afrontar diversas situaciones (Washton y Boundy, 2009). De este modo, las personas terminan por sentirse incapaces de afrontar los retos de la vida, ya que no se les ha enseñado a resolver conflictos, como por ejemplo, en el caso Antonia, se pudo detectar en reiteradas ocasiones como los conflictos se abordan desde la violencia física y verbal: *“Nos agarramos de los pelos con mi mamá, mi ex marido nos ha tenido que separar”* ; *“Si, Me da un enojo rompo una ventana, rompo esto y listo”* (Registro N°17, 17/08/21); Por otro lado, se observa la dificultad para poner fin a vínculos inadecuados, debido al modelo de relación que la usuaria ha adquirido: *“yo sé que mis papas no se aman, pero siguen juntos por mi, entonces yo decía tengo que seguir con él. Haciendo referencia a la relación que tenía*

con su pareja quien abusaba de la usuaria física y emocionalmente”; (Registro N°17, 19/08/21).

A su vez, la carencia de modelos puede darse no solo por el abandono concreto de alguno de los padres, sino también por el abandono afectivo, el cual se vio evidenciado en las situaciones que exponían los pacientes. En el caso de Antonia comentaba: *“mi depresión llegó recién cuando ellos no estuvieron como papás, que no estuvieron porque se fueron de viaje, a su vez refiere consumo por el vínculo que tiene con ellos”; “acá hay un problema que ya ves, ya me mandaron y me internaron, estoy acá hace días, en vez de resolverlo ellos como papás, esto como te digo no viene de ayer ni antes de ayer, esto viene desde hace mucho tiempo”*(Registro N°17, 17/08/21). En el caso de Juan Ignacio expresaba: *“Vivimos bastantes cosas que me marcaron de chico, sin la referencia o un modelo a seguir paterno si se quiere decir, con carencia afectiva”* (N°18 Registro, 26/08/21); *“Mi ejemplo a seguir es mi padrino, porque mi padrino dice las cosas pero las hace, mi viejo te pasa factura pero él no hace las cosas”* (Registro N°20, 9/09/21).

La capacidad de afrontar una situación no solo implica la resolución del problema, sino también la capacidad de gestionar las emociones y el estrés que provienen de tal situación, como por ejemplo, cuando Juan Ignacio manifestaba no tener herramientas para lidiar con ciertas emociones y el deseo de consumo: *“Necesito herramientas para cuando estoy con ganas de consumir, y para expresarme, para decir che ma estoy ansioso, me siento mal”* (Registro N°19, 3/09/21). A su vez se encontró una analogía en el caso de Jorge, puesto que el deseo de consumo cobró más fuerza luego de la separación y la dificultad para afrontar tal situación: *“Uno no está preparado para afrontar estas cosas, incluso hace cinco años hice una casa muy grande para que estuviéramos todos en casa. Fue un proyecto que no fue viable, eso duele mucho, imaginé la casa llena de nietos. Refiere incremento de consumo luego de la separación”* (Registro N° 26, 25/11/21).

Teniendo en cuenta las palabras de Washton y Boundy (2009) la dificultad para la resolución de problemas y el afrontamiento de ciertas situaciones permite comprender cómo el uso de sustancias puede convertirse en una forma habitual de afrontamiento. La utilización del alterador del estado de ánimo se constituye como una vía de escape para evitar la necesidad de resolver o afrontar situaciones que lejos de generar una verdadera solución incrementa el problema.

Ausencia de alegría y cohesión familiar

Entre otros rasgos a considerar, también se identifica la ausencia de alegría y diversión en el sistema adictivo. En muchos casos, el sistema familiar presenta versiones forzadas de la diversión, es decir, la recreación suele girar alrededor de los intereses de los adultos y no de los hijos, experimentando así una sensación de angustia y soledad en estos (Washton y Boundy, 2009). Recordando el caso de Antonia, acostumbraba a practicar natación y a viajar con su padre a los lugares donde iba a competir, ese era uno de los momentos que compartía como familia en la etapa de su adolescencia. Sin embargo, al parecer, el vínculo cambia de manera radical cuando la usuaria toma la decisión de no continuar compitiendo. La paciente manifestaba que ante tal decisión su padre mantuvo una postura rígida y comenzó a distanciarse: *“me acompañaba, yo hacía natación; empecé a ver que no me hacía feliz estar nadando, porque estaba cansada, y ahí es cuando me agarraron las convulsiones, la enfermedad de epilepsia, y él no me habló más”* (Registro N°17, 17/08/21). Cabe recordar, que la paciente es hija única, y su familia está constituida sólo por sus padres adoptivos y sus

tres hijos pequeños con edades entre los 2 y 6 años. Durante el tratamiento, se pudo detectar la ausencia del padre y dificultades en el vínculo con su madre. Se considera que Antonia cuenta con relaciones de apoyo escasas o inexistentes, lo que se podría inferir que llevó a agravar la psicopatología y dificultar los procesos del tratamiento, lo cual se reflejaba en expresiones como las recuperadas a continuación:

El vínculo con mi papá es raro. Lo extraño mucho, él ha cambiado mucho y han cambiado muchas cosas (se angustia y llora al contarlo); cada vez compartimos menos, cada vez estoy menos. No fuimos una familia donde yo vi que se necesitaba algo, o de plata, en ese sentido no hubo necesidad. La necesidad no se supo hasta hoy en día que yo soy grande y si tengo necesidades, yo las tengo, ellos no las tienen, pero la que está acá soy yo, no son ellos. (Registro N°17, 17/08/21)

Respecto al caso de Juan Ignacio, se pudo detectar que las recreaciones familiares por lo general acababan en discordia, conflictos, en especial con su padre. En este sentido, los autores Robin y Foster (1989) plantean que la falta de unión familiar puede contribuir al mantenimiento del problema de la adicción. La cohesión familiar refiere al grado de unión emocional que hay entre los miembros de la familia. En lo referente a los trastornos adictivos, aunque los hijos convivan con su familia de origen, por lo general, el nivel de cohesión y autonomía es muy bajo (como se citó en López, Arroyo, Godoy, 2003). Un ejemplo de esto último es lo que se pudo observar cuando el paciente manifestaba en relación al vínculo con su padre: *“Sé que cuando mi papá, que es viajante, se iba de viaje, para mí eran vacaciones”* (Registro N°18, 26/08/21); *“Antes era, mi viejo por un lado, nosotros por otro”*; *“el paciente expresa haber sentido carencia afectiva por parte de su padre, no así con otros miembros de su familia”* (Registro N° 20,9/09/21).

La situación que exponía el paciente permitió suponer que la falta de unión emocional vivida durante años en el vínculo con su padre pudo ser parte de los factores de mantenimiento del consumo problemático. Sin embargo, cabe recalcar que uno de los motivos que incitó a Juan Ingacio al deseo de terminar con el consumo e iniciar tratamiento fue el apoyo recibido por parte de su hermano, lo cual se vio reflejado en los comentarios del paciente:

Yo con mi hermano tenía una relación que cuando eramos chicos éramos así de unidos, después en la adolescencia nos fuimos separando en la vida, y ahora se está volviendo a armar. Mi hermano es la persona más fría del mundo, pero.. un día fui, yo estaba así en la cama tirado y me abrazó y me dijo te amo, me abrazó, no me soltaba, me llamó la atención, me abrazaba y no me soltaba y me dio un empujón muy grande para venir acá, y.. mis amigos me dicen que tiene puesta la camiseta a más no poder, y me emociona, me mueve un montón. (Registro N°18, 26/08/21)

En relación a lo descripto, los autores Booth, Russell, Soucek, Laughlin (1992) mencionan que el apoyo familiar que recibe una persona que está atravesando un problema de adicción, puede aumentar su autoestima, dándole valor para solucionar su problema e incluso alargar el tiempo de readmisión (como se citó en López, Arroyo, Godoy, 2003).

Teniendo en cuenta la historia de Jorge, recordamos que es un hombre que ha sufrido violencia física por parte de su padre, lo que daba cuenta no solo la ausencia de alegría en el hogar, sino también los castigos recibidos durante espacios de recreación. Por tal motivo, acarrea una autoestima muy baja, sentimientos de culpa, poca valía, entre otras. Actualmente, se pudo detectar la ausencia de espacios libres y actividades placenteras, de lo contrario, se observa un exceso de trabajo que finaliza con consumo de alcohol para relajarse, lo cual se ponía de manifiesto en las expresiones del paciente: *“Mi vida es el trabajo. Siento cierta*

culpa de estar acá y no estar trabajando”; “Siempre fue el trabajo más importante, antes que yo”; “El trabajo me domina, es el que manda”; “No tengo amigos, no tengo hobbies”; “Yo lo único que hacía, era trabajar, no me dedicaba tiempo para mí. Entonces un día dije, me voy a dar un gusto y voy a tomar algo de alcohol. Tomaba vino para relajarme. Alcohol etílico empecé a tomar hace un año” (Registro N°27, 2/12/21).

En consecuencia, se pudo inferir que lo que expresaba el paciente en diversas entrevistas refleja un patrón de conducta en el cual se pone en relevancia los castigos y sentimientos de culpa. Este patrón de comportamiento, se inicia en la infancia a través de los castigos por parte de su padre, luego por su ex pareja, y actualmente por su trabajo, ya que domina su vida a pesar del grave estado de salud en el que se encuentra. Se podría hipotetizar que la única forma de recreación a la que acude Jorge para aliviar el estrés es a través del consumo.

Codependencia y sobreprotección

La *codependencia*, refiere aquellas familias que desarrollan patrones de conducta que de alguna manera mantienen el consumo en el tiempo. Los miembros de la familia suelen sobreproteger, negar o esconder la adicción, prolongando y empeorando la problemática. Una excesiva *sobreprotección*, implica asumir todas las tareas y responsabilidades del familiar con consumo problemático, o que tenga las menos posibles. En otras palabras, conlleva “salvar” al familiar de los problemas que genera su adicción, conduciendo a que la persona actúe convencida de que las cosas están funcionando (Balaguer et al., 2017). En el material

recuperado se pudo observar una marcada tendencia de estos dos patrones en el caso de Antonia y Juan Ignacio. De alguna manera las familias de los pacientes sostienen el consumo aunque sea inadvertidamente, lo cual se pudo inferir a partir de las situaciones relatadas por Antonia:

Mis padres sabían que salía de joda, pero antes les dejaba a los chicos y volvía el lunes. Ellos me dieron todo y no quieren que haga nada. Tengo una chica que me limpia el departamento. Me compraron un departamento en el centro y salía de joda y volvía a la semana a mi departamento. (Registro N°17, 19/08/21)

Relata una situación en la que fue presa por infracción de tránsito. Llamó a su papá, quien fue a sacarla de la comisaría. Confiesa que no tiene comunicación pero cuando lo necesita en este tipo de situaciones sus padres la socorren. A su vez, refiere dificultades con su autonomía y manifiesta que nunca estuvo “sin alguien”. (Registro N°17, 17/08/21)

Mis papás me compraron una casa a la vuelta de donde viven ellos. Ya la tenían de hace muchos años para el día que pase esto...de que yo sea mamá y me tengan a la vuelta y mi mamá me esté controlando y viendo. La paciente continúa hablando de la sobreprotección que siente por parte su madre, y cómo esto repercute en ella. Yo con ella no puedo ser mamá, ella interviene todo el tiempo en la educación de mis hijos. (Registro N°17, 17/08/21)

Nunca pero nunca de verdad a mí me faltó nada, a mí siempre me ponían promesas como hacen con los chicos, de ir a Disney, Miami, plata, casa, auto, y era muy chica, y si sos muy chica no te das cuenta y te hace una cabeza de que no existe porque ese mundo no existe. (Registro N°17, 17/08/21)

Cuando la senaf me quitó a mis hijos estuve muy mal, porque es lo único que hice por mí misma. Yo veo que mi mamá está criando mal a mis hijos porque les da todo y no les enseña a que las cosas se las tiene que ganar uno y eso es lo que le da orgullo a uno. A mí me criaron mal porque me dieron un departamento, una casa, otra casa. (Registro N°17, 19/08/21)

En concordancia con esto, es importante comprender la diferencia entre la respuesta normal y la respuesta disfuncional ante la patología de un miembro de la familia. En la respuesta normal, la familia tiende a preocuparse por el consumidor de manera auténtica y tratan de brindarle ayuda. En la codependencia se genera una respuesta disfuncional, donde la ayuda comienza a tener efectos contraproducentes (Washton y Boundy, 2009). En el caso de Antonia, se puede observar como la familia no sólo asume las responsabilidades de la paciente sino también le brinda los medios económicos de los cuales dispone para el consumo.

Como consecuencia de la codependencia y sobreprotección, se pudo identificar la ausencia de normas y límites claros frecuentes en el discurso de la usuaria: *“si me da un enojo rompo una ventana, rompo esto y listo”*; *“siempre fui así, desde chiquita”*; *“siempre hice lo que quise”*; *“hasta el tema de la droga y que yo viva de joda como te das cuenta es algo que ellos interiormente lo aceptan, y que me haya gustado la joda al punto de que me haya gustado así todo y punto”* (Registro N°17, 17/08/21). Siguiendo los aportes de los autores, poner límites en las relaciones personales ayuda a marcar lo que es aceptable de lo que no lo es en una relación. Generalmente, la falta de límites de los familiares hacia la persona con consumo problemático fomenta y reproduce aún más los patrones de adicción. Entonces, cuando las prácticas y actitudes parentales no van acompañadas de un afecto y un control adecuado, podrían desarrollarse ciertos rasgos de personalidad de alto riesgo que

hacen más vulnerable a la persona frente al consumo problemático (Hernández, Gómez, Martín, González, 2008, Washton y Boundy, 2009). Algunos de los rasgos que se destacan en Antonia son: impulsividad, baja tolerancia a la frustración, adormecimiento emocional, y necesidad de gratificación inmediata.

A su vez, los familiares codependientes suelen llevar a cabo comportamientos de tipo “boicot” de manera explícita o implícita mediante conductas tales como la descalificación de los terapeutas o del centro de rehabilitación. Algunas de las frases que se han reconocido son: “no sirve”, estás perdiendo el tiempo”; “para qué perder el tiempo si puedes volver a recaer”; “mostrar desesperanza frente al tratamiento y hacérselo saber al paciente”; “crear una necesidad real o simulada para que la persona regrese del tratamiento”, etc. (Bradshaw, 1990, como se citó en Guevara, 2002). Esto pudo verse reflejado en el historial de Antonia, a pesar de que consume desde la adolescencia, nunca la llevaron a ningún centro, nunca realizó tratamiento. Su ingreso a la institución se dio por motivo de urgencia, ya que había entrado en un estado de intoxicación y pérdida de conciencia.

Siguiendo el caso de Juan Ignacio, la sobreprotección se hacía visible a través de la ausencia de normas y límites claros en las expresiones del paciente: *“Yo para mi siempre fui un mimado, no es que era un caprichoso quiero esto quiero lo otro y si no me lo dan me enojo y pataleo, pero si la comida en la mesa, la pieza limpia, la ropa limpia”* (Registro N° 20, 9/09/21). Un punto en común ya mencionado anteriormente, es la ausencia de responsabilidades en estos pacientes, dado que otros las asumen por ellos, esto se hacía evidente en las manifestaciones de Juan Ignacio:

Cuando conseguí el laburo, apenas si lo conseguí por cuenta propia, siempre estuvo metido mi papá en el medio, de conseguirme algún trabajo, o de tener un contacto, y te ayuda hasta cierto punto, las cosas hay que hacerlas sólo por su cuenta. (Registro

N°20, 9/09/21)

Otro me hacía las cosas, y cuando me fui a vivir solo, me las seguía haciendo otro porque llevaba la ropa al laverap, le pagaba a una chica para que me limpiara la pieza, me limpiara el departamento, y acá aprendí a ser yo, acá me lavo la ropa yo. (Registro N°20, 9/09/21)

De este modo, se puede reafirmar lo mencionado, en cuanto que, en los procesos adictivos los familiares suelen paternalizar a la persona con adicción, sin poner límites, tomando decisiones por ellos e incluso impedir que tomen un rol activo con respecto a su vida. Por lo cual, se podría hipotetizar que la sobreprotección tanto en Juan Ignacio como Antonia mantuvo de alguna manera el consumo, ya que al estar librados de responsabilidades, creaba la idea de no tener consecuencias negativas en ellos, lo cual se evidenciaba en las palabras de Juan Ignacio: *“Yo era como el lobo de wall street pero sin plata. Salía de joda, consumía, gastaba, pedía préstamos, pedía plata, hasta que un día toqué fondo. Refiere haber tocado fondo tanto económicamente como emocionalmente”*(Registro N°18, 26/08/21). Pese a ello, se pudo observar que a lo largo de la internación, Juan Ignacio pudo tomar conciencia de su enfermedad y comenzar a tener cambios significativos en estos patrones a medida que avanzaba el tratamiento:

Tengo ganas de compartir con ellos, no sentirme un pendejo caprichoso, en el sentido de la vida de llegar y que mi mamá me cocine y tener la ropa limpia, algunas cosas las voy a modificar, hacerme cargo de mis cosas. Antes era así, ayer les dije de establecer reglas básicas de convivencia. (Registro, N°19, 3/09/21)

Los fragmentos expuestos permitieron dar cuenta de cómo estos patrones de comportamiento insanos en el entorno familiar se constituyen como un factor crucial frente al mantenimiento del consumo como también generar retrocesos en los procesos de recuperación

debido al actuar codependiente (Guevara, 2002). En este caso, gracias al tratamiento llevado a cabo tanto por parte de los profesionales como del paciente, pudo tomar conciencia no solo de su enfermedad sino también de las maneras de vincularse que de algún modo estaban interfiriendo de manera negativa en su vida.

Si bien han resultado evidentes los rasgos de familia adictiva, se pudo observar la presencia de reglas y creencias adictivas en los usuarios. Retomando los aspectos teóricos, muchas de las creencias adictivas que predisponen a una persona a la adicción nacen directamente de reglas de la familia adictiva. Las reglas no suelen ser conscientes, pero pueden ejercer una influencia muy fuerte sobre la conducta de los miembros de la familia, siendo las más comunes: “sé perfecto”, “si actúas según tus propios intereses, eres malo”; “privación de la expresión libre” (Washton y Boundy, 2009). Estas reglas resultaban evidentes en el relato de los usuarios. En el caso de Antonia, la regla “si actúas según tus propios intereses, eres malo”, se puso en relieve en aquella situación donde la usuaria decide no continuar compitiendo y su padre deja de comunicarse con ella. En el caso de Jorge, se vislumbraba la regla de “perfección”, dado que el vínculo familiar se caracterizaba por castigos y exigencias, no dando lugar a la equivocación, lo cual se reflejaba en la sensación de fracaso y poca valía del paciente. En Juan Ignacio “la privación de la expresión libre” fue notablemente visible cuando relataba: *“muchas veces me he callado la boca, aparte de tener vergüenza, y miedo, es para no sentirme que soy el pupo del mundo, para no sentir culpa”* (Registro N°20, 9/09/21).

A partir de estas reglas, comienzan a construirse una serie de creencias, tales como, “yo debería ser perfecto”, “yo debería ser todopoderoso”, “debería obtener siempre lo que quiero”, “la vida debería estar libre de dolor y no requerir ningún esfuerzo”. Al ser inalcanzables, el sujeto puede llegar a desarrollar la creencia de que está fracasando, de este

modo, comienzan a desarrollarse otras creencias: “no soy bastante”, “soy incapaz”. Como consecuencia, algunos factores externos (como personas, drogas, y objetos) podrían brindar el poder del cual carece (Washton y Boundy, 2009).

Además, existen creencias adictivas que vienen a lidiar (disfuncionalmente) con el malestar emocional y que contribuyen al mantenimiento de la psicopatología. Las creencias adictivas son consideradas como el conjunto de ideas o expectativas centradas en torno a la búsqueda de placer, alivio, escape y resolución de problemas (Beck et al., 1975). Entre algunas de las creencias disfuncionales, se han destacado en los registros: la creencia de que la droga energizará al individuo y le dará más fuerza y poder, “*cuando tomé por primera vez me sentí Superman, Messi y pensé guau, qué es esto, por qué no lo descubrí antes*” (Registro N°18, 26/08/21); la creencia y expectativa de que la droga calmará el dolor, “*ahora llegar a casa todas las noches es un dolor profundo, cuando llegaba del trabajo tomaba alcohol para relajarme*” (Registro N° 26, 25/11/21); el supuesto de que la droga aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión, “*vivía toda la semana pensando en la joda y la droga*” (N° 18 Registro, 26/08/21). De esta manera, los fragmentos recuperados, permitieron dar cuenta, que las creencias adictivas conducen al arreglo rápido o alivio inmediato, siendo la sustancia en estos casos, una forma habitual de afrontamiento a los problemas (Washton y Boundy, 2009)

A raíz de lo desarrollado, se pudo inferir que el sistema de creencias podría incrementar la vulnerabilidad hacia el consumo, ya que las creencias que se sostienen acerca de uno mismo, de los demás y del mundo, determinan en gran medida los sentimientos, la personalidad y la conducta (Washton y Boundy, 2009). Asimismo, el sistema de creencias se va originando a través de las experiencias que las personas tienen en su núcleo familiar, lo que permitió pensar, que sin la modificación de las reglas o patrones de la familia adictiva, las

creencias adictivas podrían continuar interviniendo en el mantenimiento del consumo problemático.

En síntesis, se considera que en los tres casos desarrollados, las experiencias de los pacientes han permitido dar cuenta de la existencia de ciertos rasgos y reglas que están presentes en el sistema familiar de un miembro con consumo problemático de sustancias. Sería posible pensar que, el consumo se constituye como una vía para lidiar con la invalidación emocional vivida en el seno familiar, y como afrontamiento para la resolución de problemas debido a la escasa adquisición de estrategias. Algunas de las expresiones ya mencionadas anteriormente que permitieron tal hipótesis: *“no sólo es la droga, es el vínculo que tengo con mis papás; “mi viejo minó mi inseguridad, sé que la droga es por mi inseguridad”; “Necesito herramientas para cuando estoy con ganas de consumir”; “Tomaba vino para relajarme”*. Por lo cual, se podría inferir que los factores familiares de algún modo intervienen en el mantenimiento del consumo problemático. Sin embargo, cabe resaltar que dentro de los factores familiares ciertos rasgos cobran más fuerza en algunos casos que en otros.

8.2.2 FACTORES FAMILIARES DE RIESGO QUE PROMUEVEN EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

En el siguiente apartado se realizará una descripción de los factores familiares de riesgo que promueven el consumo problemático en los pacientes, a partir de la mirada de los profesionales y su experiencia. Para ello, se tendrán en cuenta las entrevistas que se llevaron a cabo a cuatro profesionales de la institución, entre ellos, a tres licenciados/as en psicología y a un médico especialista en psiquiatría.

Para dar inicio, se entiende por factores de riesgo como aquellas circunstancias o características personales o ambientales que podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del consumo de sustancias (Secades y Fernández, 2001). En este sentido, la problemática adictiva se trata de un fenómeno multicausal en el que interaccionan varios factores, entre ellos: la predisposición biológica, características personales, la influencia del ambiente y factores estresantes. Por lo tanto, a la hora de abordar la problemática es imprescindible el trabajo tanto individual como familiar, ya que por más que se trabaje con el paciente de forma individual, si al finalizar el tratamiento y al volver al hogar no se han implementado modificaciones en sus vínculos, difícilmente esos cambios se puedan sostener en el tiempo.

De acuerdo con los profesionales entrevistados existen diversos factores de riesgo en el entorno familiar que podrían promover la aparición de conductas adictivas o el mantenimiento de estas. Los profesionales señalaron como un factor recurrente, en primera instancia, la invalidación emocional. Como se mencionó anteriormente, la invalidación de las

emociones abarca aquellas situaciones o formas de comunicación en las que las emociones de una persona son negadas, juzgadas negativamente o incluso evitadas. En este sentido, los profesionales manifestaron que generalmente, hay una carencia de comunicación entre los miembros de la familia, o muchas veces es disfuncional y sumamente invalidante, lo que podría constituir un factor de riesgo. Esto se pudo observar en los siguientes fragmentos de las entrevistas: *“cuando hay alguna adicción en la familia, la comunicación puede llegar a ser muchas veces no asertiva, hay mucho tabú, mucho silencio, pocas expresiones”* (Profesional 1, Registro N°26, 23/11/21); *“hay figuras que son sumamente invalidantes, que todo el tiempo han desacreditado, que todo el tiempo han depositado esas características desde la imposibilidad e incapacidad del otro. Es importante trabajar y mucho sobre estas características, que puedan identificar en cómo ellos funcionan y entran en ese rol.”* (Profesional 2, Registro N°26, 24/11/21); *“se da la falta de comunicación o la comunicación disfuncional, indirecta, agresiva. La relación es disfuncional también en la familia”* (Profesional 3 y 4, Registro N°26, 24/11/21).

Como es posible observar en las entrevistas expuestas, uno de los posibles factores de riesgo familiares aludiría a la invalidación emocional y sus diversas formas de manifestarse. Se pudo detectar que muchos de los pacientes viven en familias donde la comunicación no es la base, tal es el caso que los problemas que suscitan en el hogar no son afrontados por los miembros de la familia. Como expresó uno de los profesionales, suele haber mucho tabú, mucho silencio, e incluso ocultamiento de la psicopatología, lo que conlleva de algún modo al mantenimiento de la enfermedad.

A su vez, en aquellas familias en las que sí hay posibilidad de diálogo, este se da de manera agresiva. Los profesionales resaltaron que la comunicación es indirecta, con doble mensaje, no asertiva o invalidante. Tal y como se mencionó anteriormente, una comunicación

cargada de intimidación genera que los miembros de la familia sientan temor de expresarse ante la posibilidad de ser juzgados o incluso ser víctimas de una agresión psicológica (Washton y Boundy, 2009). Esto mencionado permitió inferir, que este patrón de comportamiento interfiere negativamente en los pedidos de ayuda, ya que los usuarios no encuentran un espacio comunicativo dentro de su familia.

Por otra parte, una de las profesionales manifestó que aquellas personas que han sido invalidadas, se les ha adjudicado ciertas características de imposibilidad o incapacidad, de algún modo empiezan a asumir ese rol, ese lugar de ser el que no puede, de no ser capaz, etc. Lo sostenido por los profesionales podría estar vinculado con lo que plantean los autores, respecto a que una de las consecuencias del consumo problemático es que el paciente suele ser visto como incapaz de resolver un problema dado a su problema de adicción (Zapata Vanegas, 2009). De este modo, los familiares ocupan el rol de salvadores incapacitando aún más a la persona al impedir que pueda valerse por sí misma. En relación a esto, los autores explican que existen una serie de roles rígidos, útiles (a corto plazo) como mecanismos de adaptación. Estos proporcionan sentido de identidad (aunque de manera negativa), permiten no perder la aceptación de otros miembros de la familia o sentido de pertenencia, especialmente si no cuentan con otras fuentes de apoyo emocional (Washton y Boundy, 2009). Sin embargo, se podría hipotetizar, que a largo plazo, estos roles familiares tienen efectos sumamente negativos, y podrían mantener el consumo, dado que hay pocas oportunidades para el crecimiento y cambio personal.

Otra de las formas de invalidación recurrente en los discursos de los profesionales hace referencia a la carencia afectiva: *“hay algún tipo de vulnerabilidad familiar en cuanto a contención emocional, en cuanto acompañamiento, validación de las emociones”;* *“dificultades en los padres de acercarse de una manera emocional, o*

contenedora, o de compartir tiempo, y tal vez se suelen acercar con dar dinero”; “se suelen acercar con dinero y creer que eso es expresiones de amor” (Profesional 1, Registro N°26, 23/11/21); “cuando se llega a esa instancia, las relaciones familiares están dinamitadas, algunas se han perdido. Hay otros vínculos que están sumamente frágiles, hay mucha desconfianza, hay un retiro de apoyo”; “hay características familiares de muchas situaciones como de abandono, pero no porque abandonen concretamente a la persona necesariamente, en algunos casos sí, pero también cuando hay abandono del orden de lo afectivo” (Profesional 2, Registro N°26, 24/11/21).

Como se puede observar, existe cierto desinterés por las emociones y necesidades de los miembros de estas familias, también aparecen figuras presentes de manera física y económica, pero ausentes en la crianza y afectividad. Lo expuesto en las viñetas coincide con lo planteado por Robin y Foster (1989) en cuanto que, en lo referente a los trastornos adictivos, por lo general, el nivel de cohesión familiar y autonomía es muy bajo, siendo este un factor que podría contribuir al mantenimiento de la psicopatología. En relación al caso de la paciente Antonia, una de las profesionales comentaba:

En la familia de Antonia había hostilidad hacia la paciente, había descalificación, una valoración negativa de la paciente, sin esperanza para ella de parte de la familia. No había hecho nunca tratamiento, nunca la llevaron a ningún centro, a pesar de que se drogó desde los quince años, entonces, la familia directamente no confiaba en sus recursos. (Profesional 3, Registro N°26, 24/11/21)

Como puede evidenciarse, lo mencionado por la profesional podría estar relacionado con lo expuesto por los autores Atadokht, Hajloo, Karimi y Narimani (2015) quienes sostienen que la falta de apoyo social, especialmente de la familia, reduce la resistencia de los pacientes contra el estrés, que a su vez podría conducir al abuso de sustancias o su

mantenimiento. Esto se debería, a que aquellas personas bajo consumo problemático, experimentan profundos sentimientos de soledad. Además, los autores enfatizaron que las redes de apoyo de algún modo pueden alentar a una persona a generar cambios en su comportamiento. En la misma línea, los profesionales coincidieron en que, el apoyo social constituye un elemento clave para estos pacientes antes, durante y post tratamiento. Dado que la persona va a necesitar volver a su medio y contar con un entorno que pueda entender, apoyar, y acompañar desde el afecto pero también desde el límite.

Por otra parte, es posible identificar la aparición de sucesos traumáticos como un factor de riesgo en el discurso de los profesionales. Como se mencionó anteriormente, los eventos traumáticos más comunes incluyen, la violencia física, abuso emocional y sexual, ser testigo de la violencia ejercida contra otro miembro de la familia, historial de consumo de algún miembro, convivencia con un miembro de la familia con una enfermedad mental, fallecimiento de un ser querido (Washton y Boundy, 2009). Algunas de las situaciones de riesgo familiar nombradas por los profesionales fueron: *“cuando hay alguna adicción en la familia, si un padre es adictivo”*(Profesional 1, Registro N°26, 23/11/21); *“entornos que son sumamente invalidantes”* (Profesional 2, Registro N°26, 24/11/21); *“a veces está naturalizado el consumo en la familia y la violencia. También la enfermedad de algún miembro de la familia”* (Profesional 3, Registro N°26, 24/11/21). Uno de los profesionales explicaba:

El hecho de que haya también en la familia características relacionadas al consumo ya predispone. Es muy importante el entorno donde el paciente se encuentra inmerso. No es lo mismo un grupo de amigos o pareja que no consume, que un entorno que si consume, lo mismo con la familia. La violencia familiar también es un factor de riesgo. El consumo de sustancias, puede ser por diferentes formas, como evasión o

evitación de algo, que no sepa resolver o tolerar sus emociones de cierta manera. El estrés también puede generar el aumento del consumo de sustancias. (Profesional 3, Registro N°26, 24/11/21)

En el material recabado de las entrevistas, se pudo observar la tendencia de ciertas situaciones de riesgo que puede ejercer el contexto familiar sobre las conductas de consumo. En principio, se destaca la historia familiar de consumo problemático, donde el riesgo de tener problemas con las sustancias se incrementa. Retomando los aportes de Barrios Hernández y Verdecia Machado (2016) sostienen que los miembros que abusan de sustancias son tolerantes al consumo de los demás o incluso involucran a estos en su propia conducta de consumo. A su vez, Romero y Sánchez (s.f.) agregan que el consumo de sustancias está relacionado a conductas de imitación, curiosidad, y a la presión ejercida por el entorno, generalmente teniendo acceso a ellas mediante amigos y familiares. De este modo, se podría inferir que las conductas de consumo son reforzadas principalmente por dos elementos, por un lado, la aprobación de las personas cercanas, y por otro, la propia gratificación que genera la ingesta (como se citó en Cárdenas Paredes, 2012).

Posteriormente, se pudo identificar la violencia familiar y la patología de algún miembro como factores de riesgo en el discurso de los profesionales. Recuperando las ideas de Washton y Boundy (2009), las personas que han experimentado este tipo de situaciones en su hogar, pueden llegar a desarrollar los mismos síntomas que los veteranos de guerra: depresión, ansiedad, pesadillas, adormecimiento de las emociones, etc. En este sentido, los aportes registrados de los profesionales permitieron reafirmar lo mencionado por Washton y Boundy (2009) cuando mencionan que aquellos sujetos son más vulnerables a la adicción, dado que la sustancia aparece como una forma de liberarse, como un medio para aquietar los pensamientos intrusivos y evadirse de la realidad.

Otro de los factores familiares de riesgo mencionado por los profesionales fue la carencia de modelos para la resolución de problemas. Señalaron que en la mayoría de los pacientes, se presentan dificultades a la hora de resolver problemas y regular las emociones, dado a que no se les ha enseñado a cómo hacerlo. De lo contrario, recurren a reguladores externos, tales como las sustancias, esto se vio reflejado en los discursos: *“si hay un padre que no es referente para regular emociones, el consumo, viene a lidiar a corto plazo con todo eso, viene a ayudar a lidiar con las emociones intensas”* (Profesional 1, Registro N°26, 23/11/21); *“Eso es algo que muchas veces está presente. Esto de padres ausentes, de marcar, de indicar que sí que no, de poner límites. No han logrado generar recursos para afrontar situaciones”* (Profesional 2, Registro N°26, 24/11/21). En relación al caso de la paciente Antonia, la profesional comentaba: *“No le enseñaron recursos para solucionar problemas y parece que no tenían pensado dejar que solucione nada, la familia misma le solucionaba sus problemas”* (Profesional 3, Registro N°26, 24/11/21).

Sobre lo mencionado por los profesionales en las viñetas seleccionadas, Boggiano et al. (2015) explica que el ambiente invalidante no enseña habilidades de regulación emocional, de lo contrario, genera aprendizajes disfuncionales. Frente a esta situación, la persona sólo puede recurrir a estrategias extremas de regulación como es el consumo de sustancias. En este sentido, una de las profesionales explicaba, que en las familias de alguna manera, fueron siendo promotores de que esa persona no pudiera generar recursos para afrontar el malestar, tanto en el ámbito laboral, afectivo amoroso, profesional, etc. Por lo tanto, ante una frustración o situación problema, el consumo funciona como un mecanismo de compensación y también de evitación de conectarse con ese malestar. De esta manera, se podría inferir que la ausencia de modelos y estrategias para el control de la conducta, explicaría la respuesta de una persona frente al deseo intenso por consumir en situaciones de conflicto. En otras

palabras, al no contar con los recursos y habilidades naturales, las sustancias llegan a ser una forma extrema y habitual de afrontamiento.

En otros casos también está presente otra cara de la situación, es decir, una marcada sobreprotección. La falta de límites, sobreprotección y codependencia aparecen en las entrevistas a los profesionales como patrones de comportamiento frecuentes en las familias de los pacientes con consumo problemático de sustancias. Según los profesionales, estos patrones familiares se constituyen como algunas de las razones por las cuales la conducta adictiva se mantiene a lo largo del tiempo, en las entrevistas explicaban lo siguiente:

Hay padres o madres, o progenitores muy culposos, que entienden que el no es ser malo, entonces, se empiezan a correr los límites. Siempre los han criado desde chicos hasta los 15 años y cada vez que le daban un no, hacían un escándalo y le daban lo que quería. En la vida adulta, eso no pasa, porque los no quedan fuera de casa, entonces genera mucha frustración. Si está la droga ahí a mano puede lidiar con esa frustración. (Profesional 1, Registro N°26, 23/11/21)

En estas personas que han tenido sobreprotección, aparece ese mecanismo que no ha permitido o posibilitado que la persona pueda atravesar y no trabajar que es esa tolerancia a la frustración. En las personas que están en tratamiento, siempre aparece esta dificultad para tolerar la frustración. En las familias hay muchas veces esto de que, todo lo han tenido, todo lo que quisieron lo obtuvieron, entonces no han logrado generar recursos para afrontar el malestar. De esa manera encontraron mecanismos alternativos no saludables en donde refugiarse y proveerse de momentos de bienestar y evadirse de la realidad a través del consumo. (Profesional 2, Registro N°26, 24/11/21)

Lo sostenido por los profesionales, se vincula con los trabajos de Arbex, et al. (1995) quienes señalan que la ambigüedad en los límites familiares y la sobreprotección generan una gran dependencia en los hijos respecto a quienes la ejercen (padres o referentes), impidiendo

el desarrollo de habilidades, iniciativa, autonomía y responsabilidad. De este modo, *“influyen negativamente en las personas y pueden desembocar en una personalidad con escasa asertividad, en un afrontamiento desadaptativo con el mundo adulto, en el desarrollo de estrategias de afrontamiento inadecuadas (consumo de sustancias) y el mantenimiento de conductas adictivas”* (como se citó en López et al., 2003, p.213).

A su vez, la sobreprotección es uno de los signos de la codependencia, en la que los familiares codependientes intentar salvar a la persona con adicción, con el fin de que no sufra y asuma los efectos negativos que el consumo produce en su vida (Alvarado, s.f, como se citó en Larrahondo, 2017). Lo mencionado se pudo evidenciar en los discursos de los profesionales, quienes a través de su experiencia comentaban:

Lo que sucede es que muchas veces la familia se transforma en codependiente. Con el comienzo y avance de la adicción, la familia empieza a adoptar estrategias poco eficaces. Como por ejemplo, rescatar a la persona constantemente, si tiene deudas pagárselas, si falta a la escuela hablar con la profesora, hacer la tarea por ellos, pagarle las deudas al dealer, conseguirle trabajo, comprarle un auto, etc. Esto no permite que la persona vea las consecuencias del consumo, y empieza todo un patrón de negación que no permite problematizar. Hasta que el paciente no sufra el dolor del consumo, no va a dejar de consumir. (Profesional 1, Registro N°26, 23/11/21)

Se da mucho el fenómeno de la codependencia. El dependiente no es solamente el que consume o el que tiene un patrón adictivo, sino que siempre hay en el entorno familiar una persona que depende de ese otro, porque es también el cuidador, el que lo rescata y que provee. Entonces también está la cuestión de la sobreprotección y donde se borra ese límite. (Profesional 2, Registro N°26, 24/11/21)

Tras lo recuperado por los aportes de los profesionales, siguiendo las ideas de Becoña (2021), se podría hipotetizar que lo que lleva a consolidar o mantener el consumo, son las consecuencias positivas o negativas, que le siguen a dicho consumo. En función de las consecuencias, la persona decidirá si continúa o no consumiendo. A nivel familiar, si el entorno tolera el consumo o rescata al paciente de las consecuencias que este le acarrea, difícilmente la persona podrá percibir el riesgo de la sustancia, lo que la llevará a seguir consumiendo. De esta manera, se ha visualizado los riesgos que la codependencia contrajo en los pacientes, lo cual se observaba en los casos mencionados por la profesional:

En el caso de Antonia, su familia ejercía una marcada sobreprotección hacia ella. De alguna manera la familia sostenía su consumo, porque no le ponía límites de ningún tipo, le daban bienes para los cuales ella no estaba preparada para asumir responsabilidades. Le ofrecían casa, auto, a edades que no podía cuidar eso que tenía. Le daban beneficios pero no le pedían responsabilidades a cambio ni nada. Ella podía disponer de bienes para consumir. En el caso de Juan Ignacio, sucedía algo similar, pocos límites hacia el paciente y con sobreprotección. Realmente tenía todas las cualidades de una familia de adicción. (Profesional 3, Registro N°26, 24/11/21).

Otro de los aspectos de la codependencia que se ha podido observar reiteradamente en las entrevistas a los profesionales, ha sido el comportamiento “boicot” que las familias ejercían en los pacientes antes y durante el tratamiento. En este sentido, ha permitido comprender el avance de la adicción mediante comportamientos tales como la negación, no aceptación de la enfermedad, complicidad, encubrimientos, entre otros (Larrahondo, 2017); lo cual se ha podido evidenciar en los siguientes fragmentos recuperados:

Esto se trabaja mucho con las familias, y hay que estar muy atentos porque muchas veces en lo profesional, uno puede estar trabajando y la persona que está atravesando

por una dependencia y está trabajando para su recuperación, a veces son los entornos los que terminan interrumpiendo y boicoteando los tratamientos. Me ha pasado miles de veces, muchas veces son los que llaman en la internación, y de algún modo u otro terminan haciendo que después de esa llamada el paciente se quiere ir, y quiera dejar todo. Porque el otro le dice que lo extraña, y que lo necesita. Bueno ahí uno puede ver también cómo se da ésta situación de la codependencia, lo importante que es trabajar con ese entorno. (Profesional 2, Registro N°26, 24/11/21)

En sintonía con lo expuesto, retomando las ideas de Larrahondo (2017) a simple vista se podría pensar que detrás de la codependencia hay un comportamiento malvado hacia la persona que sufre y que está intentando salir de su adicción. Sin embargo, esto no es así, al respecto, Guevara (2002) explica que la persona codependiente está convencida de que está ayudando al familiar con adicción, aunque paradójicamente esta forma de actuar conduce a que el problema adictivo se prolongue (como se citó en Larrahondo, 2017). Lo cual se reafirmaba en lo mencionado por una de las profesionales: *“a veces la familia sostiene inconscientemente la adicción de uno de sus miembros. Entonces, no solo tiene que ser informada, sino estar implicada en el tratamiento, para cambiar la dinámica familiar, de manera que pueda facilitar la recuperación”* (Profesional 3, Registro N°26, 24/11/21).

En resumen, el material recuperado permitió poner en evidencia cómo ciertos patrones de comportamiento familiar pueden llegar a ser un riesgo tanto en el inicio de la psicopatología, mantenimiento e incluso durante el tratamiento. Los factores familiares de riesgo que han sido identificados por los profesionales fueron la invalidación emocional, comunicación disfuncional, carencia afectiva o cohesión familiar, sucesos traumáticos, carencia de modelos para la resolución de problemas, codependencia y sobreprotección. Recuperando la idea inicial, el ambiente invalidante no enseña habilidades de regulación emocional, no brinda herramientas para la resolución de problemas, más bien, genera

aprendizajes disfuncionales (Boggiano et al., 2015). Lo cual, permite hipotetizar que las personas podrían recurrir a estrategias extremas de regulación como es el consumo de sustancias. A su vez, la codependencia aparece reiteradamente en las entrevistas, como un patrón que actúa como un enemigo silencioso para la recuperación de un paciente con adicción. A raíz de esto, los profesionales recalcaron la importancia de que las intervenciones estén centradas en la familia y no sólo en el sujeto.

8.2.3 FACTORES FAMILIARES PROTECTORES QUE IMPULSAN EL ABANDONO DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

En el presente apartado se expondrán las perspectivas de los profesionales sobre aquellos aspectos que podrían impulsar el abandono del consumo problemático. Para ello, se indagaron los factores familiares protectores que minimizan el riesgo de consumo y favorecen el tratamiento, a partir de las entrevistas realizadas a los cuatro profesionales de la institución.

Retomando los aspectos teóricos, un factor de protección hace referencia a un atributo o característica personal, situación contextual ambiental que de algún modo reduce o atenúa la probabilidad del uso o abuso de sustancias, o la transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento) (Clayton, 1992, como se citó en Secades Y Fernández, 2001). Por su parte, Fera (2015) sostiene que los factores protectores son aquellos recursos o estrategias que de algún modo neutralizan ciertos riesgos, conduciendo así conductas saludables y debilitando factores y elementos externos que atenten contra la salud física y mental de la

persona. De acuerdo con los profesionales entrevistados la presencia de factores protectores en el entorno familiar podrían desestimular la conducta adictiva y favorecer el tratamiento, entre estos señalaron:

Muchas veces la familia no tiene una aceptación total de la enfermedad. De ahí la importancia de la psicoeducación, tenemos talleres psicoeducativos. También, lo que suele pasar es que la familia se enoja con el paciente porque sigue teniendo ganas de consumir. Bueno se trabaja, en que si tiene una adicción, va a tener ganas de consumir, y que lo está expresando antes, y que está pidiendo ayuda. (Profesional 1, Registro N°26, 23/11/21)

Los factores protectores que pueden apoyar y favorecer el tratamiento del paciente es el hecho de trabajar y generar conciencia y estar psicoeducados en relación a la dependencia. Eso es como el primer paso, entender de qué se trata esto. De que no se trata de algo que la persona pueda hacerlo sola o que el tema problema es sólo de quien tiene una dependencia. Muchas veces ésta la idea de que el problema es solo de esa persona. Y no, el problema no es solamente de esa persona, es un problema familiar y social. (Profesional 2, Registro N°26, 24/11/21)

La familia tiene que estar informada, psicoeducada e implicada en el tratamiento, para cambiar la dinámica familiar, de manera que pueda facilitar la recuperación. (Profesional 3, Registro N°26, 24/11/21).

Es muy importante la psicoeducación, la familia cumple un rol fundamental y tiene que ser informada, también ayudada y guiada. Por otra parte, creo que hablar de esos temas es muy importante. Que puedan tener mayor educación en la adolescencia de lo que es el consumo de sustancia, que se hable, que no sea un tabú, ya que puede ser un factor protector. (Profesional 4, Registro N°26, 24/11/21).

En primera instancia, siguiendo el discurso de los profesionales se pudo observar que uno de los factores protectores hace referencia a la psicoeducación. Como se mencionó anteriormente, la psicoeducación es el proceso en el cual se le brinda información al paciente y familiares acerca de la patología, tratamiento y pronóstico. A su vez, la psicoeducación no solo refiere a la definición del diagnóstico, sino que también busca abordar situaciones diarias de las personas que presentan dificultades a causa del desconocimiento que conlleva la problemática (Godoy, Eberhard, Abarca, Acuña, Muñoz, 2020).

En este sentido, los profesionales resaltaron que muchas veces aparece la idea de que el problema solo es de la persona, cuando en realidad involucra diversos actores, en especial a la familia. Otra de las dificultades frecuentes a causa del desconocimiento mencionadas por los profesionales, suelen ser la no aceptación de la enfermedad, o incluso el enojo por parte de familiares ante el deseo de consumo del paciente. De acuerdo con lo mencionado, Zapata Vanegas (2009) considera que para evitar o modificar este tipo de posturas es necesario que tanto el paciente, su familia y grupo de pares, conozcan en qué consiste la patología, cuáles son los riesgos a evitar, qué conductas llevar a cabo que puedan favorecer el tratamiento. Siguiendo las ideas del autor, se podría pensar en la psicoeducación como un factor protector, dado que cuando la familia conoce del proceso de la adicción y se involucra en el tratamiento, el individuo tiene un mejor pronóstico de recuperación. Esto se debe a sus múltiples ventajas, entre ellas se han reconocido: adherencia al tratamiento, debido a que el conocimiento aumenta la motivación, el compromiso y un rol activo; conocimiento sobre los procesos cognitivos que hay detrás de la sintomatología, permitiendo comprender que el problema no es únicamente el consumo de sustancias, sino que detrás de este hay creencias disfuncionales; disminución de factores de riesgo y aumento de factores protectores, dado que promueve el uso de límites y contención (Godoy et al., 2020).

Sumado a lo mencionado, es posible identificar la puesta de límites como un factor protector en el discurso de los profesionales: *“poder poner límites, trabajar en pos de la autonomía, aumentar la capacidad del familiar y no rescatarlo. El tratamiento funciona más cuando hay una familia con límites, que está acompañando, conteniendo”*(Profesional 1, Registro N°26, 23/11/21); *“los límites, a veces hay que pedirles que pongan límites, que pongan distancia. Es importante detectar qué papel juegan estos roles en la familia, esto del vínculo dependiente cómo se presenta, cómo trabajar algunas pautas”* (Profesional 2, Registro N°26, 24/11/21); *“los límites claros”*(Profesional 3, Registro N°26, 24/11/21); *“respetar los límites”* (Profesional 4, Registro N°26, 24/11/21).

Los aportes registrados coinciden con lo sostenido por Becoña (2021) en varios aspectos. Por un lado, el autor señala que el abandono del consumo se debe a diversas causas, entre ellas incluye la presión familiar, de la pareja, social, etc., es decir, cuando el entorno toma conocimiento de la psicopatología y ejerce límites impulsa a que la persona deje el consumo de sustancias. Por otro lado, el establecimiento de límites, pautas y normas claras constituyen una fortaleza en la autoestima, dado que promueve una mayor confianza personal, autocontrol y competencia social, con tendencia a una mejora en la autonomía, actuando así como factor protector sobre el consumo (Becoña, 2002). Según el autor, si el entorno adopta una postura firme y razonable frente al consumo, la persona podrá percibir el riesgo de la sustancia y las consecuencias que la adicción le acarrea, permitiéndole decidir si continuará o no consumiendo (Becoña, 2021). En este sentido, uno de los profesionales explicaba, la importancia de que familiares estén dispuestos a dejar que el paciente se encuentre frente a las consecuencias, tales como: *“perder el trabajo, dejar de pagar sus deudas, si falta a la escuela/facultad hablar con la profesora, dejar de hacer la tarea por ellos, dejar de brindarle todos los bienes materiales como regalarle un auto, etc”* (Profesional 1, Registro N°26, 23/11/21).

Asimismo, los siguientes fragmentos recuperados de las entrevistas han permitido considerar la validación emocional como uno de los factores protectores destacados frente al consumo: *“Poder hablar de las emociones, no ser invalidante, comunicación asertiva, espacios saludables de compartir, de acompañar. Entonces, escuchar, contener, pensar en estrategias de regulación de las emociones”* (Profesional 1, Registro N°26, 23/11/21); *“Hay que trabajar para generar un ambiente más validante, un estilo de comunicación más afectiva, un contexto más cálido de acompañamiento. Es importante no juzgar y acompañar, escuchar, brindarle recursos de apoyo, trabajar en habilidades para regular ese estado, todo eso va a ayudar a hacer un recurso de protección”* (Profesional 2, Registro N°26, 24/11/21); *“la comunicación directa y asertiva no agresiva. Que desde la familia se enseñe qué puede hacer con sus emociones, o reconocerlas y qué significa eso. También si tiene algún conflicto o problema cómo afrontarlo, buscarle varias soluciones a un problema, eso se enseña desde niño”* (Profesional 3, Registro N°26, 24/11/21); *“Que la familia sea unida en cuanto a comunicación, los vínculos, el transmitir las emociones”* (Profesional 4, Registro N°26, 24/11/21).

Retomando los trabajos de Linehan (1993) la validación emocional implica una práctica de aceptación de las emociones del otro, sin juzgar, negar, o incluso intentar modificar o cambiar nada en ese momento, lo cual no significa tener que estar de acuerdo para validar. A su vez, la autora sostiene que un ambiente validante enseña a reconocer las emociones y cómo tolerar el malestar, brindando herramientas para ello. En este sentido, los profesionales reafirman lo mencionado por la autora, en cuanto a la importancia que tiene la validación en estos pacientes, dado que en muchos casos pierden la capacidad de confiar en sí mismos para dejar las sustancias. Una de las profesionales agregaba: *“podemos observar muchas veces en los pacientes que tienen un pobre concepto de sí mismos, muchas creencias de incapacidad, de incapacidad incluso también de recibir afecto. Hay una pobre estima*

personal, desvalorización de sí mismos, les cuesta reconocer aspectos valiosos de sí mismos” (Profesional 3, Registro N°26, 24/11/21). Lo anteriormente mencionado, permitió pensar en que el hecho de que resulten frecuentes los entornos invalidantes en estos pacientes, hace indispensable la validación tanto de profesionales como el ambiente familiar, para lograr un cambio mucho más profundo que el abordaje estrictamente del manejo del craving o prevención de recaídas. Más bien, podría implicar una concepción general, donde los pacientes puedan alcanzar una mirada distinta de su persona y comenzar a generar mayor autoconfianza en ese proceso de cambio.

De acuerdo con los profesionales entrevistados, la comunicación asertiva y un contexto cálido de acompañamiento son elementos esenciales frente a la toma de decisión de abandonar el consumo y comenzar un proceso de recuperación. En concordancia con diversos autores, la asertividad refiere a la capacidad de manifestar pensamientos y emociones de una forma clara y respetuosa (Velázquez, Arellanez, Martínez, 2012). En el ámbito de las adicciones, la asertividad de acuerdo con Velázquez et al. (2012) constituye otro factor protector. Dado que, cuando una persona toma la decisión de no consumir, es fundamental que posea la habilidad para comunicar al entorno su voluntad y establecer límites a las actuaciones de los demás si es necesario. En este sentido, una de las profesionales mencionaba, que es una habilidad que se trabaja frecuentemente con los pacientes, ya que, les permite afrontar de manera eficaz la oferta y presión del entorno.

A su vez, *“la conducta asertiva requiere del conocimiento y aceptación de capacidades y limitaciones, centrando la atención en el logro de metas y manteniendo el respeto independientemente si éstas se logran o no”* (Velázquez et al., 2012). En relación a lo expuesto, la profesional explicaba: *“es importante que los pacientes puedan conocer los alcances como sus limitaciones, lo que pueden hacer, y también cuando es necesario recurrir*

a un otro en busca de ese apoyo cuando no esté pudiendo afrontar o resolver” (Profesional 2, Registro N°26, 24/11/21). De este modo, se podría pensar en la validación como un elemento que podría ser incentivo para favorecer pedidos de ayuda en los pacientes. Esto se debe a que, fomenta la confianza, incrementa la intimidad en los vínculos, alentando así a que la persona recurra en busca de apoyo y exprese sus emociones, lo que a su vez, disminuye la sensación de aislamiento (José Quintero, 2015).

Sobre esto último, en el proceso de recuperación, los pacientes con adicción atraviesan diversos estados de aislamiento y soledad al dejar de concurrir a los espacios de consumo, lo cual implica todo un cambio de vida. Para Médina y Gracias (2010) las demostraciones de afecto y pasar tiempo compartido se identifican como factores protectores que, sin embargo, requieren ser reforzados. Lo mismo se pudo evidenciar a partir de lo que comentaba uno de los profesionales:

Es importante construir espacios nuevos. Que el paciente pueda empezar a moverse hacia contextos y áreas de la vida dónde pueda relacionarse de una manera saludable, donde pueda disfrutar de las pequeñas cosas de la vida que no sean el consumo y la sensación intensa que este genera. (Profesional 1, Registro N°26, 23/11/21)

Sumado a lo expuesto, otra profesional manifestaba que los sentimientos de soledad no sólo comienzan a experimentarse al abandonar los entornos sociales donde se consumía, sino que, además acontece por el vacío que ha dejado la sustancia. Por lo tanto, el objetivo no es que la persona no atravesara tales estados, por el contrario, sentir y reconocer las emociones tales como angustia, ansiedad y soledad forman parte del proceso. Retomando algunos fragmentos de las viñetas seleccionadas, los profesionales recalcan como factor protector: “pensar en estrategias de regulación de las emociones”; “Es importante no juzgar y acompañar, brindarle recursos de apoyo, trabajar en habilidades para regular ese estado, todo

eso va a ayudar a hacer un recurso de protección”; “Que desde la familia se enseñe qué puede hacer con sus emociones, o reconocerlas y qué significa eso. También si tiene algún conflicto o problema cómo afrontarlo, buscarle varias soluciones a un problema”.

De este modo se podría reafirmar la importancia de que el entorno familiar enseñe o aprenda si es necesario estrategias de regulación emocional, ya que en muchos casos presentan dificultades en el manejo de habilidades, comenzando por la aceptación emocional. En reiteradas ocasiones mencionadas por los profesionales, la familia suele asustarse frente a ciertas emociones y episodios de craving: *“Muchas veces sucede, que la persona hace un proceso de desintoxicación y al mes siguiente aparece un deseo intenso por consumir o incluso un episodio de consumo. La familia se alarma y quieren tomar medidas desmedidas, en lugar de entender que es parte de ese proceso”* (Profesional 2, Registro N°26, 24/11/21). *“Es importante aclarar con la familia los términos y conductas posibles del paciente; reconocer emociones desencadenantes; trabajar habilidades sociales tales como, comunicación, expresión verbal y no verbal”* (Profesional 3, Registro N°26, 24/11/21). Lo expresado permitió inferir que la aceptación emocional y de la situación como proceso, es clave tanto para paciente y su entorno, ya que frente a la desregulación emocional permitiría evitar conductas de escape o estrategias extremas con el fin de evadir o suprimir tales emociones (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Sobre lo mencionado, además de la aceptación emocional, se identificaron otras habilidades que permitieron pensar que de algún modo podrían resguardar la vulnerabilidad de los pacientes frente al craving. Se entiende por factores de vulnerabilidad a aquellas situaciones o elementos que hacen más susceptible a una persona ante ciertos estímulos, llegando a modificar su respuesta, lo que en ciertas situaciones podría explicar la ejecución de conductas adictivas (Boggiano y Gagliesi, 2018). De acuerdo con los profesionales, entre

otras habilidades a emplear para contrarrestar la vulnerabilidad de los pacientes, se han reconocido: gestión del tiempo libre y aburrimiento; evitación de los estímulos que predisponen al craving y autoconocimiento de sus reacciones fisiológicas. En cuanto a la primera, implica llevar a cabo una planificación de actividades placenteras con el fin de reemplazar aquellos viejos hábitos que giraban en torno a la droga. De esta forma, permitiría establecer fuentes de beneficios no relacionadas a las sustancias psicoactivas (Beck y Cols, 1999, como se citó en Gonzalez, 2009). Por su parte, el profesional agrega: *“El craving tiene una activación fisiológica, entonces, es fundamental la disminución de tal activación, por ejemplo, darse una ducha, comer algo rico, salir a pasear, compartir actividades con otros, y especialmente, hablarlo”* (Profesional 1, Registro N°26, 23/11/21). Asimismo, el hecho de ejecutar las actividades propuestas, promueve una mayor confianza personal, competencia y autocontrol en los pacientes, lo que podría actuar así como factor protector sobre el consumo.

En cuanto a la evitación de estímulos y autoconocimiento de reacciones fisiológicas, hace referencia a la necesidad de identificar y evitar determinados eventos o contextos capaces de predisponer a los pacientes hacia el consumo. En este sentido, la profesional manifestaba la importancia de no continuar frecuentando ciertos lugares, dejar de mantener contacto con aquellas personas que sí consumen, y no confiar en la voluntad propia, ya que esto termina siendo un autoengaño que deja expuesta a la persona frente a una oportunidad de consumo. De esta manera, la información recopilada permitió inferir que las estrategias mencionadas podrían modificar el contexto, incrementando así conductas más adaptativas para los pacientes.

Finalmente, de lo recuperado de las entrevistas realizadas, respecto a los factores familiares protectores, resultó significativo el papel que cumple la psicoeducación en los procesos adictivos. Retomando las ideas iniciales, este aspecto genera adherencia al

tratamiento, debido a que el conocimiento aumenta la motivación, el compromiso y un rol activo en el paciente (Godoy et al., 2020). A su vez, la psicoeducación anima a los familiares a que participen en el tratamiento, lo que les ayudará a entender más de cerca la patología y a apoyar al paciente hacia el proceso de recuperación. Cuando la familia conoce el proceso de la adicción, también aprende sobre los comportamientos negativos que solo retrasan el tratamiento y qué conductas si incrementan la mejoría en el paciente (Zapata, 2009). En este sentido, se pudo observar una correlación entre los aspectos mencionados por parte de los profesionales, siendo recurrentes la psicoeducación, puesta de límites, apoyo del entorno, entrenamiento de habilidades y la validación como estrategia.

9. CONCLUSIONES

El presente Trabajo Integrador Final implicó una sistematización de la experiencia de práctica profesional supervisada, que tuvo lugar en el Sanatorio Morra, como condición para obtener el título de la Licenciatura en Psicología. Durante el paso por la institución se colocó el foco de atención en los pacientes con adicciones al ser una problemática muy instalada en la actualidad. A lo largo de la práctica se pudo observar que esta problemática no solo incluye a la persona con adicción, sino a su entorno: la familia, su grupo primario más cercano también está inmerso en esta situación. Se detectó particularmente la falta de involucramiento familiar o un involucramiento inadecuado, lo que llevó a establecer el eje definido los *“factores familiares intervinientes en el consumo problemático de sustancias en pacientes que se encuentran en el área de internación”*. Los factores familiares en relación al consumo han sido definidos como aquellos rasgos o características y modos de interactuar de sus miembros, que actúan como predisponentes en el consumo de sustancias. De este modo, ciertos patrones de comportamiento familiar podrían favorecer la adquisición de la enfermedad o el mantenimiento de ésta (Washton y Boundy, 2009).

A raíz de lo expuesto, se intentaron explorar aquellos factores familiares que podrían estar asociados al consumo problemático de sustancias y su mantenimiento a partir de las experiencias de los usuarios y profesionales. A través de las entrevistas, se obtuvieron testimonios de los usuarios que han sido corroborados por diversos autores, siendo de gran importancia para el desarrollo de este trabajo. Entre los factores familiares mencionados se han reconocido, invalidación emocional, comunicación disfuncional, traumas, carencia de modelos para la resolución de problemas, ausencia de cohesión familiar, alegría y diversión, codependencia/sobreprotección. Cabe recalcar, que la presencia de un factor de riesgo no determina la causa de la adicción. Sin embargo, diferentes autores han reconocido que el número de factores de riesgo presentes está fuertemente relacionado con la probabilidad del

abuso de sustancias, pudiendo intervenir en el mantenimiento de la adicción, incluso en los procesos de recuperación si no son tomados en cuenta (Clayton, 1992).

Se evidenció como un aspecto central en la experiencia vivida de los usuarios la invalidación emocional en sus diversas formas. Frente al malestar generado por conflictos familiares recurrentes, una comunicación deficiente, situaciones de violencia inclusive, el consumo de sustancias podría ser considerado como una forma de autorregulación de los estados afectivos dolorosos, a partir de la selección de una sustancia en particular en función de su capacidad para aliviar o aumentar las emociones de una persona (Cócola, 2022). Sumado a este aspecto, se identificó inadecuadas habilidades de afrontamiento en los usuarios que intervienen negativamente, generando sentimientos de malestar, angustia y rechazo al no saber cómo actuar en determinadas situaciones, ya que no se les ha enseñado a resolver conflictos (Washton y Boundy, 2009). De esta manera, se podría hipotetizar que el consumo se constituye como una vía para lidiar con la invalidación emocional vivida en el seno familiar, y como afrontamiento para la resolución de problemas debido a la escasa adquisición de estrategias.

Además, se pudo constatar que el diálogo entre los miembros de la familia es poco practicado, por lo que resulta imposible establecer una verdadera intimidad. A su vez, en aquellas familias en las que sí hay posibilidad de diálogo, este se da de manera no asertiva. Como consecuencia, los pacientes han señalado que se les hace difícil confiar en su familia porque temen ser juzgados. Lo que permitió inferir que este patrón de comportamiento podría intervenir en el mantenimiento del consumo, dado que lleva a deducir a los pacientes que dentro de su familia no encuentran un espacio comunicativo en el cual pedir ayuda.

Siguiendo esta línea, se encontró que el nivel de cohesión familiar y tiempo compartido era muy bajo. En el caso de Antonia se detectaron relaciones de apoyo escasas

prácticamente inexistentes, permitiendo inferir que llevó a agravar la psicopatología y dificultar los procesos del tratamiento. En el caso de Jorge, el usuario se encontraba totalmente alejado de su entorno, sumido únicamente en el trabajo y el consumo. Esto último dio lugar a pensar que la ausencia de apoyo social, actividades placenteras o deficiente gestión del tiempo libre no permitió reemplazar aquellos hábitos que giran en torno a la sustancia (Beck y Cols, 1999, como se citó en Gonzalez, 2009). No siendo así en el caso de Juan Ignacio, donde el proceso de internación fue un antes y un después, ya que los miembros de la familia tuvieron cambios significativos que fueron favorables para el tratamiento.

Otro aspecto que se destacó como central en el relato de los pacientes, fue la codependencia. Se pudo detectar como los familiares suelen sobreproteger, negar o esconder la adicción, prolongando y empeorando la problemática. Un punto en común ya mencionado anteriormente, es la ausencia de responsabilidades en estos pacientes, dado que otros las asumen por ellos, lo que no permite visibilizar las consecuencias del consumo. De este modo, se podría pensar, que este patrón de comportamiento se constituye como un factor crucial frente al mantenimiento del consumo como también generar retrocesos en los procesos de recuperación debido al actuar codependiente (Guevara, 2002).

Si bien han resultado evidentes los rasgos de familia adictiva, se pudo observar la presencia de reglas y creencias adictivas en los usuarios. Como se mencionó anteriormente, muchas de las creencias adictivas que predisponen a una persona a la adicción nacen directamente de reglas de la familia adictiva. Entre las reglas presentadas se han destacado, sé perfecto; si actúas según tus propios intereses, eres malo; privación de la expresión libre (Washton y Boundy, 2009). Como consecuencia, se identificaron una serie de creencias adictivas que vienen a lidiar (disfuncionalmente) con el malestar emocional generado a partir de las reglas y que contribuyen al mantenimiento de la psicopatología. Entre las creencias

disfuncionales indagadas, han sido notables en los pacientes: la creencia de que la droga energizará al individuo y le dará más fuerza y poder, la creencia y expectativa de que la droga calmará el dolor, el supuesto de que la sustancia aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión. De este modo, las creencias adictivas conducen al arreglo rápido o alivio inmediato, siendo la sustancia en los casos seleccionados, una forma habitual de afrontamiento a los problemas (Washton y Boundy, 2009).

A partir de los registros recuperados y el material teórico, se pudo inferir que el sistema de creencias podría incrementar la vulnerabilidad hacia el consumo, ya que las creencias que se sostienen acerca de uno mismo, de los demás y del mundo, determinan en gran medida los sentimientos, la personalidad y la conducta (Washton y Boundy, 2009). Asimismo, el sistema de creencias se va originando a través de las experiencias que las personas tienen en su núcleo familiar, lo que permitió pensar, que sin la modificación de las reglas o patrones de la familia adictiva, las creencias adictivas podrían continuar interviniendo en el mantenimiento del consumo problemático.

Por otro lado, con el fin de cotejar los factores familiares intervinientes en el consumo problemático desde las experiencias de los usuarios, se incorporó la perspectiva de los profesionales sobre aquellos factores familiares de riesgo que promueven el consumo problemático frente a los factores familiares protectores que impulsan el abandono. En primera instancia, los profesionales han identificado como factores familiares de riesgo, la invalidación emocional, comunicación disfuncional, carencia afectiva o cohesión familiar, traumas, carencia de modelos para la resolución de problemas, codependencia y sobreprotección. Respecto a ello, todos los aspectos planteados por los profesionales coinciden en su totalidad con el discurso de los usuarios. Esto apuntaría al reconocimiento de los factores familiares como intervinientes en el consumo problemático de sustancias.

Respecto a los factores familiares protectores que minimizan el riesgo de consumo y favorecen el tratamiento, los profesionales han identificado, la psicoeducación, puesta de límites, validación emocional, comunicación asertiva, contexto cálido de acompañamiento, habilidades de regulación emocional. Se constató que los cuatro profesionales coincidieron en todos aquellos aspectos que actúan positivamente frente al consumo de sustancias. En este marco, se comprobó la necesidad del apoyo familiar en el tratamiento de las adicciones, siendo este un pilar emocional que ayuda al usuario a comprometerse y responsabilizarse de su recuperación.

En contraposición, el relato de los usuarios evidenció distintos tipos de relaciones disfuncionales capaces de entorpecer el proceso de recuperación. Los casos seleccionados vienen de familias con grandes conflictos que notoriamente han desempeñado un papel importante en su conducta, lo que habilitó a ilustrar la relevancia en cambiar patrones familiares. En este sentido, se ha comprobado a través del presente trabajo que cuando la familia se involucra activamente en el proceso terapéutico, y realiza cambios en los modos de vincularse, está poniendo al servicio del usuario en rehabilitación todas sus potencialidades. Por lo tanto, asume las responsabilidades que le tocan y se abre a la posibilidad de cambio como fue posible en el caso de Juan Ignacio. En consecuencia, se podría remitir y reafirmar lo mencionado anteriormente, el reconocimiento de estas relaciones es primordial para el abordaje de la problemática, de esta manera, será menos dificultoso para los usuarios poder sostener en el tiempo todo lo adquirido durante el tratamiento.

10. BIBLIOGRAFÍA

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Atadokht, A., Hajloo, N., Karimi, M., Narimani, M. (2015). The role of family expressed emotion and perceived social support in predicting addiction relapse. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 4(1)

<https://pdfs.semanticscholar.org/8b6f/cccffa2d7f23b42b5cf2d6a8158348098e15.pdf>

Aylwin, N., Solar, M. (2002). *Trabajo Social Familiar*. Santiago: Editorial Pontificia Universidad Católica. <https://www.fhyce.edu.py/wp-content/uploads/2020/08/Trabajo-Social-Familiar-N.-Aylwin.pdf>

Balaguer Cano, N., Baquero Escribano, A., Molinero Navarro, L., Monfort Montolio, M., Pérez, M., Soler Mondejar, I., Vilimelis Cabedo, I. (2017). *El papel de la familia en el consumo de sustancias*. España: Madrid: Fundación Amigó. [file:///C:/Users/usuario.PC1/Downloads/guia_familias_proyecto_amigo2017%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/usuario.PC1/Downloads/guia_familias_proyecto_amigo2017%20(2).pdf)

Beck A., Wright F., Newman, C., Liese, B. (1975). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.

Becoña Iglesias, E. (2021). *La Prevención Ambiental en el Consumo de Drogas. ¿Qué medidas podemos aplicar?*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- Becoña Iglesias E., Cortés Tomás M., Arias Horcajada F., Barreiro Sorrivas C., Berdullas Barreiro J., Iraurgi Catillo I. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España: Sociodrogalcohol.
- Blarrina, M., Marín, F. (2019). Claves y evidencias en la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de las adicciones. *Revista Análisis y Modificación de Conducta*, 45 (171-172) 1-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v45i171-2.3682>
- Boggiano, J., Gagliesi, P., Teti, G. (2015). Terapia Dialéctico Conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 26 (119), 57-64.
- Boggiano, J. P., Gagliesi, P. (2018). *Terapia Dialéctico Conductual: Introducción al Tratamiento de Consultantes con Desregulación Emocional*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Tres Olas.
- Booth, B., Russell, D., Soucek, S., Laughlin, P. (1992). Social support and outcome of alcoholism treatment: An exploratory analysis. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 18(1), 87–101.
- Cancrini, L. (1991). *Los temerarios en sus máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias de los toxicómanos*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Carballo, D. (2010). Caracterización de la salud familiar de los pacientes que consumen drogas atendidos en la consulta de adicciones. *Revista electrónica de Portales Médicos*, 4 (84), 1-3. <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2022/1/Caracterizacion-de-la-salud-familiar-de-los-pacientes-que-consumen-drogas-atendidos-en-la-consulta-de-adicciones.html>

- Cárdenas Paredes, D. C. (2012). *Evaluación de los estilos y formas de relación de los sistemas familiares de niños y adolescentes con experiencia de vida en calle, que acuden a la Casa de la Niñez* [Tesis de grado]. Universidad Politécnica Salesiana, Quito, Ecuador.
- Cervera, I., López, C., Alcántara, M., Castro, M., Fernández, V., Martínez, A. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 219-229.
<https://www.redalyc.org/journal/778/77865632009/77865632009.pdf>
- Cid-Monckton, P., Pedrão, L. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(Spec),738-745. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421968010>
- Cifuentes Gil, R, M (2011) La escritura: clave en procesos de sistematización de experiencias. Programa de Trabajo Social, Universidad de la Salle | Bogotá, Colombia.
https://cepalforja.org/sistem/documentos/decisio28_saber7.pdf
- Cócola, F. (2022). Apego, regulación emocional y funcionamiento familiar en adultos con trastorno por consumo de cocaína. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27 (1), 59-72. <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/30820/25172>
- Colegio Oficial de Psicólogos de España. (1998). El perfil del psicólogo clínico y de la Salud. *Revista Papeles del psicólogo*, 69 (69).S/p.
- Colegio de Psicólogos de la provincia de Córdoba (2016). Código de Ética.
<https://www.cppc.org.ar/wp-content/uploads/2018/05/CODIGO-DE-E%CC%81TICA-2016.pdf>
- Colegio de Psicólogos de la provincia de Córdoba (2017). Reglamento de Especialidades.
<https://cppc.org.ar/reglamento-de-especialidades/>

- Cuevas, J., Moreno, N. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Revista Enfermería Universitaria*, 14 (3), 207-218.
<https://revistaenfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/25>
- Del Río, M. (s.f.). Inteligencia Emocional: La Ley de los 90 segundos. *PsicoAbreu*.
<https://www.psicologos-malaga.com/inteligencia-emocional-90-segundos/>
- Ellis, A., McNerny, J.F. (1992). *Terapia racional-emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. Bilbao: DBD.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013). Código de Ética Nacional.
http://fepra.org.ar/docs/C_ETICA.pdf
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (2010). Regulación de la práctica. Listado de prácticas del psicólogo.
http://www.fepra.org.ar/images/otrosdocs/Listado_practicas_psicologicas.pdf
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Revista Papeles del psicólogo*, 24 (85), 1 -10.
- Feria Morales, L. A. (2015). *Estrategias de desarrollo socio-afectivo en el manejo de emociones como factor protector en adolescentes para el mejoramiento del bienestar subjetivo en la institución educativa German Pardo García ciudad Ibagué* [Tesis de grado]. Universidad Nacional Abierta y a Distancia- UNAD.
- Glenny, F., Reyes, M. (2018). *Factores de riesgo familiar que influyen negativamente en el proceso de rehabilitación de los pacientes del programa de unidad de adicciones del hospital regional docente de trujillo* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Trujillo]. Google académico.

- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en la salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31 (2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Gómez, A., Gala, F., Lupiani, M., Guillén, C. (2000). Drogas y salud familiar. *Revista Española de Drogodependencias*, 25, (1) 279-300.
- Gómez, R., Malacari, S., Serena, F. (2012). *Introducción al campo de las drogodependencias*. Córdoba, Argentina: Editorial brujas.
- <file:///C:/Users/usuario.PC1/Downloads/Captulo1corregido.pdf>
- Gonzalez Salazar, I, D. (2009). Estrategias Cognitivo Conductuales para el manejo de craving. *Revista toxicomanías*,. 1- 6 .
- Guber, R. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma. https://facultad.pucp.edu.pe/comunicaciones/ciudadycamunicacion/wp-content/uploads/2014/11/Guber_Rosana_-_La_Etnografia_Metodo_Campo_y_Reflexividad.pdf
- Guevara, G. (2002). Relación de los niveles de autoeficacia y la codependencia en un grupo de familiares de pacientes drogadependientes. *Revista de Investigación en Psicología*, 5(2), 6-26. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v5i2.5063>
- Hernández, M., Gómez, I., Martín, M.J. y González, C. (2008). Prevención de la violencia infantil- juvenil: estilos educativos de las familias como factores de protección. *International Journal of Psychological Therapy*, 8, 73-84
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trabajos clínicos. *Psicología conductual*, 19(2), 347-372.

http://www.researchgate.net/publication/236903688_Psicopatologa_de_la_regulacin_emocional_El_papel_de_los_dfcit_emocionales_en_los_transtornos_clnicos

Hervás, G., Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la escala de dificultades en la regulación emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.

<http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n2/v19n2a01.pdf>

Hervás, G., Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de psicología general y aplicada*, 59(1-2),9-36.

http://www.researchgate.net/publication/235428353_La_regulacin_afectiva_Modelos_investigacin_e_implicaciones_para_la_salud_mental_y_fisica

Inchaustia, F., García-Poveda, N., Prado-Abrilb, J y Sánchez-Reales, S. (2020). La Psicología Clínica ante la Pandemia COVID-19 en España. *Revista Clínica y Salud*, 31(2),105-

107. https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/1130_5274_clinsa_31_2_0105.pdf

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2020). Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción. https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa_sp.pdf

Jara Holliday, O. (2011) Orientaciones teórico – prácticas para la sistematización de experiencias. http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf

José Quintero, P. (2015). Validación emocional ¿Qué es y cómo practicarla?. *Revista Horacio*, (1), 5-7. <https://grupoact.com.ar/wp-content/uploads/2015/05/Horacio-Nro-1-2015.pdf>

Levin, Y., Lev Bar-Or, R., Forer, R., Vaserman, M., Kor, A., & Lev-Ran, S. (2021). The association between type of trauma, level of exposure and addiction. *Addictive Behaviors*, 118(November 2020), 106889.

- Ley N° 7106. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, Córdoba, Argentina, 13 de septiembre de 1984.
- Ley N° 9848 Régimen de la protección de la salud mental en la provincia de Córdoba. Boletín Oficial de la provincia de Córdoba, 20 de octubre de 2010.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 de 2010. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 25 de noviembre de 2010.
- Ley N° 26.934. Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos nacional, 29 de mayo de 2014.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, ny: Guilford Press.
- López, A., Arroyo, L., Raquel., Godoy, J. (2003). Factores familiares que inciden en las drogodependencias. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 13 (1),203-230. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65413107>
- Medina Arias, N., Ferriani, M. D. G. C. (2010). Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(spe), 504-512.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/XmBCGXCWDNnrytWgybmmLMr/?format=pdf&lang=es>
- Nikmanesh, Z., Kazemi, Y., & Khosravy, M. (2014). Study role of different dimensions of emotional self-regulation on addiction potential. *Journal of family & reproductive health*, 8(2), 69.

- Reyes Larrahondo, J. (2017). *La codependencia: un enemigo silencioso* [Tesis de grado]. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/12391/5/14590904.pdf>
- Robin, A., Foster, S. (1989). *Negotiating parents adolescent conflict: A behavioral family systems approach*. Nueva York: Guilford Press.
- Sanatorio Morra. (s.f.). Historia del Sanatorio. <https://www.morrasanatorio.com/copia-de-obras-sociales>
- Secades, R., Fernández Hermida, J. (2001). Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Factores de riesgo familiares para el uso de drogas: Un estudio empírico español* (pp. 58-113). Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Secades, R., García, O., Fernández, J., Carballo, J. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del psicólogo*. Edición electrónica. 1(28), 29-40.
- Sedronar (2015). “Tramando redes de prevención”. La prevención de los consumos problemáticos desde la escuela primaria. Libro digital para docentes. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sedronar-tramando_redes_de_prevenccion_docentes.pdf
- Souza y Machorro, M (2003). *Adicciones. Clínica y terapéutica*. México: Alfil : S. A. de C.V [file:///C:/Users/usuario.PC1/Downloads/Adicciones%20Clinica%20Y%20Terapeutica%20\(1\)Souza%20Y%20Machorro,%20Mario%20--2_8445%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario.PC1/Downloads/Adicciones%20Clinica%20Y%20Terapeutica%20(1)Souza%20Y%20Machorro,%20Mario%20--2_8445%20(1).pdf)
- Stahl, SM. (2002). *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas*. Barcelona España: Editorial Ariel.

Ulloa, F. (1970). /El método clínico en Psicología/. En Ficha de Cátedra. Facultad de Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Católica de Córdoba. (2020)

Vásquez Dextre, E.(2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuropsiquiatría*, 79 (2), 108-118.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n2/a05v79n2.pdf>

Velázquez Altamirano, M., Arellanez Hernández, J. L., Martínez García, A. L. (2012). Asertividad y consumo de drogas en estudiantes mexicanos. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(1), 131-141. <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v15n1/v15n1a13.pdf>

Velásquez Carranza, D., Vaiz Bonifaz, R., Pedrão, L. (2009). Factores de la satisfacción sobre el apoyo familiar del adolescente adicto en tratamiento. *Revi enferm Herediana*, 2 (1),11-19.

https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2009/enero/ART2_VELASQUEZ.pdf

Washton, A., Boundy, D. (2009). *Querer no es poder: Cómo superar y comprender las adicciones*. España, Barcelona: Paidós.

Zapata Vanegas, M. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, 2(2), 89-94.

<https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539413007.pdf>