

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

# **Creencias y percepciones de profesionales y agentes no profesionales sobre los factores de riesgo y protección implicados en las recaídas en consumos problemáticos de sustancias psicoactivas**

**Estudiante:** Ruberto, Romina Beatriz

**Legajo:** 32178

**Director/es:** Defferrari, Matías Andrés

**Co-director/es:** Rennis, Denise Sol

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciada en Psicología

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

**RIUFLO** - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

**Autorizo la publicación de la obra:**

Desde la fecha [17 de junio del 2026]

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación [ ]

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Ciudad de Buenos Aires, Argentina. 17/06/2026

Firma y aclaración del autor: Romina Beatriz Ruberto



## ÍNDICE

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Resumen .....                                                     | 5  |
| Introducción .....                                                | 6  |
| Delimitación del Objeto de estudio .....                          | 6  |
| Planteamiento del problema .....                                  | 7  |
| Justificación/ Fundamentación .....                               | 9  |
| Objetivos .....                                                   | 9  |
| Supuesto básico de investigación .....                            | 10 |
| Estado del Arte .....                                             | 12 |
| Marco Teórico .....                                               | 18 |
| Creencias y percepciones profesionales .....                      | 18 |
| El consumo problemático de sustancias psicoactivas.....           | 22 |
| Factores de riesgo, de protección y la relación terapéutica ..... | 27 |
| La recaída como proceso .....                                     | 30 |
| Codependencia y vínculos significativos.....                      | 34 |
| Método .....                                                      | 38 |
| Diseño metodológico .....                                         | 38 |
| Participantes y muestra .....                                     | 39 |
| Criterios de inclusión y exclusión.....                           | 39 |
| Instrumento y técnica de recolección de datos .....               | 39 |
| Procedimiento .....                                               | 40 |
| Análisis de datos .....                                           | 40 |
| Consentimiento informado .....                                    | 41 |
| Resultados.....                                                   | 42 |

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
|                                                         | 4  |
| Resultados por categorías y subcategorías .....         | 44 |
| Discusión .....                                         | 50 |
| Conclusión .....                                        | 55 |
| Aportes de la investigación .....                       | 56 |
| Limitaciones y líneas futuras de la investigación ..... | 57 |
| Referencias .....                                       | 59 |
| Anexo/s .....                                           | 70 |

## Resumen

### **Creencias y Percepciones de Profesionales en el Tratamiento de Consumo Problemático de Sustancias: Factores de Riesgo y Protección en las Recaídas**

El presente trabajo busca comprender las creencias y percepciones que sostienen los profesionales y agentes no profesionales que intervienen en dispositivos de atención a personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. Se indaga cómo interpretan los factores de riesgo y de protección asociados a las recaídas, así como los significados que atribuyen al vínculo terapéutico y al rol de la codependencia vincular en los procesos de recaída y recuperación.

Desde una perspectiva integradora, se articulan aportes de los enfoques humanista, conductual y contextual para analizar cómo estos marcos teóricos influyen en las interpretaciones y prácticas cotidianas de los/as profesionales. La investigación adopta un diseño cualitativo exploratorio-descriptivo basado en entrevistas semiestructuradas a trece participantes del campo de los consumos problemáticos: psicólogos/as, consultores/as psicológicos/as, operadores/as, acompañantes terapéuticos/as y miembros de equipos interdisciplinarios.

Los resultados obtenidos revelan que las creencias y percepciones de los/as participantes influyen de manera significativa en la interpretación de las recaídas, incidiendo en la identificación de factores de riesgo y protección, así como en la calidad del vínculo terapéutico. Asimismo, se evidencia que la codependencia opera como un obstáculo en los procesos de tratamiento; no obstante, su abordaje y la promoción de vínculos saludables pueden constituirse en factores protectores, contribuyendo a prácticas profesionales más integrales y contextualizadas.

**Palabras clave:** Creencias y Percepciones profesionales. Consumos problemáticos. Recaídas. Factores de riesgo y protección. Codependencia.

## **Introducción**

### **Delimitación del Objeto de estudio**

El presente trabajo se propone indagar en las creencias y percepciones que sostienen tanto los profesionales como los agentes no profesionales, entre ellos psicólogos/as, consultores/as psicológicos/as, operadores/as y acompañantes terapéuticos/as, así como integrantes de equipos interdisciplinarios, respecto de los factores de riesgo y protección que intervienen en las recaídas dentro del tratamiento de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas (Becoña et al., 2008).

El consumo problemático es entendido como un fenómeno complejo y multidimensional, atravesado por factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y relacionales, que no puede reducirse únicamente a la sustancia consumida ni a sus efectos farmacológicos (Organización Panamericana de la Salud, 2021; Camarotti y Kornblit, 2015).

El interés de la investigación se centra en comprender de qué manera estos profesionales y agentes no profesionales construyen sentidos y explicaciones sobre las recaídas, los factores que pueden favorecerlas o prevenirlas y el lugar que ocupan los vínculos, el acompañamiento y las dinámicas relacionales en estos procesos. Desde la perspectiva cognitiva, las creencias funcionan como estructuras que orientan la interpretación de las experiencias y las respuestas ante ellas, moldeando la percepción de las circunstancias, las relaciones y la autovaloración (Beck, 1976). En el ámbito del tratamiento de los consumos problemáticos, estas creencias y actitudes influyen en la manera en que los profesionales comprenden y abordan las recaídas, así como en la calidad del vínculo terapéutico (Leite Ferreira et al., 2019).

Asimismo, la investigación considera la importancia de comprender las recaídas como procesos dinámicos y multicausales, influidos por factores emocionales, cognitivos, familiares, sociales y contextuales (Marlatt y Donovan, 2005).

Del mismo modo, se incorporan la codependencia y los vínculos significativos como dimensiones relevantes para analizar cómo determinadas dinámicas relacionales pueden funcionar tanto como factores de riesgo como de protección frente a las recaídas (Cermak, 1986; Tracy y Wallace, 2016).

### **Planteamiento del problema**

En Argentina, los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas continúan constituyendo una problemática de relevancia sanitaria y social. La Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado (2022) desarrollada por la SEDRONAR y el INDEC, señala la persistencia de consumos de alcohol, marihuana, psicofármacos y otras sustancias en la población, así como la necesidad de profundizar en los factores de riesgo, protección y prácticas de cuidado asociadas. Asimismo, el estudio destaca la complejidad y multidimensionalidad de estos consumos, incorporando por primera vez dimensiones vinculadas a las motivaciones, contextos y estrategias de cuidado de las personas (INDEC y SEDRONAR, 2023).

La recaída representa una de las principales dificultades en el tratamiento de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, dado que se encuentra asociada a múltiples factores individuales, psicosociales y contextuales que pueden interferir en la continuidad del tratamiento y en los procesos de recuperación a largo plazo (Bravo y Chávez Vera, 2022). En este sentido, ningún proceso de recuperación se desarrolla de manera lineal y las recaídas constituyen un fenómeno frecuente y esperable dentro de los tratamientos, por lo que, la recaída puede ser definida como el retorno al consumo

problemático tras un período de abstinencia, entendida como un proceso continuo que involucra múltiples etapas y factores (Marlatt y Gordon, 1985).

Si bien la literatura científica ha profundizado en los factores individuales, sociales y contextuales que inciden en las recaídas, existe menor desarrollo respecto de cómo las creencias, percepciones y significados que sostienen los/as profesionales y agentes no profesionales que trabajan en el campo de los consumos problemáticos influyen en la comprensión de estos procesos, especialmente en relación con el estigma asociado al uso de sustancias (Ronzani y Furtado, 2010). Estas representaciones, muchas veces implícitas, pueden condicionar la interpretación de las experiencias clínicas, la lectura del vínculo terapéutico y la comprensión de dinámicas relacionales vinculadas al tratamiento de los consumos problemáticos (Tosi et al., 2018). Estas dinámicas pueden funcionar tanto como factores de riesgo como de protección en relación con los consumos problemáticos y las trayectorias asociadas a ellos (Cava et al., 2008).

En esta línea, Calvete y Cardeñoso (2001) señalan que la relación entre las creencias y la resolución de problemas continúa siendo un campo escasamente investigado, lo que refuerza la necesidad de profundizar en estas dimensiones.

Asimismo, los factores de riesgo y protección vinculados a los consumos problemáticos presentan un carácter multicausal, ya que involucran dimensiones personales, relacionales y contextuales (Cava et al., 2008).

De esta forma, la presente investigación se inscribe en un enfoque integrador que articula perspectivas humanistas, conductuales y contextualistas para comprender el papel de las creencias en los procesos de recaída y en el acompañamiento terapéutico (González Rey, 2013). Tal como sostiene Carballada (2002), “la práctica interroga a la teoría, le genera nuevas preguntas, elaborando nuevas síntesis atravesadas por la inminencia del contexto en la singularidad microsocial del escenario de intervención” (p. 18).

**Pregunta de investigación:**

Los interrogantes que direccionaron la investigación han sido:

¿Cómo perciben los profesionales y agentes no profesionales los factores de riesgo y protección implicados en las recaídas?

¿De qué manera las creencias y percepciones de quienes intervienen en los dispositivos de asistencia influyen en la interpretación del vínculo terapéutico y de los procesos de recaída?

¿Cómo consideran los participantes el rol de la codependencia familiar o vincular en la continuidad del tratamiento y en los procesos de recuperación?

**Justificación/ Fundamentación**

Desde esta perspectiva, resulta pertinente analizar las creencias y percepciones de quienes trabajan en el campo de los consumos problemáticos, debido a que ello puede aportar nuevos elementos para interpretar los procesos de recaída y los factores que influyen en la continuidad de los tratamientos.

En este marco, la escasez de investigaciones orientadas a indagar cómo estas creencias y representaciones inciden en la interpretación de las recaídas constituye un vacío relevante de conocimiento. Profundizar en cómo los profesionales y agentes no profesionales interpretan los factores de riesgo y protección permitiría identificar limitaciones, condicionamientos y recursos presentes en las prácticas de intervención, favoreciendo una mirada más integral sobre los procesos implicados en la continuidad terapéutica (Tosi et al., 2018; Ronzani y Furtado, 2010).

**Objetivos**

Objetivo general:

- Comprender las creencias y percepciones de los profesionales y agentes no profesionales que intervienen en dispositivos de asistencia a personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, en relación con los factores de riesgo y protección implicados en las recaídas.

Objetivos específicos:

- Explorar los significados y representaciones que los participantes atribuyen a los factores de riesgo y de protección en el contexto de las recaídas.
- Indagar la relación entre las creencias y percepciones de profesionales y no profesionales respecto de la recaída y del vínculo terapéutico.
- Examinar cómo perciben los profesionales y agentes no profesionales el rol de la codependencia familiar o vincular como posible factor de riesgo o recurso terapéutico.

### **Supuesto básico de investigación**

Se parte del supuesto de que las creencias y percepciones de los profesionales y agentes no profesionales que intervienen en el tratamiento de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas influyen de manera significativa en la comprensión de las recaídas y en la interpretación de los factores de riesgo y protección implicados.

Asimismo, se considera que los factores de riesgo en los consumos problemáticos no dependen únicamente de variables clínicas objetivas, sino también de los significados que los profesionales y agentes atribuyen a los procesos terapéuticos, vinculares y relacionales. En este sentido, se presume que variables como la falta de sostén familiar, la exposición a contextos de consumo, la impulsividad, los conflictos vinculares y la baja adherencia al tratamiento pueden favorecer la aparición de recaídas.

Por otra parte, se plantea que los factores protectores, tales como la red de apoyo familiar y social, el acompañamiento terapéutico, la motivación para el cambio y la continuidad en el tratamiento, favorecen una recuperación más sostenida y disminuyen la probabilidad de recaídas.

Finalmente, se considera que la codependencia familiar o vincular puede constituirse como un factor de riesgo relevante en el mantenimiento del consumo y en la repetición de recaídas. No obstante, también se presume que, cuando estas dinámicas son abordadas terapéuticamente, pueden resignificarse y transformarse en recursos que favorezcan el acompañamiento y la adherencia al tratamiento.

## **Estado del Arte**

Para comenzar, se presentarán a continuación distintas investigaciones, llevadas a cabo en los últimos 5 años, que permiten analizar y comprender la temática de interés que se aborda en el presente trabajo de investigación. La búsqueda de estos antecedentes se efectuó a través del empleo de distintas bases de datos como Google Académico, Scielo, Dialnet y Redalyc, entre otras.

Gómez Vargas et al. (2021) realizaron un estudio cualitativo hermenéutico con 32 profesionales del Sistema de Atención al Habitante de Calle Adulto en Medellín, Colombia, mediante dos grupos focales. El objetivo fue explorar cómo las emociones y representaciones profesionales frente a usuarios con consumo problemático condicionan la calidad de la atención, así como la práctica clínica, la detección temprana y la continuidad terapéutica. A partir del análisis categorial de las transcripciones, los resultados evidenciaron contenidos ambivalentes en las narrativas profesionales: por un lado, emergen sentimientos de frustración y creencias de desconfianza que se traducen en actitudes evasivas hacia las personas con consumo problemático; por otro, se destacan emociones de gratificación y posturas más comprensivas, aunque aún ancladas en un ideal moralista de abstinencia total. Los hallazgos revelan que el estigma opera como un componente transversal en las prácticas de atención y que el rol profesional no exime de reproducir prejuicios o estereotipos.

En esta línea, Leite Ferreira et al. (2022) realizaron un estudio cuantitativo con 264 profesionales de la salud de servicios especializados y de atención primaria en la región sudeste de Brasil, con el propósito de examinar sus actitudes hacia las personas con trastornos por consumo de sustancias, controlando los efectos de la deseabilidad social. Para ello, emplearon como instrumentos la Escala de Apertura de Mentes para Proveedores

de Salud (OMS-HC) y la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne, adaptada al portugués brasileño, como variable de control. Mediante un análisis de regresión jerárquica múltiple, evaluaron la contribución de diversas variables sociodemográficas y de contacto. Los resultados evidenciaron que la familiaridad con el consumo, ya sea por contacto directo con usuarios o por experiencia personal, predijo actitudes más positivas, mientras que los profesionales de servicios especializados manifestaron actitudes menos estigmatizantes que aquellos de atención primaria. Estos hallazgos sugieren que el conocimiento cercano del fenómeno y la especialización profesional operan como factores protectores frente a la reproducción de estereotipos, aun cuando existe presión hacia respuestas socialmente deseables. Los resultados de Leite Ferreira et al. (2022) subrayan la importancia de considerar cómo el nivel de familiaridad y la formación específica inciden en lecturas más matizadas del entramado emocional y relacional que sostiene tanto las recaídas como los lazos codependientes.

Villegas Oromí (2022) explora la relación bidireccional entre violencia intrafamiliar y consumo problemático de sustancias, subrayando cómo ambos fenómenos se retroalimentan y agravan mutuamente. El estudio, realizado en un Centro de Salud Mental del partido de San Miguel, Provincia de Buenos Aires, Argentina, con personas en tratamiento, y tuvo como propósito identificar la presencia de situaciones de violencia familiar, reconocer los factores que inciden en el consumo y comprender los efectos subjetivos vinculados al uso de sustancias. A partir de una revisión teórica y empírica, se emplearon entrevistas semiestructuradas y revisión documental de expedientes clínicos para relevar información contextual y relacional de los casos. Los resultados muestran factores de riesgo recurrentes tales como el abuso de alcohol por parte del agresor, la influencia de determinantes psicosociales y económicos, la presencia de modelos familiares disfuncionales y antecedentes de trastornos psiquiátricos, los cuales operan como condicionantes que incrementan la vulnerabilidad al consumo. De manera complementaria,

se identificaron factores protectores como la cohesión familiar, la contención emocional y la existencia de redes de apoyo estables, que favorecen la adherencia al tratamiento y la continuidad de los procesos de recuperación. Estos hallazgos señalan que el abordaje del consumo problemático no puede dissociarse del entramado relacional y afectivo del paciente, y que la intervención familiar y comunitaria constituye un componente esencial de los dispositivos terapéuticos.

En relación con la estigmatización, Cazalis et al. (2023) realizaron una revisión exploratoria internacional con el propósito de sintetizar la evidencia disponible sobre la estigmatización de personas con adicciones por parte de profesionales de la salud. Aunque no emplearon instrumentos primarios, los autores analizaron estudios recientes que muestran cómo las creencias negativas influyen directamente en el vínculo asistencial, las decisiones clínicas y la adherencia al tratamiento. La revisión identifica que factores como la persistencia del modelo moral de la adicción, la ausencia de formación específica, las creencias negativas de los equipos y las limitaciones estructurales, como falta de tiempo y escaso apoyo organizacional, contribuyen a la reproducción del estigma en distintos niveles del sistema sanitario. Los autores destacan la necesidad de revisar los procesos formativos y organizacionales para promover prácticas empáticas, reflexivas y libres de juicio, orientadas a fortalecer un acompañamiento genuino y centrado en la persona. Señalan además que la enseñanza de la adicción desde un modelo médico de enfermedad crónica, junto con programas de capacitación que incluyan espacios de reflexión sobre el estigma, podría mejorar significativamente las actitudes profesionales. No obstante, advierten que aún se requieren estudios que analicen la evolución del estigma en el tiempo y su presencia en otros trastornos no vinculados exclusivamente con el consumo.

En el ámbito de la intervención profesional, la investigación de Alemandi Garay (2023), centrada en los programas Puente y CEDIT de Salta, Argentina, aporta evidencia

cualitativa sobre cómo los psicólogos interpretan y aplican distintos marcos terapéuticos en la atención de personas con consumo problemático. El estudio se basó en entrevistas semiestructuradas y observación participante, identificando un espectro de posturas profesionales que va desde enfoques centrados en la abstinencia hasta modelos integradores de reducción de daños. Los hallazgos revelan que las condiciones contextuales, como la insuficiencia de recursos institucionales, la limitada formación continua y las tensiones interdisciplinarias, influyen significativamente en la implementación de modelos centrados en la persona y en la toma de decisiones clínicas. El trabajo destaca que las representaciones profesionales funcionan como variables mediadoras clave entre los marcos teóricos y la práctica cotidiana, determinando no sólo el tipo de intervención, sino también la calidad del vínculo terapéutico. La investigación de Alemendi Garay (2023) subraya que la eficacia de cualquier dispositivo terapéutico depende no solo del modelo adoptado, sino también de las representaciones profesionales y de las condiciones institucionales que modulan la práctica clínica.

Segovia (2023), en el Hospital Falucho de Entre Ríos, Argentina, exploró cómo las representaciones sociales de los profesionales influyen en la atención a personas con adicciones, mediante grupos focales y entrevistas semiestructuradas a veintidós agentes de salud. Las narrativas profesionales oscilan entre posturas moralizantes y comprensivas, condicionando la interpretación de las recaídas y la valoración de factores protectores. Estas representaciones pueden legitimar prácticas que reproducen exclusión o, por el contrario, favorecer la alianza terapéutica. Esta investigación subraya la necesidad de espacios de reflexión y formación continua, pues reconocer y revisar las propias representaciones es clave para reducir el estigma, mejorar la accesibilidad y fortalecer la adherencia, así como para abordar dinámicas de codependencia en el contexto del acompañamiento terapéutico.

La investigación de Sánchez Garayalde (2024), en la Universidad de Flores, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, se enmarca en un diseño cualitativo, no experimental, descriptivo y transversal, mediante entrevistas semiestructuradas a profesionales tratantes, identificando facilitadores y barreras de la adherencia. Se observó que responsabilizar al paciente por falta de motivación o concebir la abstinencia como único objetivo limita la adherencia, evidenciando que las creencias profesionales son determinantes. Sánchez Garayalde muestra cómo las representaciones y expectativas de los profesionales influyen directamente en la adherencia y en la interpretación de la recaída.

Jara Fajardo y Pulla Pulla (2024), en el Centro Especializado CETAD “Voluntad y Fortaleza”, Cuenca, Ecuador, realizaron una investigación mixta con enfoque participativo, centrada en la voz de los usuarios, mediante entrevistas semiestructuradas y cuestionarios a usuarios y profesionales. Los hallazgos muestran que los apoyos emocionales, instrumentales y normativos pueden funcionar como factores protectores o riesgos, dependiendo de la calidad de los vínculos. Dando cuenta que, las redes afectivas con límites claros y acceso a recursos favorecen la rehabilitación, mientras vínculos desorganizados o sobrecargados obstaculizan la continuidad y autonomía del proceso, enfatizando la importancia de integrar estrategias familiares y de pares en los programas de rehabilitación. En este estudio se resalta cómo lo relacional influye en la adherencia, la prevención de recaídas y la presencia de dinámicas de codependencia en el proceso terapéutico.

Verdugo Sánchez (2024), en el CETAD Municipal de Azogues, Cuenca, Ecuador, realizó un estudio con metodología mixta y diseño transversal, combinando cuestionarios sobre factores protectores y entrevistas semiestructuradas a usuarios y profesionales. Los resultados destacan que la estabilidad emocional y el compromiso familiar favorecen la adherencia y reducen las recaídas, mientras que dinámicas disfuncionales o

sobreprotección aumentan los riesgos. Además, evidencian la importancia de la percepción profesional en la interpretación de los factores de riesgo y protección. Esta investigación subraya cómo las dinámicas familiares y la visión de los profesionales inciden en la adherencia, la prevención de recaídas y la presencia de posibles patrones de codependencia.

Mora Pérez (2025), en su tesis doctoral realizada en la Universidad Nacional de La Plata, desarrolló un estudio cualitativo con enfoque etnográfico, de alcance descriptivo e interpretativo, centrado en un estudio de caso del grupo terapéutico “Solo por Hoy” en Ecuador. La investigación implicó una observación participante prolongada entre 2020 y 2024, con asistencia a más de quinientas reuniones, complementada con 23 entrevistas en profundidad semiestructuradas, historias de vida y revisión de registros documentales del grupo. El proceso de recolección de datos incluyó un sistema de registro en dos fases, apuntes mínimos in situ y reconstrucciones posteriores mediante descripciones densas, incluyendo grabaciones de audio con consentimiento informado y triangulación de fuentes. El análisis se realizó bajo el principio de saturación teórica y fue sistematizado mediante el software MAXQDA 2022. Los resultados muestran que la recaída es construida por los participantes como un fenómeno profundamente simbólico y relacional, atravesado por dimensiones rituales, espirituales e identitarias. Más que un simple retorno conductual al consumo, la recaída aparece como un punto crítico dentro de trayectorias biográficas complejas, resignificada colectivamente en el marco del grupo. El estudio se centra en las experiencias y significados construidos por los miembros en recuperación, sin abordar de manera específica las creencias y percepciones de los profesionales tratantes frente a la recaída.

## **Marco Teórico**

### **Creencias y percepciones profesionales**

El estudio de las creencias y percepciones de los profesionales y agentes no profesionales que intervienen en dispositivos de asistencia a personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas resulta fundamental para comprender cómo los marcos cognitivos, afectivos y valorativos influyen en la práctica clínica, en la relación terapéutica y en la continuidad de los procesos de tratamiento.

Desde una perspectiva cognitiva, las creencias pueden entenderse como proposiciones que los individuos consideran verdaderas y que guían su interpretación de la realidad y su conducta (Fishbein y Ajzen, 2010). Estas estructuras cognitivas no operan de manera aislada, sino que se articulan con procesos más amplios de procesamiento de la información (Beck, 1976).

Tomando en cuenta lo mencionado, los sesgos cognitivos pueden entenderse como desviaciones sistemáticas en los juicios y decisiones que emergen del uso de heurísticos o atajos mentales (Tversky y Kahneman, 1974). En esta línea, los autores plantean que las personas recurren a estos heurísticos para simplificar la complejidad del entorno, aunque su utilización puede generar errores sistemáticos de interpretación (Tversky y Kahneman, 1974).

Desde la teoría cognitiva de Beck (1976), los esquemas cognitivos constituyen estructuras organizadas de conocimiento que influyen en la percepción, evaluación e interpretación de las situaciones, es decir, estas estructuras cognitivas orientan la manera en que los individuos procesan la información y responden ante las experiencias. Diversas investigaciones han señalado que las creencias influyen en la interpretación de las

situaciones sociales y en las estrategias de resolución de problemas (Calvete y Cardeñoso, 2001).

Complementariamente, la teoría atribucional desarrollada por Weiner (1986) sostiene que las explicaciones causales que las personas elaboran sobre los acontecimientos se organizan en torno a tres dimensiones: locus de causalidad, estabilidad y controlabilidad. Dichas atribuciones inciden directamente en las emociones, en las expectativas y en las conductas adoptadas frente a determinadas situaciones, configurando marcos interpretativos sobre la responsabilidad, la posibilidad de cambio y la recaída (Weiner, 1986).

No obstante, las creencias profesionales no se constituyen únicamente a partir de procesos individuales, sino que se inscriben en marcos socioculturales más amplios (Moscovici, 1979). Desde la teoría de las representaciones sociales desarrollada por Moscovici (1979), estas se definen como formas de conocimiento de sentido común socialmente elaboradas y compartidas, que orientan los comportamientos y la comunicación.

Moscovici (1979) establece que las representaciones se configuran mediante los procesos de anclaje, que integra lo nuevo en categorías preexistentes, y objetivación, que transforma nociones abstractas en imágenes concretas y socialmente compartidas. Jodelet (1986) y Banchs (1986) profundizan este enfoque al destacar su carácter dinámico y su función práctica en la organización de la experiencia cotidiana.

Jodelet (1986) señala que el concepto de representaciones sociales refiere a un saber de sentido común cuyos contenidos ponen de manifiesto la acción de procesos generativos y funcionales de carácter social, es decir, constituyen una forma de pensamiento social, en tanto expresan modos compartidos de interpretar y significar la realidad. Asimismo, se configuran como modalidades de pensamiento práctico orientadas a

la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, tanto material como simbólico (Jodelet, 1986).

Como se mencionó anteriormente, Banchs (1986) propone entender las representaciones sociales desde una doble perspectiva, considerando simultáneamente su carácter de contenido y de proceso, además, constituyen un conjunto de conocimientos socialmente elaborados y compartidos.

Por otro lado, las representaciones sociales implican una dinámica mediante la cual dichos conocimientos se construyen, reconstruyen y comunican en la interacción social, dando cuenta que, estas formas de conocimiento responden a una lógica propia, distinta de la científica, aunque no inferior, que se expresa en el lenguaje cotidiano y en las prácticas sociales de los grupos (Banchs, 1986).

En las sociedades contemporáneas, caracterizadas por la circulación constante de información y la rápida transformación de opiniones, las representaciones sociales adquieren un papel central como formas socialmente compartidas de interpretación y orientación de las relaciones sociales (Mora, 2002). En este marco, las creencias sobre el consumo problemático no se limitan a saberes técnicos, sino que incorporan significados culturales, valoraciones morales y narrativas socialmente compartidas (Mora, 2002).

Estas construcciones cognitivas y sociales se articulan de manera particular en el fenómeno del estigma. De acuerdo con Goffman (1963), el estigma constituye un proceso social mediante el cual determinados atributos son definidos como desacreditadores, produciendo una identidad social deteriorada.

Asimismo, Corrigan (2000) amplía esta conceptualización al distinguir entre estigma público, estructural e internalizado, destacando su impacto en el acceso a recursos y oportunidades. El estigma puede manifestarse a nivel social, a través de actitudes negativas

de la comunidad; estructural, mediante políticas e instituciones que limitan recursos; o internalizado, cuando la persona que consume asume los juicios negativos sobre sí misma (Corrigan, 2000).

En este sentido, las interacciones entre profesionales de la salud y pacientes pueden analizarse como espacios donde operan mecanismos de categorización, etiquetamiento y atribución de significados (Becker, 1963; Goffman, 1963).

En el ámbito del consumo problemático, el estigma configura un elemento central en la construcción de creencias y percepciones profesionales. Livingston et al. (2012) evidencian que las actitudes negativas hacia las personas con trastornos por uso de sustancias pueden influir en la calidad del vínculo terapéutico y en las decisiones clínicas. Los estereotipos asociados al consumo, como la atribución de responsabilidad moral, debilidad de carácter o falta de voluntad, contribuyen a la reproducción de prácticas discriminatorias y a la consolidación de barreras institucionales (Livingston et al. 2012) .

Desde esta perspectiva, las creencias y percepciones profesionales condicionan la identificación de factores de riesgo y protección, así como la interpretación de las recaídas, entendidas como el retorno al consumo problemático tras un período de abstinencia (Marlatt y Gordon, 1985).

Asimismo, la percepción profesional influye en la manera en que se evalúan las dinámicas familiares, incluyendo la codependencia, que puede ser concebida tanto como factor de riesgo como un elemento relevante en los procesos de acompañamiento e intervención familiar en adicciones (Becoña y Cortés, 2008).

Leite Ferreira et al. (2022) señalan que las actitudes profesionales se estructuran en tres componentes interrelacionados: cognitivo, afectivo y conductual, por lo que, estos

componentes determinan, los juicios que se elaboran frente a individuos o situaciones, las emociones asociadas y las conductas que se despliegan en la práctica.

Leite Ferreira et al. (2022) plantea que, muchos profesionales manifiestan una gran disposición para acompañar a personas con consumo problemático, no obstante, señalan que, persisten actitudes negativas vinculadas al miedo, el prejuicio o el escaso conocimiento, las cuales pueden incidir en la práctica clínica, en la calidad del vínculo terapéutico y en la adherencia al tratamiento.

Desde la perspectiva humanista de Rogers (1951, 1961), la empatía, la congruencia y la aceptación positiva incondicional constituyen condiciones necesarias para facilitar procesos de cambio. En este marco, las creencias y percepciones profesionales no solo influyen en el diagnóstico y la intervención, sino también en la calidad del vínculo terapéutico y en la posibilidad de promover la autoexploración y el desarrollo personal del paciente (Rogers, 1951, 1961).

Finalmente, la reflexión crítica sobre estas creencias adquiere relevancia en la formación y supervisión clínica. La Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014) da cuenta que, la supervisión efectiva favorece el desarrollo profesional, la revisión de sesgos y la mejora de la calidad del servicio, constituyéndose en una herramienta clave para sostener intervenciones éticas y humanizadas.

### **El consumo problemático de sustancias psicoactivas**

El consumo problemático de sustancias psicoactivas constituye una de las problemáticas más complejas en el campo de la salud mental, en tanto expresa la interacción dinámica entre múltiples dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y políticas. La OPS (2021) sostiene que los consumos problemáticos atraviesan todas las clases sociales, grupos etarios y contextos socioculturales, configurándose como

fenómenos multidimensionales y complejos que no pueden ser comprendidos desde perspectivas lineales ni reduccionistas.

Las sustancias psicoactivas, al ser introducidas en el organismo por diferentes vías de administración, actúan sobre el sistema nervioso central y producen alteraciones en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia, la cognición o el comportamiento (Organización Mundial de la Salud, 2019). Según la OMS (2019), se trata de sustancias capaces de modificar la conciencia y los procesos mentales, abarcando tanto drogas legales como el alcohol, el tabaco y determinados psicofármacos, así como sustancias ilícitas tales como la cocaína o la heroína. Estas pueden generar dependencia física, psicológica o ambas, dependiendo de sus propiedades farmacológicas y del patrón de consumo (OMS, 2004).

En los sistemas diagnósticos contemporáneos, el consumo problemático se conceptualiza como un trastorno caracterizado por un patrón persistente de uso que genera deterioro significativo o malestar clínicamente relevante (American Psychiatric Association, 2013). El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* señala que este patrón se expresa en dificultades para controlar el consumo, deseo intenso o craving, abandono de actividades significativas y persistencia del uso a pesar de las consecuencias negativas (APA, 2013). La conceptualización de la APA (2013) permite comprender el consumo problemático como un fenómeno progresivo que compromete diferentes áreas del funcionamiento personal, social y ocupacional.

La Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1986) advierte que el consumo problemático puede generar complicaciones en la salud física y mental, deterioro de vínculos interpersonales, bajo rendimiento académico o laboral, conflictos legales y afectación significativa del bienestar integral. Estas repercusiones evidencian que el problema trasciende al individuo y alcanza a su entorno familiar y comunitario (FAD, 1986).

No obstante, la mera enumeración de consecuencias no resulta suficiente para definir el carácter problemático del consumo, ya que este no se determina exclusivamente por la sustancia o la cantidad utilizada, sino por el modo en que dicho uso se inscribe en la vida de la persona y su entorno (Camarotti y Kornblit, 2015). En este sentido, Camarotti y Kornblit (2015) señalan que lo central no radica en la droga en sí misma, sino en el vínculo que el sujeto establece con ella dentro de un determinado estilo de vida y contexto sociocultural. Esta perspectiva desplaza el foco desde una mirada sustancialista hacia una comprensión relacional del fenómeno, en la que el consumo adquiere sentido en función de trayectorias vitales, condiciones estructurales y significaciones subjetivas (Camarotti y Kornblit, 2015).

Desde un enfoque biopsicosocial, Becoña (2002) plantea que, los consumos problemáticos son un fenómeno complejo en el que intervienen múltiples factores, desde factores individuales, familiares, comunitarios y socioculturales que interactúan entre sí y pueden potenciar o amortiguar la vulnerabilidad al consumo.

En el plano biológico, los estudios de Volkow et al. (2016) evidencian que las sustancias psicoactivas alteran el sistema de recompensa cerebral, particularmente los circuitos dopaminérgicos mesolímbicos, generando refuerzo positivo y consolidando patrones de uso repetido, por lo que, estas modificaciones neuroadaptativas pueden afectar la toma de decisiones, el control inhibitorio y la regulación del impulso, favoreciendo la cronificación del consumo (Volkow et al., 2016).

Tomando en cuenta la dimensión psicológica, el modelo de prevención de recaídas desarrollado por Marlatt y Donovan (2005) destaca la importancia de los procesos cognitivos, emocionales y situacionales en el mantenimiento del consumo, subrayando que los procesos de cambio no son lineales, sino dinámicos y atravesados por avances y

retrocesos. Esta concepción permite entender la recuperación como un proceso continuo y no como un evento puntual (Marlatt y Donovan, 2005)

Desde una perspectiva sociocultural, los consumos problemáticos pueden analizarse en el marco de los procesos de individualización y debilitamiento de los vínculos colectivos característicos de la denominada modernidad líquida, tal como los describe Bauman (2000). En este sentido, Castel (1995) advierte que las trayectorias de vulnerabilidad y desafiliación social generan condiciones de fragilidad que pueden vincularse con diversas formas de malestar.

Desde una visión psicoanalítica de orientación lacaniana, el consumo puede entenderse como un intento de obturar la falta estructural del sujeto, ya que el consumo puede funcionar como un intento de regulación del malestar subjetivo mediante la búsqueda de una satisfacción inmediata que evite el encuentro con la falta o con el conflicto psíquico y en donde el sujeto, queda capturado en circuitos de goce que tienden a eludir la mediación simbólica (Lacan, 2008).

Lacan (2010) refiere que, la sustancia puede operar como un objeto que se ofrece como tentativa de sutura frente a dicha falta constitutiva, produciendo una ilusión de completud ante experiencias de fragmentación subjetiva. Desde este enfoque, determinadas sustancias pueden operar como objetos privilegiados de goce, en tanto ofrecen una vía rápida para modificar estados afectivos o aliviar tensiones internas, aún cuando sus efectos resulten transitorios y favorezcan nuevas formas de dependencia (Lacan, 2010).

Desde una perspectiva social y cultural, las respuestas institucionales y políticas no resultan neutrales, sino que expresan posicionamientos éticos, ideológicos y sanitarios frente al fenómeno (OMS, 2019).

A su vez, el enfoque de derechos humanos aporta un marco ético fundamental para el abordaje del consumo problemático. La Organización de las Naciones Unidas (2016) ha señalado que las políticas de drogas deben garantizar el acceso equitativo a servicios de salud y evitar prácticas discriminatorias. Hunt (2008) advierte que las políticas de criminalización y el estigma asociado al consumo pueden constituir barreras para el acceso a servicios de salud, vulnerando el derecho al más alto nivel posible de salud. Desde esta perspectiva, la persona con consumo problemático debe ser reconocida como sujeto de derechos, lo que implica promover intervenciones respetuosas de su dignidad, autonomía y contexto de vida (Hunt, 2008).

En este marco, el enfoque de reducción de daños, promovido por la Organización Mundial de la Salud (2009), propone una perspectiva pragmática y centrada en la salud pública, orientada a minimizar las consecuencias negativas del consumo, incluso si no se logra la abstinencia inmediata. Drucker (2013) advierte que las políticas punitivas pueden generar daños sociales y de salud, lo que refuerza la necesidad de enfoques más realistas y humanizados en la intervención sobre conductas de riesgo.

Según la OMS (2023), los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias requieren atención integrada y basada en evidencia para superar las brechas de acceso a la salud, especialmente en contextos con recursos limitados.

La OPS (2021) enfatiza la importancia de estrategias que articulen dispositivos clínicos, psicosociales y comunitarios, promoviendo la participación activa de la persona en su proceso, vinculadas a la reconstrucción del proyecto de vida, la restitución de derechos y la reinserción social.

### **Factores de riesgo, de protección y la relación terapéutica**

Desde una óptica integral, el consumo problemático y los procesos de recuperación se comprenden como fenómenos dinámicos atravesados por la interacción entre factores de riesgo y factores de protección. Estas dimensiones no operan de manera aislada ni lineal, sino que se articulan en un entramado relacional en constante reconfiguración a lo largo de la trayectoria vital del individuo, en diálogo con condiciones neurobiológicas, vínculos significativos y contextos socioculturales específicos (Volkow et al., 2016).

Pita Fernández et al. (1997) menciona que, los factores de riesgo refieren a aquellas características individuales, vinculares o contextuales que incrementan la probabilidad de iniciar, mantener o retomar el consumo, así como de experimentar consecuencias adversas asociadas al mismo. Pita Fernández et al. (1997) los define como condiciones identificables que aumentan la vulnerabilidad frente a determinados eventos de salud.

En el campo de las adicciones, estos factores pueden incluir dificultades en la regulación emocional, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, creencias disfuncionales, escasa percepción de autoeficacia, contextos familiares conflictivos o condiciones de exclusión social (Córdoba Palacios, 2006).

Desde una visión neurobiológica, las alteraciones en los circuitos de recompensa, motivación y control inhibitorio descritas por Volkow et al. (2016) incrementan la sensibilidad a estímulos asociados al consumo y la vulnerabilidad frente a situaciones de alto riesgo.

Sin embargo, la presencia de factores de riesgo no determina necesariamente la persistencia del consumo. En contraposición, los factores de protección refieren a aquellos recursos personales, familiares y comunitarios que amortiguan el impacto de los factores de riesgo y favorecen la resiliencia (Becoña, 2002). Entre ellos se destacan la presencia de vínculos significativos, el acceso a dispositivos terapéuticos, la construcción de un proyecto

vital con sentido, el desarrollo de habilidades de afrontamiento y la participación en redes comunitarias (Becoña, 2002).

La incidencia de estos factores no es estática, sino que varía a lo largo del proceso adictivo y del recorrido terapéutico, por lo que, la acumulación de vulnerabilidades puede potenciar el riesgo, mientras que el fortalecimiento progresivo de recursos protectores puede modificar trayectorias previamente marcadas por el consumo (Volkow et al., 2016).

En este entramado, la relación terapéutica adquiere un lugar central como factor protector específico. Desde el enfoque centrado en la persona desarrollado por Rogers (1961), la empatía, la congruencia y la aceptación positiva incondicional constituyen condiciones facilitadoras del cambio psicológico. La calidad del vínculo terapéutico no solo favorece la adherencia al tratamiento, sino que promueve la autocomprensión, fortalece la autoeficacia y posibilita la internalización de modelos relacionales más seguros (Rogers, 1961; Meier et al., 2005).

La evidencia empírica señala que la alianza terapéutica constituye uno de los predictores más consistentes de resultados positivos en el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (Meier et al., 2005). En este sentido, el espacio terapéutico puede operar como un entorno correctivo que posibilite resignificar experiencias previas, elaborar emociones intensas y consolidar recursos internos (Rogers, 1961; Bordin, 1979).

Desde una perspectiva transteórica, Bordin (1979) conceptualiza la alianza terapéutica como un constructo compuesto por tres dimensiones interdependientes: el vínculo afectivo entre paciente y terapeuta, el acuerdo respecto de las metas del tratamiento y el consenso sobre las tareas necesarias para alcanzarlas. En el contexto del tratamiento de los consumos problemáticos, estas dimensiones adquieren especial relevancia, dado que la ambivalencia frente al cambio y el riesgo de abandono requieren no solo sostén

emocional, sino también claridad en los objetivos y colaboración activa en el proceso terapéutico (Bordin, 1979).

En el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, la fortaleza del vínculo favorece la confianza y reduce la deserción, mientras que el acuerdo sobre metas y tareas estructura el proceso de cambio en contextos de ambivalencia o dificultades en la adherencia al tratamiento (Bordin, 1979; Meier et al., 2005).

Asimismo, resulta necesario considerar que el estigma social y profesional puede operar como factor de riesgo adicional, afectando tanto la implicación terapéutica como la percepción de autoeficacia del paciente (Leite Ferreira et al., 2019). Por ello, el posicionamiento del profesional y la construcción de un vínculo basado en el respeto y la dignidad se vinculan con condiciones facilitadoras del proceso terapéutico (Rogers, 1961; Leite Ferreira et al., 2019).

En consecuencia, los factores de riesgo y protección no deben entenderse como categorías fijas, sino como dimensiones dinámicas que interactúan continuamente (Becoña, 2002). Cuando los recursos protectores resultan insuficientes o se ven debilitados, puede producirse un retorno al consumo; cuando se fortalecen, se incrementan las posibilidades de sostener procesos de cambio (Becoña, 2002; Volkow et al., 2016). Esta dinámica anticipa la necesidad de comprender la recaída no como un evento aislado, sino como parte de un proceso complejo que será abordado en el apartado siguiente (Marlatt y Donovan, 2005).

### **La recaída como proceso**

Desde el modelo de prevención de recaídas desarrollado por Marlatt y Donovan (2005), se propone comprenderla como una instancia potencial de aprendizaje, en la cual es posible identificar vulnerabilidades, revisar estrategias de afrontamiento y fortalecer

recursos personales y contextuales. Esta concepción permite desplazar una mirada moralizante del fenómeno para situarlo dentro de una lógica procesual y multidimensional (Marlatt y Donovan, 2005).

En este marco, resulta relevante distinguir entre “desliz” (lapse) y “recaída” (relapse). Según, Marlatt y Gordon (1985) el desliz refiere a un episodio puntual de consumo, mientras que la recaída implica un retorno sostenido al patrón problemático previo. Esta diferenciación adquiere importancia clínica, ya que el modo en que el sujeto interpreta un consumo aislado puede incidir decisivamente en su evolución posterior (Marlatt y Gordon, 1985).

El denominado “efecto de violación de la abstinencia” describe la tendencia a atribuir el desliz a una falla personal global, generando sentimientos de culpa y desesperanza que incrementan la probabilidad de una recaída completa, así, no es únicamente el episodio de consumo lo que determina la continuidad del proceso, sino la significación que se le otorga y las respuestas emocionales y cognitivas asociadas (Marlatt y Gordon, 1985).

Desde el modelo de prevención de recaídas, la recaída puede ser entendida como un proceso multicausal que emerge de la interacción entre variables individuales, emocionales y situacionales (Marlatt y Donovan, 2005). En el modelo de prevención de recaídas se plantea que el riesgo de recaída aumenta cuando la persona se enfrenta a situaciones de alto riesgo, como estrés intenso, emociones negativas, conflictos interpersonales o presión social, sin disponer de estrategias de afrontamiento eficaces (Marlatt y Gordon, 1985). En este sentido, la regulación emocional, la percepción de autoeficacia y la capacidad de resolución de problemas constituyen variables centrales para sostener cambios conductuales a largo plazo (Marlatt y Donovan, 2005; Bandura, 1997).

La comprensión contemporánea del fenómeno incorpora asimismo aportes neurobiológicos que permiten explicar la persistencia de la vulnerabilidad incluso tras

períodos prolongados de abstinencia (Volkow et al., 2016). Las alteraciones en los circuitos de recompensa, motivación y control inhibitorio descritas por Volkow et al. (2016) incrementan la sensibilidad a estímulos asociados al consumo y favorecen respuestas automáticas ante claves ambientales previamente condicionadas. Desde esta perspectiva, la recaída no puede reducirse a una falta de voluntad, sino que implica procesos neuroadaptativos que interactúan con factores psicológicos y contextuales (Volkow et al., 2016).

Por otra parte, el modelo transteórico del cambio desarrollado por Prochaska y DiClemente (1983) permite situar la recaída dentro de una dinámica no lineal del proceso de transformación conductual. El cambio se concibe como un movimiento en espiral que incluye avances y retrocesos, siendo la recaída una posible etapa dentro de ese recorrido. Esta concepción contribuye a despatologizar el fenómeno y a integrarlo como parte del aprendizaje progresivo hacia la consolidación de nuevos hábitos (Prochaska y DiClemente, 1983).

La recaída puede entenderse también como expresión de conflictos no elaborados o tensiones subjetivas que encuentran en el consumo una vía de regulación emocional, en consonancia con la hipótesis de la automedicación propuesta por Khantzian (1985).

Según Lewis (2015), esta complejidad etiológica cuestiona las conceptualizaciones lineales y permanentes del trastorno. La noción de “cronicidad” en el consumo problemático ha sido objeto de debate. Lewis (2015) cuestiona la concepción de la adicción como una enfermedad cerebral irreversible, señalando que los procesos de neuroplasticidad implican posibilidades de transformación y aprendizaje. Desde esta perspectiva, etiquetar a las personas como “crónicas” puede reforzar representaciones de inmutabilidad y limitar la construcción de proyectos vitales alternativos (Lewis, 2015).

En este sentido, resulta necesario abordar la recaída desde una perspectiva que reconozca la complejidad de los contextos sociales, relacionales y subjetivos, evitando reduccionismos tanto biológicos como moralizantes (Marlatt y Donovan, 2005; Becoña, 2002; Volkow et al., 2016).

Complementariamente, el concepto de capital de recuperación (recovery capital) fue desarrollado por Granfield y Cloud (1999) para referirse al conjunto de recursos personales, familiares, sociales y comunitarios que favorecen el sostenimiento del cambio. Este enfoque fue posteriormente retomado y difundido en la literatura sobre recuperación por White (2007). Desde esta mirada, una conceptualización rígida de la adicción como condición crónica e inmodificable puede reducir las expectativas de transformación y debilitar la construcción de dichos recursos (Granfield y Cloud, 1999; White, 2007). El énfasis se desplaza así desde la mera supresión del consumo hacia el fortalecimiento progresivo de apoyos, vínculos y proyectos significativos que amplían las posibilidades de recuperación (White, 2007).

En articulación con lo desarrollado en el apartado anterior, la probabilidad de recaída se encuentra determinada por la interacción dinámica entre factores de riesgo y factores de protección y variables como la impulsividad, las emociones displacenteras no reguladas, las creencias disfuncionales y la exposición a contextos adversos pueden incrementar la vulnerabilidad (Beck et al., 1993). Mientras que la presencia de redes de apoyo, motivación para el cambio, adherencia al tratamiento y construcción de un proyecto vital con sentido actúan como amortiguadores del riesgo (Vaillant, 2003). La recaída, por tanto, no emerge en el vacío, sino en un entramado de condiciones que pueden debilitarse o fortalecerse a lo largo del proceso terapéutico (Marlatt y Donovan, 2005).

En este escenario, la relación terapéutica adquiere una relevancia decisiva. Desde el enfoque centrado en la persona propuesto por Rogers (1961), un vínculo basado en

empatía, congruencia y aceptación positiva incondicional genera un clima de confianza que facilita la exploración de experiencias dolorosas sin temor al juicio.

Asimismo, el modelo transteórico de alianza terapéutica de Bordin (1979), basado en el vínculo, el acuerdo sobre metas y el consenso en las tareas, resulta especialmente pertinente en el abordaje de recaídas, ya que permite sostener la continuidad del tratamiento incluso frente a retrocesos. La manera en que el terapeuta responde a un desliz puede transformar una experiencia potencialmente desorganizadora en una instancia de reorganización y aprendizaje (Marlatt y Donovan, 2005).

La respuesta clínica frente a la recaída resulta determinante, ya que una intervención centrada en el juicio o la sanción puede reforzar la deserción, mientras que un abordaje comprensivo favorece la continuidad del proceso terapéutico (Rogers, 1961; Marlatt y Donovan, 2005).

Por consiguiente, comprender la recaída como proceso implica reconocer su carácter cíclico, dinámico y multidimensional, influido por factores biológicos, psicológicos, sociales y relacionales (Marlatt & Donovan, 2005; Becoña, 2002; Volkow et al., 2016). El abordaje de los trastornos por consumo de sustancias requiere una perspectiva integral que contemple estas múltiples dimensiones (Marlatt y Donovan, 2005). Desde esta mirada, la recaída no constituye un fracaso moral ni terapéutico, sino una manifestación posible dentro de un proceso complejo de cambio, cuya elaboración adecuada puede fortalecer la trayectoria de recuperación y consolidar recursos personales y vinculares (Marlatt y Donovan, 2005; Becoña, 2002).

### **Codependencia y vínculos significativos**

La codependencia ha sido conceptualizada como un patrón relacional caracterizado por una implicación emocional excesiva y pérdida de límites personales, particularmente en

sistemas familiares afectados por adicciones (Cermak, 1986). Investigaciones posteriores la describen como una subordinación de la identidad y autoestima al cuidado o control del otro, configurando una dinámica relacional de dependencia afectiva (Dear et al., 2004).

Lejos de constituir un mero apoyo, este patrón relacional se caracteriza por límites difusos y sobreimplicación emocional, pudiendo sostener y reforzar dinámicas disfuncionales, especialmente en contextos de consumo problemático de sustancias (Cermak, 1986; Dear et al., 2004).

Diversos autores han señalado que la codependencia se asocia con elevados niveles de ansiedad, estrés crónico y baja autoestima (Beattie, 2009). Estas condiciones incrementan la vulnerabilidad psicológica y pueden dificultar la regulación emocional, manteniendo a la persona en un estado de hipervigilancia afectiva (Beattie, 2009). En este sentido, la codependencia puede constituirse como un factor de riesgo relacional, ya que perpetúa dinámicas centradas en el control y la sobreprotección, obstaculizando el desarrollo de autonomía y estrategias de afrontamiento independientes (Cermak, 1986).

La evidencia empírica en el campo de la prevención de recaídas ha identificado las emociones negativas intensas, el estrés interpersonal y las dificultades en la regulación emocional como factores centrales en el mantenimiento del consumo (Marlatt y Donovan, 2005; Witkiewitz y Marlatt, 2004). Desde esta perspectiva, los contextos relacionales caracterizados por hipervigilancia, conflicto o sobreimplicación afectiva pueden incrementar la vulnerabilidad frente a episodios de consumo, al activar estados emocionales displacenteros (Cermak, 1986; Beattie, 2009; Marlatt y Donovan, 2005).

Asimismo, dichos estados emocionales pueden disminuir la percepción de autoeficacia. La autoeficacia, entendida como la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar acciones necesarias para manejar situaciones específicas (Bandura, 1977), constituye un predictor relevante del afrontamiento eficaz y del mantenimiento de

cambios conductuales. En consecuencia, los patrones codependientes podrían operar como condiciones interpersonales que amplifican estos factores de riesgo, favoreciendo indirectamente la probabilidad de recaída (Cermak, 1986).

En este sentido, la comprensión de los modos de afrontamiento no puede limitarse únicamente al plano individual, sino que adquiere mayor profundidad cuando se la analiza en el contexto del sistema familiar, donde se configuran y sostienen muchas de estas dinámicas relacionales (Minuchin, 1974). Desde esta perspectiva, la codependencia puede comprenderse como una manifestación relacional vinculada a dichos patrones familiares, particularmente en contextos donde los límites interpersonales se presentan como difusos o inestables (Cermak, 1986).

En particular, patrones de crianza caracterizados por roles parentales invertidos, exigencias tempranas de responsabilidad emocional o procesos de parentificación pueden favorecer la internalización de conductas de subordinación afectiva (Friel y Friel, 1988). En este escenario, la historia familiar y los roles asumidos durante el desarrollo pueden contribuir a la dificultad para establecer límites saludables en la adultez, incrementando la vulnerabilidad frente a relaciones disfuncionales y conductas de riesgo (Bowen, 1978; Cermak, 1986).

Desde la mirada sistémica, Bowen (1978) plantea que la baja diferenciación del self y la fusión emocional dentro del sistema familiar limitan la autonomía individual y favorecen patrones de dependencia relacional.

En las relaciones codependientes, es frecuente que uno de los miembros asuma el rol de protector, salvador o vigilante frente al consumo del otro, descuidando progresivamente sus propias necesidades (Beattie, 1992). Este entrelazamiento emocional refuerza la dependencia mutua, limita la autonomía y obstaculiza el desarrollo de recursos personales y estrategias de afrontamiento (Cermak, 1986; Bowen, 1978).

Desde este enfoque, la codependencia debe comprenderse como un fenómeno relacional y sistémico, influido por factores familiares, culturales y sociales, más que como un rasgo individual aislado (Cermak, 1986). Desde este punto de vista, esta configuración relacional podría constituirse en un factor que contribuya al mantenimiento del consumo, al sostener dinámicas que dificultan la responsabilización individual y la consolidación de la autoeficacia, entendida como la creencia en la propia capacidad para afrontar situaciones de riesgo (Bandura, 1997), variable central en los modelos de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985).

En contraste, los vínculos significativos saludables pueden actuar como factores de protección frente al consumo problemático y la recaída (Tracy y Wallace, 2016; Marlatt y Donovan, 2005). Estas relaciones se caracterizan por la reciprocidad, el apoyo emocional, la comunicación abierta y el establecimiento de límites claros (Flores, 2004). La presencia de vínculos basados en el respeto y la confianza favorece la motivación para el cambio y fortalece la percepción de apoyo social, facilitando la participación en procesos de ayuda sin juicios ni estigmatización (Miller y Rollnick, 2013).

Por lo tanto, los vínculos saludables no solo reducen el aislamiento social, sino que también pueden fortalecer la autoeficacia y la adherencia a los procesos terapéuticos, consolidándose como un componente clave en la prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985).

La evidencia empírica señala que las redes de apoyo social cumplen un rol central en los procesos de recuperación, facilitando la adherencia al tratamiento y asociándose con una menor probabilidad de recaída (Tracy y Wallace, 2016). Estos vínculos promueven la expresión emocional segura, la validación de experiencias y el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas, favoreciendo la resiliencia, concebida como proceso dinámico de adaptación positiva y fortaleciendo la autoeficacia (Ungar, 2013; Luthar et al., 2000).

Desde el ámbito terapéutico, la identificación de patrones codependientes y la promoción de vínculos saludables constituyen ejes centrales de intervención (Cermak, 1986; Beattie, 1992; Tracy y Wallace, 2016). El enfoque humanista sostiene que la relación terapéutica, basada en empatía, congruencia y aceptación positiva incondicional, puede constituirse en un modelo correctivo de experiencia vincular (Rogers, 1961).

Paralelamente, las estrategias conductuales centradas en el análisis funcional y la prevención de recaídas permiten intervenir sobre los patrones comportamentales asociados al consumo y fortalecer habilidades de afrontamiento (Hayes et al., 2015; Marlatt y Donovan, 2005).

La integración de ambos enfoques favorece una intervención más integral, orientada no solo a la conducta de consumo, sino también a las dimensiones afectivas y relacionales implicadas en el proceso de cambio y recaída (Marlatt y Donovan, 2005; Rogers, 1961). De este modo, se promueve el reconocimiento de patrones disfuncionales, el fortalecimiento de la autoeficacia y la consolidación de factores protectores asociados a la prevención de recaídas (Bandura, 1997; Marlatt y Donovan, 2005).

Por último, la codependencia y los vínculos significativos saludables pueden comprenderse como configuraciones relacionales con efectos diferenciales en la evolución del consumo problemático (Cermak, 1986; Beattie, 1992; Tracy y Wallace, 2016). Mientras la primera puede consolidar condiciones de vulnerabilidad y contribuir al mantenimiento del patrón de consumo, los vínculos saludables constituyen recursos protectores asociados a procesos de recuperación sostenida y mayor estabilidad psicosocial (Vaillant, 2003).

## **Método**

### **Diseño metodológico**

El presente estudio se enmarca en un enfoque cualitativo, con un diseño exploratorio-descriptivo de orientación fenomenológica y de tipo transversal. Esta elección metodológica permite comprender las creencias y percepciones de los profesionales que intervienen en el abordaje del consumo problemático de sustancias, así como la manera en que comprenden, significan y experimentan su práctica (Hernández Sampieri et al., 2014), especialmente en relación con los factores de riesgo y protección asociados a las recaídas. En este marco, la investigación cualitativa permite analizar los significados que los actores sociales atribuyen a sus experiencias en contextos específicos (Vasilachis de Gialdino et al., 2006).

Los estudios exploratorios permiten examinar fenómenos poco estudiados o emergentes, mientras que los descriptivos buscan identificar y caracterizar las propiedades de los fenómenos analizados (Hernández Sampieri et al., 2014). El diseño adoptado procura captar los significados subjetivos que los actores atribuyen a sus prácticas y experiencias, reconociendo la complejidad de los procesos implicados en la recaída y su prevención (Flick, 2007).

El enfoque cualitativo resulta adecuado, ya que posibilita explorar las experiencias y significados que los profesionales atribuyen a su labor, permitiendo reconocer la singularidad y profundidad de sus percepciones (Flick, 2007). Asimismo, el diseño exploratorio-descriptivo favorece la comprensión de los significados que los participantes construyen a partir de sus experiencias en contextos específicos (Hernández Sampieri et al., 2014; Vasilachis de Gialdino et al., 2006).

## **Participantes y muestra**

Participaron del estudio 13 profesionales y agentes no profesionales del ámbito de la salud mental, incluyendo psicólogos, acompañantes terapéuticos, operadores socioterapéuticos y consultores psicológicos, que se desempeñan en dispositivos de tratamiento o prevención del consumo problemático de sustancias.

La selección de los participantes fue intencional o por conveniencia, priorizando a quienes contaban con más de un año de experiencia en la intervención directa con personas con consumos problemáticos. La muestra permitió reunir información diversa proveniente de distintas perspectivas profesionales y contextos laborales.

Se registraron datos sociodemográficos básicos, como edad aproximada, formación profesional y ámbito de trabajo, sin incluir información que permitiera la identificación individual de los participantes.

## **Criterios de inclusión y exclusión**

Se incluyeron profesionales y agentes no profesionales que contaran con experiencia comprobable en el abordaje de consumos problemáticos y que aceptaran participar de manera voluntaria mediante la firma del consentimiento informado. Se excluyeron aquellos participantes que no contaban con formación o experiencia específica en el área, o que no autorizaron la grabación y posterior transcripción de la entrevista..

## **Instrumento y técnica de recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada (véase Anexo/s), técnica ampliamente empleada en la investigación cualitativa por su capacidad para explorar en profundidad las experiencias y significados de los participantes (Flick, 2007). Esta técnica combina preguntas guía previamente definidas con la posibilidad de

profundizar en los aspectos que surgen durante el diálogo, permitiendo que los participantes expresen sus experiencias, creencias y percepciones de manera libre y reflexiva (Flick, 2007).

La guía de entrevista se organizó en tres ejes temáticos principales: Experiencia profesional en el abordaje de consumos problemáticos; percepciones sobre los factores de riesgo y protección que intervienen en las recaídas; y creencias personales y profesionales sobre los procesos de cambio y recuperación.

Las entrevistas se realizaron de manera virtual mediante Google Meet, con una duración aproximada de 40 minutos cada una. Antes de iniciar, se explicó el propósito del estudio y se resolvieron dudas de los participantes, garantizando un clima de confianza y respeto.

### **Procedimiento**

Los participantes fueron contactados de manera individual a través de WhatsApp, invitándolos a participar del estudio. Tras la aceptación, se solicitó la firma del consentimiento informado y se acordaron la modalidad y el horario de la entrevista. Cada encuentro fue grabado y posteriormente transcrito mediante Tactiq (extensión de Google Chrome), con autorización previa de los participantes para su posterior análisis. Durante todo el proceso se mantuvo una escucha atenta, empática y respetuosa, promoviendo un espacio seguro y confiable para la expresión de los participantes.

### **Análisis de datos**

El material obtenido fue analizado mediante análisis de contenido temático, siguiendo las etapas propuestas por Bardin (2002). En primer lugar, se realizó una lectura general de las transcripciones para familiarizarse con el contenido. Luego se procedió a la codificación, identificando unidades de significado relevantes que posteriormente fueron

agrupadas en categorías temáticas emergentes. Finalmente, se llevó a cabo la interpretación, articulando los hallazgos con los antecedentes teóricos y los objetivos del estudio. Este proceso se desarrolló de manera inductiva, respetando los significados emergentes del discurso de los participantes y evitando imponer categorías previas.

### **Consentimiento informado**

La investigación se desarrolló conforme a los principios éticos de la Psicología, según el Código de Ética Profesional del Psicólogo (Federación de Psicólogos de la República Argentina, 2013) y las normativas institucionales vigentes de la Universidad de Flores (Universidad de Flores, 2025).

Antes de cada entrevista, los participantes recibieron información clara sobre los objetivos del estudio, el carácter voluntario de su participación y el tratamiento confidencial de los datos.

El consentimiento informado (véase Anexo/s) incluyó detalles sobre la grabación, el manejo de la información y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Se utilizaron seudónimos para proteger la identidad de los participantes y todo el material recolectado se destinó exclusivamente a fines académicos.

## Resultados

Se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de las entrevistas realizadas. La información se organiza en función de los objetivos específicos, a partir de categorías y subcategorías emergentes del discurso de los participantes.

A continuación, se presentan las características sociodemográficas y profesionales de los participantes.

**Tabla 1**

| Participante | Edad | Género    | Tipo de participante | Formación                         | Ámbito de desempeño                      | Experiencia en el campo            |
|--------------|------|-----------|----------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|
| P1           | 46   | Masculino | Profesional          | Counselor (consultor psicológico) | Dispositivo de tratamiento en adicciones | Experiencia en trabajo terapéutico |
| P2           | 54   | Masculino | Profesional          | Counselor (consultor psicológico) | Dispositivo de tratamiento en adicciones | Experiencia en trabajo terapéutico |
| P3           | 53   | Masculino | Profesional          | Counselor (consultor psicológico) | Dispositivo de tratamiento en adicciones | Experiencia en trabajo terapéutico |
| P4           | 63   | Masculino | Profesional          | Counselor (consultor psicológico) | Dispositivo de tratamiento en adicciones | Experiencia en trabajo terapéutico |

|     |    |           |                       |                                          |                                                 |                                                |
|-----|----|-----------|-----------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| P5  | 52 | Femenino  | Agente no profesional | Operadora socioterapéutica en adicciones | Fundación / espacios terapéuticos en adicciones | Experiencia vivencial + formación              |
| P6  | 40 | Femenino  | Agente no profesional | Operadora socioterapéutica en adicciones | Fundación / espacios terapéuticos en adicciones | Experiencia vivencial + formación              |
| P7  | 36 | Masculino | Agente no profesional | Formación en consejería en adicciones    | Grupos Narcóticos Anónimos                      | Experiencia vivencial + coordinación de grupos |
| P8  | 55 | Femenino  | Profesional           | Trabajadora social                       | Dispositivo institucional en adicciones         | Experiencia en intervención social             |
| P9  | 55 | Femenino  | Agente no profesional | Operadora socioterapéutica en adicciones | Fundación / espacios terapéuticos en adicciones | Experiencia vivencial + formación              |
| P10 | 39 | Masculino | Profesional           | Profesional del ámbito educativo         | Instituciones educativas / sociales             | Experiencia en acompañamiento                  |
| P11 | 56 | Femenino  | Agente no profesional | Operadora socioterapéutica en adicciones | Dispositivos de atención en adicciones          | Experiencia vivencial + formación              |

|     |    |          |                       |                                          |                                                 |                                   |
|-----|----|----------|-----------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|
| P12 | 52 | Femenino | Agente no profesional | Operadora socioterapéutica en adicciones | Fundación / espacios terapéuticos en adicciones | Experiencia vivencial + formación |
| P13 | 51 | Femenino | Agente no profesional | Operadora socioterapéutica en adicciones | Dispositivos de atención en adicciones          | Experiencia en acompañamiento     |

---

**Nota.** P = participante. Se resguarda la identidad de los participantes mediante anonimización. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las entrevistas realizadas en la presente investigación.

### **Resultados por categorías y subcategorías**

#### **Significados y representaciones sobre los factores de riesgo y protección en las recaídas:**

Los resultados evidencian que los participantes construyen una concepción del consumo problemático como un fenómeno complejo, multicausal y contextualizado, alejándose de explicaciones lineales centradas exclusivamente en la sustancia.

#### **Concepción del consumo problemático**

Los discursos coinciden en señalar que el consumo debe comprenderse en relación con múltiples dimensiones. Un participante expresa que “no alcanza solamente con la ingesta... son un montón de cosas que se ponen en juego” (P1), destacando la interacción entre factores psicológicos, sociales y vinculares. En la misma línea, otro participante sostiene que “el consumo es la punta del iceberg” (P3), dando cuenta de que se trata de un emergente de problemáticas más profundas.

Asimismo, se observa un cuestionamiento a las etiquetas diagnósticas rígidas, privilegiando una mirada centrada en la singularidad del sujeto. Como señala un entrevistado: “hay que entender a la persona... no es un adicto, es una persona con una historia” (P1). Esta perspectiva permite desplazar el foco desde la sustancia hacia la experiencia subjetiva.

### **Definición de recaída**

La recaída es comprendida predominantemente como un proceso progresivo. En este sentido, se afirma que “hay una preparación previa... la persona se va corriendo del tratamiento de a poco” (P1) y que “la recaída no es de un día para el otro, se va gestando” (P7). Esta forma de entender la recaída permite abordarla como parte del proceso terapéutico y no únicamente como un resultado negativo.

Sin embargo, coexisten representaciones más normativas que la asocian al fracaso. Un participante señala que “cuando el proceso es real, es poco probable que exista recaída” (P9), lo que introduce una visión más lineal del proceso terapéutico. Asimismo, otro entrevistado la define como “volver a activar la enfermedad” (P4), reforzando una concepción de tipo crónico.

Estas tensiones evidencian la coexistencia de distintos marcos interpretativos en torno a la recaída.

### **Factores de riesgo**

Los factores de riesgo identificados abarcan distintas dimensiones. A nivel intrapersonal, se destacan el autoengaño y la ilusión de control. En palabras de un participante: “el paciente empieza a pensar ‘ya estoy bien, ya lo manejo’... y ahí empieza el problema” (P7). Esta percepción es compartida por otros entrevistados, quienes asocian la recaída a un debilitamiento progresivo de la conciencia del problema.

En el plano vincular, se mencionan relaciones conflictivas, falta de límites y dinámicas familiares que sostienen el consumo. Un participante señala que “hay familias que sin querer sostienen el consumo” (P5), mientras que otro agrega que “si el entorno no cambia, es muy difícil que la persona cambie” (P8).

A nivel contextual, se destacan factores como la accesibilidad a las sustancias y la permanencia en entornos de consumo. En este sentido, se afirma que “si vuelve al mismo barrio, con las mismas personas, es muy difícil sostener la abstinencia” (P11).

### **Factores de protección**

En relación con los factores de protección, los participantes destacan la importancia de las redes de sostén. La participación en grupos aparece como un elemento central, siendo referida como indispensable: “sí o sí grupos, porque solo no se puede” (P6).

Asimismo, se subraya la relevancia del pedido de ayuda: “cuando la persona puede pedir ayuda, ahí hay una oportunidad” (P8). También se menciona la continuidad del tratamiento, la construcción de rutinas y el acompañamiento sostenido.

En este sentido, un participante señala que “no es solo dejar de consumir, es armar una vida nueva” (P7), lo que evidencia una concepción de la recuperación como proceso integral.

### **Relación entre las creencias y percepciones y el vínculo terapéutico:**

Los resultados muestran que las creencias y percepciones de los participantes influyen directamente en la construcción del vínculo terapéutico y en las modalidades de intervención. Antes de analizar estas influencias, es importante considerar la trayectoria y formación de los distintos actores que intervienen en el campo de los consumos

problemáticos, tanto profesionales como agentes no profesionales, ya que esta condiciona sus percepciones y prácticas.

### **Trayectoria y formación de los actores intervinientes**

Los participantes destacaron trayectorias heterogéneas en la formación y experiencia en el campo de los consumos problemáticos. Un participante afirma: “tuve la práctica antes que la teoría” (P3) y que “por lo general, el 90% son adictos en recuperación” (P3), evidenciando la prevalencia de actores con experiencia vivencial. Por su parte, otro participante señala que “hay otra falta muy grande que es no solo la formación de grado, sino la especialización, que es fundamental” (P12), y que algunos profesionales “no siempre trabajan desde un lugar terapéutico” (P12), lo que permite identificar posibles limitaciones en la preparación formal para abordar el fenómeno en toda su complejidad.

### **Representaciones sobre el sujeto en tratamiento**

Se identifican representaciones que pueden obstaculizar el vínculo terapéutico. Algunos participantes refieren que, en ciertos contextos, el paciente es percibido como “mentiroso” o “manipulador” (P1), lo que impacta negativamente en la relación.

En este sentido, se destaca que “como uno piense la problemática es cómo interviene” (P1), evidenciando la incidencia de las creencias en la práctica profesional.

### **Impacto subjetivo en el profesional**

La recaída no solo afecta al paciente, sino también a quienes intervienen. Un participante expresa que “a veces uno siente que fracasó” (P2), mientras que otro señala que “se juega más con el ego del profesional” (P2).

Estas expresiones dan cuenta de la implicación subjetiva en el trabajo clínico y de la necesidad de espacios de supervisión y reflexión.

### **Construcción del vínculo terapéutico**

El vínculo terapéutico es valorado como un pilar fundamental. Se destacan la escucha, la empatía y la confianza como condiciones necesarias. Un participante señala que “si no hay vínculo, no hay tratamiento” (P8).

En contraposición, se cuestionan abordajes centrados exclusivamente en normas: “cumplir normas no es lo mismo que recuperarse” (P2). Esta afirmación pone en evidencia la importancia de una intervención centrada en la persona.

### **Adherencia al tratamiento**

La adherencia es entendida como un proceso complejo. Se señala que “muchas veces el paciente abandona porque no se siente comprendido” (P10), lo que refuerza la importancia del vínculo.

Asimismo, se destaca la necesidad de dispositivos flexibles: “no todos los pacientes necesitan lo mismo” (P3), señalando la importancia de adaptar las intervenciones a cada caso.

### **Rol de la codependencia como factor de riesgo y/o recurso terapéutico:**

La codependencia emerge como una categoría central en la comprensión de las recaídas.

### **Definición de codependencia**

Es conceptualizada como una dinámica de sobreimplicación emocional. Un participante la define como “dejar de vivir mi vida para vivir la del otro” (P5), mientras que otro señala que implica “estar todo el tiempo pendiente del consumo del otro” (P6).

### **Codependencia como factor de riesgo**

La mayoría de los participantes coincide en que la codependencia puede constituir un factor de riesgo. Se señala que el control excesivo puede resultar contraproducente: “lo termina ahogando” (P6).

Asimismo, se plantea una implicación activa del entorno: “la familia también participa del problema, aunque no quiera” (P5).

### **Codependencia como recurso terapéutico**

No obstante, algunos participantes destacan su potencial como recurso. En este sentido, se afirma que “cuando la familia se involucra bien, ayuda muchísimo” (P8).

Esto introduce una mirada más compleja, que reconoce la posibilidad de transformación del vínculo.

### **Rol de la familia**

La familia es percibida de manera ambivalente. Por un lado, es considerada un sostén fundamental: “es todo, todo para el proceso” (P5). Por otro lado, puede dificultar la recuperación si no modifica sus dinámicas.

En este sentido, se propone un posicionamiento equilibrado: “ni controlar todo ni desentenderse... hay que mirar con larga vista” (P11). Asimismo, se destaca que “la familia también necesita tratamiento” (P7), reconociendo su lugar dentro del proceso terapéutico.

## Discusión

A partir de los resultados obtenidos en el apartado anterior, se presenta a continuación su articulación con los antecedentes relevados, con el propósito de analizar convergencias, divergencias y aportes del estudio.

En esta investigación, los hallazgos evidencian que los participantes comprenden el consumo problemático como un fenómeno complejo, multicausal y contextualizado. Este resultado coincide con lo planteado por Villegas Oromí (2022), quien señala la influencia de factores familiares y contextuales en el desarrollo de los consumos problemáticos. Asimismo, se relaciona con los hallazgos de Jara Fajardo y Pulla Pulla (2024), quienes destacan la incidencia de los vínculos y del entorno en los procesos de recuperación.

Asimismo, la conceptualización de la recaída como un proceso progresivo, y no como un evento puntual, coincide con los hallazgos de Mora Pérez (2025), quien propone comprender la recaída como un fenómeno complejo, atravesado por dimensiones subjetivas y relacionales, más que como un mero retorno al consumo.

Del mismo modo, los resultados de esta investigación muestran que la recaída es entendida como parte del proceso terapéutico y no exclusivamente como un fracaso del tratamiento. Este hallazgo se relaciona con Sánchez Garayalde (2024), quien sostiene que la continuidad o interrupción de los tratamientos se encuentra influida por múltiples factores personales, familiares e institucionales, lo que permite comprender la recaída como un fenómeno multicausal y no únicamente como resultado de una falta de voluntad o compromiso del paciente.

No obstante, esta investigación también identificó representaciones más normativas que asocian la recaída al fracaso o a la falta de compromiso del paciente. Este resultado coincide con Gómez Vargas et al. (2021), Segovia (2023) y Cazalis et al. (2023), quienes

identifican la persistencia de actitudes ambivalentes, moralizantes y estigmatizantes en los profesionales que trabajan con personas con consumos problemáticos.

En relación con las creencias y percepciones de los participantes, los hallazgos de esta investigación muestran que estas influyen directamente en la construcción del vínculo terapéutico. En este sentido, se observaron representaciones negativas hacia los pacientes, asociadas a desconfianza y manipulación. Este resultado coincide con Gómez Vargas et al. (2021) y Segovia (2023), quienes identifican la coexistencia de posturas comprensivas y moralizantes en los profesionales, así como la presencia de emociones ambivalentes que impactan en la calidad del acompañamiento terapéutico.

Asimismo, los resultados de esta investigación coinciden con Cazalis et al. (2023), quienes señalan que las creencias negativas y la persistencia de modelos moralizantes afectan la relación terapéutica y la adherencia al tratamiento.

En contraposición, esta investigación también encontró que algunos participantes destacaron la importancia de la escucha, la empatía y el respeto por la singularidad de cada sujeto en la construcción del vínculo terapéutico. Este hallazgo coincide con Leite Ferreira et al. (2022), quienes sostienen que la familiaridad y el contacto con la problemática promueven actitudes menos estigmatizantes.

A su vez, los resultados de esta investigación coinciden con Sánchez Garayalde (2024), quien sostiene que las creencias y actitudes de los profesionales pueden facilitar o dificultar la adherencia al tratamiento y la continuidad del proceso terapéutico.

Asimismo, los resultados de esta investigación muestran que los profesionales valoran especialmente aquellas estrategias de intervención que contemplan la singularidad de cada caso, el acompañamiento sostenido y la construcción de un vínculo terapéutico de confianza. Este hallazgo coincide con Alemandi Garay (2023), quien señala que los

abordajes más efectivos son aquellos que logran adaptarse a las necesidades particulares de cada sujeto y sostener intervenciones integrales en el tiempo.

Del mismo modo, esta investigación identificó que la continuidad del tratamiento y la articulación entre distintos dispositivos favorecen mejores resultados terapéuticos. En este sentido, los hallazgos se relacionan con los aportes de Alemanni Garay (2023), quien destaca la importancia de las intervenciones interdisciplinarias y de la combinación de distintos recursos terapéuticos para abordar la complejidad de los consumos problemáticos.

Los resultados de esta investigación muestran que la presencia de profesionales con experiencias personales de consumo y recuperación favorece una mayor comprensión empática de la problemática. Este hallazgo coincide con Leite Ferreira et al. (2022), quienes sostienen que la familiaridad y el contacto con los consumos problemáticos promueven actitudes menos estigmatizantes en los profesionales.

También se observó que la heterogeneidad en la formación y experiencia de los profesionales influye en las modalidades de intervención y en la interpretación del fenómeno. Este resultado coincide con Gómez Vargas et al. (2021), quienes señalan la coexistencia de posturas ambivalentes en los equipos de trabajo frente a los consumos problemáticos.

En este sentido, la recaída también genera en los profesionales sentimientos de frustración y vivencias de fracaso. Este hallazgo coincide con Gómez Vargas et al. (2021), quienes describen la presencia de emociones ambivalentes en los equipos que trabajan con personas con consumos problemáticos.

En cuanto a los factores de riesgo y protección, los resultados de esta investigación coinciden con Villegas Oromí (2022) y Verdugo Sánchez (2025), quienes destacan la influencia de los contextos familiares y sociales en la configuración de los factores de

riesgo. En este sentido, esta investigación identificó que las dinámicas familiares disfuncionales, la falta de contención y los entornos atravesados por consumo o violencia aumentan la vulnerabilidad frente a las recaídas.

Asimismo, los resultados de esta investigación muestran que el autoengaño, la ilusión de control y la minimización del problema constituyen factores de riesgo relevantes en los procesos de recaída. Aunque estos aspectos no aparecen de manera específica en los antecedentes revisados, pueden considerarse complementarios a los hallazgos de Villegas Oromí (2022) y Verdugo Sánchez (2025), ya que evidencian la interacción entre factores individuales, familiares y contextuales.

En cuanto a los factores de protección, los resultados de esta investigación muestran que la presencia de vínculos familiares estables, amigos significativos y redes de apoyo favorece la recuperación y disminuye el riesgo de recaída. Este resultado coincide con lo planteado por Jara Fajardo y Pulla Pulla (2024), quienes destacan que los apoyos emocionales e instrumentales cumplen un rol central en la rehabilitación de las personas con consumos problemáticos.

De manera similar, los resultados de esta investigación coinciden con Verdugo Sánchez (2025), quien sostiene que el acompañamiento familiar favorece la adherencia al tratamiento y fortalece los procesos de recuperación. En este sentido, esta investigación también identificó que la participación activa de la familia puede funcionar como un elemento protector cuando se basa en el acompañamiento, la contención y el respeto por la autonomía del sujeto.

Por otra parte, los hallazgos de esta investigación muestran que la ausencia de apoyo familiar, los vínculos conflictivos y las dinámicas de violencia o desorganización en el entorno aumentan la vulnerabilidad frente a las recaídas. Este resultado coincide con

Verdugo Sánchez (2025), quien señala que la falta de acompañamiento familiar dificulta la continuidad del tratamiento y debilita los recursos disponibles para sostener la recuperación.

En relación con la codependencia, los resultados de esta investigación muestran que esta puede constituir tanto un factor de riesgo como un recurso dentro del proceso terapéutico. Por un lado, se identificó que las dinámicas de sobreprotección, control excesivo y dificultad para promover la autonomía del sujeto pueden favorecer las recaídas. Este hallazgo coincide con Villegas Oromí (2022) y Verdugo Sánchez (2025), quienes señalan que los entornos familiares disfuncionales incrementan la vulnerabilidad frente al consumo problemático.

Por otro lado, esta investigación también identificó que la participación activa de la familia puede favorecer la adherencia al tratamiento y fortalecer los procesos de recuperación cuando se basa en el acompañamiento, la contención y el respeto por la autonomía del sujeto. Este resultado coincide con Jara Fajardo y Pulla Pulla (2024), quienes destacan la importancia de los vínculos afectivos y de las redes de apoyo en los procesos de rehabilitación.

En conjunto, los resultados de esta investigación muestran que las recaídas y los consumos problemáticos constituyen fenómenos complejos, atravesados por factores individuales, familiares, sociales y vinculares. Asimismo, los hallazgos evidencian que las creencias de los profesionales, las características del entorno y la presencia de redes de apoyo influyen tanto en la construcción del vínculo terapéutico como en las posibilidades de sostener los procesos de recuperación.

## **Conclusión**

El presente estudio tuvo como propósito comprender las creencias y percepciones de profesionales y agentes no profesionales que intervienen en dispositivos de asistencia a personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, en relación con los factores de riesgo y protección implicados en las recaídas.

A partir de los resultados obtenidos, es posible afirmar que los supuestos básicos de investigación planteados al inicio fueron corroborados. En primer lugar, se confirmó que las creencias y percepciones de los profesionales y agentes no profesionales influyen en la manera en que se interpreta el consumo problemático y la recaída. Asimismo, se observó que estas creencias inciden en las modalidades de intervención, en la construcción del vínculo terapéutico y en las posibilidades de adherencia al tratamiento.

En este sentido, los hallazgos muestran que las representaciones más estigmatizantes y moralizantes pueden obstaculizar la relación terapéutica y dificultar la continuidad de los procesos de recuperación. Por el contrario, las perspectivas centradas en la empatía, la escucha y el respeto por la singularidad del sujeto favorecen vínculos terapéuticos más sólidos y mejores condiciones para el sostenimiento del tratamiento.

En relación con los factores de riesgo y protección, también se corroboró el supuesto de que las recaídas no responden a una única causa, sino que constituyen un fenómeno complejo, atravesado por dimensiones individuales, familiares, sociales y contextuales. Entre los principales factores de riesgo identificados se encuentran el autoengaño, la ilusión de control, la falta de contención y las dinámicas familiares disfuncionales. Por su parte, el apoyo social, la participación en grupos, la continuidad del tratamiento y la presencia de vínculos significativos emergen como factores protectores relevantes.

Por otra parte, la inclusión de agentes no profesionales y de participantes con experiencia vivencial constituyó un aporte significativo del estudio, ya que permitió incorporar perspectivas situadas que enriquecen la comprensión del fenómeno. En este sentido, se destaca la tensión entre saberes experienciales y formación académica como un elemento relevante tanto para la comprensión de los consumos problemáticos como para las prácticas de intervención.

Finalmente, la codependencia se presentó como una categoría compleja y ambivalente, que puede operar tanto como factor de riesgo como recurso terapéutico, dependiendo de las características de las dinámicas vinculares. Este hallazgo permite destacar la importancia de intervenciones que incluyan a la familia y promuevan vínculos que acompañen sin invadir, favoreciendo la autonomía y los procesos de recuperación..

### **Aportes de la investigación**

El estudio aporta evidencia empírica situada sobre un aspecto poco explorado en la literatura, como es la relación entre las creencias de los actores intervinientes y la configuración de los factores de riesgo y protección en las recaídas.

Uno de los principales aportes de la investigación radica en evidenciar la coexistencia de distintos marcos interpretativos en la práctica. Por un lado, se identifican perspectivas que comprenden el consumo como un fenómeno complejo, multicausal y contextualizado, y la recaída como parte del proceso terapéutico. Además, persisten concepciones más normativas y moralizantes que la asocian al fracaso o a la falta de compromiso del paciente, dando cuenta de la heterogeneidad de posicionamientos presentes en el campo y de su impacto en la práctica clínica.

### **Limitaciones y líneas futuras de la investigación**

Entre las principales limitaciones del estudio, se destaca su carácter cualitativo y el tamaño de la muestra, lo que no permite generalizar los resultados a la totalidad de la población. No obstante, este enfoque posibilitó una comprensión profunda del fenómeno desde la perspectiva de los actores involucrados.

Asimismo, la muestra fue seleccionada por conveniencia y presenta una heterogeneidad en los perfiles de los participantes que, si bien constituye una fortaleza en términos de riqueza analítica, también implica la coexistencia de distintos marcos de referencia que deben ser considerados al momento de interpretar los resultados.

Por otra parte, el análisis se centró en las percepciones y relatos de los participantes, sin incorporar la observación directa de prácticas ni la perspectiva de las personas en tratamiento, lo cual limita el alcance de los hallazgos y abre nuevas posibilidades de indagación.

En esta línea, una limitación relevante fue la escasa disponibilidad de antecedentes que aborden de manera específica las creencias profesionales sobre factores de riesgo y protección en recaídas, así como las dinámicas de codependencia en los vínculos cercanos. Esto dificultó la comparación de los resultados con evidencia previa y su inscripción en un marco teórico más consolidado.

A partir de estos aspectos, se proponen diversas líneas de investigación futura. En primer lugar, resultaría pertinente profundizar en el análisis de intervenciones específicas que contribuyan a la prevención de recaídas en distintos dispositivos terapéuticos. Asimismo, se sugiere explorar el rol de la formación profesional y de los espacios de supervisión en la construcción y revisión de creencias y percepciones.

Finalmente, se considera relevante incorporar la perspectiva de las personas en tratamiento y continuar investigando las dinámicas de codependencia en distintos contextos familiares y sociales, con el objetivo de desarrollar estrategias de intervención que favorezcan vínculos más saludables en los procesos de recuperación.

## Referencias

- Alemandi Garay, V. (2023). *Análisis de la intervención clínica de los profesionales psicólogos en el tratamiento por consumos problemáticos en sujetos toxicómanos en Programa Puente y CEDIT, Salta Capital* [Tesis de grado]. Universidad Católica de Salta.
- [http://bibliotecas.ucasal.edu.ar/opac\\_css/index.php?lvl=cmspage&pageid=24&id\\_notice=73561](http://bibliotecas.ucasal.edu.ar/opac_css/index.php?lvl=cmspage&pageid=24&id_notice=73561)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author.
- Banchs, M. A. (1986). Concepto de representaciones sociales: Análisis comparativo. *Revista Costarricense de Psicología*, 5(8–9), 27–40. <https://rcps-cr.org/wp-content/uploads/2016/05/1986.pdf>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Bardin, L. (2002). *Análisis de contenido* (3.<sup>a</sup> ed.). Akal.
- Bauman, Z. (2000). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Beattie, M. (1992). *Codependent no more: How to stop controlling others and start caring for yourself* (2nd ed.). Hazelden.
- Beattie, M. (2009). *The new codependency: Help and guidance for today's generation*. Simon & Schuster.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Guilford Press.

Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. Free Press.

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol.

Becoña, E., y Cortés, M. (Coords.). (2008). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252-260.  
<https://doi.org/10.1037/h0085885>

Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.

Bravo, S. J., y Chávez-Vera, M. D. (2022). Factores desencadenantes de recaídas en personas drogodependientes. *Revista Psicología UNEMI*, 6(10), 21–35.  
<https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss10.2022pp21-35p>

Castel, R. (1995). *Las metamorfosis de la cuestión social: Una crónica del salariado*. Paidós.

- Calvete, E., y Cardeñoso, O. (2001). Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos. *Psicothema*, 13(1), 95–100.  
<http://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7852>
- Camarotti, A. C., & Kornblit, A. L. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud Colectiva*, 11(2), 211–221.  
<https://www.scielosp.org/pdf/scol/2015.v11n2/211-221/es>
- Carballeda, A. J. M. (2002). *La intervención en lo social: Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Paidós.
- Cava, M. J., Murgui, S., y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20(3), 389–395. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8671>
- Cazalis, A., Lambert, L., & Auriacombe, M. (2023). *Stigmatization of people with addiction by health professionals: Current knowledge. A scoping review. Drug and Alcohol Dependence Reports*, 9, 100243. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2023.100196>
- Cermak, T. L. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence: A guide for professionals who work with chemical dependents, their spouses, and children*. Johnson Institute Books.
- Córdoba Palacio, D. (2006). *Toxicología* (5.<sup>a</sup> ed.). El Manual Moderno.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48–67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>

- Dear, G. E., Roberts, C. M., & Lange, L. (2004). Defining codependency: A thematic analysis of published definitions. En S. Shohov (Ed.), *Advances in Psychology Research* (Vol. 34, pp. 189–205). Nova Science Publishers.
- Drucker, E. (2013). *A plague of prisons: The epidemiology of mass incarceration in America*. The New Press.
- FAD Juventud. (1986). *Prevención de drogodependencias: factores de riesgo y protección*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). *Código de Ética Profesional del Psicólogo*.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Psychology Press.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa* (2.<sup>a</sup> ed.). Ediciones Morata.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Jason Aronson.
- Friel, J. C., & Friel, L. D. (1988). *Adult children: The secrets of dysfunctional families*. Health Communications.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Gómez-Vargas, M., Hernández-Ramírez, E. M., Osorio-Salazar, M. J., Tirado-Otálvaro, A. F., Espinal-Bedoya, J. S., Zaraza-Morales, D. R., ... & Saldarriaga-Agudelo, L. M. (2021). Emociones, creencias y actitudes del personal asistencial hacia habitantes de calle que usan drogas en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(3). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e344658>

- González Rey, F. (2013). La subjetividad en una perspectiva cultural-histórica: avanzando sobre un legado inconcluso. *CS*, (11), 19–42.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n11/n11a02.pdf>
- Granfield, R., & Cloud, W. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. New York University Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclée de Brouwer.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Hunt, P. (2008). The human right to the highest attainable standard of health and drug policy. *Harm Reduction Journal*, 5(1), 1–4. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-5-4>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC], & Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina [SEDRONAR]. (2023). *Encuesta nacional sobre consumos y prácticas de cuidado 2022 (ENCoPraC)*. Ministerio de Economía de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/observatorio-argentino-de-drogas/encuesta-nacional-sobre-consumos-y-practicas-de-cuidado-0>
- Jara Fajardo, S. E., y Pulla Pulla, W. R. (2024). *El sustento relacional de amigos y familiares en el proceso de rehabilitación de los usuarios del Centro Especializado en el tratamiento a personas con consumo problemático del alcohol y otras drogas “Voluntad y Fortaleza”* [Trabajo final de grado, Universidad de Cuenca].  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/44044>

- Jodelet, D. (1986). La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología social II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (pp. 469–494). Paidós.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259–1264. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>
- Lacan, J. (2008). *El seminario, libro 17: El reverso del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (2010). *El seminario, libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Leite Ferreira, V., Iturriaga Goroso, M. E., y Mota Ronzani, T. (2019). Actitudes, creencias y estigma atribuidos por profesionales de la salud a dependientes de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), 225–245. <https://doi.org/10.21501/24631779.3368>
- Leite Ferreira, V., Goncalves de Andrade Tostes, J., Knaak, S., Silveira, P. S. D., Fernandes Martins, L., & Mota Ronzani, T. (2022). Attitudes of health professionals towards people with substance use disorders in Brazil, controlling for the effects of social desirability. *Health & Social Care in the Community*, 30(5), e3041–e3052. <https://doi.org/10.1111/hsc.13749>
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., y Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review. *Addiction*, 107(1), 39–50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>
- Lewis, M. (2015). *The biology of desire: Why addiction is not a disease*. PublicAffairs.

- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562.  
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). Guilford Press.
- Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review. *Addiction*, 100(3), 304–316.  
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, (2), 1–25. <https://atheneadigital.net/article/view/n2-mora>
- Mora Pérez, A. (2025). *Sentidos y experiencias de la recaída en adicciones: Práctica ritual y recuperación en el grupo “Solo por Hoy” del Ecuador contemporáneo* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de La Plata].  
<https://doi.org/10.35537/10915/188325>
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul. (Trabajo original publicado en 1961)

Organización de las Naciones Unidas. (2016). *Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas.*

<https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence.* <https://iris.who.int/handle/10665/42666>

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence.*

<https://iris.who.int/handle/10665/43948>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th ed.).* <https://icd.who.int/>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Directrices del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK598414/>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Public health policies on psychoactive substance use: A manual for health planners.*

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53947>

Pita Fernández, S., Vila Alonso, M. T., & Carpena Montero, J. (1997). Determinación de factores de riesgo. *Cad Aten Primaria*, 4, 75–78.

[https://www.academia.edu/download/49844919/fletcher\\_riesgo\\_10.pdf](https://www.academia.edu/download/49844919/fletcher_riesgo_10.pdf)

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>

- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Ronzani, T. M., y Furtado, E. F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 326–332. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000400010>
- Sánchez Garayalde, C. D. (2024). *Facilitadores y barreras de la adherencia al tratamiento por consumo problemático de sustancias, desde la perspectiva de los profesionales tratantes* [Trabajo final integrador, Universidad de Flores]. <https://hdl.handle.net/20.500.14340/1735>
- Segovia, N. (2023). *Representaciones sociales de los profesionales de salud del hospital Falucho de Maciá, Entre Ríos, acerca de los pacientes adictos en el abordaje de las adicciones* [Tesis de doctorado, Universidad del Salvador]. <https://racimo.usal.edu.ar/8860/1/5000264721-Representaciones%20sociales%20de%20los%20profesionales%20de%20salud%20del%20hospital%20Falucho%20de%20Maci%C3%A1.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *TIP 52: Clinical supervision and professional development of the substance abuse counselor*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64845/>
- Tosi, L. D., Peltzer, R. I., Tosi, J. D., y Conde, K. N. (2018). Actitudes y creencias de los trabajadores de salud mental acerca del tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias: Un estudio en el sistema público de salud en la ciudad de Mar del

- Plata (Argentina). *Revista Española de Drogodependencias*, 43(4), 55–68.  
<http://hdl.handle.net/11336/177849>
- Tracy, K., & Wallace, S. P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 7, 143–154.  
<https://doi.org/10.2147/SAR.S81535>
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185(4157), 1124–1131. <https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124>
- Universidad de Flores. (2025). *Resolución del Consejo Superior N.º 155/2025: Reglamento de Trabajo de Integración Final*. Universidad de Flores.
- Ungar, M. (2013). Resilience after maltreatment: The importance of social services as facilitators of positive adaptation. *Child Abuse & Neglect*, 37(2–3), 110–115.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.08.004>
- Vaillant, G. E. (2003). A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction*, 98(8), 1043–1051.  
<https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00422.x>
- Vasilachis de Gialdino, I., Ameigeiras, A. R., Chernobilsky, L., Giménez Béliveau, V., Mallimaci, F., Mendizábal, N., Neiman, G., Quaranta, G., & Soneira, A. J. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Verdugo Sánchez, D. N. (2025). *Apoyo familiar en el proceso de recuperación de pacientes en situación de consumo de sustancias psicoactivas del CETAD Municipal de Azogues, año 2024* [Trabajo final de grado, Universidad de Cuenca].  
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/items/8f3cc30e-7100-402c-8de9-4cb29ed3a0b6>

Villegas Oromi, M. (2022). *Violencia intrafamiliar y consumo problemático de sustancias*.

[Trabajo final integrador, Universidad de Flores]. Repositorio Institucional UFLO.

<https://hdl.handle.net/20.500.14340/1004>

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480>

Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. Springer-Verlag.

White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries.

*Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 229–241.

<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015>

Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems. *American Psychologist*, 59(4), 224–235. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224>

## **Anexo/s**

### **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología de UFLO Universidad, desean conocer sobre la experiencia profesional que realizan profesionales que trabajan en el tratamiento de consumo problemático.

Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre mi experiencia profesional.

Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán en el marco de la investigación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a [sinvestydes@uflo.edu.ar](mailto:sinvestydes@uflo.edu.ar) (o equipo responsable).

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

**Firma:**

**Aclaración:**

**DNI:**

**Fecha:**

### **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

#### **Trayectoria y rol profesional**

¿Podrías contar brevemente tu formación y experiencia en el trabajo con personas con consumos problemáticos?

¿Qué tipo de dispositivos integras actualmente?

#### **Factores de riesgo y protección**

¿Cuáles consideras que son los principales factores de riesgo en las recaídas?

¿Cuáles serían los factores de protección más relevantes en la prevención de recaídas?

¿Qué condiciones o recursos crees que favorecen la continuidad y la adherencia terapéutica?

¿Qué función cumple la familia o el entorno cercano en la prevención de recaídas?

#### **Creencias y percepciones personales y del equipo. Concepciones sobre el consumo y la recaída**

¿cómo comprendes el consumo problemático?

¿Qué significado tiene para vos la recaída dentro del proceso terapéutico?

¿Qué pensamientos o emociones suelen aparecer en vos cuando un paciente recaee?

¿Cómo se perciben las recaídas dentro del equipo terapéutico?

¿De qué manera crees que las creencias y percepciones —tanto de profesionales como de agentes no profesionales— influyen en el vínculo terapéutico?

### **Codependencia**

¿Qué entiendes por codependencia en el contexto de consumo problemático?

¿Qué relación crees que existe entre la codependencia y recaída?

¿Cuáles consideras que son las intervenciones más efectivas para abordar la codependencia?

¿De qué manera pensás que el compromiso emocional de los vínculos cercanos puede influir en la recaída o en el sostenimiento del consumo?