

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR A LA LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

**“Factores socio familiares asociados al consumo de sustancias en
población femenina”**

**Estudiantes GONZÁLEZ REYES SEBASTIÁN ALEJANDRO
GUTIÉRREZ ABARCA HANS GABRIEL
GUTIÉRREZ ABARCA XOCHIL GABRIELA**

Dedicatoria

Índice

Tabla de contenido

| | |
|---------------------------------------|----|
| Abstrac..... | 6 |
| Introducción..... | 8 |
| CÁPITULO I:..... | 11 |
| 1.1 ANTECEDENTES GENERALES..... | 11 |
| 1.2 JUSTIFICACION DEL PROYECTO..... | 13 |
| 1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... | 18 |
| 1.4 Limitaciones del Estudio..... | 21 |
| OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 23 |
| 1.4.1. Objetivo General..... | 23 |
| 1.4.2. Objetivos Específicos..... | 23 |
| 2.1 ANTECEDENTES GENERALES..... | 24 |
| 2.1.1. Antecedentes Legales..... | 24 |
| 2.1.2. Antecedentes Históricos..... | 28 |
| 2.1.3. Antecedentes Estadísticos..... | 31 |
| 2.2 Estado del arte..... | 33 |
| 2.3 Conceptualización..... | 51 |
| 2.3.1 Drogadicción..... | 51 |
| 2.3.2 Entorno Familiar..... | 52 |
| 2.3.3 Factores Sociofamiliares..... | 53 |
| 2.3.4. Modelos de Conducta..... | 54 |
| 2.3.5. Apego y/o Vínculo..... | 55 |
| 2.3.6. Estrés y/o Traumas..... | 56 |
| 2.3.7. Dependencia..... | 57 |

| | |
|--|-----|
| 2.3.8. Prevención..... | 58 |
| 2.3.9. Educación y Concienciación..... | 58 |
| 2.4. Enfoque de la Investigación..... | 59 |
| 2.4.1 Perspectiva de Género..... | 59 |
| 2.4.2 Perspectiva Familiar..... | 61 |
| 3.1. Fuentes de datos..... | 62 |
| 3.2 Unidades de estudio y muestra..... | 63 |
| 3.3 Técnica de investigación..... | 63 |
| 3.4. Factores estudiados..... | 64 |
| 3.5 Instrumentos de recolección de datos..... | 65 |
| 3.6. Plan de análisis..... | 67 |
| 4.1 Edad Actual y Edad al Momento del Consumo..... | 69 |
| 4.2 Nivel de Educativo..... | 71 |
| 4.3 Dinámica Familiar..... | 74 |
| 4.4 Tipología familiar..... | 75 |
| 4.5 Factores Sociofamiliares que Inciden..... | 87 |
| 4.6 Factores de Apoyo y Rechazo..... | 89 |
| 4.7 Normalización del Consumo..... | 91 |
| 4.8 Figuras de Autoridad..... | 91 |
| 4.8 Análisis de Entrevistas a Profesionales..... | 94 |
| 5.1. Propuestas..... | 125 |
| 5.1.1 Fortalecimiento familiar..... | 125 |
| 5.1.2 Programas de Intervención Temprana..... | 126 |
| 5.1.3 Sensibilización y educación..... | 127 |
| 5.1.4 Incorporación del trabajador social clínico al equipo multidisciplinario de la atención primaria, secundaria y terciaria..... | 128 |
| 5.2 Alcances de la investigación..... | 131 |
| 5.2.1 Desarrollo de modelos replicables..... | 131 |

| | |
|---|-----|
| 5.2.2 Promoción y concientización..... | 131 |
| 5.2.3 Enfoque interdisciplinario..... | 132 |
| 5.2.4 Empoderamiento familiar..... | 132 |
| 5.2.5 La importancia del Trabajador Social Clínico en el Tratamiento y Rehabilitación en Consumo de Sustancias..... | 135 |

Resumen

La drogadicción es un conflicto de salud pública con consecuencias significativas en términos de mortalidad y costos económicos. En Chile, un porcentaje considerable de la población ha tenido acercamiento con algún tipo de drogas, destacando la necesidad de implementar estrategias efectivas de prevención y tratamiento. El consumo de drogas en Chile es un fenómeno diverso que afecta a la población y tiene repercusiones en la salud física, mental y social. Los factores sociofamiliares, como la estructura familiar, el estilo de crianza y el ambiente socioeconómico, influyen en la predisposición al consumo de drogas, por lo tanto, el objetivo que se busca en esta investigación se centra en dar a conocer los factores sociofamiliares que prevalecen en el consumo de drogas en adultos en Chile, utilizando métodos de intervención que proporcionarán información suficiente para identificar estas causas.

Los factores sociofamiliares juegan un papel crucial en la iniciación y mantenimiento del consumo de drogas. La dinámica familiar, el estilo de crianza, la calidad de la comunicación dentro del hogar y el contexto socioeconómico son elementos que pueden facilitar o prevenir el consumo de sustancias. Por ejemplo, un ambiente familiar caracterizado por la falta de comunicación, altos niveles de conflicto o una estructura disfuncional puede aumentar la vulnerabilidad de los individuos al consumo de drogas.

En contraste, familias que promueven un entorno de apoyo emocional y supervisión adecuada pueden actuar como factores protectores contra la drogodependencia.

Abstrac

Drug addiction is a public health issue with significant consequences in terms of mortality and economic costs. In Chile, a considerable percentage of the population has had some exposure to drugs, highlighting the need for effective prevention and treatment strategies. Drug use in Chile is a diverse phenomenon that affects the population and has repercussions on physical, mental, and social health. Socio-familial factors, such as family structure, parenting style, and socio-economic environment, influence the predisposition to drug use. Therefore, the objective of this research is to identify the socio-familial factors that prevail in adult drug use in Chile, using intervention methods that will provide sufficient information to identify these causes.

Socio-familial factors play a crucial role in the initiation and maintenance of drug use. Family dynamics, parenting style, quality of communication within the home, and socio-economic context are elements that can either facilitate or prevent substance use. For example, a family environment characterized by a lack of communication, high levels of conflict, or a dysfunctional structure can increase individuals' vulnerability to drug use. In contrast, families that promote an environment of emotional support and adequate supervision can act as protective factors against drug dependence.

Introducción

Las drogas, al ser consumidas, alteran el funcionamiento normal del organismo, interfiriendo con diversos estados cognitivos y afectando tanto la mente como el cuerpo. Estas sustancias, al interactuar con el sistema nervioso central, pueden modificar las percepciones, el estado de ánimo, y los procesos mentales. Existen múltiples variedades de sustancias psicoactivas cuyo uso puede llevar a la dependencia, un estado en el que el individuo desarrolla una necesidad compulsiva e incontrolable de consumir la droga, a pesar de las consecuencias adversas que esto puede acarrear en su vida personal, social y laboral. La drogodependencia es un fenómeno complejo que no solo implica factores biológicos y psicológicos, sino que también está profundamente influenciada por el entorno social y familiar del individuo.

Los factores sociofamiliares juegan un papel crucial en la iniciación y mantenimiento del consumo de drogas. La dinámica familiar, el estilo de crianza, la calidad de la comunicación dentro del hogar y el contexto socioeconómico son elementos que pueden facilitar o prevenir el consumo de sustancias. Por ejemplo, un ambiente familiar caracterizado por la falta de comunicación, altos niveles de conflicto o una estructura disfuncional puede aumentar la vulnerabilidad de los individuos al consumo de drogas. En contraste, familias que promueven un entorno de apoyo emocional y supervisión adecuada pueden actuar como factores protectores contra la drogodependencia.

Según datos recientes, una proporción significativa de adultos presenta problemas de consumo de drogas, lo que resalta la importancia de comprender cómo las características del entorno familiar influyen en este fenómeno. Este estudio se propone analizar la incidencia de las características sociofamiliares en el consumo de drogas en adultos, con el objetivo de identificar patrones y proponer estrategias de intervención que involucren a la familia y la comunidad en la prevención y tratamiento de la drogodependencia.

En Chile, la creciente preocupación por la drogodependencia en la población adulta ha llevado a la necesidad de investigar estos factores sociofamiliares afectando a individuos de diversas edades, géneros y niveles socioeconómicos. Factores como la accesibilidad a sustancias, la presión social, el estrés y la falta de acceso a servicios de salud mental desempeñan un papel crítico en la prevalencia del consumo de drogas entre los adultos. Además, la estigmatización y la criminalización de los consumidores agravan la situación, dificultando el acceso a tratamientos adecuados y promoviendo la marginalización de estos individuos. La discriminación y el rechazo social pueden impedir que los afectados busquen ayuda, perpetuando así el ciclo de la dependencia.

Para contribuir a esta comprensión, esta investigación incluirá un estudio detallado en el Centro de Tratamiento de Adicciones (CTA) PAI Amanecer, un programa gestionado por el Hospital de San Fernando en la región del Libertador Bernardo O'Higgins. En este mismo orden de ideas, el primer capítulo de esta tesina presentará información fundamental para contextualizar el estudio, incluyendo la definición del problema de

investigación, los objetivos que se persiguen y los antecedentes generales sobre la drogadicción en adultos en Chile. A través de esta investigación, se buscará proporcionar una visión práctica y localizada sobre cómo enfrentar el desafío de la drogadicción en adultos, ofreciendo recomendaciones para optimizar las estrategias de prevención y tratamiento en el contexto chileno.

CÁPITULO I:

1.1 ANTECEDENTES GENERALES

El presente capítulo I tratará sobre la temática de la drogadicción, enfocándose en ella como un problema de salud pública en nuestro país que afecta todas las esferas de la vida de una persona. Esta problemática se considerará como una variable biopsicosocial que condiciona el desarrollo de las personas en el área familiar y social. Existe una justificación del proyecto investigativo respaldada por los estudios nacionales realizados por SENDA, entidad que diseña programas cuya finalidad es abordar estas variables a modo de prevención y tratamiento de usuarios en drogadicción.

En este capítulo se dará a conocer el contexto de la investigación, enfocada a la drogadicción en adultos en Chile, centrándose en los factores sociofamiliares y económicos que influyen en este fenómeno. Las drogas afectan el funcionamiento del organismo y pueden llevar a la dependencia, impactando la vida personal, social y laboral de los individuos. La drogodependencia es un problema complejo influenciado por factores biológicos, psicológicos, sociales y familiares. La dinámica familiar, el estilo de crianza, la comunicación y el contexto socioeconómico pueden facilitar o prevenir el consumo de drogas.

La drogadicción es un conflicto de salud pública con consecuencias significativas en términos de mortalidad y costos económicos. En Chile, un porcentaje considerable de la población ha tenido acercamiento con algún tipo de drogas, destacando la necesidad de implementar estrategias efectivas de prevención y tratamiento. El consumo de drogas en Chile es un fenómeno diverso que afecta a la población y tiene repercusiones en la salud física, mental y social. Los factores sociofamiliares, como la estructura familiar, el estilo de crianza y el ambiente socioeconómico, influyen en la predisposición al consumo de drogas.

Posteriormente, se indagará en la problemática propiamente tal, abordando esta variable desde la comprensión de las bases del consumo de drogas y los factores que llevan a interpretar de forma adecuada el contexto sociofamiliar y cultural de las usuarias. Finalmente, se presentarán los objetivos específicos del proyecto de investigación, los cuales parten con un objetivo general que es analizar la incidencia de las características sociofamiliares en el consumo de drogas en las personas adultas. De este objetivo general, se desprenden objetivos específicos como determinar el tipo de drogas que consumen las personas adultas, determinar la magnitud del consumo de drogas de las personas adultas en el programa CTA PAI Amanecer del Hospital de San Fernando, establecer características sociofamiliares de los adultos en consumo de drogas, determinar factores sociofamiliares de riesgo que propician el consumo y establecer un perfil sociofamiliar de los adultos que consumen drogas.

El objetivo que se busca en esta investigación se centra en dar a conocer los factores sociofamiliares que prevalecen en el consumo de drogas en adultos en Chile, utilizando métodos de intervención que proporcionarán información suficiente para identificar estas causas.

1.2 JUSTIFICACION DEL PROYECTO

La drogadicción y el consumo de sustancias es un problema de salud pública que afectan a millones de personas en todo el mundo, generando consecuencias significativas en términos de mortalidad y costos económicos. En el contexto chileno, el consumo de alcohol y otras drogas ha sido identificado como una de las principales causas de problemas de salud, con un impacto notable en la calidad de vida de los individuos y en la sociedad en general. Según estudios recientes, un porcentaje considerable de la población chilena ha experimentado el uso de drogas ilícitas, lo que subraya la necesidad de implementar estrategias efectivas de detección y prevención. Se calcula que en el mundo hay 27 millones de personas con trastornos provocados por el consumo de drogas, de las que más de 400 000 mueren cada año.

El consumo de drogas inyectables provoca aproximadamente el 30% de las nuevas infecciones por el VIH fuera del África subsahariana y contribuye enormemente a la epidemia de las hepatitis B y C en todas las regiones del mundo. Alrededor de 10 millones de personas consumidoras de drogas inyectables están infectadas por el virus de la hepatitis C, cuyo tratamiento resulta muy caro incluso para los países más ricos. (Chan, 2016)

El consumo de drogas también es un tema relevante en Chile, su impacto afecta varios factores sociales, tales como la familia, el trabajo, el entorno social y la vida personal, por nombrar algunos. En Chile, según un estudio nacional realizado por SENDA arroja que:

“El año 2012 un 7.3% de la población de 12 a 64 años declara haber consumido alguna droga ilícita (marihuana, clorhidrato de cocaína o pasta base) en el último año, de los cuales un 28.1% presenta un probable abuso y/o dependencia (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol, 2013).” (Evidencia de Validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), 2014)

Esto nos hace tener una visión de las drogas que se consumen con mayor regularidad dentro de nuestro país, dentro del grupo etario investigado se deja en evidencia las experiencias que se presentan en NNA y adultos. Este dato destaca la necesidad de abordar el consumo de drogas no solo en jóvenes, sino también en adultos, quienes constituyen una parte significativa de la población.

Los individuos que presentan dependencia deben costearse estas sustancias, es ahí cuando se presentan otros factores sociales, ya que, dependiendo de la droga es su nivel de adicción y costo, por lo tanto, se comienzan a presentar situaciones como la delincuencia, dado que las personas en estos casos no trabajan debido su condición, recaen en buscar dinero de manera fácil y rápida lo que termina en la mayoría de

ocasiones en privados de libertad, esto provoca pérdida de productividad dado que ya no pueden desarrollarse en otro ámbito. Tal como lo plantea Matías Fernández H. en la revista CEPAL (2012):

“Los costos considerados han sido agrupados tanto en costos directos como indirectos a partir de cuatro ítems: ... III. Pérdidas de productividad: costo de oportunidad vinculado a los que avisa pérdida por mortalidad y morbilidad a causa de la drogodependencia, al riesgo que implica su consumo sobre otros males, y a la privación de libertad por delitos directa o indirectamente relacionados. IV. Control: recursos empleados en la persecución de delitos e infracciones a la ley de drogas y de los delitos e infracciones cometidos a causa de la droga. ” Matías Fernández H. Cepal 2012”

Además, el consumo de drogas en adultos jóvenes en transición es un problema destacado, ya que muchos de estos individuos aún están en el proceso de desarrollo y enfrentan desafíos significativos que pueden llevarse al consumo de sustancias. Los factores sociofamiliares, como la comunicación familiar, el estilo de crianza y el ambiente socioeconómico, pueden influir significativamente en la predisposición de un individuo al consumo de drogas. Por lo tanto, es esencial abordar estos factores en cualquier estrategia de prevención y tratamiento.

Para abordar adecuadamente la problemática del consumo de drogas en adultos, es fundamental considerar un enfoque integral que incluya la identificación y mitigación de los factores sociofamiliares que contribuyen a la vulnerabilidad de esta población. Implementar una intervención que involucre a la familia y la comunidad puede ser clave para reducir el impacto de la drogadicción en personas adultas. Familias que mantienen una comunicación abierta y sincera, y que ofrecen apoyo emocional y supervisión adecuada, pueden actuar como un factor protector contra la drogadicción. Por otro lado, familias disfuncionales, con altos niveles de conflicto y baja cohesión, pueden incrementar el riesgo de consumo de drogas en sus miembros.

Por lo tanto, fortalecer las relaciones familiares y promover un entorno hogareño saludable son componentes esenciales de cualquier estrategia de intervención. Así como hace mención el artículo del Centro Desintoxicación Valencia:

“La implicación de la familia en el tratamiento de adicciones es una herramienta fundamental para garantizar una recuperación efectiva y duradera. La familia puede actuar como un sistema de apoyo y contención, ayudando a la persona adicta a sentirse acompañada y respaldada en su proceso de recuperación. El trabajo conjunto entre la persona adicta, la familia y los profesionales sanitarios es la clave para superar la adicción y lograr una vida plena y saludable.” (Ilaurant la Ilum, s.f.).

El consumo de drogas en adultos también está estrechamente relacionado con factores socioeconómicos. La falta de oportunidades laborales, la pobreza y la exclusión social pueden aumentar la vulnerabilidad al consumo de sustancias. Programas que fomenten la inclusión social y ofrezcan oportunidades de empleo y educación pueden ser altamente efectivos para reducir la incidencia de la drogadicción. Además, es crucial proporcionar acceso a servicios de salud mental y apoyo psicológico para aquellos que enfrentan dificultades socioeconómicas.

Abordar esta problemática requiere un enfoque multifacético que considere tanto los factores individuales como los sociofamiliares. La implementación de tratamientos que involucren a la familia y la comunidad es crucial para mitigar el impacto de la drogadicción en la sociedad. Es necesario considerar no solo el aspecto clínico, sino también los factores sociofamiliares que pueden influir en el consumo de sustancias. Esto incluye la evaluación de la dinámica familiar, la situación socioeconómica, y el entorno laboral del individuo.

Para este proyecto, en el marco mencionado, el tratamiento del tema queda delimitado a los factores socio familiares que facilitan la drogadicción en adultos en la comuna de San Fernando durante el año 2024.

La investigación se llevará a cabo en la provincia de Colchagua, comuna de San Fernando, región del O'Higgins en un programa de tratamiento y rehabilitación de consumo de drogas, en el CTA Centro de tratamiento ambulatorio) Amanecer en su

programa PAI (Programa de Adicciones Intensivo) del hospital de San Fernando. El proyecto se focaliza en una población adulta femenina desde los 18 años en adelante.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Como ya lo hemos señalado, el consumo de drogas en Chile es un fenómeno complejo y multifacético que ha capturado la atención de diversos sectores de la sociedad y autoridades gubernamentales en las últimas décadas. Este problema ha permeado en la población en general siendo uno de los sectores más afectados los jóvenes en transición, generando preocupación por sus potenciales repercusiones en la salud física, mental y social de las personas y por el impacto que el consumo problemático tiene en las relaciones sociales y en el entorno de las personas afectadas.

El contexto socioeconómico y cultural de Chile, marcado por desigualdades, falta de oportunidades laborales y cambios en los valores sociales, contribuye a la vulnerabilidad de las personas adultas frente al consumo de drogas. Factores como la presión de social, la búsqueda de identidad, la transición de etapas del ciclo vital adolescente- adulto, patrones familiares, la falta de modelos de conducta positivos y el acceso fácil a sustancias ilícitas son solo algunos de los elementos que influyen en esta problemática.

La influencia del entorno familiar en el consumo de drogas de las personas adultas ha sido un tema de interés recurrente en la investigación sobre este tema. Los estudios sugieren que diversos factores socio-familiares pueden desempeñar un papel crucial no solo en la iniciación, sino fundamentalmente en el mantenimiento del consumo de

drogas en esta etapa de la vida. Sin embargo, la comprensión completa de estos factores y su prevalencia en la población adulta chilena aún representa un desafío.

Por lo tanto, la pregunta de investigación propuesta es: ¿Qué factores socio-familiares tienen prevalencia en el consumo de drogas de las personas adultas en Chile? Esta pregunta busca explorar en profundidad cómo variables referidas a la estructura familiar, el estilo de crianza, la comunicación familiar, el ambiente socioeconómico y otros aspectos del entorno familiar influyen en las actitudes y comportamientos relacionados con el consumo de drogas entre los adultos chilenos.

Al respecto; (SENDA, 2020), en el mismo orden de cosas, este estudio realizado por SENDA también alude a que existen numerosas investigaciones que señalan al hogar como factor protector o de riesgo para el consumo de drogas, principalmente en población de adultos. El consumo de sustancias en el hogar se asocia a una mayor disponibilidad y a una disminución de la valoración del riesgo que tiene el consumo de drogas.

La investigación se centra en los usuarios del CTA Amanecer-PAI, ya que poseen factores de riesgo sociofamiliares que pueden consumir en la población adulta, pensando que el consumo enmascara otros problemas o necesidades vivenciados por personas y familias.

Los factores protectores y de riesgo varían en las diferentes etapas de la vida de una persona, por eso se debe analizar cómo influyen, alteran y desbordan emocionalmente a los usuarios, que para responder a estos estímulos buscan aplacar sentimientos, emociones y evitan pensamientos rumiantes e intrusivos, consumidos para disociarse espaciotemporalmente.

Se dispone de las dependencias del Centro de Rehabilitación, por lo cual hay condiciones contextuales propicias para indagar sobre factores sociofamiliares que pudiesen haber influido en el consumo de sustancias de los usuarios; por otra parte, también se tiene el permiso del Dr. Coordinador y la directora del programa, los cuales aceptaron que se pudiese llevar a cabo esta investigación.

1.4 Limitaciones del Estudio

La realización del presente estudio cualitativo enfrenta varias limitaciones que es relevante reconocer y señalar para su comprensión y valoración para futuros estudios.

Limitaciones Metodológicas: Primero, el tamaño de la muestra solo es representativo de mujeres, lo que limita la generalización de los hallazgos a una población más amplia, pero que no afecta en mayor escala los resultados de las percepciones obtenidas.

Limitaciones de tiempo y recursos: Otra limitación relevante fue el tiempo limitado para la recolección de datos, ya que la carta de petición para la realización de la investigación por parte de la entidad pública del Hospital de San Fernando representada por el director del hospital tomó bastante tiempo en ser contestada, así mismo, la posterior autorización del jefe del área de salud mental fue supeditada a la valoración por parte de SENDA quien solicitó una reunión con el investigador principal para aceptar la realización de la investigación por parte de los profesionales ya que los datos obtenidos se interpretan como información de carácter confidencial delicado y sensible, lo que retrasó y extendió considerablemente la aplicación de instrumentos a las usuarias del programa, sumado a la propia carga laboral de los profesionales tesistas.

Limitaciones de acceso: Posteriormente fue todo un desafío obtener los hallazgos recabados ya que las entrevistadas en ocasiones no sentían la seguridad de relatar su historia de vida a través de las preguntas elaboradas para la investigación lo que tardo la recolección de los datos necesarios. A pesar de estos desafíos, se tomaron medidas para disminuir su impacto. Por ejemplo, se realizó un mayor énfasis a las entrevistadas en la importancia clínica de esta investigación y conjuntamente también existió una comprensión de la propia historia de vida de cada una.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo General

Analizar la incidencia de las características socio familiares en el consumo de drogas en las personas adultas.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Determinar el tipo de drogas que consumen las personas adultas.
2. Determinar la magnitud del consumo de drogas de las personas adultas, en el programa CTA PAI Amanecer del hospital de san Fernando.
3. Establecer características socio familiares de los adultos en consumo de drogas.
4. Determinar factores sociofamiliares de riesgo que propician el consumo.
5. Establecer un perfil sociofamiliar de los adultos que consumen drogas.

CÁPITULO II: MARCO DE REFERENCIA

2.1 ANTECEDENTES GENERALES

Este capítulo pretende fundamentar la problemática de la drogodependencia con antecedentes históricos, legales y estadísticos que demuestren como ha incidido y sigue incidiendo en nuestro país la drogadicción en las mujeres, y enfrentándolo como un problema de orden social que ha llevado al gobierno a comprometerse en políticas públicas que logren mitigar esta constante esperanza de aminorar el consumo actual de nuestro país.

Cuando nos referimos al consumo de drogas inmediatamente viene a nuestra mente toda clase de imágenes negativas relacionadas a sustancias ilegales y se comienza a generar la pregunta de qué motivos o situaciones gatillan que las personas puedan utilizar estos estupefacientes al punto de volverse drogodependientes de estas sustancias ilícitas. Se podría considerar que influye la pobreza, la falta de educación, disfunciones familiares o el propio sistema que rige a nuestro país, y es que las tasas

de consumo parecen no detenerse, si no que se elevan, y mucho de esto tiene que ver con la tecnología y la mayor accesibilidad a esta.

2.1.1. Antecedentes Legales

Históricamente las mujeres han sufrido represiones culturales que han influido en su historia, no solo a nivel mundial, si no nacional, así mismo, tal como señala el texto (Grass, BCN 2019, pág. 1) haciendo alusión a qué:

El Código Civil chileno de 1855, a la época de su dictación, y todos los textos ilegales decimonónicos en general en materia de familia, consideraron al hombre en una condición de superioridad de género y, por lo tanto, era incuestionable su condición de jefe de familia, el que decide, el “dueño” de la mujer y la autoridad última respecto a los hijos.

Si bien se han logrado avances importantes en el ámbito de la participación política, en temas de igualdad de salario y en la integración al mundo laboral y liderazgo entre otros, en nuestro país según el congreso nacional y sus leyes creadas a partir de 1925 (Grass, BCN 2019, pág. 2) refiere que; las modificaciones principalmente al Código Civil para Igualar la situación jurídica de la Mujer Chilena Ante el Derecho, que otorgó a la madre legítima la patria potestad sobre sus hijos no emancipados; derogó todas las prohibiciones e incapacidades impuestas a la mujer por la sola razón del sexo y creó la institución de los bienes reservados de la mujer casada. Más tarde, la ley 7.212 de 1943 y 10.271 de 1952 ampliaron y mejoraron estas reformas. Las modificaciones

principalmente al Código Civil para igualar la situación jurídica de la Mujer Chilena Ante el Derecho, que otorgó a la madre legítima la patria potestad sobre sus hijos no emancipados; derogó todas las prohibiciones e incapacidades impuestas a la mujer por la sola razón del sexo y creó la institución de los bienes reservados de la mujer casada. Más tarde, la ley 7.212 de 1943, y 10.271 de 1952 ampliaron y mejoraron estas reformas. Si bien hoy en día existe mayor apoyo legislativo y proteccional hacia la mujer en nuestro país tal como la ley de Violencia Intrafamiliar, leyes de acoso laboral y sexual y la ley de familia entre otros, aún quedan problemáticas latentes como la violencia de género de importancia transgeneracional, y es que la mayoría de las causas de drogadicción en las mujeres deriva de estas problemáticas circunstanciales no resueltas y es que tales situaciones en el mismo orden derivan en exclusión, discriminación o marginación como efecto acuñado del consumo de drogas y que socialmente es un desafío sobre todo para la sociedad actual lo que (Marcuse, 1971, págs. 103-104) apunta a que gran parte de esta condición recae en la sociedad explícitamente como una sociedad enferma refiriendo que “Podemos decir que una sociedad está enferma cuando sus instituciones y relaciones básicas, sus estructuras, son tales que no permiten la utilización de los recursos materiales e intelectuales disponibles para el óptimo desarrollo y satisfacción de las necesidades individuales”. Frente a tal alusión podemos inferir que esta situación conlleva al individuo a drogarse como la expresión de la desprotección y falta de oportunidades otorgadas por la sociedad al invisibilizar las verdaderas problemáticas de base dando lugar y validando solamente al hecho que el acto de drogarse es negativo por que difiere de las normas sociales básicas sin esclarecer el problema del verdadero problema de este modo, las drogas tienen un mecanismo de acción que actúa como un fenómeno de excitación sobre el sistema neuronal que sobre estimula el funcionamiento del organismo, es decir se estimula la agudeza mental y la actividad física, el individuo se siente más alerta, con la sensación de estar eufórico con alegría y excitación, su estado de ánimo mejora considerablemente con una mayor energía y

que a largo plazo va deteriorando la calidad de las funciones habituales de la persona, estos episodios se vuelven reiterativos, van aumentando la frecuencia al extremo de causar dependencia, porque solo de este modo la persona es capaz de disociar la realidad existente como una forma de escapar de la realidad que lo aqueja.

Si bien hoy en día existe mayor apoyo legislativo y proteccional hacia la mujer en nuestro país tal como la ley de Violencia Intrafamiliar, leyes de acoso laboral y sexual y la ley de familia entre otros, aún quedan problemáticas latentes como la violencia de género de importancia transgeneracional, y es que la mayoría de las causas de drogadicción en las mujeres deriva de estas problemáticas circunstanciales no resueltas y es que tales situaciones en el mismo orden derivan en exclusión, discriminación o marginación como efecto acuñado del consumo de drogas y que socialmente es un desafío sobre todo para la sociedad actual lo que (Marcuse, 1971, págs. 103-104) apunta a que gran parte de esta condición recae en la sociedad explícitamente como una sociedad enferma refiriendo que “Podemos decir que una sociedad está enferma cuando sus instituciones y relaciones básicas, sus estructuras, son tales que no permiten la utilización de los recursos materiales e intelectuales disponibles para el óptimo desarrollo y satisfacción de las necesidades individuales”.

Frente a tal alusión podemos inferir que esta situación conlleva al individuo a drogarse como la expresión de la desprotección y falta de oportunidades otorgadas por la sociedad al invisibilizar las verdaderas problemáticas de base dando lugar y validando solamente al hecho que el acto de drogarse es negativo por que difiere de las normas

sociales básicas sin esclarecer el problema del verdadero problema de este modo, las drogas tienen un mecanismo de acción que actúa como un fenómeno de excitación sobre el sistema neuronal que sobre estimula el funcionamiento del organismo, es decir se estimula la agudeza mental y la actividad física, el individuo se siente más alerta, con la sensación de estar eufórico con alegría y excitación, su estado de ánimo mejora considerablemente con una mayor energía y que a largo plazo va deteriorando la calidad de las funciones habituales de la persona, estos episodios se vuelven reiterativos, van aumentando la frecuencia al extremo de causar dependencia, porque solo de este modo la persona es capaz de disociar la realidad existente como una forma de escapar de la realidad que lo aqueja.

2.1.2. Antecedentes Históricos

a. La Drogodependencia en Chile

Cuando aludimos a drogodependencia, nos referimos a las personas que tienen una alta dependencia a las drogas, es decir, un consumo elevado, diario y constante. En nuestro país ha sido una temática frecuente que se ha ido extendiendo en el tiempo hasta la contemporaneidad.

Según se indica en los antecedentes generales de nuestro país en políticas públicas en cuanto a políticas nacionales de prevención de las drogas nace en el año 1990 CONACE (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes) con la misión de prevenir, controlar la producción y tráfico

ilícito de estupefacientes, posteriormente en el año 2011 CONACE es reemplazado por SENDA a través de la Ley N° 20.502 con dependencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública con la misión de ser organismo público encargado de diseñar las políticas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas, así como del tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por el consumo problemático de estas.

Por tanto, la drogadicción es una expresión de exclusión, una forma para salir de una desventajosa realidad social.

b. Misión de SENDA

La creación de CONACE y posteriormente SSENDA (Servicio nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol). Respondió a las demandas del país en temas de controlar el consumo de drogas reconociendo a la drogodependencia como una problemática nacional que necesitaba de políticas dirigidas al consumo de drogas para la prevención y el control de estas.

Por lo tanto, SENDA es responsable de elaborar y ejecutar políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol. Así SENDA dará continuidad a las tareas previas a CONACE.

c. Estrategia nacional de drogas 2021-2030 de SENDA

Se destaca que esta iniciativa del gobierno de Chile tiene como modelo al Plan nacional Elige vivir sin drogas que se ejecutó en el año 2019, que tenía por objetivo evitar, retrasar y disminuir el consumo de alcohol y drogas en la población chilena, siendo este el referente de la Estrategia nacional de drogas 2021-2030 el cual mejora los programas e iniciativas de SENDA en materia de prevención, rehabilitación e integración social.

d. Observatorio chileno de drogas

Es una entidad dependiente de SENDA que tiene por objetivo central facilitar información con una visión global, permanente, confiable y actualizada sobre la problemática de consumo de drogas en nuestro país. De este modo la generación de esta información facilita la toma de decisiones en relación a las políticas en materia de drogas, también propone adecuaciones de programas de intervención existentes en situaciones nuevas según las necesidades que surjan, así mismo, impulsa, apoya y ejecuta de una forma técnica y financieramente los programas, proyectos y actividades de los ministerios y servicios públicos destinados a la prevención del consumo de drogas y alcohol, también ofrece tratamiento, rehabilitación e integración social a las personas afectadas.

2.1.3. Antecedentes Estadísticos

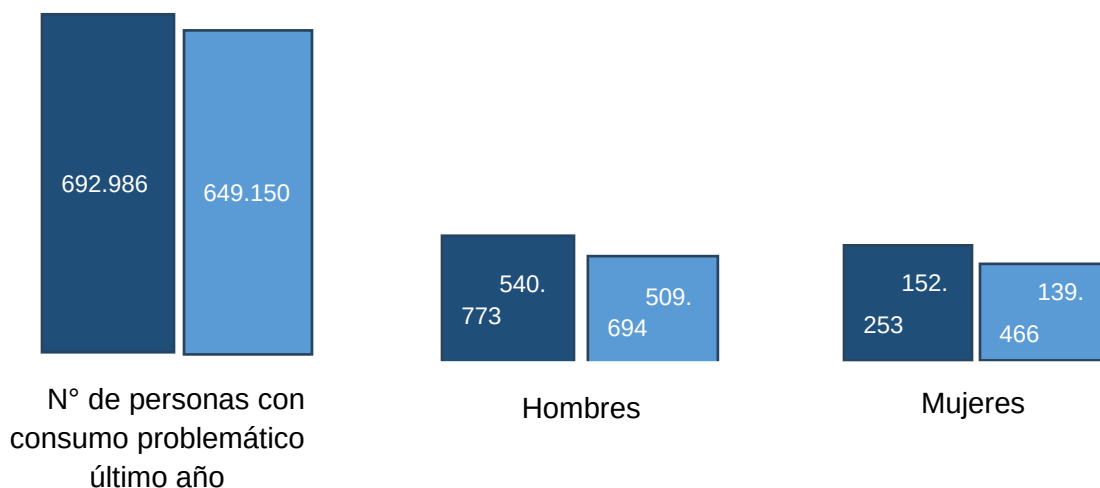
Cuadro 1: Evolución de tasa de incidencia de consumo de sustancias principales en el último año. Chile, 1994-2018.

| Incidencias de consumo último año (%) | | | | | |
|---------------------------------------|--------|---------|-----------|------------|---------|
| Año | Tabaco | Alcohol | Marihuana | Pasta base | Cocaína |
| 1994 | 17,5 | 29,3 | 1,9 | 0,5 | 0,5 |
| 1996 | 4,7 | 13,6 | 1,3 | 0,3 | 0,4 |
| 1998 | 4,5 | 11,8 | 1,4 | 0,3 | 0,5 |
| 2000 | 6,6 | 21,8 | 1,1 | 0,2 | 0,4 |
| 2002 | 8,3 | 28,1 | 0,8 | 0,1 | 0,3 |
| 2004 | 3,8 | 15,0 | 0,9 | 0,1 | 0,2 |
| 2006 | 8,0 | 24,3 | 1,7 | 0,2 | 0,3 |
| 2008 | 11,4 | 25,4 | 1,3 | 0,2 | 0,5 |
| 2010 | 9,9 | 18,9 | 0,8 | 0,1 | 0,1 |
| 2012 | 10,2 | 19,0 | 1,6 | 0,1 | 0,1 |
| 2014 | 9,5 | 21,7 | 2,8 | 0,1 | 0,4 |
| 2016 | 8,7 | 21,9 | 3,4 | 0,1 | 0,2 |
| 2018 | 12,5 | 28,3 | 3,8 | 0,2 | 0,3 |

Fuente de datos: Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018.

Este indicador es un aporte del Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, realizado en el año 2018, que permite visualizar la demanda del uso de drogas, es decir, la tasa de incidencia refiriéndose al número de individuos en porcentaje que declaran haber iniciado el consumo de drogas en los últimos 12 meses en relación con la población que ha nunca ha usado drogas. Este cuadro estadístico del análisis de la tasa de incidencia del último año permite identificar un aumento y considerable aumento en el consumo de drogas, específicamente en el consumo de tabaco y de alcohol, en el caso de la marihuana, cocaína y pasta base no tiene fluctuaciones, es decir, la existencia de una estabilidad en el consumo.

Cuadro 2: Personas con consumo problemático (último año) según sexo (2016-2018).



Fuente de datos: Del Décimo tercer estudio nacional de drogas en población general de Chile 2018 (SENDA 2019).

En el mismo sentido, comprender que el ambiente socio familiar facilitará la comprensión de los principales factores en común que puedan poseer las personas en drogadicción y que promueven la persistencia en el consumo de drogas desde sus vivencias.

Si se desglosan las cifras de consumidores problemáticos en 2018, se observa que 17.182 corresponden a personas entre 12 y 17 años, y 631.978 son usuarios entre 18 y 64 años. En otro orden de cosas, empleando como referencia los datos obtenidos de la serie de estudios en población general, se observa la baja cobertura del tratamiento en el país. Aunque disminuyen las personas con un consumo problemático de alcohol u otra droga, aún existe una brecha importante porque solo 1 de cada 10 adultos y 1 de cada 5 niños, niñas y adolescentes de 12 a 17 años son tratados por su consumo. (SENDA, 2021).

2.2 Estado del arte

El estado del arte se rige como un elemento fundamental para construir una base sólida y rigurosa que respalde el trabajo de investigación. Este no solo permite identificar el conocimiento existente sobre el tema, sino también detectar vacíos y oportunidades para avanzar en el estudio de la problemática abordada.

En este contexto, hemos llevado a cabo un análisis de ocho papers y documentos relacionados con nuestra área de estudio. Estos papers han proporcionado información valiosa que permite una comprensión del tema y refuerza los argumentos presentados en la investigación.

El primer artículo se refiere a Estrategia nacional de drogas 2021-2030 SENDA desarrollado por el Observatorio chileno de drogas.

Con la convicción de mejorar sustantivamente la prevención y tratamiento de las personas drogodependientes se lanza la estrategia nacional de drogas de SENDA, la cual está instalada en el manejo de esta problemática a nivel nacional desde el año 2021 hasta el próximo 2030 con claros objetivos de reforzar fortalezas y corregir debilidades de los programas que se están ejecutando en la comunidad con énfasis en la evidencia científica la que pueda aportar nuevos hallazgos.

Las cifras publicadas a inicios de 2019 por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA), dan cuenta de la magnitud del problema de uso de drogas en Chile. La preocupación es aún mayor cuando se observa que la edad de inicio de consumo de nuestra población escolar es alrededor de los 14 años para la mayoría de las drogas, pues la evidencia científica ha demostrado en los últimos años que el desarrollo del cerebro continúa incluso después de los 18 años, de manera que el inicio temprano del consumo pone en riesgo el desarrollo neurológico en las estructuras centrales.

Desde el punto de vista de la demanda esta es una de las causas del alto consumo de drogas en el país, durante los últimos años, se ha ido destacando el argumento de que en cuanto a drogas de uso común como lo es la marihuana proporciona un efecto curativo y/o paliativo de ciertas enfermedades, de este modo, influyen creencias falsas o no validadas instauradas por las sociedades científicas. Este acontecimiento se ha

afiatado mucho en el uso en particular en la marihuana, de la que supuestamente no daña la salud.

Uno de los resultados que afirma este enunciado corresponde a estudios en población escolar de SENDA, donde se evidencia que, a partir del 2011, se crea una reducción muy importante en la percepción de riesgo sobre consumo de marihuana, disminuyendo un 49,0% entre 2011 y 2019. Así, la droga se posiciona en el nivel más alto, con un alza de un 37,0% en ese mismo lapso (SENDA, 2020).

Las causas en el alto consumo de drogas como el alcohol, por ejemplo, se relacionan directamente con la oferta haciendo alusión al gran número de tráfico que existe de drogas en el país, las particularidades que poseen los puntos de venta entre otros aspectos relevantes, SENDA omite el estudio desde esta perspectiva por ley al ámbito del alcohol y otras drogas, no obstante generar hipótesis frente a la oferta como causal del alto consumo en las personas posee gran relevancia para los estudios en esta materia.

Así también, en la Revista CEPAL 107 – agosto 2012 hace referencia a los costos socioeconómico del consumo de drogas ilícitas en Chile.

Se estima que los costos socioeconómicos del consumo y tráfico de drogas ilícitas en Chile durante el año 2006, ha alcanzado un total de 266.744 millones de pesos (aproximadamente 503 millones de dólares), lo que representa el 0,45% del PIB del

país. Utilizando la metodología de "costo de enfermedad", se identifican las principales fuentes de costo, destacando el control de delitos (47%) y las pérdidas de productividad (46%). Además, se analizan los impactos en la salud pública y los costos asociados a la persecución de delitos relacionados con drogas, tanto en adultos como en menores. El estudio subraya la necesidad de contar con datos precisos para fundamentar políticas públicas efectivas y propone recomendaciones para mejorar la intervención y prevención del consumo de drogas en el país.

Así mismo, el documento destaca que "la estimación de los costos sociales y económicos del consumo de drogas constituye una herramienta fundamental para evaluar el impacto de esta problemática en la sociedad chilena". Este análisis permite tener una visión cuantitativa de cómo el consumo de drogas afecta múltiples dimensiones, desde la salud hasta la economía y la seguridad pública.

En el mismo orden, se señala que "los estudios sobre los costos sociales del consumo de drogas han cobrado relevancia en la última década en Chile", ya que reflejan el impacto significativo de esta problemática en distintos sectores, como el laboral, el sanitario y el judicial.

Igualmente, en relación con la metodología basada en el concepto de "costo de enfermedad" para calcular los costos económicos directos e indirectos, esta metodología permite incluir tanto los costos relacionados con la atención en salud como los derivados de la pérdida de productividad y otros efectos socioeconómicos.

Las principales fuentes de datos utilizadas provienen de encuestas nacionales, datos administrativos del sistema de salud y registros policiales. Los criterios de evaluación incluyen indicadores de morbilidad, mortalidad, productividad laboral y costos asociados al sistema judicial y penitenciario.

El estudio estima que los costos económicos totales del consumo de drogas en 2006 ascienden a 266.744 millones de pesos, lo que representa una carga significativa para la economía chilena. Estos costos representan el 0,36% del Producto Interno Bruto (PIB) del país, lo que pone de relieve la magnitud del problema. El costo per cápita se estima en alrededor de 15.500 pesos por habitante.

El consumo de drogas es responsable de una proporción considerable de la carga de morbilidad y mortalidad en el país, lo que se traduce en costos importantes en términos de atención hospitalaria y pérdida de vidas productivas. También, gran parte de los recursos del sistema de salud se destinan a tratar las consecuencias físicas y mentales del consumo de drogas, lo que afecta la eficiencia y disponibilidad de servicios para otras enfermedades.

En el mismo orden de cosas, El Centro provincial de información de ciencias médicas de Camagüey- Cuba hace referencia a las consecuencias graves que provoca la drogadicción como una problemática que nos concierne a todos, enfatizando porque es catalogado como un problema sanitario y de salud.

Se hace alusión a que la drogodependencia genera un fenómeno problemático en distintos niveles, es decir, sanitario, económico, legal y político, posicionándose como una epidemia social representando una amenaza para la salud. Así mismo, internacionalmente se han establecido directrices para combinar trabajos entre instituciones, organizaciones y la comunidad para instaurar estrategias preventivas y tratamiento a las personas en esta condición.

De este modo, se hace totalmente necesario conocer los efectos relacionados a la drogodependencia, tal como refiere este artículo, el cual define las principales complicaciones que provoca el abuso de estas sustancias destacando:

- a. Complicaciones psiquiátricas: Trastorno de personalidad, síndrome amotivacional, flash backs, recurrencias o repetidas experimentaciones, trastornos de ansiedad, depresivos o psicóticos; crisis de pánico y delirio.
- b. Complicaciones cardiovasculares: Miocardiopatías, arritmias, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, ictus, aterosclerosis, endocarditis, disección aórtica y muerte súbita.
- c. Complicaciones neurológicas: Encefalopatías, convulsiones, infecciones, plexopatías, polineuritis, demencia.
- d. Complicaciones respiratorias: Perforación del tabique nasal, enfermedad pulmonar obstructiva, bronquiectasias, asma, infecciones, baro traumas,

edema agudo del pulmón, dificultad respiratoria, granulomatosis pulmonar, isquemia, hemorragia, hipertensión pulmonar y cáncer.

- e. Complicaciones digestivas: Síndrome dispéptico, gastritis, alteración del tránsito intestinal, mala absorción intestinal, isquemia intestinal mesentérica, hepatopatías, pancreatopatías y neoplasias.
- f. Complicaciones musculoesqueléticas: Síndrome musculoesquelético articular, miopatías, osteoporosis, osteonecrosis, gota, infecciones articulares y reumatismo de partes blandas.
- g. Complicaciones renales: Necrosis tubular renal, neuropatía, isquemia e insuficiencia renal.
- h. Complicaciones metabólicas: Alteraciones nutritivas, hipertermia, trastornos hidroelectrolíticos.
- i. Complicaciones hematológicas: Vasculitis, anemia, depresión médula ósea y coagulación intravascular diseminada. (Medisan, 2008, pág. 3).

Así mismo, estas complicaciones que desarrollan las personas con drogodependencia se han transformado en un problema internacional, pero abocándose a nuestro país es un problema transgeneracional severo que abarca desde niños, niñas y adolescentes hasta adultos, por lo que es fundamental interrelacionar los tres factores fundamentales que se deben considerar al intervenir esta problemática: la sustancia, el sujeto y la situación.

Los factores relacionados a la sustancia corresponden a la accesibilidad, vía de administración y la farmacología.

Los factores relacionados al sujeto corresponden a características físicas, edad, sexo, herencia, desarrollo personal y el contexto, así mismo, la situación corresponde a la relación con el ambiente, la familia, trabajo y el ocio, en el mismo orden de las cosas, a los factores mencionados se agrega la repercusión del sistema de valores dominantes, las actitudes sociales negativas del entorno, la misma presión del entorno con los pares, la falta de un control normativo parental, los vínculos sociales y también situaciones de marginación y la precariedad económica los que se consideran desencadenante o factores de riesgos en el consumo de drogas.

También se menciona a SENDA con el informe remitido por el observatorio chileno de drogas a través de su Décimo tercer estudio nacional de drogas en población general de Chile, 2018 quien refiere que en cuanto al acceso a las drogas en las personas de nuestro país se encuentra la siguiente percepción.

La percepción en este estudio tiene por finalidad reflejar la facilidad del acceso a las drogas interpretada como la proporción de individuos que declaran que les sería fácil acceder a drogas en nuestro país.

El estudio de brechas dice que es superior en hombres que en mujeres (53.6 % frente a 47.1 %), es superior en el tramo de 19 a 25 años respecto al resto y que subsiste un gradiente relevante por NSE (59.8% en NSE Bajo frente a 43.3 % en NSE Alto).

La proporción que expresa haber recibido algún ofrecimiento de marihuana durante el último año aparcó la tendencia al alza destacada desde 2012, con una variación no significativa de 22,9% en 2016 a 21,4% en 2018.

El porcentaje de la población que declara respecto a haber recibido una oferta de cocaína en el último año se estabiliza respecto al estudio anterior, 6,1% en 2016 a 6,4% en 2018.

El porcentaje de la población que manifiesta haber recibido algún ofrecimiento de pasta base en los últimos doce meses se ha estabiliza en las últimas cinco mediciones; en 2018 fue de 3,0%. Los ofrecimientos en el último año en hombres son significativamente mayores que en mujeres: 4,3% frente a 1,7%.

La forma más frecuente a través de la cual los consumidores de tranquilizantes sin receta médica declaran adquirirlos es a través de una persona cercana (conviviente, familiar y/o amigo/a) con 36,4%; le sigue el medicamento comprado en una feria libre o mercado (21,7%), “estaba en mi casa y lo tomé” con 17,7%, y “lo compré en una farmacia con receta médica de otra persona” (5,7%).

Por otra parte, también se pueden mencionar el estudio realizado por SENDA y el MINSAL de título Evaluación y Confirmación Diagnóstica en personas con consumo de alcohol y otras drogas del año 2021, el cual hace referencia a por qué de establecer un

diagnóstico claro y una comprensión integral de las necesidades del individuo es importante para una primera intervención, la cual especifica:

- a. Identificar información crítica que permita tomar decisiones informadas sobre el nivel de cuidados que requiere una persona con consumo problemático de sustancias. Este proceso implica evaluar diversas dimensiones relevantes para el tratamiento, lo que incluye:
 - b. Evaluar dimensiones que son relevantes para la atención, como el uso de sustancias, las necesidades de salud física y mental, la disposición para el cambio de comportamiento y el ambiente de recuperación.
 - c. Determinar el nivel de cuidados que la persona requiere, basándose en el diagnóstico clínico y las necesidades detectadas durante la evaluación 8.
 - d. Proporcionar una línea base del funcionamiento del individuo al momento de ingresar a tratamiento, lo que facilitará el diseño de un Plan de Tratamiento Individual (PTI) y el monitoreo de su progreso
 - e. Determinar el nivel de cuidados que la persona requiere, basándose en el diagnóstico clínico y las necesidades detectadas durante la evaluación 8.

- f. Proporcionar una línea base del funcionamiento del individuo al momento de ingresar a tratamiento, lo que facilitará el diseño de un Plan de Tratamiento Individual (PTI) y el monitoreo de su progreso

El documento destaca la importancia de la consulta con profesionales de experiencia clínica y la realización de un pilotaje de la pauta de entrevista en diversos centros de atención. Esto asegura que el contenido sea relevante y aplicable en la práctica. Se menciona que:

Se realizó un pilotaje de la pauta de entrevista propuesta en diferentes centros de Atención Primaria de Salud y de programas de tratamiento, lo que permitió recoger observaciones y aportes de los distintos actores implicados en el proceso de evaluación.

SENDA, MINSAL 2021.

Por lo tanto, el objetivo de la evaluación es proporcionar un diagnóstico preciso que permita diseñar un plan de tratamiento adecuado. Esto se logra a través de un proceso estructurado que considera tanto la historia del consumo de sustancias como las necesidades de salud del individuo.

También existe un estudio desarrollado por el MINSAL, junto con la Subsecretaría de Salud Pública y la División de Prevención y Control de Enfermedades publicada el 2015, que proporciona herramientas y orientaciones para el consumo de sustancias.

El consumo de sustancias en adolescentes es un fenómeno alarmante que ha ido en aumento en las últimas décadas. Este grupo etario es particularmente vulnerable a las conductas de riesgo, siendo el consumo de drogas una de las más prevalentes. Este comportamiento no solo afecta su salud física, sino que también tiene repercusiones en su desarrollo emocional, social y académico.

Es importante mencionar que el uso de drogas puede llevar a una serie de consecuencias negativas, incluyendo trastornos mentales, problemas de comportamiento, dificultades en el rendimiento escolar y un aumento en la probabilidad de involucrarse en actividades delictivas. Además, el consumo de sustancias puede interferir con la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones adecuadas, exponiéndolos a otros riesgos.

Es por esto por lo que la intervención en el consumo de drogas en adolescentes tiene como objetivo principal reducir la prevalencia de este comportamiento y sus consecuencias asociadas a largo plazo. Se busca promover estilos de vida saludables y fortalecer los factores de protección que pueden ayudar a los jóvenes a resistir la tentación de consumir sustancias. La estrategia nacional de salud 2011-2020 establece metas específicas para abordar estos problemas, incluyendo la reducción de la discapacidad asociada a trastornos mentales relacionados con el consumo de sustancias.

El documento expone distintos modelos y estrategias de Intervención, por ejemplo, el desarrollado por el profesor de Psicología James Prochaska y el investigador Carlo DiClemente, llamado Modelo Transteórico del Cambio, el cual según del estudio, es fundamental para entender el proceso de cambio en el comportamiento de los adolescentes. Reconoce que el cambio es un proceso no lineal que implica varias etapas. Tal como se menciona:

Cada etapa requiere diferentes enfoques y estrategias de intervención. lograr el cambio de conducta no es fácil, especialmente entre los jóvenes, por ello es necesario entender el cambio como un proceso, en el cual la disposición motivacional del adolescente va avanzando por diferentes etapas. MINSAL, 2015.

Estas etapas mencionadas vendrían siendo:

- a. Pre-contemplación.
- b. Contemplación.
- c. Preparación.
- d. Acción.
- e. Mantenimiento.

También se menciona la Entrevista Motivacional, aquella técnica se centra en aumentar la motivación del adolescente para cambiar su comportamiento. Se basa en la empatía,

la escucha activa y la colaboración, permitiendo que el adolescente explore sus propias ambivalencias y motivaciones para el cambio. Tal como se menciona:

La entrevista motivacional es una herramienta ampliamente utilizada para abordar el uso de sustancias. La evidencia de su aplicación en adolescentes es reciente, sin embargo, estudios de meta-análisis muestran resultados consistentes. De 39 estudios revisados, el 67% logra diferencias significativas en la disminución del uso de sustancias. La evidencia se orienta a la eficacia de realizar una intervención breve basada en entrevista motivacional luego de la detección de consumo de drogas en adolescentes y los fuertes efectos tenderían a estar relacionados con reducción de consecuencias negativas del uso de sustancias en la conducción, accidentabilidad y sexualidad. MINSAL, 2015.

Es por esto por lo que, la Entrevista Motivacional desde un enfoque sociofamiliar no solo facilita el proceso de cambio individual, sino que también fortalece las relaciones dentro del núcleo familiar, generando un entorno más propicio para el apoyo y la recuperación. La técnica permite que tanto el adolescente como su familia colaboren en la construcción de soluciones que no solo benefician al individuo, sino que también promueven el bienestar familiar en su conjunto.

Igualmente se mencionan Técnicas de Intervención, como, por ejemplo:

- a. Elaboración de Mapas de Creencias que ayuda a los adolescentes a identificar y reflexionar sobre sus creencias en relación con el consumo de drogas.
- b. Trabajo sobre la Ambivalencia que permite a los adolescentes explorar sus sentimientos contradictorios sobre el consumo y el deseo de cambiar.
- c. Hojas de Balance que se utilizan para ayudar a los adolescentes a sopesar los pros y los contras del consumo de sustancias, aumentando su conciencia sobre las consecuencias de sus acciones.
- d. Micro habilidades Deseables en donde se identifican habilidades que los profesionales deben desarrollar para llevar a cabo intervenciones efectivas, como la capacidad de resumir, reflejar y dar información con permiso.

Por otra parte, la evaluación del consumo de drogas es un paso crucial en el proceso de intervención. Se propone un enfoque sistemático con herramientas como el cuestionario CRAFFT, que permite identificar el nivel de riesgo del adolescente respecto al consumo de sustancias. Este cuestionario puede completarlo el adolescente o administrarlo por un profesional, y es fundamental revisar los resultados para facilitar la intervención.

El documento nombra un modelo de intervención que consta de los siguientes puntos:

Paso 1: Evaluar el Consumo: Utilizando herramientas como el CRAFFT para identificar el nivel de riesgo.

Paso 2: Intervenir: Dependiendo del nivel de riesgo, se pueden aplicar diferentes tipos de intervención, desde intervenciones mínimas para riesgo bajo hasta intervenciones motivacionales para riesgo intermedio y alto, así como derivaciones a tratamientos más intensivos cuando sea necesario.

Paso 3: Acompañar y Seguir Apoyando: Se enfatiza la importancia del seguimiento y el acompañamiento continuo para asegurar el éxito de la intervención y mantener la motivación del adolescente para el cambio.

Tomando en referencia lo anteriormente mencionado, el estudio resalta la necesidad de adaptar las estrategias a las características específicas de la población adolescente, considerando sus variaciones emocionales y motivacionales. La intervención debe ser flexible y centrada en el adolescente, promoviendo un ambiente de confianza y respeto que facilite la comunicación y el cambio.

Uno de los factores de riesgo identificados en el estudio es el historial familiar de abuso de sustancias. Este factor puede influir en la probabilidad de que un adolescente desarrolle conductas de consumo, y a su vez, puede ser un predictor de problemas de drogodependencia en la adultez. La presencia de antecedentes familiares de adicción puede aumentar la vulnerabilidad a desarrollar patrones similares en la vida adulta.

El estudio también menciona factores de protección, como un fuerte vínculo con figuras de apego y la comunicación abierta sobre los riesgos del consumo de sustancias. Estos

factores pueden tener un impacto positivo en la vida adulta, ya que una base sólida de apoyo familiar y social puede ayudar a las personas a enfrentar y superar problemas de drogodependencia. La intervención temprana en la adolescencia puede fortalecer estos vínculos y proporcionar herramientas para manejar las adversidades en la adultez.

Del mismo modo, el estudio llamado Construcción Y Validación De Un Cuestionario De Factores De Riesgo Y De Protección Para El Consumo De Drogas En Jóvenes Universitarios describe el proceso de creación y validación de un cuestionario específico para evaluar los factores psicosociales relacionados con el consumo de drogas en estudiantes universitarios. Aquí están los aspectos clave.

El estudio buscó desarrollar un instrumento que permitiera medir tanto los factores de riesgo como los factores de protección asociados al consumo de drogas en jóvenes universitarios.

Se incluyeron 763 estudiantes de una universidad privada en Cali, Colombia, con edades entre 15 y 25 años.

Se identifican factores riesgo y protección:

- a. Malestar emocional.
- b. Satisfacción en las relaciones interpersonales.
- c. Preconceptos y valoración de las drogas.
- d. Espiritualidad.

- e. Permisividad social y accesibilidad a las drogas.
- f. Habilidades sociales y de autocontrol.

De igual forma, las Recomendaciones De La Comisión Nacional De Lactancia Materna Sobre El Consumo De Alcohol, Tabaco Y Otras Drogas Y Lactancia Materna también realizan un fuerte respaldo a nuestra investigación. Dado que, el consumo de drogas legales o ilegales es un problema grave de salud para las madres lactantes y sus hijos. Es común que las madres consuman simultáneamente varias drogas, además de tabaco y alcohol. Los adulterantes con los que se mezclan o cortan las drogas también representan riesgos potenciales para la salud de las madres y los bebés, es por dicho motivo que SENDA entrega las siguientes recomendaciones:

a. Consumo de Alcohol:

Se desconoce el nivel de consumo materno de alcohol que tiene un riesgo cero o es seguro para el lactante.

El alcohol se excreta en la leche materna, por lo que es recomendable evitar su consumo durante la lactancia.

Tras beber cerveza sin alcohol (con menos del 1% de alcohol), los niveles de alcohol en la leche materna son ínfimos o indetectables.

No se recomienda compartir la cama con el bebé (colecho) si se ha bebido alcohol.

b. Efectos del Alcohol en la Lactancia:

El alcohol inhibe la liberación de oxitocina, dificultando el reflejo eyecto lácteo y la producción de leche.

Altos niveles de alcohol pueden contribuir a un cese temprano en la lactancia.

c. Consumo de Otras Drogas:

El consumo de drogas ilícitas durante la gestación y la lactancia puede tener consecuencias a corto y largo plazo.

Se han evidenciado tasas significativamente menores de lactancia en mujeres consumidoras de drogas opiáceas.

La leche materna es fundamental para la salud infantil, por lo que es importante velar por su protección y mantención. El perfil de mujeres que consume drogas en Chile e informado por SENDA es concordante con la literatura internacional, donde se establece que quienes consumen drogas generalmente han sufrido traumas tempranamente en la vida, abandono y abusos (psicológico y/o sexual), son dependientes de sus parejas y viven en pobreza puesto que no poseen estudios, por tanto, acceden a trabajos con menor remuneración. (DIPRECE, 2022).

2.3 Conceptualización

Los conceptos principales que se abordarán en nuestra investigación son los siguientes:

2.3.1 Drogadicción

La drogadicción es un concepto que describe un trastorno crónico y reiterativo en el que un individuo desarrolla una fuerte dependencia física y/o psicológica hacia una sustancia psicoactiva que altera la realidad de su cuerpo y/o conciencia. Esta afección se caracteriza por un impulso compulsivo e incontrolable de consumir dicha sustancia, a pesar de las consecuencias negativas que esto pueda acarrear en la vida personal, familiar, social, laboral y de salud de la persona. Algunas de las características claves en las que se pueden identificar son:

- a. Dependencia Física: La dependencia física ocurre cuando el cuerpo de una persona se adapta a la presencia continua de una droga, lo que provoca que se necesite la sustancia para funcionar con normalidad. Este proceso es el resultado de cambios neurobiológicos en el cerebro y otros sistemas del cuerpo debido al consumo repetido de la sustancia.
- b. Mecanismo de Defensa: A medida que la droga se consume regularmente, el cerebro ajusta su química para compensar los efectos de la sustancia. Por ejemplo, si una droga aumenta la liberación de dopamina, el cerebro puede reducir la producción natural de esta sustancia o disminuir la sensibilidad de los receptores de dopamina. Cuando el consumo de la droga se detiene, el cuerpo experimenta un desequilibrio químico, lo que provoca los síntomas de abstinencia.
- c. Síntomas: Los síntomas varían según la droga, pero pueden incluir náuseas, temblores, sudoración, ansiedad, irritabilidad, dolores musculares, convulsiones y,

en casos extremos, delirios o alucinaciones. Estos síntomas pueden ser tan graves que la persona se ve impulsada a consumir la droga nuevamente para aliviarlos, perpetuando así el ciclo de dependencia.

2.3.2 Entorno Familiar

El entorno familiar es un componente fundamental en el desarrollo de una persona, especialmente en relación con la aparición y mantenimiento de comportamientos de riesgo como el consumo de drogas. El concepto no se refiere solo a la presencia física de la familia, sino que abarca la calidad de las relaciones, las dinámicas interpersonales y la estructura de la familia. En otras palabras, el entorno familiar es el escenario donde se forman los valores, creencias, actitudes y comportamientos que influyen en la vida del individuo.

El entorno afecta espectros como la forma en que los miembros de la familia interactúan entre sí, establece un modelo de comportamiento que los individuos, especialmente niños y adolescentes, pueden imitar. Un entorno familiar caracterizado por el respeto mutuo, la comunicación abierta y el apoyo emocional tiende a generar un espacio protector contra el desarrollo de conductas adictivas. Por el contrario, familias donde predominan la hostilidad, el conflicto constante, o la falta de comunicación pueden aumentar la vulnerabilidad del individuo al consumo de drogas como una vía de escape o adaptación.

También, potencialmente se ven afectados los roles y funciones, que en muchas familias están claramente definidos, influyen en cómo cada miembro maneja el estrés, las expectativas y las responsabilidades. Cuando los roles son disfuncionales, como en casos de codependencia o cuando un miembro de la familia asume responsabilidades inapropiadas para su edad (por ejemplo, un niño que actúa como el cuidador principal), se pueden generar tensiones que incrementan el riesgo de comportamientos problemáticos, incluido el abuso de sustancias.

2.3.3 Factores Sociofamiliares.

Los factores económicos juegan un papel crucial en el desarrollo y perpetuación de la drogadicción. Estos factores pueden afectar tanto la estabilidad familiar como el acceso a recursos esenciales que pueden prevenir o tratar el uso de sustancias. Algunos que se pueden detallar son la pobreza, el desempleo y la falta de oportunidades influyen en la predisposición a la drogadicción.

Por lo tanto, la pobreza logra generar un estrés financiero constante que puede afectar negativamente la salud mental y emocional de los individuos. El estrés prolongado relacionado con la falta de recursos puede llevar a la búsqueda de formas de escape, como el consumo de drogas, para lidiar con la presión y el malestar emocional.

También, las personas pobres suelen tener acceso limitado a servicios de salud, incluyendo tratamientos para la drogadicción. La falta de recursos financieros puede impedir que busquen ayuda profesional o accedan a programas de prevención y tratamiento adecuados. Por último, vivir en áreas empobrecidas a menudo está

asociado con condiciones de vida adversas, como viviendas de mala calidad, falta de servicios básicos. Estos factores pueden aumentar la exposición a ambientes donde el uso de drogas es más prevalente.

2.3.4. Modelos de Conducta

Dentro del entorno familiar, los modelos de conducta desempeñan un papel fundamental en la formación de las actitudes y comportamientos de los miembros, incluyendo la predisposición al consumo de drogas. Los modelos de conducta se refieren a los comportamientos que los individuos observan y aprenden de los miembros de su familia, como padres y hermanos. Este proceso de aprendizaje puede tener un impacto significativo en cómo se perciben y se adoptan las actitudes hacia el consumo de sustancias.

Según la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, las personas aprenden comportamientos observando e imitando a otros. En el entorno familiar, los padres y hermanos actúan como modelos que los niños y adolescentes observan. Si los comportamientos de consumo de drogas son visibles en el hogar, estos comportamientos pueden ser aprendidos e internalizados por los miembros más jóvenes de la familia.

De la misma forma, los niños y adolescentes tienden a imitar a los adultos significativos en su vida. Si observan que los padres o hermanos mayores consumen drogas, es

probable que vean este comportamiento como normal o aceptable, aumentando la probabilidad de que ellos mismos participen en el consumo de sustancias.

Las normas y valores que prevalecen en un hogar influyen en la percepción del consumo de drogas. Si el uso de sustancias es una conducta aceptada o incluso celebrada dentro del hogar, los jóvenes que crecen en ese entorno pueden adoptar una actitud permisiva o positiva hacia las drogas.

2.3.5. Apego y/o Vínculo

Los modelos de conducta dentro del entorno familiar son fundamentales en la formación de las actitudes y comportamientos de los individuos, especialmente en relación con el consumo de drogas. Los modelos de conducta se refieren a los comportamientos que los miembros de la familia exhiben y que son observados e imitados por otros miembros, especialmente los niños y adolescentes.

Por ejemplo, un apego seguro, como se define en la teoría del apego de John Bowlby, se desarrolla cuando los cuidadores responden de manera consistente y afectuosa a las necesidades emocionales del niño. Esto proporciona una base de confianza y seguridad, lo que permite a los individuos desarrollar habilidades de afrontamiento saludables y una visión positiva de sí mismos y de sus relaciones. Los jóvenes con un apego seguro tienen menos probabilidades de recurrir a las drogas como un mecanismo para manejar el estrés o la angustia, ya que se sienten emocionalmente seguros y apoyados.

Por otro lado, el apego inseguro, caracterizado por la inconsistencia, el rechazo o la negligencia, puede llevar a una falta de confianza en las relaciones y una dificultad para manejar el estrés. Los individuos con apego inseguro pueden buscar en las drogas una forma de llenar el vacío emocional o de encontrar consuelo, ya que no han desarrollado estrategias saludables para lidiar con las emociones negativas.

Cuando los modelos de conducta familiares se ajustan a las normas y valores familiares, es más probable que los jóvenes internalicen estos comportamientos como apropiados. En un entorno familiar coherente y apoyador, el consumo de drogas es menos probable que sea visto como una opción viable o deseable.

2.3.6. Estrés y/o Traumas

El estrés y los traumas experimentados, particularmente durante la infancia, constituyen factores de riesgo individuales significativos en el desarrollo de la dependencia a sustancias en la etapa adulta. Estos elementos están estrechamente relacionados con la capacidad del individuo para gestionar el estrés y su predisposición a utilizar el consumo de drogas como mecanismo de afrontamiento.

Además, el estrés crónico, especialmente cuando se origina en la infancia, tiene efectos profundos y duraderos en la salud mental y emocional del individuo a lo largo de toda su vida. Las experiencias estresantes o traumáticas en esta etapa crítica pueden

modificar las respuestas neurobiológicas al estrés, incrementando la susceptibilidad a la drogadicción como una forma de automedicación.

2.3.7. Dependencia

Estado de Dependencia: La dependencia se refiere a la condición en la que una persona se vuelve física y/o psicológicamente adicta a una sustancia. Es el resultado final de la interacción de los factores anteriores, manifestándose a nivel individual. Se pueden entender dos tipos de dependencia:

- a. Dependencia Física: Se refiere a la adaptación del cuerpo a una sustancia, lo que resulta en síntomas de abstinencia cuando la sustancia no está presente. La dependencia física se desarrolla a medida que el organismo se acostumbra a la presencia continua de la droga, y la ausencia de esta provoca malestar físico que solo se alivia con el consumo de la sustancia.
- b. Dependencia Psicológica: Se refiere al deseo de consumir una droga para experimentar sus efectos, como euforia o alivio del malestar emocional. La dependencia psicológica puede ser tan poderosa que el individuo siente que no puede funcionar sin la sustancia.

2.3.8. Prevención

La prevención de la drogadicción constituye un pilar esencial en las estrategias de salud pública y bienestar social, ya que busca abordar el problema desde su raíz y evitar el impacto negativo que esta problemática tiene en los individuos, las familias y las comunidades. En este sentido, las estrategias preventivas se pueden plantear como:

- a. Estrategias Preventivas: La prevención engloba las medidas que se pueden tomar para evitar el desarrollo de la drogadicción. A nivel macro, incluye políticas públicas y programas comunitarios, a nivel micro, implica intervenciones familiares y apoyo individual.

- b. Intervenciones Macro: Las políticas públicas y los programas comunitarios son esenciales para prevenir la drogadicción a nivel poblacional. Esto incluye la implementación de leyes y regulaciones que restrinjan el acceso a sustancias adictivas, así como el desarrollo de programas de educación y prevención en los colegios y comunidades. Iniciativas como los programas de prevención en escuelas, talleres comunitarios y campañas de concienciación pueden ayudar a educar a las personas sobre los riesgos del consumo de drogas y ofrecer estrategias para resistir la presión social.

2.3.9. Educación y Concienciación

La educación y la concienciación representan componentes esenciales en los programas de prevención del consumo de drogas. Estas estrategias buscan empoderar

a las personas mediante la transmisión de información clara y accesible sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias, además de promover habilidades para tomar decisiones informadas y resistir presiones sociales. Informar a la población sobre los riesgos del consumo de drogas y las estrategias para resistir la presión social. Este concepto es clave en la implementación de programas preventivos tanto a nivel familiar como comunitario.

2.4. Enfoque de la Investigación

Esta investigación se podría ver desde distintas perspectivas analíticas para abordar la problemática de la drogadicción, particularmente en el contexto de las usuarias y sus entornos familiares. A continuación, se detallan las principales aproximaciones teóricas y metodológicas aplicadas:

2.4.1 Perspectiva de Género

La inclusión de la perspectiva de género permite examinar cómo las experiencias de consumo de sustancias están condicionadas por construcciones socioculturales de género. Este enfoque aborda:

a) Roles de género

Analiza cómo las expectativas sociales y culturales moldean las conductas relacionadas con el consumo, evidenciando diferencias en la estigmatización y el acceso a recursos terapéuticos entre hombres y mujeres.

b) **Violencia de género:** Explora el impacto de experiencias de violencia, comúnmente reportadas por mujeres consumidoras, y su relación como detonante del consumo.

c) **Salud mental con enfoque diferenciado:** Destaca la correlación entre trastornos emocionales prevalentes en mujeres (como ansiedad y depresión) y el uso de sustancias como mecanismo de regulación emocional.

d) **Perspectiva** **Biopsicosocial**

Este enfoque integral considera la drogadicción como una interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Entre sus componentes destacan:

e) **Determinantes biológicos:** Analiza predisposiciones genéticas y respuestas neurofisiológicas al consumo.

f) **Procesos psicológicos:** Investiga cómo los traumas, las adversidades psicosociales y los trastornos mentales contribuyen a la susceptibilidad al consumo.

g) **Condiciones sociales:** Examina el papel del entorno familiar, las dinámicas de apoyo interpersonal y las barreras estructurales para el acceso al tratamiento.

h) **Perspectiva** **Cultural**

Este marco explora las influencias culturales en la percepción, aceptación y manejo del consumo de drogas. Incluye:

i) **Normas culturales:** Identifica cómo los valores y tradiciones de diferentes comunidades influyen en la conceptualización del consumo como problema de salud pública o comportamiento social aceptado.

- j) **Impacto del estigma:** Evalúa el rol de la estigmatización cultural hacia las personas consumidoras en su acceso a recursos de rehabilitación y apoyo psicosocial.

2.4.2 Perspectiva Familiar

La dimensión familiar se reconoce como un factor crítico tanto en la etiología como en la rehabilitación del consumo. Los aspectos clave incluyen:

- a) **Dinámicas familiares:** Analiza cómo la cohesión, comunicación y soporte dentro del núcleo familiar actúan como factores protectores o de riesgo.
- b) **Violencia intrafamiliar:** Considera la influencia de entornos marcados por agresiones físicas o emocionales en el inicio y perpetuación del consumo, con énfasis en mujeres afectadas por estas condiciones.

Estas perspectivas ofrecen un marco comprensivo que permite abordar el fenómeno de la drogadicción desde un enfoque interdisciplinario y contextualizado, adaptado a las características individuales y sociales de las usuarias y sus entornos.

CÁPITULO III: METODOLOGIA

En el presente capítulo, se expone la metodología utilizada en esta investigación, refiriéndose expresamente a los procedimientos y/o técnicas que engloban la utilización de instrumentos propios de la investigación en trabajo social de una forma ordenada y sistemática, que permitan alcanzar resultados de carácter válido y confiable teniendo como eje orientador a los objetivos específicos establecidos en este estudio con una base cualitativa que permita comprender las percepciones de los sujetos de estudio.

3.1. Fuentes de datos

Para el presente proyecto de investigación se utilizan fuentes primarias que corresponden a los usuarios del programa de rehabilitación CTA Amanecer del hospital de San Fernando que presentan consumo de drogas y que se encuentran en tratamiento y rehabilitación activa en el PAI, durante el año 2024.

También se hace uso de fuentes secundarias, de las cuales se extrajeron datos del actual Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) perteneciente al Ministerio del Interior y Seguridad Pública, quien tiene a disposición, El Décimo Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2020. Además de la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030. Para un Chile que Elige Vivir sin Drogas, pertenecientes al Plan Nacional Elige vivir sin drogas 2021-2030.

3.2 Unidades de estudio y muestra

Se contempla una muestra de 6 usuarias que se analizan en dos rangos etarios; para los efectos de esta investigación, el primer grupo es de 18 a 32 años y el segundo, de 32 a 56 años, actuales consumidoras de drogas y que se encuentran en tratamiento y rehabilitación activa durante el presente año en CTA PAI Amanecer del hospital de San Fernando.

El plan de muestreo es de tipo no probabilístico y el tipo de muestreo es intencional destacando que el estudio de carácter cualitativo busca analizar las percepciones de los individuos que son objeto de investigación y, en consecuencia, se busca profundizar en la temática, más que generalizar resultados.

3.3 Técnica de investigación

En consecuencia, la técnica de investigación es de carácter cualitativo, y corresponde a una Entrevista semi-estructurada, abordando tópicos o temas con el objetivo de interpretar significados a partir de la percepción de las usuarias del programa, focalizada en la interacción entrevistador/a-entrevistado/a de una manera flexible y que estimula la intimidad social que permita proporcionar información confidencial.

Esta modalidad se relaciona con aquellas entrevistas que constituyen los medios con los que el investigador obtiene los datos requeridos. Las entrevistas de investigación

difieren de las variedades clínicas y de consejería de muchas maneras. Primeramente, no intentan ser un agente de cambio, incluso cuando la participación en una entrevista intensa puede alterar las actitudes y la conducta posterior de una persona. El investigador ha de revisar el problema para asegurarse que las preguntas sean consistentes de un entrevistado a otro y, en lo permisible, evitar posibles sesgos, para que las respuestas de un grupo puedan ser codificadas y analizadas de manera efectiva. (Keats, pág. 20)

La entrevista está configurada por preguntas, preferentemente abiertas referidas a los tópicos o factores que se señalan en el siguiente punto.

3.4. Factores estudiados

- a. Percepción de las usuarias sobre la (des)aprobación social del consumo de sustancias.
- b. Percepción de riesgo del consumo frecuente de droga en las usuarias.
- c. Percepción de las usuarias de riesgo de consumir drogas de manera experimental y prevalencia de consumo.
- d. Percepción de factores gatillantes de consumo en mujeres.
- e. Concepto de Personas con consumo problemático.
- f. Concepción de Consumo de drogas.
- g. Frecuencia del consumo de drogas tales como cannabis, pasta base y cocaína.
- h. Acceso a servicios de prevención y/o tratamientos de dependencia.
- i. Nivel de escolaridad de las usuarias con consumo frecuente.

- j. Tipos de estructura familiar de las mujeres consumidoras.
- k. Prevalencia y edad de inicio del consumo.
- l. Existencia de familiares que consumen drogas.
- m. Entorno social de las mujeres que consumen drogas.
- n. Factores socio- familiares que se pueden dividir en sub-factores que proporcionan información para la investigación tales como:
 - i. Subfactores básicos: Factor Edad, Nivel de educación, situación Laboral.
 - ii. Subfactores psicológicos: Satisfacción en las relaciones interpersonales familiares, Malestar emocional Autocontrol.
 - iii. Subfactores sociales: Habilidades sociales, Accesibilidad a drogas por parte de familiares, Relaciones familiares: violencia intrafamiliar Funcionalidad y dinámica familiar a lo largo del desarrollo del ciclo vital.
 - iv. Subfactores culturales: Permisividad social, Concepto de drogas en los familiares, Valoración de las drogas en el entorno familiar.

3.5 Instrumentos de recolección de datos

Para pesquisar las variables mencionadas se propone diseñar una Pauta de entrevista semiestructurada y también una Pauta de tipificación de consumo, además de una entrevista dirigida a profesionales del área de tratamiento y prevención del consumo de drogas de CTA Amanecer y del programa SENDA para validar el estudio investigativo. Se realizan preguntas de tipo generales, seguidas por preguntas complejas sensibles/delicadas, seguidas por preguntas de cierre, para la finalización de la actividad.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROFESIONAL EVALUADOR: _____

DATOS DE EVALUADO/A:

Nombre: _____

RUT _____

Se me ha informado oportunamente en qué consiste y cuál es la finalidad de la entrevista en la que participaré. Comprendo que todo o parte de lo señalado en la entrevista y los resultados de los test y procedimientos empleados pueden ser contenidos en el informe que el/ los profesionales realizarán, el cual velará por el anonimato y confidencialidad durante todo el proceso de investigación.

Se me informa que el contenido de la entrevista puede ser expuesto y/o incorporada en el proyecto de tesis que llevarán a cabo los profesionales con fines académicos e investigativos, siempre y cuando se resguarde la privacidad y anonimato de la misma.

Usted acepta y autoriza a participar en la entrevista

SÍ

NO

En caso de rechazo, mencione los motivos, si lo desea:

Las siguientes preguntas no afectan la realización del peritaje:

| | SÍ | NO | NC |
|--|----|----|----|
| 1. Autorizo a videgrabar la sesión, si fuese necesario. Este registro será eliminado una vez despachado el proyecto de tesis. | | | |
| 2. Autorizo a audio grabar la sesión, si fuese necesario. Este registro será eliminado una vez despachado el proyecto de tesis. | | | |
| 3. Autorizo la presencia de otro profesional y/o alumno | | | |
| 4. Autorizo la utilización de la información que surja del proceso para fines investigativos y educativos manteniendo la confidencialidad de la identidad de los involucrados. | | | |

Firma Evaluado (a)

Fecha:

Antes de comenzar la entrevista se le explica al participante que la entrevista es el 100% confidencial y se le pedirá firmar un consentimiento informado el cual incluye recolección de información a través de grabación de voz y/o audio visual (se adjunta al informe).

3.6. Plan de análisis

El procesamiento y análisis de datos constituye una etapa crítica en el desarrollo de cualquier proyecto de investigación, ya que permite transformar la información recolectada en conocimiento útil y sistemático. Esta fase abarca desde la recolección y estructuración de datos hasta su interpretación mediante herramientas especializadas, asegurando que los hallazgos sean pertinentes y estén alineados con los objetivos del estudio.

En el presente proyecto, la información recopilada ha sido organizada de manera meticulosa para garantizar su coherencia y facilitar su posterior análisis. Este proceso utiliza el software especializado *Atlas.ti*, una herramienta ampliamente reconocida en la investigación cualitativa por su capacidad para gestionar grandes volúmenes de datos textuales y visuales de forma estructurada y eficiente. A través de este software, se han identificado y codificado patrones, relaciones y categorías emergentes que resultan esenciales para profundizar en el entendimiento del fenómeno estudiado.

El uso de *Atlas.ti* no solo proporciona una visión global del conjunto de datos, sino que también permite realizar análisis detallados de las categorías emergentes, las cuales reflejan las percepciones y experiencias de las usuarias que constituyen la unidad de

análisis en esta investigación. Estas categorías son fundamentales, ya que orientan la interpretación de los resultados y ofrecen insights valiosos para abordar los aspectos centrales del estudio.

En última instancia, este enfoque metodológico asegura que el análisis sea riguroso, transparente y reproducible, contribuyendo a la generación de conocimiento fundamentado y aplicable. Así, el procesamiento y análisis de datos no solo representa un paso esencial en el desarrollo del proyecto, sino que también constituye la base para formular conclusiones relevantes y proponer acciones informadas que respondan a los objetivos de la investigación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente capítulo se enfocará en la obtención de resultados, a partir de las categorías que se establecieron en este estudio cualitativo desde la base que implica analizar percepciones abocadas al ámbito socio familiar, enfatizando de manera profunda la percepción familiar propia de cada usuaria que participó en la obtención de datos para este estudio.

4.1 Edad Actual y Edad al Momento del Consumo

El objetivo de esta categoría es conocer la edad actual de las usuarias entrevistadas con la finalidad de definir el ciclo vital actual, también a partir de este rango etario de las personas parte de esta investigación facilitó la comprensión de la evolución de la drogadicción a lo largo del tiempo transcurrido desde el inicio hasta el momento actual. Asimismo, el rango etario va desde los 18 años hasta los 44 años, en la cual la media de edad se basa en el rango de 31/32 años, también se logra establecer a través de esta información la definición de un rango aproximado entre los 12 años hasta 22 años, en el cual la media de edad en el que se propicia el acercamiento al consumo de sustancias ronda en los 15 años.

El consumo de drogas en esta edad, es decir, comenzando en la infancia alrededor de los 12 años, comprende a un factor de riesgo que se frecuenta en la vida de los individuos emocionalmente inestables cuya base familiar no es estable, argumentando que un niño o niña debe tener una figura parental positiva y que cubra sus necesidades debido al ciclo vital en el cual se encuentre; de tal modo, según la recopilación de antecedentes de consumo, el tipo de droga consumida inicialmente por niños es la marihuana y el alcohol y evoluciona en drogas psicotrópicas como la cocaína y la pasta base e incluso fármacos que son bajo prescripción médica como la Quetiapina o el Clonazepam.

“Desde los 12 años, inicié con marihuana, después como a los 15 con coca, alcohol”. E. N°1.

De este modo relacionando la prevalencia del consumo inicial con cierto tipo de droga y la edad inicial, la percepción sobre esta droga en los adolescentes nos conduce directamente a la afirmación por parte de SENDA en su estudio mencionado anteriormente Estrategia nacional de drogas 2021-2030 en donde se afirma que la evidencia científica demuestra que el desarrollo del cerebro continua hasta después de los 18 años de edad, de este modo la maduración cerebral se altera con el inicio temprano del consumo de drogas causando daños graves y duraderos en el tiempo tales como alteraciones en la neurotransmisión, daños estructurales y funcionales lo que impacta de forma negativa en el comportamiento y la cognición traducido en pérdida de memoria, la atención, la motivación aumentando en gran medida el riesgo

de desarrollar patologías mentales como la esquizofrenia, la psicosis dentro de otros problemas de salud como la drogodependencia, lo más alarmante es que el consumo inicial con marihuana es percibido por los adolescentes como curativo e inofensivo naturalizando el consumo de esta hierba quedando expuesto que la adicción se relaciona con experiencias de vida difíciles, como traumas complejos en el desarrollo del ciclo vital siendo consumida desde la creencia del uso medicinal como forma de autorregulación frente al estrés, así mismo como afirma SENDA.

Desde el punto de vista de la demanda esta es una de las causas del alto consumo de drogas en el país, durante los últimos años, se ha ido destacando el argumento de que en cuanto a drogas de uso común como lo es la marihuana proporciona un efecto curativo y/o paliativo de ciertas enfermedades, de este modo, influyen creencias falsas o no validadas instauradas por las sociedades científicas. Este acontecimiento se ha afiatado mucho en el uso en particular en la marihuana, de la que supuestamente no daña la salud.

4.2 Nivel de Educativo

La categoría referida a la situación escolar o de nivel de estudios contextualizó la influencia que ejerce o ejerció el consumo de drogas y las consecuencias existentes.

Los niveles de educación bajos o incompletos y las edades tempranas de consumo son factores de riesgo presentes en la mayoría de las usuarias que han pasado los estudios básicos, a excepción de la usuaria N°4 que solo llegó a enseñanza básica, la

Entrevistada N°2 que con 18 años está cursando enseñanza media y la Entrevistada N°6 con 25 años solo logró obtener la enseñanza media completa. Las E. N°1 de 27 años y N°5 de 44 años lograron tener un título Técnico Profesional siendo uno un Técnico en Párvulo y el otro Técnico en Trabajo Social, por último, la E. N°3 es el único caso que logró sacar una carrera profesional de título Ingeniera en Prevención de Riesgos.

Las Entrevistadas más jóvenes (N° 2, 18 años y N° 6, 25 años) tienen un nivel educativo limitado a enseñanza media, lo que está relacionado con su edad y su trayecto educativo incompleto. Sin embargo, la educación básica (Usuaría N° 4, 39 años) y el nivel técnico-profesional (E. N° 1, 27 años, y N°5, 44 años) demuestra que los individuos mayores podrían haber enfrentado barreras significativas a lo largo de su vida para completar o mejorar su formación educativa.

Las entrevistadas con un nivel educativo más bajo, como la E. N° 4 (39 años, enseñanza básica), Enfrento un entorno familiar desfavorable, limitando su desarrollo académico. Por el contrario, aquellos con educación técnica o profesional (E. N° 1, 27 años, y N°5, 44 años) recibieron oportunidades y/o apoyo en ciertos momentos de su ciclo vital para completar estudios, manteniendo las mismas dinámicas familiares.

Del mismo modo los factores familiares de riesgo presentes en cada caso como el abuso, la negligencia parental, consumo de drogas en el entorno familiar y la violencia intrafamiliar afectaron directamente la trayectoria educativa. De este modo las usuarias

que provienen de familias con dinámicas conflictivas y violentas tuvieron dificultades para completar estudios formales debido a la falta de apoyo emocional y económico, la necesidad de asumir responsabilidades adultas prematuramente, y el uso de mecanismos de escape como el consumo de drogas. Esto puede explicar la menor formación académica de algunos individuos.

“Sabe que yo tuve una infancia dura, con carencias y con violencia, yo asumí responsabilidades de cuidadora super chica, me hacían cuidar a mi sobrina que era Chiquita tenía como 2 años y yo como 13 o 14, en el año 2004 murió mi papa, pero tengo malos recuerdo del era estricto y severo en sus castigos”.
Entrevistada N°5 44 años Tec. Ts.

“Ahora estudio desde casa, porque en mi colegio venden mucha droga y tenía malas juntas, así que decidí estudiar desde casa, porque no me siento tan fuerte como para decir “No” a la droga”.
Entrevistada N° 2, 18 años, cursando Ed. Básica

El grupo estudiado de usuarias del programa presenta una amplia variedad en sus niveles de educación, desde enseñanza básica hasta carreras profesionales. Esto refleja que, a pesar de compartir entornos familiares adversos, existen diferencias en la capacidad de algunas usuarias para acceder y completar estudios más avanzados, la drogodependencia no actúa como un factor determinante en el nivel académico ya que

inicialmente ocurrieron lapsos de abstinencia y que frente a otros estímulos o hitos que marcan circunstancias de vida estos activan detonantes que propician nuevamente el consumo.

La drogodependencia no discrimina nivel social, rango etario o condición económica ya que las usuarias evaluadas poseen distintos tipos de formación profesional, lo que es un indicativo de que el consumo existe en todos los estratos sociales y que depende directamente de cada usuaria y sus factores biopsicosociales.

4.3 Dinámica Familiar

La dinámica familiar como categoría de análisis proporciona una visión global sobre cómo las usuarias de este estudio perciben a sus progenitores y el rol parental recibido, asimismo, también teniendo en consideración la percepción de actitud de la familia frente al consumo de la usuaria y también considerando ciertos factores familiares condicionantes tal como la constitución familiar, es decir, si es una familia nuclear o si es monoparental e inclusive una familia extensa tienen injerencia en la decisión de consumir drogas. De este modo la información recabada de las seis usuarias que son parte del programa de rehabilitación posee rasgos característicos similares y comunes en donde la base familiar es escasa, con separación de los progenitores también o forman parte de una familia monoparental y en ocasiones extensa, asumiendo roles que no le corresponden a su ciclo vital.

“Con mi mamá ahora estamos bien, ella me apoya mucho, mi papá está ausente hace mucho tiempo, no tengo buena relación con él, por eso vivo con mi mamá”. Usuaría N°2

“Pucha actualmente, me estoy llevando mejor con mi mamá y mi hermana, me había alejado de ellas por mi pareja, y ahora que me separé de él, me volví a acercar a ellas”. Usuaría N°1

Se da cuenta que existen similitudes en las usuarias N°1 y N°2 puesto que mencionan que las relaciones familiares son débiles, de este modo se establece que la dinámica familiar tiene un gran impacto significativo en la salud y el bienestar de todos sus miembros y es responsable de brindar el apoyo y sostén necesario en cuanto a desarrollar la autoestima, el manejo de emociones y la frustración. Lo que al no ser contenido por el núcleo familiar ocasiona un desequilibrio sistémico familiar lo que sin duda es un detonante para caer en el consumo problemático de drogas.

4.4 Tipología familiar

En esta categoría se señala la tipología familiar y como está influye directamente en la decisión de consumir drogas, tal y como se expresó en la categoría de Dinámica familiar, la base familiar débil, problemas de comunicación o la presencia de factores familiares de riesgo como es la violencia intrafamiliar, ambientes hostiles y de rechazo afecta profundamente el desarrollo psicosocial de las personas, el conocimiento de las distintas constituciones familiares proporcionó una percepción de la estructura

biopsicosocial formada en base al crecimiento y desarrollo dentro de cada tipo de familia.

De este modo se destacan familias monoparentales que anterior a la separación mediaban a través de la violencia, también familias ensambladas y extensas en donde el rol parental recae en abuelos, tíos y a su vez este es delegado abruptamente a niñas y adolescentes.

Cuando los individuos enfrentan una infancia y adolescencia marcadas por estas dinámicas, tienden a buscar refugio en comportamientos de evasión, como el consumo de sustancias, para lidiar con el dolor emocional. Esta búsqueda de escape puede llevar a un ciclo perjudicial, donde la incapacidad para afrontar las dificultades contribuye a la perpetuación de problemas en las relaciones interpersonales y un deterioro en la salud mental. De estas se identificaron:

- a. Infancias con carencias y responsabilidades tempranas: según la información recopilada, se pueden definir similitudes de experiencias en relación de las carencias y responsabilidades que debieron asumir a temprana edad. Se destaca que las usuarias N°1, 3, 4 y 6 debieron asumir responsabilidades de adultos desde temprana edad, quedando al cuidando de otros NNA como hermanos o familiares, lo cual se hace común en contextos de escasez de recursos y falta de apoyo parental, lo que conlleva un intercambio de roles desde una maduración temprana en cada caso.

La usuaria N°1 relata:

“Yo asumí responsabilidades de cuidadoras super chica, me hacían cuidar a mi sobrina que era chiquita como 2 años y yo como 13 o 14”

Así también la usuaria N°3 relata:

“A mis 8 años edad, me tuve que hacer cargo de mis hermanos que eran dos años menor que yo, tenía que preocuparme del colegio del almuerzo de todo lo que se preocupa una mamá”

Y la usuaria N° 4 comenta:

“Mi mamá me crío, y fue super malo todo, metía a un hombre tras otro de la casa y me hizo mucho daño. Mi abuela me crío no tengo nada malo que decir de ella, sabe que yo desde los 10 años que trabajaba, para que ella pagara el subsidio de la casa.”

De la misma forma, La usuaria N° 6 relata:

“En mi infancia lo pasé mal, mi mamá se fue de la casa por trabajo yo tenía 2 años... Viví con mis abuelos y mi tío, mi abuela tomó el rol de mamá, mis abuelos tenían problemas de alcohol y mi tío de drogas... Yo maduré muy rápido, no disfruté mi niñez”.

La violencia, el maltrato y abuso sistemático está presente en las historias de las usuarias N° 1, 3, 4 y 6, quienes describen haber vivido o presenciado situaciones violentas en sus hogares. Esta violencia no solo afecta su percepción de la familia como un lugar seguro, sino que también puede llevar a un estado crónico de estrés y desconfianza debido al funcionamiento familiar disfuncional, junto con la falta de apoyo emocional, crea un entorno en el que el individuo se siente constantemente amenazado, lo que puede resultar en una incapacidad para manejar las emociones de manera saludable y, en última instancia, contribuir a la búsqueda de evasión de la realidad a través de sustancias o comportamientos destructivos creando un escenario en donde se desarrollan problemas conductuales, emocionales o sociales; presencia de depresión, ansiedad, baja autoestima, conducta antisocial tal como el consumo de drogas.

Por otro lado, los individuos 1 y 6, se puede entender que estos traumas están claramente relacionados con dificultades emocionales, comunicaciones y conductuales en la adultez.

- b. Relaciones parentales limitadas o inexistentes: las entrevistadas N° 1, 4, y 6 describen relaciones prácticamente inexistentes o conflictivas con sus padres producto del funcionamiento de una dinámica familiar disfuncional en donde la comunicación es escasa entre los padres e hijos, también existe la pérdida por fallecimiento o por el ausentismo de la figura parental en el ciclo vital correspondiente a la infancia y/o adolescencia. Del mismo modo se puede afirmar

que la falta de una figura protectora o de apoyo afectivo significativo en estas etapas del ciclo vital consideradas como críticas para el ser humano por dejar huellas en su desarrollo emocional crea sentimientos de desprotección y vulnerabilidad suprimiendo la autoridad parental que finalmente deja a los niños y niñas con la ausencia de una estructura adecuada para su propio desarrollo socioemocional que más adelante es un predictor de relaciones disfuncionales, escaso manejo de las emociones y el uso de drogas.

La evitación y la aproximación se regulan a través del control cognitivo de la persona, que varía según su nivel de regulación. Lo anterior, tiene que ver con las trayectorias del desarrollo que encausan la reactividad y fomentan la regulación en una progresión desde la hetero a la auto regulación. En este sentido el vínculo parento filial, fomenta el apego y la regulación del estrés en un NNA, por lo tanto, si la usuaria en su infancia y/o adolescencia no desarrollo un vínculo de apego con sus progenitores, tendrá dificultades al enfrentar eventos estresantes, y al no desarrollar la capacidad de autorregulación esta recurrirá a la regulación por intermedio de fármacos y/o sustancias.

El apego no tiene otra forma de manifestarse, que, ante una situación estresante, pues es en esa instancia en donde el NNA recurre a sus progenitores en busca de contención. Siendo la principal función del apego, asegurar la protección y el cuidado, así como reestablecer la homeostasis psicoemocional del NNA. Por otra parte, si el NNA no recibe heteroregulación por parte de sus progenitores y/o

cuidadores detonaran dificultades en la expresión simbólica de emociones, esto debido a la baja sensibilidad de los cuidadores o progenitores.

- c. Uso de sustancias como medio de escape: el consumo de sustancias a temprana edad aparece en las vidas de las usuarias N°1, 4, 5, y 6, quienes son víctimas de maltrato infantil que se refiere a daño físico, privación de afecto, negación de alimentos, trabajo infantil y violación, cada usuaria ha sufrido al menos dos de estas formas de abuso, afirmando según la información que proporcionan la utilización de drogas como una forma de evadir la realidad y sobrellevar los abusos y daños sufridos como una huella de daño emocional profunda transformando el consumo de drogas como una forma de lidiar con el estrés a través del placer que les genera perder la noción del tiempo y de los hechos que han marcado su infancia y adolescencia y que sin duda repercutió en la transición a la adultez, el trauma y la falta de apoyo emocional. Estas experiencias sugieren que el consumo de drogas fue una forma de afrontar las carencias afectivas o las circunstancias adversas que vivieron desde la infancia.

“Antes de consumir, estaba ansiosa, quería que mi mente volara y se olvidara de todo, incluso ahora grande, cuando me pegaba mi ex o discutíamos, eso me hacía recordar todas las cosas hacia atrás y me desconectaba con la droga, después de consumir y que pasara el efecto volvía a la realidad y eso me hacía sentir peor”. E. N°6.

Tal como refiere El Centro provincial de información de ciencias médicas de Camagüey- Cuba quien hace referencia a que las drogas hacen estragos en el cuerpo humano en todas las áreas del funcionamiento, es decir, a nivel físico, psíquico y cognitivo siendo afectados principalmente a nivel neurológico y psiquiátrico agudizando la sensación inicial después del consumo, es decir, el mal estar emocional volviéndose un ciclo sin fin.

- d. Dificultad en establecer vínculos saludables en la adultez: la mayoría de las entrevistadas (particularmente Entrevistadas N°1, 3, 4, y 6) experimentaron relaciones conflictivas en la adultez, tanto con familiares como con parejas. La violencia y la dependencia emocional en las relaciones sentimentales están relacionadas con sus vivencias infantiles de desprotección y violencia concordando con los estudios del Centro provincial de información de ciencias médicas de Camagüey- Cuba quien hace referencia a una de las consecuencias graves que provoca la drogadicción tal como las

Complicaciones psiquiátricas tal como el Trastorno de personalidad, síndrome amotivacional, flash backs, recurrencias o repetidas experimentaciones, trastornos de ansiedad, depresivos o psicóticos; crisis de pánico y delirio, de este modo la unión de estos factores crea un entorno problemático cuya base

inestable propicia un escenario desafiante en el establecimiento y mantención de relaciones saludables en la adultez.

Algunas usuarias generaron trastornos de personalidad dependiente, esto debido a que, en el desarrollo de su infancia y adolescencia, no pudieron generar vínculos de apego seguro con sus cuidadores, buscando patrones afectivos idénticos a los de sus progenitores, normalizando abusos y/o violencia. Lo anterior se debe a que los progenitores mantuvieron activos en todo el proceso de crianza el sistema de evitación y de defensa, inhibiendo el sistema ejecutivo parental. El cual fomenta la construcción del significado, lectura de mente y afecto, sistema de reforzamiento, sistema de aproximación, lo que a su vez propicio que el sistema comportamental de apego, exploración y cuidado en la infancia de las usuarias, no se activara de forma correcta.

- e. Diversidad en las figuras de cuidado: La usuaria N°4 fue criada principalmente por su abuela, quien fue una figura de apoyo, aunque limitada ya que poseía escaso manejo de habilidades parentales y la madre cuya figura maternal esta remitida a recuerdos dolorosos que se pueden resumir en episodios de negligencia infantil en la cual la usuaria se vio vulnerada y que sin duda infringió una herida emocional profunda que afecto su infancia y más tarde su adultez comprendiendo que los niños en la infancia son absolutamente dependientes del adulto responsable que se encuentre a su cuidado.

“Bueno así que mi mama me crio, y fue super malo todo, metía a un hombre tras otro a la casa, y me hizo mucho daño... mucho (expresa con elevada carga emocional), pero sabe no quiero hablar de ella. No fue una buena infancia” Usuaría N° 4

Por otra parte, la misma usuaria quien más adelante es cuidada por su abuela materna siendo muy pequeña aún debe asumir responsabilidades que corresponden a la vida adulta, se asume que no existe un condicionante que actúe de forma directa, si no que por variadas circunstancias que se replican transgeneracionalmente inclusive por haber vivido maltratos y negligencias infantiles estos adultos no cuentan con las habilidades necesarias para ejercer un rol parental o parental responsable otorgando solo cuidados mínimos para la supervivencia sin cubrir otros tipos de necesidades como las afectivas y de protección que son esenciales en un NNA para evitar un posible futuro en las drogas.

“Mi abuela me crio, no tengo nada malo que decir de ella, pero no tenía un control de parte de ella, sabe que yo desde los 10 años que trabajaba, para que ella pagara el subsidio de la casa, todos trabajamos de chico, en la fruta, vendiendo ensaladas, en la calle, mi abuela, se separó de mi abuelo cuando yo bien chica, él era super malo, la engaño y se terminaron separando. Hasta grande trabaje de todo, hasta fui prostituta y traficante, me metí a la droga

desde muy cabra chica, marihuana, coca, pasta de todo me metía, y eso creo que fue porque jamás tuve alguien que me encaminara, que iba a hacer mi abuela sola cuidando a tantos niños.” Usuaría N°4

Por otro lado, mientras que la Usuaría N°5 pasó tiempo bajo el cuidado de sus abuelos y su tía debido a la ausencia de su madre, cabe destacar que en esta situación la familia se desestabilizó a raíz del fallecimiento del padre debiendo reestructurarse con una ausencia prolongada de ambos progenitores ya que la madre para sostener a la familia debía trabajar por largos periodos lejos de su hogar.

“Mi papá falleció cuando yo era muy chica, así que quedé al cuidado de mi mamá, en ese momento era yo y mi hermana recuerdo, entre las dos nos llevábamos bien. Mi mamá nos dejaba en la casa de mi abuelo por que ella se iba a trabajar por varios días fuera de la región, entonces quedábamos a cargo de mi tía, mi mamá para darnos de comer ejerció la prostitución por mucho tiempo, ahora entiendo que ella para mantenernos se sacrificó bastante, ya que como mi papá falleció ella tuvo que hacerse cargo de todo” Usuaría N°5

Se demuestra que una base familiar desestabilizada por la ausencia de las figuras parentales independiente de las circunstancias (Fallecimiento, abandono, ausencia) en donde no son cubiertas las necesidades psicológicas de un NNA desarrollan temor, sentimientos de desprotección y de desapego lo que sin duda es un detonante para el futuro consumo de drogas.

“Voy a sonar muy cursi, pero cuando era chica, junto con mi hermana, esperabamos que mi mamá llegara, por que siempre nos traía cositas, y cuando llegaba me sentía protegida, y amada, y esas palabras llegan a mi mente cuando recuerdo esos momentos”. Usuaría N°5

En el caso de la Usuaría N° 6, los abuelos también ejercieron como cuidadores principales, aunque sus problemas con el alcohol y su dinámica familiar violenta agregaron un nivel de estrés considerable en el desarrollo psicológico de la usuaria.

Se afirma que las habilidades parentales en adultos que ejercen cuidados infantiles que mantienen un consumo de alcohol o drogas es un indicador indiscutible de que habrá negligencia parental hacia el NNA en la atención de las necesidades propias del ciclo evolutivo en que se encuentren y que en un futuro se desencadene un consumo de drogas ya que estas consecuencias se extienden a la vida adulta dejando huellas emocionales que marcan su forma de relacionarse

en la adultez y de gestionar correctamente la misma y lo que es más complejo aun, ser replicadas con los hijos.

“Yo madure muy rápido, no disfrute mi niñez, después supe que viví tanto estrés que me daban parálisis faciales, o me hacía pipí.”

Usuaría N°6.

Por lo tanto, se afirma que las figuras parentales encargadas de brindar un cuidado adecuado son representadas por las usuarias del programa a través de sus relatos dan cuenta de que las competencias parentales ausentes, como se mencionó el párrafo anterior por causas de fallecimiento, abandono o simplemente ausencia o habilidades parentales que no se aprendieron adecuadamente y/o simplemente son deficitarias son producto de la repetición de patrones aprendidos por historias familiares anteriores, también por alguna pérdida de un adulto significativo y/o ruptura con la familia de origen durante la infancia de los padres de las usuarias y/o también porque sufrieron vulneraciones tales como el abandono familiar, protección inadecuada, nula comprensión y satisfacción de necesidades psicológicas y/o emocionales según las necesidades evolutivas del NNA.

- f. Percepción de los padres en la infancia: la Usuaría N° 2 expresa haber tenido una infancia positiva con sus padres inicialmente, pero menciona decepción en etapas posteriores, lo cual difiere de otros individuos que reportaron experiencias

negativas desde un inicio, lo que reafirma la importancia de una base familiar estable en donde el NNA encuentre protección y sostén durante su desarrollo emocional. Del mismo modo la Usuaría N° 5, a pesar de la ausencia de la figura paterna y el sacrificio de su madre para mantenerlos, hay una percepción de comprensión hacia las decisiones de ella, lo cual contrasta con los relatos de otros que no sienten ninguna forma de reconciliación hacia sus figuras parentales.

- g. Relación con la figura materna en la adultez: la usuaria n°4 ha logrado acercarse a su madre en la adultez después de un distanciamiento intenso y, gracias a una relación positiva con su esposo, ha empezado a trabajar en sus problemas emocionales. Esto es diferente en comparación con otros individuos que aún tienen relaciones distantes o conflictivas con sus madres.

4.5 Factores Sociofamiliares que Inciden

- a. Falta de supervisión y crianza en un entorno inseguro: la ausencia de figuras parentales estables (ya sea por muerte, abandono, o trabajo) es un factor común que afectó el desarrollo emocional y social de estos individuos. Esto generó que los niños asumieran roles de adultos sin preparación o apoyo, como cuidar a otros hermanos o familiares, lo que marcó sus experiencias de vida.

b. Exposición a modelos de violencia y abuso: la exposición a situaciones de violencia y abuso, tanto dentro como fuera del hogar, creó un ciclo de comportamiento violento y de dependencia emocional en las relaciones adultas. En algunos casos, como en el de individuo 6, la violencia se extendió a relaciones sentimentales, lo cual indica una posible normalización de estos comportamientos. En base a los relatos de las usuarias, se puede establecer que todas fueron criadas bajo un modelo de crianza autoritario, basado en la represión y el abuso, por lo tanto, reprimieron la exploración de estas al largo de su ciclo vital, las cuales fueron construyendo una débil autopercepción siempre dependientes de terceros, quienes deciden por ellas, adoptando estilos de comunicación pasivos. En este sentido la presencia de incompetencias parentales severas está asociada, generalmente, a la existencia de malos tratos cuya gravedad, en muchos casos, pone en peligro la vida de niños o les provoca daños severos en su integridad, comprometiendo su crecimiento y desarrollo psicosocial.

Los progenitores ausentes o no disponibles para sus hijas. Presentan serias dificultades para establecer relaciones afectivas y de apego seguro con sus hijas. Presentan serios trastornos de la empatía y tienen poca disponibilidad para ofrecer momentos de intimidad. Presentan una gran incapacidad para jugar y disfrutar de la presencia de sus hijos. Sus carencias y sufrimiento bloquean sus posibilidades de brindar experiencias de aprendizaje a su progeie. No valoran sus experiencias y conocimientos ni la de sus niños; Las

relaciones y cuidados que ofrecen a sus hijas son inestables, cambiantes y caóticos.

Otra característica de la práctica parental incompetente es la falta de perspicacia para constatar y acompañar los signos de cambio que sus hijos muestran como resultado de su crecimiento. Por último, las respuestas de las madres y padres, así como en general sus modelos de comunicación, son incoherente y contradictorias. Por ello, la relación que ofrecen a sus hijos no les aporta seguridad ni fiabilidad, sino ansiedad y desconfianza.

En general se trata progenitores que presentan incompetencias parentales graves, periódicas o permanentes, con una historia familiar y social de maltrato transgeneracional. El cúmulo y la gravedad de las dificultades que presentan hacen casi imposible el trabajo de rehabilitación de sus incapacidades.

- c. Impacto de la pobreza y condiciones laborales adversas: la necesidad de que los padres trabajaran largas jornadas (como en los casos de individuos 5 y 6) o la presión para que los mismos niños contribuyeran a la economía familiar (como individuo 4) son factores socioeconómicos que incidieron en la falta de un entorno de cuidado y apoyo.
- d. Falta de estabilidad en el hogar: varios individuos describen haber cambiado de hogar frecuentemente, como individuo 6, quien se mudó varias veces y

nunca sintió que tenía un lugar estable. La inestabilidad del hogar afecta la capacidad de los niños para construir un sentido de pertenencia y seguridad.

- e. Opiniones sobre las usuarias sobre su familia y situación actual: para identificar el impacto emocional que tienen las relaciones familiares en cada individuo, fue necesario indagar cómo estas influencias pueden haber contribuido al inicio o mantenimiento del consumo de drogas. Las respuestas de los profesionales de trato directo con las usuarias del programa proporcionan información sobre la presencia de factores socio familiares de apoyo o rechazo, así como también las dinámicas familiares ambos influyentes en el bienestar emocional y en la realización personal, como enfrentar la adicción.

4.6 Factores de Apoyo y Rechazo

Los individuos que reflejan un rechazo o crítica por parte de sus figuras parentales (Usuarias N° 1 y 5), sugiere una tendencia a la falta de soporte emocional que puede haber incrementado su vulnerabilidad al consumo de drogas. De acuerdo con ciclo vital individual la segunda etapa, “Locomotriz” es una de las más relevantes, ya que es una etapa en la cual se fomenta la independencia, pero también el NNA comienza a desarrollar conciencia y sentimientos como la vergüenza, es por dicho motivo, que estas usuarias, se vieron afectadas por represión, la crítica constatada por parte de estos, mitigando la exploración de las usuarias en la etapa infantil. Estos sentimientos afectaron desarrollando falta de confianza y a una dependencia excesiva de los demás para hacer cosas por ellos, si se les critica excesivamente o se les impide ser

independientes, los NNA se sentirán inseguros de sí mismos, lo cual puede influir en su desarrollo de una autoestima positiva.

Tal como refiere la usuaria N°1:

“Mi mama me diría que soy una porfiada, y que todo lo que he pasado yo misma me lo busque. Ya me lo ha dicho tantas veces, siempre me ha criticado por todo.” USUARIA N°1.

Asimismo, la usuaria N°5 relata:

“Mmm... me criticaría, ella siempre me critica, y sigue criticando el consumo que tuve, y por el que estoy en tratamiento. Yo sé que quizás no lo hace con mala intención. Pero igual siento su apoyo, ya que está presente en mis avances en el tratamiento.” USUARIA N°5.

4.7 Normalización del Consumo

La usuaria n° 3 indica una normalización transgeneracional del consumo de alcohol en su hogar, por parte de su familia directa, lo cual probablemente facilitó su abstinencia a temprana edad propiciando la actual dependencia a dicha sustancia. c

La usuaria N° 3 indica:

“Mi mama si estuviera aquí, se sorprendería, quizás me diría que soy exagerada, pero ella nos sabe el problema que yo tengo con el alcohol, en mi casa todos toman, así que lo ven como algo normal, quizás ella se reiría, siempre le ha causado gracia verme ebria... las pocas veces que me vio.” USUARIO N°3

4.8 Figuras de Autoridad

La presencia de figuras de contención y de apoyo emocional, como la abuela en el caso de la usuaria n°4 y la madre en el caso de la usuaria n°6, revela que, aunque estos individuos recibieron algún tipo de apoyo, la inestabilidad emocional y la falta de consistencia en la entrega de cuidados, como el apoyo y el cariño físico en el ámbito parental, influyeron negativamente en la creación de vínculos positivos tanto en la adolescencia como en la adultez. Esta situación afectó su capacidad para enfrentar eventos estresantes, desarrollando una forma de regulación emocional a través del consumo de drogas.

De acuerdo con el ciclo vital individual, el desarrollo de la infancia traumática influye en la forma en la cual los niños y adolescentes se regulan emocionalmente. Limitar o impedir la exploración, criticar y avergonzar, e incluso utilizar la violencia como método de educación, propician un desequilibrio en la regulación emocional, perdiéndose la pérdida de la armonía entre la dependencia y la necesidad.

La usuaria N°4 indica:

“Mi abuela si estuviera bien, me retaría quizás hasta me hubiera dado unos charchazos, pero me hubiera apoyado, Pero mi mama... no sé, la conocí tan poco, que no sé qué hubiera dicho de todo esto.” USUARIA N°4

La usuaria N°6 relata:

“Bueno mi mama, me diría que siga adelante, ya que, pese a todo, ella igual me apoya en el tratamiento, pese a que estuvo ausente harto rato cuando fui niña.” USUARIA N°6

Como se puede contemplar, se observa un fuerte impacto en la conducta de las usuarias. Conductas que fueron propiciadas por una grave disfuncionalidad familiar, la cual mitigo una correcta dinámica, cohesión y capacidad de adaptabilidad familiar. Con ello podemos establecer la importancia de una familiar funcional, la cual, mediante una crianza positiva, fomenta en desarrollo de un vínculo parento-filial sólido, el cual a su vez entrega las herramientas necesarias al NNA para enfrentar diversos eventos que pueden provocar diversas desregulaciones psico-emocionales. En este sentido, la mayoría de las familias de las usuarias entrevistadas, provienen de una familia en la cual predomina la ausencia o escasa sintomatología de la problemática, propiciando el desarrollo y mantenimiento del consumo de drogas como método de regulación. Las dinámicas familiares revelan patrones de apoyo y rechazo, así como percepciones de normalización del consumo, todos son factores que pueden contribuir a la vulnerabilidad frente a la adicción. Para algunas usuarias, la falta de apoyo emocional y la constante

crítica que tuvieron como en los casos de las usuarias N°1 y N°5 debilitó la capacidad para enfrentar las dificultades y/o eventos personales recurriendo al consumo de drogas o alcohol, con el fin de obtener placer, olvidar y/o causar una desconexión espacio temporal.

Se logra evidenciar que el consumo de drogas a edad temprana está vinculada a factores sociofamiliares como la falta de apoyo emocional y supervisión, la reversión de roles parentales en entornos de bajos recursos, la exposición a violencia o abuso sexual y/o violación, como también la normalización del consumo en el hogar. En hogares donde hay ausencias o pérdida del rol parentales, conflictos conyugales o negligencia, las jóvenes suelen buscar apoyo fuera de casa en pares que presentan rasgos similares, o más bien, la misma gravedad de vulneraciones, perpetradas por quienes debiesen velar por bienestar de estos. Al no contar con una red de apoyo adecuada, están más propensas a recurrir a las drogas para regular el estrés y la ansiedad. Estos factores sociofamiliares, dependiendo de la funcionalidad, crean un entorno que puede facilitar o evitar el consumo de sustancias nocivas, influyendo significativamente en la vulnerabilidad de los jóvenes, así mismo también la creencia de que ciertas drogas no provocan daño a la salud como lo es en el caso de la marihuana cuya percepción positiva es transmitida transgeneracionalmente, es decir, de los padres hacia los hijos con una crítica positiva hacia el consumo de esta catalogándola como medicinal, tal como afirma SENDA en su Estrategia Nacional contra las drogas 2021-2030. Influyen creencias falsas o no validadas instauradas por las sociedades

científicas. Este acontecimiento se ha afiatado mucho en el uso en particular en la marihuana, de la que supuestamente no daña la salud.

4.8 Análisis de Entrevistas a Profesionales

Para entender a fondo el problema de la drogodependencia en mujeres adultas, es importante conocer los factores que influyen en su desarrollo. Si bien, los factores que propician el consumo de sustancias son múltiples, queda en completa evidencia, que los factores sociofamiliares, influyen directamente en la capacidad de afrontar circunstancias como el estrés pasar de la hetero regulación a la auto regulación, mediante el fomento del vínculo del apego, el cual se ejerce mediante una crianza basada en la parentalidad positiva, bajo estas condiciones existe una gran probabilidad de que el NNA en desarrollo, pueda afrontar positivamente situaciones de crisis. No obstante, en contraste, si tenemos una familia, que tiene dificultades en las relaciones conyugales, afectara directamente el ejercicio parental de la diada, afectando la dinámica, la cohesión y la capacidad de la adaptabilidad de la familia para hacer frente a situaciones de crisis, esto nos indica que una disfuncionalidad ya sea moderada o grave, propiciara un desequilibrio en la homeostasis familiar, que afectara principalmente a los NNA, ya que sin redes de apoyo, y factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos, pueden conducir al NNA a una adultez problemática, ligada directamente al consumo de sustancias, como método de alivio inmediato.

En las entrevistas que se realizaron a las usuarias, queda expuesto que la adicción se relaciona con experiencias de vida difíciles, como traumas complejos en el desarrollo

del ciclo vital, que causa traumas parentales, dificultad para desarrollar vínculos afectivos sanos, y falta de apoyo emocional. Entendiendo que la gran mayoría de las usuarias han desarrollado trastorno de personalidad dependiente, esto producto de experiencias traumáticas a temprana edad, lo que conlleva a comportamientos de sumisión y apego exagerado, en las adultas, lo cual se explica, por la normalización de conductas violentas en su infancia y/o adolescencias, perpetradas por sus progenitores o cuidadores. Para tal fin se realiza una investigación, con fines de validación al equipo multidisciplinario de profesionales del centro de rehabilitación CTA Amanecer, quienes, desde su experiencia y expertis, nos dieron una visión detallada sobre lo que lleva a muchas mujeres al consumo de sustancias y las dificultades para problematizar dichas conductas.

- a. Factores Familiares y Socioeconómicos: Todos los profesionales coinciden en que los factores familiares y las experiencias de vida difíciles, incluyendo la violencia intrafamiliar, la negligencia y el abuso, son determinantes en el desarrollo de problemas de drogodependencia en mujeres adultas. El análisis de los instrumentos utilizados con las profesionales indica que muchas de estas mujeres provienen de familias con grave disfuncionalidad en donde el consumo de sustancias y la violencia física y psicológica es normalizada. Dichas instancias propenden que las usuarias busquen aliviar sus necesidades emocionales en base al consumo, teniendo en cuenta que esta es la única forma rápida y económica para poder regularse emocionalmente. especialmente cuando no existen redes de apoyo integrales. La terapeuta ocupacional, por ejemplo,

menciona cómo la falta de escolarización y de estructura familiar afecta tanto el rendimiento escolar de los niños como sus probabilidades de involucrarse en actividades delictivas, lo cual es un patrón repetido en la adultez.

Tal cómo se refirió la Trabajadora Social Clínica:

"Las usuarias con problemas de consumo suelen tener historias de negligencia, abandono y maltrato en la infancia... Los conflictos con la figura materna están presentes en las usuarias debido a experiencias vinculares negativas". TRABAJADORA SOCIAL CLÍNICA, 2024.

Así también refirió la Psicóloga N°2:

"Muchos de los niños, niñas y adolescentes que sufrieron abusos no recibieron tratamiento reparatorio oportuno... Estas situaciones pudieron propiciar conductas transgresoras en su preadolescencia, adolescencia y adultez." PSICÓLOGA N°2, 2024.

Este análisis subraya cómo las condiciones familiares y sociales en las que crecieron muchas de las mujeres usuarias de un programa de rehabilitación influyen significativamente en el desarrollo de la problemática de la drogadicción. Las entrevistas destacan que un historial de violencia, abandono, abuso y violación entre otras, perpetradas en la infancia, crea un entorno inseguro y vulnerable que fomenta, la

incursión en el consumo de sustancias como una forma de regular el dolor de traumas emocionales complejos/parentales y la falta de estabilidad.

La trabajadora social clínica menciona que estas mujeres, a menudo, provienen de entornos donde las figuras maternas han tenido un papel conflictivo, lo que refleja relaciones familiares disfuncionales, que afectan la dinámica y la cohesión familiar, manteniendo recursos familiares insipientes, con una carente capacidad de adaptaciones ante situaciones emergentes que afectan profundamente el desarrollo emocional de las adultas. Al haber sido negligenciadas y no recibir un apoyo adecuado, estas mujeres crecen sin herramientas para manejar sus emociones, toda vez que fueron reprimidas en su infancia y adolescencia, lo que se tradujo en dificultades en el procesamiento simbólico de las emociones, que básicamente es poner en palabras los estados emocionales, por lo tanto sin un modelo de relaciones saludables, no existe un sistema de afrontamiento ante eventos estresantes y se incrementa considerablemente el riesgo de consumo problemático en la adultez.

Además, la psicóloga destaca cómo el abuso y la falta de intervención temprana agravan las conductas de riesgo a medida que las afectadas avanzan hacia la adolescencia y la adultez. La ausencia de un tratamiento oportuno para el trauma complejo genera patrones de comportamiento transgresores, incapacidad de adaptarse a las normas sociales y/o judiciales dificultando la construcción de una identidad sólida y saludable. Esto se convierte en un ciclo de patrones repetitivos, el cual es transgeneracional, manteniendo patrones de conducta y crianza negativos y poco

saludables, por lo tanto, las vulnerabilidades creadas en la infancia tienden a repetirse en la vida adulta, a menudo manifestándose en la drogadicción y otros trastornos emocionales y/o familiares.

En conjunto, los testimonios sugieren que las experiencias de vida difíciles y eventos traumáticos, no solo incrementan el riesgo de drogodependencia, sino que crean una base de carencias emocionales y de habilidades para relacionarse, adoptando un sistema de creencias transgeneracional carente y vulnerador. Esto refuerza la importancia de una intervención temprana y de gestionar redes de apoyo sólidas, con el propósito de que las usuarias puedan autogestionar sus recursos y ayudando a prevenir el desarrollo de adicciones que trascienda a otras generaciones, rompiendo el ciclo de disfunción y dolor que muchas veces acompaña a estas mujeres.

- b. Impacto del Trauma complejo en la Infancia: Las profesionales, en su mayoría psicólogas y trabajadoras sociales clínicas, subrayan que los traumas en la niñez, como el abuso sexual y el maltrato, influyen directamente en el consumo de sustancias en la adultez. Este consumo, en muchos casos, funciona como un método de regulación emocional frente al dolor latente que no se ha sometido a un proceso reparatorio. Las respuestas de las psicólogas reflejan la creencia de que el consumo de drogas es un “Camuflaje” para lidiar con el dolor emocional y el trauma, además de un medio rápido para buscar consuelo o escape. Esta afirmación es apoyada por la trabajadora social clínica, quien indica que muchos problemas de drogadicción están ligados a la falta de intervención temprana y a

las vulneraciones sistemáticas no abordadas por consiguiente la percepción sobre las drogas en especial el consumo inicial con la marihuana que se da en la mayoría de las entrevistadas tal como afirma el SENDA en la Estrategia nacional 2021-2030 el consumo inicial comienza con esta droga por considerarse como una hierba curativa e inofensiva como conocimiento inicial de las entrevistadas.

Así se refiere el Médico Psiquiatra:

"Las experiencias traumáticas en la infancia y la adolescencia pueden conducir al consumo de sustancias... El trauma puede manifestarse en diferentes áreas, incluyendo la física, psicológica y sexual." Médico Psiquiatra, 2024

Del mismo modo El Centro provincial de información de ciencias médicas de Camagüey- Cuba quien refiere que los factores relacionados a la probabilidad de consumo del sujeto corresponden a características físicas, edad, sexo, herencia, desarrollo personal y el contexto, así mismo, la situación corresponde a la relación con el ambiente, la familia, trabajo y el ocio, en el mismo orden de las cosas, a los factores mencionados se agrega la repercusión del sistema de valores dominantes, las actitudes sociales negativas del entorno, la misma presión del entorno con los pares, la falta de un control normativo parental, los vínculos sociales y también situaciones de marginación y la precariedad económica los que se consideran desencadenante en el consumo de drogas.

También, se refiere a esto la Psicóloga N°1

"La drogadicción en mujeres es un problema complejo que puede verse afectado por una variedad de factores socio-familiares... Las familias con ingresos estables y apoyo pueden facilitar el tratamiento." Psicóloga N°1, 2024

El análisis del impacto del trauma en la infancia destaca cómo las experiencias dolorosas y traumáticas no resueltas juegan un papel fundamental en el desarrollo de la drogadicción en la vida adulta. Los testimonios de las profesionales sugieren que el abuso y el maltrato en la niñez dejan heridas profundas que, al no recibir el tratamiento adecuado, se manifiestan más adelante en la búsqueda de alivio o evasión a través del consumo de sustancias. Este consumo actúa como un "tratamiento paliativo emocional" para regular el dolor persistente, ofreciendo una sensación de consuelo temporal, pero sin abordar las raíces del trauma.

El médico psiquiatra señala que el trauma infantil puede afectar a nivel físico, psicológico y sexual, lo que indica que las consecuencias del trauma se extienden más allá de la adicción y afectan la estabilidad general de la persona. Esta multiplicidad de efectos subraya la importancia de una intervención integral que no solo trate la adicción, sino que también aborde el trauma en sus diversas dimensiones.

Además, la psicóloga refuerza esta perspectiva al señalar que el apoyo sociofamiliar puede facilitar el tratamiento de la drogadicción. Esta afirmación subraya que, aunque el

trauma y la disfunción familiar son factores de riesgo, la presencia de una red de apoyo estable y de recursos puede contrarrestar los efectos negativos de estos traumas, ayudando a la persona en su proceso de recuperación.

Este análisis muestra que los traumas infantiles no solo predisponen al consumo de drogas como una respuesta emocional, sino que también limitan la capacidad de estas personas para construir una vida estable y equilibrada. Para una recuperación efectiva, es necesario un enfoque que incluya el tratamiento de los efectos persistentes del trauma y fomente redes de apoyo estables. Esto apunta a la importancia de intervenciones terapéuticas que no solo aborden el problema de la adicción, sino que también atiendan las causas emocionales y psicológicas subyacentes que llevaron al consumo.

- c. Dificultad para Expresar Emociones y Establecer Vínculos: Una de las consecuencias observadas de la violencia y represión en la infancia es la dificultad de estas mujeres para expresar sus emociones y establecer relaciones afectivas saludables. Se menciona que la represión emocional que experimentaron en su crianza influye en su incapacidad para brindar afecto físico y establecer un vínculo emocional con sus hijos. Las psicólogas señalan que estas mujeres a menudo muestran patrones de comportamiento que reflejan la dificultad para gestionar emociones y apego, lo cual impacta negativamente en su rol como madres.

Así refirió la Terapeuta Ocupacional:

"Sucede que hay un patrón que se repite... Este es el patrón de violencia, que fue presenciada y vivenciada, por lo tanto, este NNA al ser golpeado y reprimido... esto impacta ocupacionalmente en las adultas." Terapeuta Ocupacional, 2024

También se refirió a ello la Trabajadora Social Clínica:

"La crianza juega un papel crucial en permitir la expresión del amor y las emociones... Las usuarias de tratamientos voluntarios tienen como motivación la crianza y el cuidado de sus hijos."
Trabajadora Social Clínica, 2024

El análisis sobre la dificultad para expresar emociones y establecer vínculos destaca cómo la violencia y represión emocional en la infancia tienen efectos duraderos en la capacidad de las mujeres para relacionarse de manera saludable en la adultez. Estas mujeres, al haber crecido en ambientes donde la expresión emocional fue restringida o castigada, desarrollan una dificultad significativa para reconocer y expresar sus propias emociones, así como para construir vínculos afectivos estables, especialmente en su rol como madres.

La terapeuta ocupacional señala que este patrón de violencia y represión emocional se manifiesta a lo largo de la vida, afectando su funcionamiento en la adultez. La dificultad para identificar y gestionar emociones genera un impacto en las actividades cotidianas, ya que las mujeres que vivieron estas experiencias tienden a reaccionar con ansiedad,

frustración o impulsividad, lo que limita su capacidad para mantener un empleo estable o para integrarse socialmente.

Por otro lado, la trabajadora social clínica sugiere que la crianza y el cuidado de los hijos pueden convertirse en una motivación para buscar tratamiento y recuperación, aunque las mujeres suelen tener problemas para expresar afecto y construir relaciones sólidas debido a sus propias experiencias de infancia. A pesar de las limitaciones emocionales, la responsabilidad hacia sus hijos puede ser un impulso hacia el cambio. Sin embargo, los patrones de comportamiento aprendidos en la infancia, como la dificultad para expresar amor y la baja tolerancia a la frustración, afectan negativamente su capacidad para desempeñarse como madres.

En resumen, este análisis revela que el trauma emocional y la represión durante la niñez afectan las relaciones interpersonales y la estabilidad emocional de estas mujeres. Esta situación refuerza la necesidad de un enfoque terapéutico que ayude a identificar y procesar estas emociones reprimidas y fomente la construcción de relaciones más saludables, tanto para el bienestar de las mujeres como para sus hijos. Además, muestra la importancia de trabajar en técnicas de manejo emocional que permitan a las usuarias del programa mejorar sus habilidades de apego y desempeño en sus roles familiares y sociales.

- d. Falta de Efectividad en el Sistema de Salud Mental: Todos los entrevistados coinciden en que el sistema actual de salud mental presenta deficiencias graves

para tratar las problemáticas de drogodependencia, especialmente en mujeres. La falta de recursos, la alta demanda y el estigma que enfrentan las personas con problemas de adicción afectan la calidad de los servicios. Además, se observa que el sistema de salud trata las adicciones como un problema de seguridad pública en lugar de un trastorno de salud mental, lo que empeora la estigmatización y reduce el acceso a tratamientos integrales.

Así consideró la Psicóloga N°2:

"El modelo actual se enfoca en las altas y no en la prevención de recaídas... la falta de recursos y herramientas para trabajar adecuadamente con los usuarios son escasas." Psicóloga N°2, 2024.

Así también mencionó la Terapeuta Ocupacional:

"No hay control en las botillerías ni para los menores de 18 años. La política pública es mala porque no hay supervisión y afecta a todos los estamentos de la sociedad." Terapeuta Ocupacional, 2024.

Este análisis reveló una crítica unánime por parte de los profesionales hacia el sistema de salud mental en su abordaje de la drogodependencia, especialmente en mujeres. Señalan que el enfoque actual es ineficaz debido a la falta de recursos, el elevado número de personas necesitadas de atención y la persistente estigmatización que enfrentan las personas con adicciones. En lugar de tratar las adicciones como un

problema de salud mental, el sistema parece abordarlas principalmente como un tema de seguridad pública, lo que incrementa el estigma y limita el acceso a tratamientos integrales y de largo plazo.

La psicóloga N°2 menciona que el sistema actual se centra en las “altas” de los pacientes, es decir, en el número de personas que completan el tratamiento, sin prestar suficiente atención a la prevención de recaídas y a la continuidad de cuidados necesarios para mantener la sobriedad y el bienestar emocional a largo plazo. Esta visión cortoplacista subestima la complejidad de la recuperación de una persona adicta, ignorando que la rehabilitación requiere un apoyo constante y un enfoque integral que vaya más allá de la mera finalización del tratamiento.

Además, la terapeuta ocupacional señala que la falta de control sobre la venta de alcohol y otras sustancias legales, como cigarrillos, es un problema adicional que el sistema no aborda de manera efectiva. La venta indiscriminada y accesible de estas sustancias fomenta el consumo temprano, especialmente en jóvenes, y afecta a todos los niveles de la sociedad. Esto demuestra que no solo el tratamiento de la adicción es deficiente, sino que también fallan las políticas de prevención, las cuales deberían enfocarse en regular mejor el acceso a sustancias potencialmente adictivas y en fortalecer las campañas de concienciación en la comunidad.

En conjunto, los testimonios apuntan a la necesidad de una reforma estructural en el sistema de salud mental para que las adicciones sean tratadas de manera holística,

abordando no solo los síntomas inmediatos de la drogodependencia, sino también las causas subyacentes y las barreras para la recuperación sostenible. Un sistema de salud más comprensivo y menos estigmatizante podría no solo mejorar el tratamiento de la adicción, sino también reducir la frecuencia de recaídas y el impacto del consumo de sustancias en la sociedad.

- e. Importancia del Trabajo Interdisciplinario y del Trabajo Social Clínico: Los entrevistados valoran el papel del trabajo social clínico y enfatizan la necesidad de enfoques interdisciplinarios para abordar la drogadicción en mujeres. La inclusión de profesionales que puedan atender tanto a los individuos como a sus familias de manera clínica es vista como fundamental. Esto no solo permite entender mejor las dinámicas familiares, sino que también aporta una perspectiva integral que abarca el diagnóstico y tratamiento desde una perspectiva biopsicosocial, aspecto especialmente apoyado por los trabajadores sociales entrevistados.

Así nos mencionó la Psicóloga N°1:

"El trabajo social clínico puede ser un aporte valioso para el área de tratamiento de adicciones, ya que permite abordar los factores sociales y emocionales que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la adicción." Psicóloga N°1, 2024.

Del mismo modo, la Terapeuta ocupacional nos mencionó:

"El trabajo social clínico terapéutico es una herramienta valiosa para ayudar a las familias a superar la adicción... Rol del Trabajador Social Clínico en el Tratamiento de la Drogadicción."
Terapeuta Ocupacional, 2024.

Este análisis subraya la relevancia de un enfoque interdisciplinario en el tratamiento de la drogadicción, donde el trabajo social clínico desempeña un papel clave. Los profesionales entrevistados destacan que para abordar de manera efectiva las adicciones en mujeres es esencial incluir un equipo que pueda comprender y tratar tanto a la persona como a su contexto familiar. Este enfoque es especialmente importante para las mujeres, ya que su adicción a menudo está ligada a dinámicas familiares complejas y a factores socioemocionales que influyen en su salud mental y en su capacidad para mantener relaciones saludables.

La psicóloga N°1 considera que el trabajo social clínico agrega valor porque permite explorar los factores sociofamiliares, emocionales y vinculares que pueden estar detrás de una adicción. Esto facilita un diagnóstico y un tratamiento familiar terapéutico que no solo se enfocan en el consumo de sustancias, sino también en las causas y factores que lo mantienen. Esta perspectiva biopsicosocial, que considera aspectos biológicos, psicológicos y sociales, permite una comprensión integral del problema, crucial para promover una recuperación genuina.

Por su parte, la terapeuta ocupacional refuerza la importancia de la intervención familiar terapéutica a través del trabajo social clínico. Al tratar la adicción desde una perspectiva familiar, se pueden identificar patrones de comportamiento, dinámica, cohesión, funcionalidad familiar/conyugal y dificultades de comunicación que pueden estar afectando tanto a la mujer en tratamiento como a su red de apoyo. Este enfoque terapéutico es fundamental para ayudar a las familias a comprender su papel en el proceso de recuperación y a fortalecer sus capacidades de apoyo, lo que a su vez mejora los resultados del tratamiento.

En conjunto, el análisis refleja que el trabajo interdisciplinario, especialmente con la participación de trabajadores sociales clínicos, proporciona una base sólida para una atención más completa y humana. Al considerar los factores personales y familiares, se logra una intervención más efectiva y sostenible que no solo ayuda a las mujeres a superar la adicción, sino que también impacta de manera positiva en sus entornos familiares y sociales.

- f. Políticas Públicas y Prevención: existe un consenso sobre la necesidad de reforzar las políticas públicas enfocadas en la prevención y el tratamiento integral de la drogadicción. Se destaca la importancia de intervenir desde edades tempranas y mejorar la oferta de programas que atiendan no solo a los usuarios de drogas sino también a sus familias y a sus entornos sociales. También se sugiere la creación de políticas que disminuyan el estigma social, promuevan el acceso a tratamientos efectivos y establezcan un control más rígido sobre el

acceso a sustancias adictivas en la comunidad, del mismo modo haciendo alusión a SENDA quien en su Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 recalca la importancia de reforzar la prevención de las drogas en los NNA ya que son el futuro del país, es decir una prevención a tiempo en un NNA es un adulto que crecerá y se desarrollara dentro de la normalidad y a su vez se propiciara un descenso en esta problemática social y sanitaria como lo es la drogadicción, de este modo SENDA hace referencia en su Estrategia Nacional contra las drogas 2021-2030 a que desde el punto de vista moral, la comprensión de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos y como personas que requieren cuidados especiales consistentes con su estadio de desarrollo, obliga a que el Estado y el Gobierno realicen esfuerzos adicionales de protección y cuidado de la salud, aún más allá del marco de garantías legalmente exigibles. En consecuencia, se entiende que priorizar la protección y el cuidado de los niños, niñas y adolescentes es lo correcto para cualquier país que aspire al desarrollo.

Del mismo modo refiere la Terapeuta Ocupacional:

"Se necesitan políticas públicas que aborden estos desafíos y faciliten la inclusión social de las personas con adicciones... mejorar la atención en salud mental en la comuna de San Fernando, donde existe un alto consumo de alcohol y marihuana."
Terapeuta Ocupacional, 2024.

De igual forma, se refirió la Psicóloga N°2:

"La sociedad actual contribuye al desarrollo de adicciones y conductas antisociales. Las adultas que recurren a las sustancias adictivas como vía de escape replican un patrón de maltrato y vulnerabilidad." Psicóloga N°2, 2024.

El análisis de políticas públicas y prevención muestra una preocupación compartida entre los profesionales sobre la falta de estrategias efectivas y específicas para abordar la drogadicción de manera integral. La importancia de crear políticas públicas sólidas que no solo traten a los usuarios de drogas, sino que también incluyan a sus familias y comunidades en el proceso de rehabilitación, es vista como una medida clave para frenar el problema de raíz.

La terapeuta ocupacional menciona la necesidad de mejorar los servicios de salud mental, especialmente en áreas con alto consumo de sustancias como San Fernando, subrayando la importancia de políticas que promuevan la inclusión social y el acceso a tratamientos de calidad. La atención debe enfocarse no solo en la intervención reactiva, sino también en la prevención y educación desde edades tempranas, para reducir los factores de riesgo y proteger a futuras generaciones. Esto también implica un mayor control en la venta y accesibilidad de sustancias adictivas, abordando así la disponibilidad de estas en las comunidades y reduciendo la exposición de jóvenes y adolescentes.

Además, la psicóloga N°2 destaca cómo los problemas sociales, como el maltrato y la vulnerabilidad, contribuyen a que muchas mujeres vean en las sustancias una vía de escape. Esto indica que las políticas públicas deben también abordar el entorno social que permite la reproducción de estos patrones, trabajando contra el estigma y promoviendo la sensibilización para que las personas puedan buscar ayuda sin ser juzgadas.

En conjunto, este análisis subraya la necesidad de políticas integrales que no solo ofrezcan tratamientos clínicos, sino que también aborden los factores sociales y culturales que perpetúan la adicción. Un enfoque preventivo y de largo plazo que promueva la educación, la sensibilización y el apoyo familiar podría no solo mejorar el tratamiento de la drogadicción, sino también prevenir la aparición de nuevos casos, creando un entorno más saludable y menos propenso al consumo problemático de sustancias.

De acuerdo con la información recabada por los investigadores, se puede constatar que esta se condice con lo que explicita el documento técnico (SENDA & MINSAL, 2021, pág. 13) el cual refiere “La literatura ha indicado que es necesario el apoyo familiar y social para fortalecer los esfuerzos del usuario o usuaria que busca reducir o abstenerse del uso de sustancias durante y después del tratamiento (Oficina Contra la Droga y el Delito, 2003).”

En el mismo manual, se explicita de la misma forma que “Sin embargo, es necesario destacar que no contar con una figura de apoyo no puede constituirse en ningún caso

como una barrera de acceso al tratamiento, sino que implicará la generación de estrategias diferenciadas para abordar esta situación.” (SENDA & MINSAL, 2021, pág. 13), en este punto los investigadores difieren, ya que uno de los principales móviles para que las usuarias se refugiasen en el consumo de drogas, principalmente radica en la ausencia de figuras parentales y/o redes de apoyo primarias, ya que estas presentaron graves disfunciones familiares, desde su concepción. Por otra parte, se plantea; ¿qué ocurre en el caso de que los factores de riesgo potenciales tuviesen lugar en el núcleo familiar y en el entorno socio comunitario? ¿Existiría una resistencia a realizar el tratamiento? o bien ¿podría generarse un fracaso terapéutico que llevaría a la usuaria a obtener logros mínimos en el tratamiento? En esta línea las respuestas de las usuarias entregaron información vital para argumentar estas interrogantes.

La totalidad de las 6 usuarias entrevistadas, mantienen un grupo familiar con una disfuncionalidad moderada a grave, lo que resulta en dificultades para poder generar cohesión entre los integrantes, como también afecta la capacidad para poder adaptarse a las diferentes etapas del ciclo vital familiar e individual, por lo cual, tienen dificultades para afrontar las crisis normativas de cada etapa. Dichas dificultades no solo se presentaron en la inmediatas familiar de las usuarias evaluadas, si no que han estado presentes transgeneracionalmente, ya que provienen de familias con grave disfuncionalidad, en las cuales existió presencia de violencia física, psicológica y sexual.

En este sentido, los investigadores pudieron constatar, que la entrevistada N°03, mantiene una red de apoyo familiar estable, pudiendo observarse mejoras en la dinámica y cohesión familiar, esto se debe a la presencia de redes de apoyo primarias, las cuales en un principio presentaban disfuncionalidad moderada, pero lograron externalizar sus necesidades sentidas, problematizando el consumo, pero a su vez individualizándolo, separándose del mismo, comprendiendo que ellos no son el problema, sino más bien delimitando al problema, como una serie de factores desfavorables de los cuales no se puede tener el control, como también los factores que producían conflicto intrafamiliares, los cuales se lograron mediante la terapia narrativa, terapia de reestructuración de la dinámica familiar, generándose resultados favorables, obteniendo altos logros terapéuticos. En este sentido, existiendo la presencia de redes familiares como factor protector, ya sean sintomáticas o asintomáticas, son fundamentales para poder generar una transformación sobre la problemática de consumo, que a su vez, es un síntoma generado por el trauma complejo vivenciado a lo largo del desarrollo del ciclo vital, estas experiencias traumáticas vivenciadas por los progenitores a su vez generan un trauma parental, lo cual es significativo en la crianza de los hijos, ya que los progenitores pueden tener dificultades para proporcionar un entorno seguro y estable debido a sus propias heridas emocionales. De acuerdo con lo planteado, la entrevistada N°04, proviene de una familia altamente disfuncional, con vulneraciones y daños en el desarrollo de su ciclo vital, tanto su familia nuclear como la de concepción, representan un factor de riesgo para la usuaria, ya que existe presencia de consumo y venta de sustancias ilícitas, como también violencia intrafamiliar y extrafamiliar normalizada mediante patrones

transgeneracionales, además de residir en una zona vulnerable con presencia de tráfico. Dichos factores propician y fomentan constantes recaídas en el tratamiento y un bajo logro terapéutico en el proceso, dicha situación, aun así, sería compleja para un tratamiento residencial o tratamiento de desintoxicación en UHCIP, considerado como traumatizante por los usuarios en tratamiento, pero ¿porqué se genera este fracaso terapéutico?

Los autores (Edward Kaufman, M.D. & Marianne R.M. Yoshioka, M.S.W., Ph.D., 2004, pág. 40) citando a Reilly (1992) describe varios patrones de interacción característicos, uno o más de los cuales podrían estar presentes en familias con progenitores que abusan de sustancias ilícitas o alcohol:

1. Negativismo. Toda comunicación entre los miembros de la familia es negativa y consta de quejas, críticas y otras expresiones de desagrado. El ánimo general de la familia es decididamente pesimista y se ignora el comportamiento positivo. En este tipo de familia, la única manera de llamar la atención y animar la situación es crear una crisis. Esta negatividad puede reforzar el abuso de sustancias.

2. Inconsistencia paterna. Las reglas se establecen de forma errática, se ponen en vigor erráticamente y la estructura familiar es inadecuada. Los niños están confundidos porque no pueden discernir los límites entre el bien y el mal. Como resultado, tal vez se comporten mal con la esperanza de obligar a sus padres a establecer límites claros. Cuando los niños no tienen límites claros no pueden predecir las reacciones de sus padres y ajustar su conducta de forma correspondiente. Estas inconsistencias tienden a estar presentes no importa si la persona que abusa de sustancias es un progenitor o un

niño y crean sentimientos de confusión en los niños, un elemento clave. Las personas que abusan de sustancias es probable que se sientan cada vez más aisladas de sus familias.

3. Negación paterna. A pesar de señales claras de peligro, la posición de los padres es: (1) "¿Qué problema de alcohol / drogas?" "¡No vemos ningún problema de drogas!" o (2) después de que las autoridades intervienen: "¡Usted está equivocado! ¡Mi hijo no tiene un problema de drogas!"

4. Ira mal expresada. Los niños o padres que resienten la distancia emocional que impregna sus hogares y temen expresar su indignación, abusan de sustancias como una forma de manejar la ira reprimida.

5. Automedicación. Los padres o hijos usan drogas o alcohol para hacer frente a pensamientos o sentimientos intolerables como ansiedad severa o depresión.

6. Expectativas poco realistas de los padres. Si las expectativas de los padres no son realistas, los hijos pueden excusarse de no satisfacer cualquier expectativa diciendo, en esencia: "no pueden esperar nada de mí, soy sólo un mentecato, drogadicto, junkie. O a la inversa, pueden esforzarse obsesivamente por dar el máximo, aunque siempre convencidos de que no importa lo que hagan, nunca será suficiente, o puede bromear y hacer payasadas para ahuyentar su dolor, o pueden retraerse para así esquivar el dolor. Si las expectativas son demasiado limitadas y durante toda su juventud reciben el mensaje de que seguramente fracasen, tienden a ajustar su conducta a las expectativas de sus padres, a menos que un adulto significativo intervenga con mensajes saludables, positivos y de apoyo.

Es de vital importancia para los investigadores, externalizar a la familia como un factor protector que estará presente en los momentos más críticos del tratamiento, aplicando técnicas de contención emocional las cuales adquieren, mediante las terapias que ejerce el trabajador social clínico. Por el contrario, si la familia es un factor de riesgo potencial, fomentara el consumo de sustancias lo que conlleva a las usuarias a recaer en el tratamiento violando la abstinencia, ya que esta no contara con el apoyo de terceros cuando necesite o solicite heteroregulación, entendiéndose que debido a las vulneraciones y represión emocional mantienen dificultades en la comprensión y expresión emocional.

En este sentido lo que establece (SENDA & MINSAL, 2021, pág. 13), se condice con la visión de los profesional del centro de tratamiento ambulatorio CTA Amanecer, ya que estos aúnan criterios en cuanto a la vitalidad del apoyo familiar durante el proceso de rehabilitación, la totalidad de los profesionales indica que los causas de la drogodependencia, tienen una génesis en la disfuncionalidad familiar transgeneracional, siendo el consumo un síntoma que enmascara trastornos como el trauma parental y trauma complejo, esto se constata una vez que el equipo terapéutico logra estabilizar el consumo, es decir; se logra una abstinencia sostenida de las usuarias, en esta instancia se logra visualizar el daño complejo que ha vivenciado el paciente a lo largo del desarrollado de su ciclo vital.

En este sentido, los investigadores también pudieron constatar, mediante el relato de las usuarias y profesionales, que muchas de ella fueron concebidas bajo el efecto de sustancias, por consiguiente, las 6 usuarias mantuvieron consumo sostenido de droga durante la gestión y el periodo de lactancia materna, del mismo modo (Ministerio de Salud, Septiembre de 2022, pág. 1) refiere:

El perfil de mujeres que consume drogas en Chile e informado por SENDA es concordante con la literatura internacional, donde se establece que quienes consumen drogas generalmente han sufrido traumas tempranamente en la vida, abandono y abusos (psicológico y/o sexual), son dependientes de sus parejas y viven en pobreza puesto que no poseen estudios, por tanto, acceden a trabajos con menor remuneración (3).

El consumo de drogas durante la gestación ha aumentado en los últimos años en países como Estados Unidos (4). Durante el período 2009-2010, aproximadamente el 4,4% de las gestantes entre 14 y 44 años utilizó algún tipo de droga ilícita (5). En Chile el panorama no es distinto, y del total de mujeres ingresadas a tratamiento con consumo de drogas para el año 2016, el 4,6% de ellas estaba embarazada, grupo compuesto principalmente por primigestas de edades entre 19 - 46 años y en su mayoría cesantes. Habitualmente estas mujeres pertenecen a familias donde ya existe un patrón conductual de consumo problemático de sustancias (madre, padre, ambos u otro familiar cercano consume drogas), y la sustancia de consumo principal es la pasta base (3).

Lo anterior se produce como una forma de regulación en la inmediatez posible, teniendo en cuenta que las usuarias, no han recibido tratamiento reparatorio alguno, por parte del sistema de salud público. Las usuarias generan cierto grado de apatía por el gestante, esto se debe a la incapacidad en el desarrollo del vínculo de apego que la usuaria tuvo con sus progenitores. En este sentido (Don, Rosa, Javier, & José, 2008-2012, pág. 11) refieren:

Por otro lado, los resultados de diversas investigaciones sobre adicciones señalan que el núcleo familiar y particularmente, ciertos aspectos de la dinámica, como la

calidad de la relación, la comunicación, la expresión de afectos, los valores, la satisfacción de necesidades físicas, psicológicas y emocionales, así como el sentido de unión y pertenencia entre los integrantes de la familia son factores relevantes a tener en cuenta para intervenir sobre el problema. Por tanto, es fundamental, detectar las consecuencias que está experimentando el núcleo familiar y cómo estas pueden repercutir en el mantenimiento de la conducta adictiva, dado el proceso de causalidad recíproca y bidireccionalidad que se da en todo sistema familiar.

En el mismo orden de cosas, las usuarias del centro, tanto al inicio y desarrollo del proceso de tratamiento mantuvieron conductas de dependencia emocional como también de codependencia, desarrollando característica de vínculo patológico dependiente o interdependiente. Este tipo de vínculo llevó a comportamientos de sumisión y a una falta de autonomía p}

TABLA 2-43
Evolución de prevalencias de consumo de marihuana,
Región del Biobío, 1994-2018.

| Prevalencia de consumo de marihuana (%) | | | |
|---|------|------------|------------|
| Serie | 1994 | Último año | Diferencia |
| 1994 | 14 | 25 | 11 |
| 1996 | 16,4 | 21 | 4,6 |
| 1998 | 12,2 | 24 | 11,8 |
| 2000 | 14,3 | 40 | 25,7 |
| 2002 | 21,5 | 25 | 3,5 |
| 2004 | 17,5 | 18 | 0,5 |
| 2006 | 14,1 | 29 | 14,9 |
| 2008 | 16,6 | 42 | 25,4 |
| 2010 | 16,4 | 33 | 16,6 |
| 2012 | 17,5 | 34 | 16,5 |
| 2014 | 26,0 | 34 | 8,0 |
| 2016 | 24,2 | 102 | 77,8 |
| 2018 | 27,2 | 8,5 | -18,7 |

Este recuadro refleja la evolución del consumo de marihuana en la población a lo largo de varios años, mostrando las tasas de prevalencia en diferentes períodos (vida, último año y mes). Este análisis permite observar tendencias en el uso de marihuana, identificando variaciones significativas en la prevalencia a lo largo del tiempo. Por ejemplo, se puede notar un aumento o disminución en el consumo en diferentes grupos demográficos, así como comparaciones entre regiones. Estos datos son cruciales para entender el impacto del consumo de marihuana en la salud pública y para informar políticas y programas de intervención.

Este recuadro refleja la evolución del consumo de marihuana en la población a lo largo de varios años, mostrando las tasas de prevalencia en diferentes períodos (vida, último año y mes). Este análisis permite observar tendencias en el uso de marihuana, identificando variaciones significativas en la prevalencia a lo largo del tiempo. Por ejemplo, se puede notar un aumento o disminución en el consumo en diferentes grupos demográficos, así como comparaciones entre regiones. Estos datos son cruciales para entender el impacto del consumo de marihuana en la salud pública y para informar políticas y programas de intervención.

La relación entre el consumo de drogas y la vulneración cómo experiencias tempranas traumáticas o contextos familiares adversos pueden predisponer al uso reiterado de sustancias como vía de escape y/o autoregulación. Según el Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile de 2018, el consumo de drogas, incluida la marihuana, está influenciado por diversos factores socioeconómicos y familiares, como la calidad de las relaciones familiares, los ingresos del hogar y las condiciones de vivienda. Estas variables también son reflejo de las

experiencias de infancia de muchas personas que han enfrentado negligencia, abuso o dinámicas familiares conflictivos.

Las tasas de consumo de marihuana muestran una tendencia que puede vincularse a las vulnerabilidades generadas en etapas tempranas de la vida. Individuos que vivieron en entornos familiares disfuncionales o experimentaron violencia intrafamiliar tienen una mayor probabilidad de recurrir al consumo como una forma de afrontar sus traumas. Estos patrones de consumo no solo son recurrentes, sino que también tienden a perpetuarse debido a la falta de redes de apoyo o de intervenciones efectivas en su entorno social y familiar. Por ejemplo, la percepción del control del tráfico de drogas en los barrios y las regiones también puede estar relacionada con la accesibilidad a estas sustancias en comunidades vulnerables, donde muchas veces el consumo es normalizado. Esto se agrava para personas que enfrentaron desprotección en su infancia, pues en su adultez pueden recurrir a las drogas como un mecanismo de escape frente a conflictos emocionales no resueltos.

Por ello, fomentar relaciones familiares sólidas y crear un ambiente familiar saludable son pilares fundamentales de cualquier intervención. Esto está en línea con lo señalado por el Centro Desintoxicación Valencia, que destaca la importancia del papel de la familia en el tratamiento

Del mismo modo, el Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Salud Pública y la División y Prevención y Control de Enfermedades han realizado un estudio el año 2015 aborda estrategias técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia al tratamiento de alcohol y drogas. Lo anteriormente mencionado se relaciona estrechamente con los usuarios entrevistados en esta investigación, dado que aborda el

consumo de drogas y alcohol cómo un factor de riesgo en el ámbito socioeconómico así hace referencia:

"El consumo de alcohol y otras drogas implica riesgos para la salud que pueden generar consecuencias diversas mucho antes de que se desarrolle la adicción" Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018.

Este fragmento subraya la importancia de la prevención temprana para evitar el desarrollo de patrones de dependencia en etapas posteriores de la vida. En adultos, estos patrones suelen derivar en consecuencias más severas debido a la consolidación de hábitos de riesgo.

Así también el estudio refiere que los factores socioeconómicos, cómo el bajo nivel educativo la desintegración familiar, suelen actuar como factores de riesgo en el contexto de la drogodependencia. Esto resalta la necesidad de intervenciones en entornos vulnerables

"La ausencia de factores protectores aumenta en 1,8 veces la probabilidad de consumo" Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018.

Del mismo modo, el estudio refiere que las familias que mantienen relaciones de confianza con sus hijos o hijas acerca de los riesgos del consumo de alcohol o drogas presentan baja probabilidad del consumo, esto enfatiza cómo la comunicación familiar y

el apoyo son determinantes para mitigar el riesgo de drogadicción en el futuro en la etapa de la adultez, puesto que la familia es un factor que no está presente en la mayoría de las usuarias, la falta de estos recursos familiares y las desventajas económicas podría aumentar la vulnerabilidad hacia la adultez

"Padres que regularmente hablan con sus hijos acerca de los riesgos del alcohol y otras drogas presentan menores tasas de consumo en sus familias" Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018.

Por lo tanto, en el presente capítulo, los investigadores han constatado que el apoyo familiar y social es crucial para la recuperación de los usuarios de sustancias, tanto durante como después del tratamiento (SENDA & MINSAL, 2021). Sin embargo, la ausencia de figuras de apoyo no debe ser una barrera para el acceso al tratamiento, aunque crea la necesidad de estrategias diferenciadas.

La investigación sugiere que muchas usuarias recurren a las drogas debido a la ausencia de figuras parentales o redes de apoyo, y una disfuncionalidad familiar severa, que frecuentemente incluye violencia y abuso. Este trauma es transgeneracional. Por otro lado, quienes tienen una red de apoyo familiar funcional pueden ver mejoras significativas en su rehabilitación.

Las usuarias entrevistadas demostraron que la falta de cohesión y adaptabilidad familiar dificultaba enfrentar las crisis vitales. Las familias disfuncionales presentaban violencia y abuso, lo cual impactaba en la capacidad de los progenitores para ofrecer un entorno seguro y estable, repercutiendo en la crianza de los hijos y en la recurrencia del consumo de drogas.

En el centro de tratamiento ambulatorio CTA Amanecer, los profesionales también subrayan la importancia del apoyo familiar en la rehabilitación y señalan que la disfuncionalidad familiar transgeneracional es una causa principal de la drogodependencia. La abstinencia sostenida permite a los equipos terapéuticos identificar los traumas complejos vividos por los pacientes.

Finalmente se concluye que la adicción en mujeres a menudo se asocia con traumas tempranos, abandono, abuso, dependencia emocional y codependencia de sus parejas. En Chile, el consumo de drogas durante la gestación y lactancia ha aumentado considerablemente, reflejando una tendencia global. El núcleo familiar y su dinámica son factores clave en la adicción de las usuarias del centro que a su vez muestran conductas dependientes e interdependientes, que afectan su autonomía personal y bienestar emocional. Es por ello que la investigación recalca la vital importancia de visibilizar y externalizar la importancia de los Trabajadores Sociales Clínicos y su rol, en el tratamiento terapéutico sujeto-familia, en contexto de consumo, como también en el contexto cotidiano de atención de la salud mental en Chile. Es totalmente relevante que este sea incorporado en los equipos terapéuticos multidisciplinario e interdisciplinario de la atención primaria, secundaria y terciaria, como un agente clínico terapéutico de

cambio, ejerciendo su rol como tal, en este sentido, la coordinadora del centro de tratamiento ambulatorio de San Fernando es enfática y explícita en defender el rol del trabajador social clínico, ya que este no puede ser sustituido por ningún otro profesional de la salud mental. Ejercer la terapia familiar, mediante un modelo clínico interventivo de trabajo social, es fundamental, ya que en la inmediatez, los psicólogos de la atención primaria solo se enfocan en los problemas y trastornos de la psique, por el contrario, el trabajador social clínico se centra en la historia de vida de las familias de individuos y cómo estas historias influyen en su comportamiento y percepción de su entorno. Se enfoca en reestructurar y reconstruir las narrativas personales de manera que las personas puedan encontrar significado y sentido de pertenencia en sus vidas, en este sentido, el trabajador social clínico trabaja problemáticas intrapsíquicas e interpersonales del consciente, aunque también está preparado para abordar problemáticas del inconsciente, siempre y cuando este formado y especializado para dicho proceso.

CÁPITULO V: PROPUESTAS Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se dará a lugar las propuestas derivadas de los hallazgos de la investigación y se delinearán los alcances de estas, con el objetivo de proporcionar un marco de referencia para futuras intervenciones en esta temática que permita abordar correctamente los factores socio familiares que influyen de forma directa en la decisión de consumir drogas en las personas.

5.1. Propuestas

5.1.1 Fortalecimiento familiar

Descripción: la familia es la unidad fundamental que influye directamente en el desarrollo normal y adecuado de una persona, es el sostén que proporciona una estructura permeable con

una contención adecuada que permite que el individuo vaya desarrollándose a lo largo de su ciclo vital, de este modo es fundamental fortalecer a las familias desde etapas tempranas. Según refiere la autora (Guzman Mendez, pág. 6)

Para casi todas las personas, su grupo familiar o aquel grupo relevante que lo sustituye es la mayor fuente de apoyo de crecimiento, desarrollo personal, de nutrición afectiva y también de estrés, ya que nada le impacta más fuertemente al ser humano, que aquellos eventos ya sean felices o dolorosos que provienen de este núcleo, que, en cualquiera de sus formas, conocemos socialmente como familia.

Acción: se propone que durante la gestación se realicen procesos preventivos mediante la intervención terapéutica del trabajador social clínico, haciendo énfasis en la intervención familiar a través de la terapia familiar enfocada en la toma de conciencia sobre los efectos de las drogas en las futuras madres que son consumidoras de drogas o que poseen factores de riesgos que puedan propiciar el consumo, activando la toma de conciencia sobre el futuro miembro familiar, así mismo, indagar en la problemática principal no resuelta que se haya en el inconsciente y/o consciente, el cual desencadena el consumo de drogas, así mismo mediante la terapia familiar se puede reestructurar la dinámica de la diada a nivel individual como también en el familiar. Toda vez que se reestructure la dinámica y cohesión familiar y a medida que los síntomas del consumo mitiguen, la familia habrá adquirido herramientas y habilidades sociales/parentales, que le devuelvan funcionalidad al grupo familiar, volviéndose un factor protector, que se active como mecanismo de apoyo, que brinde contención

en momento críticos y/o a demanda de la adulta. De este modo se comprende que la base para poder minimizar el consumo en futuros adultos como también en las vulneraciones de NNA, principalmente es realizar una intervención sujeto-familia en profundidad develando los factores que propiciaron el consumo a través de una terapia narrativa en donde las heridas emocionales puedan ser comprendidas y resignificadas logrando una generar cognición sobre la problemática, pero a la vez individualizando y separando el problema de la adulta.

5.1.2 Programas de Intervención Temprana

Descripción: la implementación de programas de intervención temprana dirigidos a identificar y abordar factores de riesgo asociados al consumo en niños niñas y adolescentes y sus familias con pesquisa dentro de programas existentes como el programa control niño sano del programa Chile Crece Contigo, en este sentido es importante externalizar que la intervención no debe ser enfocada exclusivamente en la persona si no también en la familia y de cómo esta influye en el comportamiento de esta.

Acciones: se recomienda capacitar a profesionales de la salud y trabajadores sociales en el área clínica especialmente en terapia familiar y la detección temprana de problemas de consumo de drogas, Así mismo el desarrollo de protocolos de intervención que incluyan evaluación, tratamiento y seguimiento continuo. Esta acción tiene como fin entender y comprender las herramientas para abordar de mejor forma esta temática.

5.1.3 Sensibilización y educación

Descripción: promover la sensibilización de la sociedad sobre los riesgos del consumo de drogas, esto desde las comunidades cómo en centros de salud, organizaciones comunitarias y especialmente los establecimientos educacionales en el cual los NNA en desarrollo en todas las etapas escolares, es decir, tanto preescolares como escolares y educación media fomentando la toma de conciencia y hábitos de vida saludable que permita causar un impacto positivo en los NNA de nuestro país a través de talleres establecidos dentro del horario académico.

Acción: talleres escolares de sensibilización contra las drogas dirigido a NNA desde la etapa preescolar en adelante. Programas socio educativos dirigidos a los NNA y sus familias que se encuentren en consumo de drogas o que tengan factores de riesgos pesquisados en las escuelas. Del mismo modo, se debe capacitar a los profesionales que se desempeñen en el ámbito educacional, en cuanto a la pesquisa de consumo temprano y los mecanismos de derivación que mantengan trazabilidad del tratamiento.

5.1.4 Incorporación del trabajador social clínico al equipo multidisciplinario de la atención primaria, secundaria y terciaria.

1. Atención Primaria

Los trabajadores sociales clínicos juegan un papel crucial en la prevención y promoción de la salud. No obstante, se le entrega una labor de gestor y/o activar

de redes, obviando la importancia de su ejercicio terapéutico, delegándolo a otros profesionales como lo es el psicólogo. Es importante destacar que un trabajador social clínico en un cesfam, es de vital importancia ya que este ayudará a identificar y abordar factores sociales que pueden afectar la salud, como la pobreza, el desempleo, la violencia doméstica y la drogadicción, entre otras, el vital que el profesional adopte un rol clínico, terapéutico e interventivo, ya que es crucial para el diagnóstico de disfuncionalidad familiar, conyugal, como también en la reestructuración de la dinámica familiar, otro punto totalmente relevante es que gracia a su formación, este puede diagnosticar disfunción en las habilidades parentales, como también puede abordarlas mediante el tratamiento terapéutico. su presencia en los equipos de salud le permitiría una intervención temprana y un enfoque holístico que puede mejorar significativamente los resultados de salud mental de los usuarios. Además, pueden coordinar servicios y recursos comunitarios para apoyar a los pacientes y sus familias, fortaleciendo la red de apoyo social.

2. Atención Secundaria

En el contexto de la atención secundaria, generalmente incluye hospitales y clínicas especializadas, incluir a los trabajadores sociales clínicos en estos equipos multidisciplinarios es esencial para la evaluación y el manejo de casos complejos. Pueden proporcionar apoyo emocional y psicológico a los pacientes y sus familias. Toda vez que el profesional idóneo formado para abordar problemáticas sujeto-familia es el trabajador social, y la terapia familiar se ha ido

cediendo a los psicólogos, por la exclusión de la profesión del campo clínico público/privado, no obstante, en la actualidad está tomando fuerza y relevancia nuevamente. La terapia familiar o terapia individual debe ser ejercida por el trabajador social clínico ya que los psicólogos y otros profesionales carecen de expertiz y metodología para evaluar, diagnosticar y efectuar tratamiento adecuado a los usuarios y sus familias. Es relevante incluirlos ya que el trabajador social clínico ayuda a gestionar el estrés y la ansiedad relacionados con enfermedades graves o crónicas. Además, facilitan la continuidad de la atención mediante la coordinación de la transición del paciente entre diferentes niveles de atención y servicios, asegurando que no se pierda el seguimiento después del alta hospitalaria y/o clínica.

3. Atención Terciaria

En la atención terciaria, que se enfoca en el tratamiento especializado de enfermedades complejas y crónicas, los trabajadores sociales clínicos son fundamentales para el manejo integral de los pacientes. Trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud para desarrollar planes de tratamiento individualizados que consideren no solo los aspectos médicos, sino también los psicosociales y emocionales. Esto es especialmente importante en áreas como la oncología, la salud mental y las enfermedades terminales, donde el apoyo psicosocial puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes.

4. Beneficios Generales

- a. **Enfoque Holístico:** la integración de trabajadores sociales clínicos asegura que los factores sociales, emocionales y económicos se consideren en el cuidado del paciente.
- b. **Prevención y Promoción:** ayudan a identificar problemas sociales que pueden prevenir enfermedades y promover un estilo de vida saludable.
- c. **Continuidad de la Atención:** facilitan la coordinación entre diferentes niveles de atención, mejorando la continuidad y calidad del servicio.
- d. **Apoyo Psicosocial:** proveen apoyo emocional y psicológico, fundamental para el bienestar integral de los pacientes.
- e. **Acceso a Recursos:** conectan a los pacientes y sus familias con recursos y servicios comunitarios, mejorando la red de apoyo social.

5.2 Alcances de la investigación

5.2.1 Desarrollo de modelos replicables

Los resultados que se obtienen de la presente investigación componen una base sólida para las próximas formulaciones de modelos de intervención clínica en trabajo social, este contribuye a comprender desde factores que inciden en la temática de consumo hasta el contexto con la realidad de testimonios de usuarias que mantienen consumo activo. Estos modelos pueden ser adoptados por instituciones educativas que imparten trabajo social como carrera profesional, permitiendo optimizar los procesos de capacitación profesional y elevar los estándares de calidad en la implementación de sus estrategias de intervención, en el mismo orden, es vital que las casas de estudio

puedan, incorporara en todas las mallas curriculares asignaturas de formación como: intervención clínica en trabajo social, trabajo social clínico y/o diagnostico sujeto-familia. Todo ello brinda una formación clínica de pregrado, fundamental para abordar casos complejos en la actualidad.

5.2.2 Promoción y concientización

Al intervenir en los factores sociofamiliares asociados al consumo de sustancias, los profesionales del trabajo social pueden facilitar procesos de integración social para individuos en situación de vulnerabilidad, promoviendo la conformación de entornos sociales libres de consumo, generando un sentido de acompañamiento saludable que actúe como sistema de apoyo.

5.2.3 Enfoque interdisciplinario

La investigación pone de manifiesto la relevancia de adoptar un enfoque interdisciplinario para abordar de manera efectiva la problemática de la drogodependencia. Este enfoque implica que los trabajadores sociales trabajen en estrecha colaboración con otros profesionales, como médicos, psicólogos, educadores y especialistas en servicios sociales, para diseñar e implementar estrategias integrales de intervención. Al combinar perspectivas y conocimientos de diversas disciplinas, es posible atender las múltiples dimensiones asociadas al consumo de sustancias, incluyendo los aspectos médicos, psicológicos, educativos, familiares y comunitarios. Este modelo colaborativo no solo potencia la efectividad de los tratamientos, sino que

también facilita una respuesta más adaptada a las necesidades específicas de cada individuo, favoreciendo su recuperación y la reintegración social. Esto permite tratar no solo el consumo de sustancias, sino también los factores subyacentes que lo perpetúan, como las dinámicas familiares disfuncionales, habilidades parentales, crisis del ciclo vital familiar e individual, problemas de salud mental y barreras sociales.

5.2.4 Empoderamiento familiar

Mediante las propuestas enfocadas en el fortalecimiento familiar, los trabajadores sociales tienen la oportunidad de empoderar a las familias afectadas por los desafíos del consumo de sustancias. Este proceso implica proporcionar herramientas prácticas y recursos adaptados a sus necesidades específicas, como estrategias de comunicación efectiva, manejo de conflictos y establecimiento de límites saludables. Además, se busca fomentar en las familias la capacidad de identificar factores de riesgo y proteger a sus miembros mediante la construcción de un entorno seguro y de apoyo. Al intervenir de esta manera, no solo se refuerzan las dinámicas familiares positivas, sino que también se potencia la resiliencia de las familias, capacitándolas para superar las adversidades relacionadas con la drogodependencia. Este enfoque contribuye a su bienestar integral, promoviendo la estabilidad emocional y social necesaria para afrontar las dificultades y prevenir futuras recaídas.

El fortalecimiento familiar es clave en el abordaje de la drogodependencia porque las familias suelen ser el primer sistema de apoyo de las personas, y su estabilidad tiene un impacto directo en la recuperación. Proporcionar herramientas y recursos a las

familias no solo las capacita para manejar los desafíos asociados al consumo de sustancias, sino que también crea un entorno protector que reduce los factores de riesgo. Este enfoque promueve la cohesión familiar, mejora la comunicación y facilita el manejo de conflictos, lo que disminuye el estrés dentro del núcleo familiar y genera un espacio más propicio para la recuperación. Además, empoderar a las familias les permite actuar como agentes activos de cambio, reforzando la resiliencia tanto en sus integrantes como en su conjunto, y aumentando las posibilidades de éxito en el proceso de rehabilitación. En última instancia, estas intervenciones no solo benefician a los individuos en tratamiento, sino que también fortalecen las estructuras sociales, contribuyendo al bienestar comunitario.

El presente capítulo resume las propuestas derivadas de los hallazgos de la investigación, subrayando su relevancia práctica en el campo del trabajo social. Las propuestas presentadas, orientadas al fortalecimiento de las relaciones sociofamiliares y al abordaje integral del consumo de drogas, evidencian un enfoque centrado en el individuo, su entorno inmediato y la comunidad. Estas intervenciones tienen el potencial de convertirse en herramientas efectivas para prevenir y tratar la drogadicción, promoviendo la inclusión social y el bienestar familiar.

El análisis interdisciplinario y la implementación de estrategias adaptadas a contextos específicos refuerzan la importancia de considerar los factores sociofamiliares como variables clave en los procesos de prevención y recuperación. Además, la investigación destaca el rol de los trabajadores sociales como agentes de cambio, capaces de liderar

y coordinar intervenciones sostenibles que aborden las dimensiones biopsicosociales del problema.

En conclusión, el impacto de estas propuestas trasciende el ámbito individual, favoreciendo la cohesión social y la resiliencia comunitaria. La implementación efectiva de estas estrategias, sustentadas en evidencia y adaptadas a las necesidades locales, puede contribuir significativamente a reducir las tasas de consumo de drogas y a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias. Este enfoque integral y colaborativo constituye un avance sustancial hacia el desarrollo de políticas públicas más inclusivas y efectivas en el contexto chileno.

5.2.5 La importancia del Trabajador Social Clínico en el Tratamiento y Rehabilitación en Consumo de Sustancias.

Lo clínico del trabajo social, es una especialidad como en otras áreas de intervención, pero ¿por qué toma relevancia? La rápida evolución de la humanidad y con ellos las dificultades sociales de diferentes niveles de complejidad, dejan al descubierto, dificultades en la dinámica socio-familiar, nuevas características familiares y con ello diferentes niveles de disfuncionalidad familiar y/o incapacidad para poder afrontar cambios de los diferentes etapas del ciclo vital familiar e individual, que se relaciona con la forma en la cual; las personas o familias pueden manejar dichas dificultades

conyugales, parentales y/o familiares, la forma de resolver problemas cotidianos, o ligados a crisis normativas del ciclo vital. Todo lo mencionado, ha propiciado potenciar las habilidades y destrezas de los profesionales del trabajo social, quienes a su vez deben especializarse para poder hacer frente a estas nuevas dificultades que afectan el entorno biopsicosocial.

En este sentido la autora (Guzman Mendez, pág. 33) citando a Marta Chescheir quien define al trabajo social clínico como:

“Difieren de otros profesionales que prestan asistencia, porque pueden adecuar las necesidades de la persona con lo que el medio le ofrece. Al trabajador social clínico le interesa establecer un equilibrio entre las necesidades personales y las oportunidades que ofrece la vida. La meta es lograr un ajuste entre lo que le conviene al individuo con lo que le conviene al sistema social.”

En esta misma línea Amaya Ituarte plantea... “En los procesos educativos el Trabajador Social se coloca ante el cliente como la persona que sabe y al que se acude para que enseñe y en el planteamiento terapéutico el Trabajador Social se ubica ante el cliente en una posición de escuchar para comprender y ver de qué manera le puede ayudar a resolver sus dificultades”. Para Gordon Hamilton ... “el Trabajo Social Clínico, es un proceso psicosocial al que le incumbe la liberación de los recursos en el entorno inmediato y de las capacidades del individuo que pueda darle una vida más plena,

afirmando que para ayudar eficazmente a otra persona, es preciso saber respetar la personalidad humana, reconocer que cada cual tiene el derecho de gobernar su propia vida, de gozar de libertades personales y civiles y buscar la felicidad y sus metas conforme con su manera de entender las cosas. Se caracteriza porque su objetivo es proporcionar servicios prácticos y consejo, a fin de despertar y conservar las energías psicológicas del cliente y hacerlo participar activamente en la solución de sus problemas”

La concepción de trabajos social clínico se centra en el foco psicosocial de la intervención, la cual se centra en factores de riesgo que generan situaciones de estrés y/o ansiedad a partir de la interacción del usuario con sus otros significativos y la relación de este con el contexto que lo rodea. Por otra parte, los factores psicosociales son procesos normativos, todos los individuos deben experimentarlos, a través del ciclo vital individual y/o familiar, pero se consideran una problemática psicosocial solo cuando generan menoscabo en la vida cotidiana del usuario o usuaria, y tiene dificultad para poder afrontarlos.

En este sentido, la problemática de consumo de sustancias ilícitas y nocivas para la salud, se encuentran estrechamente ligadas a dificultades en el afrontamiento de estas crisis psicosociales, las cuales se generan en el consciente o inconsciente de los usuarios, por lo cual buscan regulación emocional mediante el consumo de sustancias las cuales le brindan satisfacción inmediata frente a la necesidad base. Muchas de estas dificultades se asocian a infancias vulneradas de forma sistemática, generando

trauma complejo a medida el NNA se va desarrollando, así mismo este ciclo de violencia y abuso no cesa, ya que en la mayoría de los casos los usuarios adoptan patrones transgeneracionales los cuales han sido vivenciados desde su concepción. Por lo cual también se habla de trauma parental, ya que mantienen dificultades en generar vínculos de apego parento-filial o para ejercer una parentalidad positiva.

Según refiere el autor (Carcamo Leiva & Silva Concha, 2022, pág. 25) “El apego se explica como una predisposición biológica de los seres humanos, orientada a buscar proximidad con los cuidadores, para establecer un sentido básico primario de seguridad (Cassidy 2016)” En este sentido los investigadores pudieron constatar las seis usuarias fueron víctimas de una niñez vulnerada sistemáticamente, en donde su autonomía fue mitigada por sus progenitores al impedir la exploración, lo cual enmarca el desarrollo de un tipo de apego ansioso y evitativo con sus progenitores, marcando dos aspectos importantes de su función cerebral, el primero tiene que ver con la cualidad de las experiencias emocionales prototípicas y la segunda con la calidad de la autorregulación.

En este sentido se afirma que las primeras experiencias emocionales son vitales, ya que configuran un sistema de representación dinámico acerca de los patrones de interacción, las cuales dan forma a las experiencias vivenciadas por las usuarias. Dichas situaciones generaron en la adulta una forma de respuesta al estrés regulada por intermedio de sustancias nocivas las cuales deprimen el sistema nervioso central o bien tienen acción en este, la finalidad de este proceso el aliviar el dolor emocional de traumas no reparados. En este sentido las usuarias carecían de mecanismos para

afrontar el estrés ante un evento negativo, adoptando el mismo patrón de crianza que utilizaron los progenitores, Cárcamo y Leiva 2022 pág. 26 refieren... “La función principal del apego es asegurara la protección y el cuidado, así como aliviar la angustia, y restaurar lo homeostasis psicológica e incentivar la exploración (Grossmann y Grossmann, 2020)”

La importancia del trabajo social clínico tiene que ver con la capacidad del profesional con delimitar la problemática sentida de la usuaria, muchas de ellas no se reconocían como adictas, como también mantenían dificultades para identificar el motivo de su adicción ¿Cómo se generó? ¿Cuál fue la primera vez? ¿Qué situación la llevo a consumir? Todas esas respuestas pudieron ser abordadas en el tratamiento realizado por el profesional Hans Gutiérrez Trabajador social clínico e investigador principal del presente proyecto de tesis. El profesional comenta que es de vital importancia poder generar un vínculo solido con las usuarias, un correcto rapport le entrega al profesional las herramientas para poder adquirir información valiosa para la construcción de un diagnóstico sociofamiliar completo, así mismo comenta que el diagnostico familiar es una temática exclusiva del trabajador social clínico y no debe ser realizada por otro profesional ya que genera conflictos con la ética e incluso puede generar diagnósticos erróneos, el profesional trabajador social debe entregarle respaldo metodológico a su trabajo por intermedio de instrumentos diagnósticos propios del área social clínica, dichos instrumentos son objetivos y se complementan con la visión objetiva del profesional. En este orden de cosas, el profesional mediante el diagnóstico pudo identificar las principales causas y factores asociados al consumo de sustancias en las usuarias. Este análisis no solo consideró aspectos individuales, como el impacto de las

experiencias traumáticas en la infancia y la calidad de los vínculos de apego, sino también factores sociales y ambientales que contribuyen a la perpetuación de la problemática.

El diagnóstico sirvió como base para desarrollar intervenciones personalizadas orientadas a fortalecer las capacidades de afrontamiento, promover la regulación emocional y reconstruir redes de apoyo significativas. En este sentido, el trabajador social clínico no solo abordó los síntomas inmediatos de la adicción, sino que también buscó intervenir en las dinámicas familiares disfuncionales y los patrones transgeneracionales que afectan el bienestar de las usuarias. Este enfoque integral permitió generar estrategias sostenibles que, además de reducir el consumo, fomentaron cambios significativos en la calidad de vida y la autonomía de las participantes, reafirmando la importancia del trabajo social clínico en contextos de alta complejidad.

Referencias

- Chan, M. (19 de 04 de 2016). *www.who.int*. Obtenido de <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-addresses-un-on-the-world-drug-problem>
- Don, G. S., R. P., J. D., & J. A. (2008-2012). *PROTOCOLO DE ATENCIÓN A FAMILIARES de abusadores o dependientes de drogas, Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas*. España, Merida: Artes Gráficas Rejas, S. L.

- Edward Kaufman, M.D., & Marianne R.M. Yoshioka, M.S.W., Ph.D. (2004). *Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias. Tratamiento de Abuso de*. Rockville, MD: Publicación No. (SMA) 04-3957 del "DHHS".
- Evidencia de Validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). (2014). Santiago, Chile.
- Fernandez, M. (Agosto de 2012). Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/ecefd0b9-9a3b-4ea2-81f9-84d53fa65896/content>
- Fernández-Artamendi, S., & Weidberg, S. (2016). <https://www.redalyc.org>. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/778/77844204007/html/>
- Foucault, M. (1975). Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión. En M. Foucault, *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión* (pág. 314). Buenos Aires: S.A DE C.V .
- Grass, M. P. (BCN 2019). Asesoría técnica parlamentaria. En BCN, *Evolución de la participación de las Mujeres en ámbito social* (pág. 13). Santiago: BCN.
- Ilaurant la Ilum.* (s.f.). Obtenido de <https://www.ilaurantlillum.com/informacion-adicciones/familia-y-adicciones-un-apoyo-fundamental-en-el-tratamiento/#:~:text=La%20implicaci%C3%B3n%20de%20la%20familia,en%20su%20proceso%20de%20recuperaci%C3%B3n>.
- Jimenez, M., Monasor, R., & Rubio, B. (2003). CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO Instrumentos de evaluación en el alcoholismo Alcoholism assessment scales. *CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO*, (pág. 10). Madrid, España.
- Keats, D. M. (s.f.). *ENTREVISTA: guía práctica para profesionales y estudiantes*. Mc. Graw Hill.
- Marcuse, H. (1971). La agresividad en la sociedad industrial avanzada. En H. Marcuse, *La agresividad en la sociedad industrial avanzada* (pág. 137). Madrid: Alianza.
- Medisan. (20 de 08 de 2008). *Las drogas un asunto de todos*. Obtenido de Centro Provincial de Información de Camagüey Cuba: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445247020.pdf>
- Ministerio De La Protección Social. (2011). *Manual para la detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas y problemas de salud mental en los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes*. Bogotá, Colombia : Alvi impresiones LTDA.
- Ministerio de Salud. (Septiembre de 2022). *RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS Y LACTANCIA MATERNA*. Santiago de Chile: MINSAL.

- MINSAL: División de prevención y control de enfermedades. (2015). *Orientaciones técnicas: para la detección intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y drogas en adolescentes*. Santiago de Chile.
- Naciones unidas oficina contra la droga y el delito. (2003). *Encuestas escolares sobre el uso indebido de drogas*. Austria: United Nations Publication.
- SENDA & MINSAL. (2021). *Evaluación y Confirmación Diagnóstica en personas con consumo de alcohol y otras drogas, Evaluación Inicial*. Santiago, Chile.
- SENDA. (2014). *Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*. Santiago de Chile.
- SENDA. (2021). *Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 : PARA UN CHILE QUE ELIGE VIVIR SIN DROGAS*. Santiago De Chile: Andros Impresores.

ANEXO N°1: Pauta de entrevista a usuarias:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Para empezar esta entrevista, podría decirme ¿Qué edad tiene Ud, actualmente?

¿Qué nivel de estudios tiene usted?

ANTECEDENTES FAMILIARES

3. Le voy a pedir que me hable de su familia ¿Cómo es la relación con su familia actualmente?

4. ¿Cómo era la relación con su familia en su infancia y adolescencia?

5. Si sus padres estuvieran aquí, ¿Qué dirían de usted y de la situación que está viviendo?

6. Puede mencionar cinco palabras que describan su relación con sus padres cuando usted era pequeña:

7. ¿Por qué eligió estas palabras?

DATOS SOBRE CONSUMO

¿Desde qué edad usted consume DROGAS?

¿Qué consecuencias ha tenido para usted el consumo de drogas?

Ahora que es adulta ¿Sabes por qué motivo inició el consumo de drogas?

¿La primera vez que consumió con quién estaba?

Esa primera vez ¿Usted compró droga o se la regalaron?

¿La persona que le regaló/vendió era mayor que Ud. o tenía la misma edad?

¿Consiguió la droga en la población o en otro lugar? (refiérase a eso, por favor)

¿Sus padres se enteraron de que en ese momento usted consumió drogas?

SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES SÍ: ¿Cómo reaccionaron con usted?

¿Qué sentía antes y después de consumir droga?

(Solo si responde expresando una emoción negativa en la pregunta anterior) ¿Se podría definir "mal" como; culpa, tristeza o frustración o mal en un sentido físico?

¿Cree usted que las demás personas que presentan adicción se refugian en las drogas para olvidar episodios traumáticos y producir una desconexión emocional que le permite evadir la realidad? ¿Por qué cree eso?

¿Cree que es bueno evadir los sentimientos y emociones? ¿Por qué?

DATOS SOBRE SOCIALIZACIÓN

20. Ahora le voy a hacer unas preguntas sencillas pero muy personales: le pido que usted me responda con franqueza Si o NO

| | | S | N |
|--|---|---|---|
| | | I | O |
| | En su niñez o adolescencia usted ¿Presenció habitualmente | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | violencia física o verbal entre sus padres? | | |
| | ¿Vio alguna vez que su padre golpeaba a su madre? | | |
| | ¿Tiene usted recuerdos de que la hayan golpeado si se portaba mal o cometía errores? | | |

SI LA RESPUESTA AL ÚLTIMO ITEM ANTERIOR ES SÍ:

21. ¿Quién le pegaba?

22. ¿Con qué le pegaban?

23. ¿Con que frecuencia le pegaban?

¿Se acuerda la edad que tenía en ese entonces?

¿Hasta qué edad recuerda usted que le pegaron en su casa?

26 ¿Cree usted que mereció o no las golpizas que le dieron?

¿Solían amenazarle con una paliza, si no se portaba bien o desobedecía?

¿Quién lo hacía más frecuentemente?

¿Cómo le Cree que le afectó en su vida de adulta que le hayan pegado de niña?

(Contesta solo si tiene hijos) ¿Cree usted que haber recibido violencia en su niñez y/o adolescencia afecte en la educación que usted les ha dado a sus hijos/as

(Contesta solo si tiene hijos ¿Cómo le afecta?

¿Sintió alguna vez que alguien de su familia o de fuera de ella le faltaba el respeto, se exhibía, la manoseaba o tocaba indebidamente?

Nuevamente, le voy a hacer algunas preguntas que le pido que usted me responda con franqueza Si o NO

| | | S I | N O |
|--|---|--------|--------|
| | ¿Algún miembro de su familia consume o consumió alcohol y drogas? | | |
| | En su barrio ¿usted se relaciona con persona que son consumidoras habituales de drogas? | | |
| | ¿Fue aumentando la cantidad de dosis de droga desde que empezó a consumir hasta hoy? | | |
| | ¿En algún momento pensó en que estaba consumiendo mucho? | | |
| | ¿Usted se considera una persona adicta? (que no puede dejar | | |

| | | | |
|--|---------------------|--|--|
| | de consumir drogas) | | |
|--|---------------------|--|--|

SITUACION ACTUAL

¿Cuánto tiempo lleva sin consumir?

Ahora que me contó todos estos sucesos de su vida, Podría profundizar:

¿Qué consecuencias le ha traído el consumo en cuanto a:

Salud

Familia

Amigos

Trabajo.

Y respecto del futuro ¿Tiene metas a corto o mediano plazo? ¿Cuáles?

¿Actualmente mantiene consumo de sustancias tóxicas?

¡¡MUCHAS GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENTREVISTA QUE NOS SERÁ DE MUCHA UTILIDAD PROFESIONAL PARA NOSOTROS!!

Anexo N°2 Pauta de entrevista Profesionales:

¿Cuál es su profesión?

¿En qué cargo se desempeña?

¿Cuáles son las tareas profesionales que usted desarrolla?

¿Cuántos años de experiencia tiene en este rubro?

Basado en su trayectoria y experiencia profesional ¿Qué variables factores cree considera usted que pueden influir influyen en la problemática de consumo en los adultos, específicamente en la población femenina?

¿Cree usted que, ¿Tiene usted evidencias que, si un NNA se desarrolla en una familia con disfuncionalidad, tiene mayores probabilidades de incurrir en el uso de sustancias estupefacientes, generándose probabilidades de un potencial adicto en la adultez?

¿En su experiencia profesional ha constatado que la crianza basada en la violencia sea un factor que propicie que un NNA en pleno desarrollo, incurra en el consumo de sustancias?

Basado en la investigación hay muchas usuarias que indican que fueron criadas a base de violencia y represión, ya que a muchas se les prohibía llorar, ya que si lo hacían las seguían golpeando "Para que lloraran con razón". ¿Qué podría usted señalarnos acerca de la dificultad que presentan las adultas que están en el programa de expresar emociones y dispensar afecto físico y si ese rasgo se puede asociar a esta forma de crianza?

A su juicio como profesional ¿Qué podría decirnos respecto de si las vulneraciones recibidas en la etapa infante-adolescente, hayan podido propiciar el consumo de estas usuarias?

Muchas de nuestras usuarias tuvieron condiciones de vida difíciles, escasos recursos económicos y familiares, incluso muchos padres tuvieron que dejar a sus hijos solos para trabajar para solventar necesidades básicas. Algunos padres dejaban a sus hijos a cargo de familiares por largas temporadas o los dejaban a cargo de sus hermanos mayores, los cuales no tenían edad suficiente para ocuparse de otros NNA. En síntesis, muchos NNA se expusieron a vulneraciones en su esfera sexual. Muchos de ellos nunca denunciaron por miedo, o convivieron con estas heridas hasta la adultez, otros lo revelaron, pero sus familias decidieron no denunciar. Pero lo más importante es que estos NNA en su momento no recibieron tratamiento reparatorio oportuno. En este sentido.

¿Considera usted que estas situaciones pudieron propiciar conductas transgresoras y/o indagación en sustancias nocivas para su desarrollo? (¿Por qué?)

Basado en su experiencia profesional, ¿Se podría afirmar que el consumo de sustancias es un síntoma de una problemática de arrastre que en su momento no se abordó y que fue exacerbándose en el desarrollo del ciclo vital del NNA hasta la adultez?

¿Usted estima que estos adultos en algún momento recurrieron al uso de sustancias, como una vía de escape a situaciones problemáticas que vivenciaron?

En el trayecto de su carrera profesional ¿Qué factores familiares pudieron afectar la problemática de drogadicción de sus usuarios específicamente en el género femenino?

¿Según el enfoque biopsicosocial, cree usted que se debiese estandarizar el "Modelo Clínico de Intervención" de María Ximena Méndez Guzmán enfocado en el Trabajo Social con

Personas y Familias, para diagnosticar con precisión problemáticas sujeto/familia, con el propósito de elaborar un correcto tratamiento? (¿Por qué?)

¿Usted considera que hoy en día los tratamientos en salud mental están abordando efectivamente estas problemáticas? (¿Por qué?)

¿Considera que los profesionales que abordan el área de familia, ya sea como intervención terapéutica o terapia familiar, debiesen especializarse en salud mental y/o terapia familiar sistémica enfocada en la persona y la familia?

¿Cuál es su opinión respecto del trabajo social clínico?

¿Considera, desde su experiencia profesional, que el trabajo social clínico es un aporte para el área de tratamiento de adicciones?

De acuerdo con su expertiz profesional ¿Cuáles estima que son los principales desafíos que se presenta el tratamiento de la drogadicción en nuestro país?

¿Qué factores reforzaría en esta materia desde las políticas públicas enfocadas en esta temática?

¿Cuál es el mayor desafío que ha presentado usted en su trabajo en contexto terapéutico?

Para finalizar. Siendo realista, ¿considera que la drogodependencia es un problema de todos? (¿por qué?)

¡¡MUCHAS GRACIAS, POR HABERNOS CONCEDIDO ESTA ENTREVISTA!!