



**UNIVERSIDAD MIGUEL DE CERVANTES**

**Escuela de Trabajo Social**

**Codependencia de mujeres mayores, con hijos o familiares, en  
consumo problemático de sustancias**

**TESIS para optar al TITULO de Trabajador Social y GRADO de Licenciado en  
Trabajo Social**

**Profesor Guía** Andrés Osvaldo Llanos Silva

**Alumnos** Nancy del Carmen Fuentes Martínez

Romina Fernanda González Arriagada

Isabel Belén Rojas Madariaga

**Santiago de Chile, diciembre, 2025**

## **Dedicatoria y agradecimientos**

Queremos dedicar esta tesis, en primer lugar, a nuestras familias, cuyo apoyo incondicional hizo posible que pudiéramos culminar este trabajo. Su paciencia, comprensión y presencia constante fueron el sostén emocional que nos permitió continuar incluso en los momentos más complejos del proceso investigativo. Extender esta dedicación significa reconocer que este logro también les pertenece.

Agradecemos profundamente a los profesionales que aportaron con generosidad sus conocimientos y experiencias, enriqueciendo de manera fundamental nuestro estudio. Nuestro especial reconocimiento es para nuestro profesor guía, Andrés Llanos, quien creyó en nosotras desde el inicio, acompañándonos con dedicación, orientación y confianza en cada etapa del desarrollo de esta tesis. Su guía fue clave para transformar nuestras dudas en herramientas de aprendizaje y nuestro esfuerzo en un proceso significativo.

También queremos expresar nuestra gratitud a todos los docentes que formaron parte de nuestra formación académica como trabajadoras sociales. Cada uno de ellos, desde su disciplina y sensibilidad, contribuyó a que pudiéramos avanzar pese a las dificultades personales, académicas y emocionales que enfrentamos. Su empatía, compromiso y vocación marcaron profundamente nuestro camino profesional.

Nuestro agradecimiento más sentido es para las cinco mujeres que participaron en el trabajo de campo. Ellas nos abrieron las puertas de sus hogares y, con ello, las puertas de sus historias, de sus emociones y de sus luchas cotidianas. Muchas compartieron relatos dolorosos, pero aun así estuvieron dispuestas a colaborar con la esperanza de que su testimonio sirviera para visibilizar la realidad de tantas otras mujeres que continúan acompañando a sus familias en contextos de consumo problemático. Su generosidad, fortaleza y honestidad dieron sentido y profundidad a esta investigación. A nuestra participante del caso 3, especialmente, queremos agradecerle por haberse convertido en la inspiración que nos impulsó a llevar adelante este estudio.

Finalmente, dedicamos este trabajo a todas las mujeres mayores de nuestra sociedad que viven y resisten día a día acompañando a sus familiares con la esperanza de verlos rehabilitados, muchas veces olvidándose de sí mismas. Que este esfuerzo contribuya a que

sean vistas, escuchadas, tratadas con empatía, respeto, cariño y como sujetos de derechos. Este trabajo es también para ellas.

## Índice

Dedicatoria y agradecimientos .....	2
Resumen.....	6
Introducción .....	7
Capitulo I. Antecedentes Generales.....	10
1.1 Justificación .....	10
1.2 Planteamiento del problema .....	12
1.3 Objetivos generales y específicos .....	13
1.3.1 Objetivo general:.....	13
1.3.2 Objetivos específicos:.....	13
1.4 Limitaciones del estudio.....	14
Capitulo II. Fundamentación Teórica o Marco de Referencia.....	15
2.1 Antecedentes generales del tema. ....	15
2.1.1 Antecedentes históricos.....	15
2.1.2 Antecedentes legales. ....	17
2.1.3 Antecedentes estadísticos. ....	20
2.2 Estado del arte (discusión bibliográfica). ....	23
2.3 Conceptualizaciones.....	51
2.4 Enfoque de la Investigación. ....	54
Capitulo III. Metodología .....	57
3.1 Fuente de datos.....	57
3.2 Unidades de estudio y consideraciones muestrales .....	57
3.3 Técnica de Investigación .....	58
3.4 Factores a considerar .....	58
3.5 Instrumento de recolección de datos y trabajo de campo .....	58
3.6 Plan de análisis .....	61
Capítulo IV. Resultados .....	62
4.1 Visión de las usuarias .....	62
4.2 Visión de los profesionales.....	89
Capítulo V. Conclusiones, propuesta y alcances .....	105
5.1 Conclusiones.....	105

5.2 Propuestas de Intervención en Trabajo Social .....	109
Bibliografía .....	113
ANEXOS .....	116

## Resumen

La tesis abordó la realidad de mujeres mayores que convivían con familiares con consumo problemático de sustancias y desarrollaban dinámicas de codependencia. Este estudio fue importante porque permitió visibilizar una problemática poco abordada en la literatura y en las políticas públicas, donde las mujeres cuidadoras, especialmente mayores, suelen quedar invisibilizadas pese a la carga emocional, física y social que enfrentan. La investigación buscó responder a la pregunta sobre cuáles eran los factores que facilitaban la codependencia en estas mujeres y cómo esta se manifestaba en sus vidas cotidianas. Además, se propuso identificar los riesgos asociados y las estrategias de autoprotección que ellas desarrollaban frente a esta situación.

La investigación se realizó mediante un estudio cualitativo, utilizando técnicas de observación directa, entrevistas en profundidad, entrevistas semiestructuradas a profesionales del área psicosocial y la elaboración de historias de vida que permitieron profundizar en la trayectoria de las participantes. Los instrumentos utilizados incluyeron pautas de entrevista elaboradas especialmente para las mujeres mayores y para los profesionales, así como registros de observación que facilitaron comprender las dinámicas contextuales en los hogares.

Los resultados mostraron que la codependencia se construía en un contexto de pobreza, violencia, desigualdad de género y falta de apoyo institucional. Se encontró que las mujeres asumían roles de cuidado basados en mandatos culturales que las llevaban a sobreproteger al familiar consumidor, a normalizar la violencia y a descuidar su propia salud. También se evidenció un fuerte aislamiento emocional y un deterioro significativo en su bienestar físico y mental. La transmisión intergeneracional de patrones de cuidado y violencia confirmó que la codependencia trascendía a las participantes y afectaba a sus familias.

Estos resultados significaron que la codependencia no podía entenderse como un problema individual ni psicológico, sino como un fenómeno relacional y estructural. La tesis aportó una comprensión integral del problema, visibilizó la situación de las mujeres mayores cuidadoras y destacó la necesidad de intervenciones con enfoque de género, territorio y derechos humanos, orientadas a fortalecer su autonomía y prevenir la reproducción de ciclos de violencia y dependencia emocional.

## Introducción

El Proyecto de investigación está referido a la codependencia de mujeres mayores en el contexto familiar de consumo problemático de sustancias psicoactivas o drogodependencia. Respecto del tema, se aborda definir en primera instancia los conceptos de codependencia en consumo problemático de sustancias o drogodependencia:

La codependencia se ha convertido en un problema cada vez más común, caracterizado por una constante insatisfacción y sufrimiento personal. En este estado, la persona se enfoca en satisfacer las necesidades de su pareja u otras personas, descuidando las propias, y espera que el comportamiento de los demás se ajuste a sus expectativas, sin poder expresarlo de manera clara y asertiva. Este problema se ha convertido en motivo de consulta terapéutica en contextos de rehabilitación y recuperación de adicciones, ya que está presente en las dinámicas familiares y de pareja.

El comportamiento de las personas con conductas adictivas es una problemática difícil de abordar por las familias y sobre todo por las mujeres mayores que en su grado de fragilidad se ven expuestas a estas conductas que son mayormente desconocidas.

La codependencia ha sido definida como un síndrome que abarca una serie de comportamientos y rasgos de personalidad en el que el individuo se encuentra significativamente afectado por haber estado involucrado en un ambiente familiar en el que hay una larga historia de alcoholismo, dependencia de drogas o un ambiente estresante (Potter-Efron y Potter-Efron, 1989).

La codependencia también ha sido llamada “facilitación” debido a que el codependiente, con sus conductas, cubre o protege a la persona adicta de las consecuencias dolorosas de su dependencia de sustancias, propiciando de esta forma que el adicto niegue o tenga bajo reconocimiento de su trastorno. (Biscarra, A., & Fernández, A. G, 2010).

Lo más importante de estos comportamientos es que la persona codependiente piensa y asegura que su intención es ayudar a solucionar el problema de la adicción de su familiar, esto quiere decir que la conducta codependiente es una forma de actividad de carácter automático que ha sido reforzada y mantenida como tal a través de los años y que connota una finalidad adaptativa dentro de la familia para tal fin.

El codependiente presenta rasgos de personalidad claramente identificables con formas de pensar irracionales que son muy difíciles de cambiar ya que van acompañados de patrones afectivos perturbadores como angustia, ansiedad, depresión, ira incontrolable, así como baja autoestima, temor al abandono, déficit en la toma de decisiones, incapacidad de autocrítica, descontrol de impulsos, sentimiento de culpa, entre otros.

Muchos teóricos de las adicciones tipifican a las mujeres como principales codependientes y con característicos comportamientos de víctima y mártires de una relación, en lo cual es cierto pero tenemos también otra realidad, la de una persona perseguidora y salvadora del adicto, que piensa que el adicto no puede hacer nada sin él o ella y cuando empieza a recuperarse boicotea el tratamiento para recuperar su estatus anterior y proseguir con el dominio y la dependencia relacional (Alvarado S., 1997).

En este proyecto el tema queda delimitado a la codependencia de mujeres mayores, con hijos o familiares, en consumo problemático de sustancias, en la población San Gregorio, La Granja, durante los años 2022 - 2025.

La comuna de La Granja, su historia está ligada al crecimiento de Santiago como ciudad y su expansión hacia el sur durante el siglo XX. Inicialmente, La Granja era una zona rural dedicada a la agricultura y la ganadería, pero con el tiempo se fue urbanizando y transformando en una comuna residencial y comercial.

San Gregorio es una población que está inserta en la comuna de La Granja, donde la delincuencia era más bien referida a los lanzas internacionales, durante la época de la dictadura militar fue muy golpeada, por represión y detenciones, muchas mujeres quedaron solas con sus hijos, quienes se convirtieron con el tiempo en adolescente donde el consumo de sustancias se hizo un problema para el entorno familiar.

En cuanto a la delincuencia, como en muchas otras áreas urbanas, La Granja ha enfrentado desafíos en este ámbito a lo largo de los años. Los factores que contribuyen a la delincuencia son complejos y pueden incluir aspectos sociales, económicos, culturales y de infraestructura. Algunos de estos factores pueden ser multifacéticos, la desigualdad económica, la falta de oportunidades laborales, la presencia de pandillas juveniles, el consumo de drogas y la falta de acceso a servicios sociales y educativos.

El ciclo de pobreza/dominio, en los años 2022-2024 pos pandemia producto del aumento de consumo de drogas y sustancias psicoactivas, generan una dependencia por parte de algún miembro de la familia ya sea el padre el marido o los hijos ocasionando que la mayor responsabilidad recae en la mujer, quien asume una actitud de codependencia como un patrón de relaciones caracterizados por estados de insatisfacción y sufrimiento personal.

## Capítulo I. Antecedentes Generales

### 1.1 Justificación

El creciente envejecimiento de la población junto con la incidencia del consumo problemático de sustancias en algunos segmentos familiares, plantea un desafío significativo para la salud y el bienestar de las mujeres mayores en estado de fragilidad. La situación se complica aún más cuando estos individuos dependen emocional o físicamente de familiares que luchan con adicciones. Esta dinámica de codependencia puede exacerbar los riesgos para la salud y el bienestar de las mujeres mayores, pero aún no se comprenden completamente los factores subyacentes y los mecanismos de afrontamiento que pueden influir en esta interacción compleja.

Las características diagnósticas de la codependencia no están claras y cada autor considera las que ha encontrado en sus investigaciones y casos clínicos. Esto es importante señalarlo ya que las escalas y cuestionarios de evaluación van a diferir en función de las características señaladas para el trastorno. Los manuales y tratados de clasificación diagnóstica como son el CIE-10 y el DSM III, III-R y IV, no consideran dentro de sus categorías diagnósticas a la codependencia. Pero se han realizado varias propuestas para que se incluya la codependencia en éstos. Una de las más serias propuestas fue realizada por T.L. Cermak, en 1986, es la siguiente:

Los criterios diagnósticos sugeridos para la codependencia (Desorden de la Personalidad Codependiente):

Inversión continuada de autoestima en su capacidad para controlarse a sí mismo y a los otros para enfrentar serias consecuencias adversas.

Asume la responsabilidad de encargarse de las necesidades de los demás, incluso a costa de reconocer sus propias necesidades.

Ansiedad y dificultad para reconocer los límites acerca de la separación o intimidad con los demás.

Permanentemente cae en relaciones con gente que tiene desórdenes de personalidad, dependencia a sustancias o desórdenes impulsivos individuales. (Guevara Ortega, 2003).

Basándonos en los criterios diagnósticos sugeridos para la codependencia, podemos concluir que este trastorno de la personalidad implica una serie de comportamientos y patrones de pensamiento que resultan en relaciones disfuncionales y un alto grado de sacrificio personal en favor de los demás. Los individuos codependientes tienden a priorizar las necesidades de los demás sobre las suyas propias, a menudo en detrimento de su bienestar emocional y físico. Además, pueden experimentar una serie de síntomas emocionales, como ansiedad, depresión y abuso de sustancias, como resultado de su papel en estas relaciones.

Esta investigación es relevante porque aporta un conocimiento profundo sobre una problemática que, aunque muchas veces pasa desapercibida, afecta significativamente la calidad de vida de las mujeres mayores que conviven con familiares drogodependientes.

Al abordar este tema, se contribuye a visibilizar su situación, entender las dinámicas de la codependencia y promover estrategias de apoyo y atención específicas para ellas. Además, la investigación aporta a profesionales de la salud, psicólogos, trabajadores sociales y a la comunidad en general, información valiosa para diseñar intervenciones más efectivas y sensibles a sus necesidades.

En definitiva, este trabajo busca fortalecer la atención y el apoyo a estas mujeres, valorando su experiencia y su derecho a recibir apoyo y acompañamiento. Al ser vistas como protagonistas de su proceso, se fomenta un enfoque más humano, respetuoso y efectivo, que les permite tomar decisiones informadas y empoderadas. Esto también ayuda a romper estigmas y a promover una atención más inclusiva y sensible, que considere su contexto particular y sus derechos como personas mayores, promoviendo su bienestar emocional y social.

## 1.2 Planteamiento del problema

El problema de investigación está referido a los factores de riesgo de las personas mayores que están en estado de fragilidad y cómo enfrentan la codependencia de familiares con consumo problemático de sustancias.

Para Thombs, (1994) el codependiente y el consumidor son actores sociales que no presentan diferencias extremas pues, su comportamiento se esfuerza constantemente con tal de mantener de manera estable la conducta disfuncional en ambas partes del sistema. (Andrade J., Ospina.L., 2012 pág.3)

Sobre esta misma materia, otro autor sostiene lo siguiente:

El uso y abuso de las drogas ilegales se ha convertido en un problema universal que afecta directamente al grupo familiar ocasionando diferentes conflictos internos que pueden producir serios problemas que darán inestabilidad al núcleo familiar, así lo demuestran diferentes estudios realizados al respecto, como se manifiestan “las crisis familiares, no implican sólo la vivencia de circunstancias negativas o la máxima expresión de un problema; sino también la oportunidad de crecer y superar las contradicciones”... Las oportunidades de desarrollarse como seres humanos en un núcleo familiar se disminuyen cuando los conflictos son provocados y controlados por las adicciones. (Herrera, 2012, pág. 2).

El estudio de los factores de riesgo en mujeres mayores que conviven con familiares drogodependientes es una necesidad urgente desde el área social. Estas mujeres, muchas veces invisibilizadas por su edad y por su rol tradicional como cuidadoras, enfrentan múltiples cargas físicas, emocionales y económicas. Comprender sus contextos y las condiciones de vulnerabilidad en las que viven es clave para intervenir de manera ética, efectiva y con enfoque de derechos humanos.

La identificación de factores de riesgo como el aislamiento social, la sobrecarga del cuidado, la dependencia económica o la violencia intrafamiliar permite orientar intervenciones más específicas y realistas. Desde el trabajo social, esto implica diseñar estrategias de acompañamiento que no solo atiendan al familiar en situación de consumo, sino que también protejan a la mujer que sostiene esa dinámica familiar muchas veces en silencio y sin apoyo.

Además, conocer los riesgos facilita la prevención de situaciones más graves, como el deterioro de la salud física y mental, el abandono, o la institucionalización forzada. El reconocimiento temprano de estas señales permite activar redes de apoyo, derivaciones a servicios especializados y reforzar factores protectores como los vínculos comunitarios o la autonomía personal.

Considerando todo esto, estudiar esta realidad es un paso importante para incidir en políticas públicas inclusivas y justas. Las mujeres mayores que cuidan a familiares con adicciones no deben ser tratadas únicamente como acompañantes del proceso de rehabilitación, sino como sujetos sociales con derechos, necesidades y una voz que merece ser escuchada en la construcción de soluciones reales.

### **1.3 Objetivos generales y específicos**

#### 1.3.1 Objetivo general:

- Analizar los factores facilitadores a los que las mujeres mayores están expuestas a la codependencia con la finalidad de orientar sobre los riesgos asociados a esas conductas.

#### 1.3.2 Objetivos específicos:

- Identificar las manifestaciones que tiene la codependencia del consumo problemático de sustancias en las mujeres mayores en el ámbito familiar.
- Describir los factores facilitadores de la codependencia intrafamiliar de las mujeres mayores.
- Clasificar los facilitadores que inciden en la codependencia familiar hacia las mujeres mayores.
- Detectar los factores de riesgo que influyen en las mujeres mayores que estén expuestas a la codependencia en adicciones.
- Determinar cuáles son las conductas o acciones de autoprotección que las mujeres mayores para evitar la codependencia en adicción.

#### **1.4 Limitaciones del estudio**

Las principales limitaciones del estudio estuvieron vinculadas a dificultades en el acceso a ciertos profesionales clave y a contingencias surgidas durante el trabajo de campo con las participantes. En primer lugar, se presentó una significativa restricción para entrevistar a un psiquiatra, cuyo aporte habría resultado relevante para complementar el análisis desde la perspectiva clínica especializada. No fue posible concertar dicha entrevista debido a la alta demanda asistencial del sistema público y a la escasez de profesionales en el ámbito de la salud mental, condiciones que limitaron su disponibilidad para participar en la investigación.

De manera similar, en el COSAM de La Granja se contactó inicialmente a un psicólogo y a una terapeuta ocupacional, quienes manifestaron disposición para colaborar. Sin embargo, tras varias semanas de espera, solo se obtuvo una respuesta escrita del psicólogo, la cual resultó acotada y con escaso desarrollo analítico, mientras que la terapeuta ocupacional no logró concretar su participación. Esta situación obligó a ampliar la búsqueda de profesionales a otros dispositivos, particularmente a especialistas del Programa de Adicciones de la comuna de La Pintana, quienes finalmente brindaron aportes significativos y se constituyeron en una fuente fundamental para el análisis técnico del fenómeno estudiado.

En cuanto a las participantes, se presentó la dificultad de que una de las mujeres entrevistadas debió trasladarse temporalmente fuera de Santiago para acompañar a un familiar en hospitalización domiciliaria. Este imprevisto requirió adaptar la planificación inicial y realizar la entrevista de manera virtual, lo que, aunque permitió recoger su testimonio, modificó las condiciones de observación directa previstas para su caso.

Estas limitaciones no invalidaron los resultados obtenidos; sin embargo, evidenciaron los desafíos propios de las investigaciones en contextos comunitarios y en torno a temáticas de salud mental, donde la disponibilidad profesional y las contingencias personales de las participantes pueden afectar el desarrollo del trabajo de campo.

## **Capítulo II. Fundamentación Teórica o Marco de Referencia.**

### **2.1 Antecedentes generales del tema.**

#### **2.1.1 Antecedentes históricos.**

La población San Gregorio, ubicada en la comuna de La Granja, en Santiago de Chile, es un hito importante en la historia de la vivienda social en el país.

La población fue creada a fines de la década de 1950 por la Corporación de la Vivienda (CORVI) para ofrecer una solución habitacional a las familias que vivían en condiciones precarias principalmente provenientes de campamentos ubicados en la periferia de la ciudad y en las riberas del río Mapocho y el Zanjón de la Aguada (Alfaro & Martini, 2008).

Bajo el gobierno de Jorge Alessandri, en 1959, un grupo de familias provenientes de diversas zonas pobres de la periferia fueron trasladadas hacia los loteos de las Chacras de San Gregorio, marcando así el inicio de la población. (Villafrade, M, 2024, 3 abril)

Las propias familias comenzaron la construcción de viviendas precarias, las cuales fueron luego mejoradas por la CORVI, que proporcionó radiere para casetas sanitarias y asistencia en la edificación de viviendas definitivas.

A lo largo de su historia, San Gregorio ha desarrollado servicios básicos como escuelas y centros de salud. La primera escuela comenzó a funcionar en junio de 1959 y el primer consultorio de salud primaria fue inaugurado en 1960 por el presidente de los Estados Unidos, Dwight Eisenhower.

A pesar de los desafíos, incluida la persecución durante la dictadura, la población de San Gregorio ha mantenido su identidad como un barrio obrero del sur de la capital. La comunidad sigue luchando contra la estigmatización y busca representación política que atienda sus necesidades, como la salud en todas sus áreas, especialmente en la salud mental para las mujeres adultas que conviven diariamente con la proliferación del consumo de sustancias psicoactivas de sus familiares más cercanos como sus hijos, hermanos (as) tíos, tías padres etc.

El fenómeno de la drogodependencia es muy complejo; en él convergen dimensiones puramente médicas (somáticas y psíquicas) junto con otras de tipo sociológico, cultural,

antropológico, ideológico, de política mundial, La codependencia es una forma de enfermedad en la que un familiar de un adicto centra su vida en el adicto, sin establecer límites, asumiendo las responsabilidades de los demás y descuidándose de sí mismo. Esto significa que, en lugar de limitar el consumo de drogas por parte del adicto, se crean situaciones para continuar con este.

Una sustancia psicoactiva tiene la capacidad de modificar el estado emocional y físico de una persona, causando de manera inminente una nueva estructuración de la psique, el cuerpo y las relaciones sociales. Cuando lo anterior sucede la persona enfrenta una serie de consecuencias que impactan el modo como se comunica con el mundo, condición que genera una reestructuración del lenguaje analógico y digital. De acuerdo con Pérez (2002) el término "codependencia" implica un vínculo de subordinación hacia la patología mental del adicto y por consiguiente hacia el consumo mismo. El autor indica que el término referencia una condición emocional en la que una persona íntimamente ligada al adicto depende el otro y no para el otro, "no del mismo o de otro objeto externo, sino específicamente de la persona dependiente" (p.2). De manera general tanto el consumidor como el familiar codependiente se comportan de modos similares y mientras el adicto depende de la sustancia psicoactiva (SPA) el codependiente depende del adicto y del modo disfuncional como éste asume su adicción, lo cual instaura la dinámica necesitado-necesidad.

En esta línea de continuidad, se menciona que:

La Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el delito señala que hay una estimación de entre 99.000 a 253.000 personas que murieron en el 2010 a consecuencia del consumo de drogas ilícitas en el mundo, lo que significó entre el 0,5 y el 1,3 % de la mortalidad universal de la población de 15 a 64 años de edad. El consumo de drogas representa además un problema de índole económico para las sociedades del mundo, en este sentido el estudio citado indica que son necesarios de 200.000 a 250.000 millones de dólares, el 0,3 al 0,4 % del PIB del planeta, para asistir el tratamiento a los asuntos de droga, lo que lógicamente tiene una repercusión directa en la familia.

Entre los problemas que han contribuido al apareamiento y aumento del uso de drogas en la mayoría de países, están las regresiones económicas, ingresos per cápita mínimo, la pobreza, las dificultades demográficas, el crecimiento de las migraciones hacia los centros urbanos que acarrea el déficit en los servicios básicos, en la calidad de la educación y la salud y también un progresivo resquebrajamiento en la estructura familiar. Todo esto obedece más a cambios políticos y socioeconómicos que a los hábitos culturales y prácticas rutinarias. Tomando en cuenta que hay una contradicción entre el discurso penalizador y el que permite el consumo que han adoptado gobiernos de diferentes estados afectando así de muchas maneras a la salud de los seres que la consumen cotidianamente sin importar su raza, su sexo, su posición económica, su credo. (Romero S. M., 2018)

### **2.1.2 Antecedentes legales.**

La Ley 20.000 ha marcado un antes y un después en la tipificación de delitos relacionados con el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas en Chile, estableciendo sanciones severas para la producción, distribución y posesión de estas sustancias, y fortaleciendo la lucha contra el narcotráfico y la protección de la salud pública.

Publicada en el diario oficial el 16 de febrero de 2005, sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

EL Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) -creado el 21 de febrero de 2011 por la ley N.º 20.502 y conforme a lo establecido en el decreto con fuerza de ley N.º 2-20502 que creó la planta funcionaria, iniciando sus funciones el 1 de octubre de 2011- es la entidad del Gobierno de Chile radicado en el Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

La Ley 20.000 sustituye la ley n.º 19.366, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

Artículo 1º.- Los que elaboren, fabriquen, transformen, preparen o extraigan sustancias o drogas estupefacientes o sicotrópicas productoras de dependencia física o síquica, capaces de provocar graves efectos tóxicos o daños considerables

a la salud, sin la debida autorización, serán castigados con presidio mayor en sus grados mínimo a medio y multa de cuarenta a cuatrocientas unidades tributarias mensuales.

Si se tratare de otras drogas o sustancias de esta índole que no produzcan los efectos indicados en el inciso anterior, podrá rebajarse la pena hasta en un grado.

Incurren también en este delito, quienes tengan en su poder elementos, instrumentos, materiales o equipos comúnmente destinados a la elaboración, fabricación, preparación, transformación o extracción de las sustancias o drogas a que se refieren los incisos anteriores.

Artículo 2º.- La producción, fabricación, elaboración, distribución, transporte, comercialización, importación, exportación, posesión o tenencia de precursores o de sustancias químicas esenciales, con el objetivo de destinarlos a la preparación de drogas estupefacientes o sustancias sicotrópicas para perpetrar, dentro o fuera del país, alguno de los hechos considerados como delitos en esta ley, será castigado con presidio menor en su grado máximo a presidio mayor en su grado mínimo y multa de cuarenta a cuatrocientas unidades tributarias mensuales.

Si alguna de las conductas descritas en el inciso anterior se hubiere realizado sin conocer el destino de los precursores o de las sustancias químicas esenciales por negligencia inexcusable, la pena será de presidio menor en sus grados mínimo a medio.

Artículo 3º.- Las penas establecidas en el artículo 1º se aplicarán también a quienes trafiquen, bajo cualquier título, con las sustancias a que dicha disposición se refiere, o con las materias primas que sirvan para obtenerlas y a quienes, por cualquier medio, induzcan, promuevan o faciliten el uso o consumo de tales sustancias.

Se entenderá que trafican los que, sin contar con la autorización competente, importen, exporten, transporten, adquieran, transfieran, sustraigan, posean, suministren, guarden o porten tales sustancias o materias primas.

Artículo 4º.- El que, sin la competente autorización posea, transporte, guarde o porte consigo pequeñas cantidades de sustancias o drogas estupefacientes o

sicotrópicas, productoras de dependencia física o síquica, o de materias primas que sirvan para obtenerlas, sea que se trate de las indicadas en los incisos primero o segundo del artículo 1º, será castigado con presidio menor en sus grados medio a máximo y multa de diez a cuarenta unidades tributarias mensuales, a menos que justifique que están destinadas a la atención de un tratamiento médico o a su uso o consumo personal exclusivo y próximo en el tiempo.

En igual pena incurrirá el que adquiera, transfiera, suministre o facilite a cualquier título pequeñas cantidades de estas sustancias, drogas o materias primas, con el objetivo de que sean consumidas o usadas por otro.

Se entenderá que no concurre la circunstancia de uso o consumo personal exclusivo y próximo en el tiempo, cuando la droga poseída, transportada, guardada o portada no permita racionalmente suponer que está destinada al uso o consumo descrito o cuando las circunstancias de la posesión, transporte, guarda o porte sean indiciarias del propósito de traficar a cualquier título.

Artículo 8º.- El que, careciendo de la debida autorización, siembre, plante, cultive o coseche especies vegetales del género cannabis u otras productoras de sustancias estupefacientes o sicotrópicas, incurrirá en la pena de presidio menor en su grado máximo a presidio mayor en su grado mínimo y multa de cuarenta a cuatrocientas unidades tributarias mensuales, a menos que justifique que están destinadas a su uso o consumo personal exclusivo y próximo en el tiempo, caso en el cual sólo se aplicarán las sanciones de los artículos 50 y siguientes.

Se entenderá justificado el cultivo de especies vegetales del género cannabis para la atención de un tratamiento médico, con la presentación de la receta extendida para ese efecto por un médico cirujano tratante, la que deberá indicar el diagnóstico de la enfermedad, su tratamiento y duración, además de la forma de administración del cannabis, la que no podrá ser mediante combustión. Será sancionado con la pena de presidio mayor en su grado mínimo quien falsifique o maliciosamente haga uso de recetas falsas para justificar el cultivo de especies vegetales del género cannabis. Si se acreditare que dicha conducta tiene por objeto la comercialización de la droga o su facilitación a un tercero, la pena aumentará en un grado.

Según la gravedad del hecho y las circunstancias personales del responsable, la pena podrá rebajarse en un grado. (Ley 20.000, 2005, s/p).

La Ley 20.000, representa un avance significativo en la lucha contra el narcotráfico en Chile al imponer severas sanciones para el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Esta legislación no solo establece penas para la producción y distribución de drogas, sino también para la posesión y cultivo sin autorización. La creación del SENDA en 2011 refuerza estos esfuerzos, subrayando el compromiso del gobierno chileno con la prevención y rehabilitación del consumo de drogas, así como con la protección de la salud pública y la seguridad nacional.

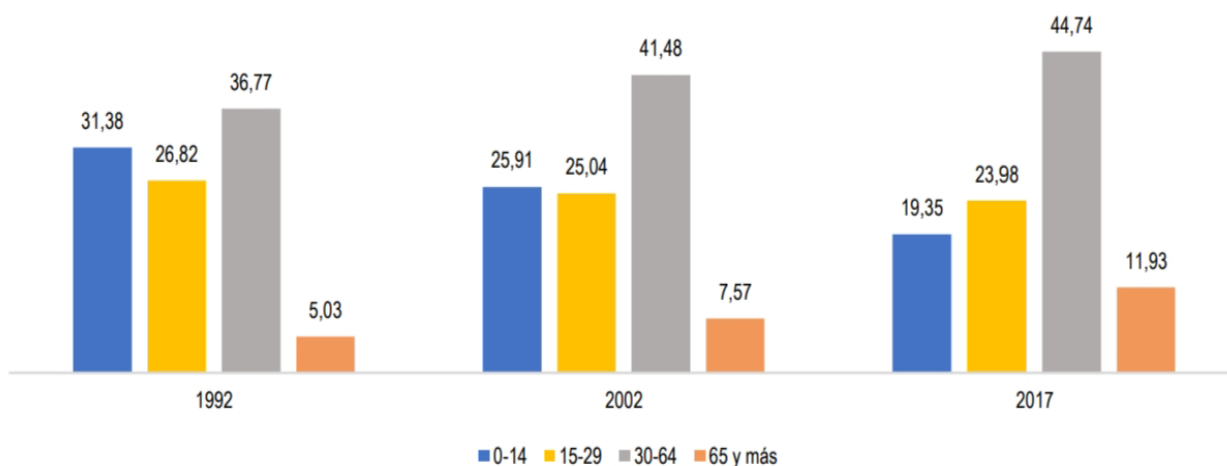
### **2.1.3 Antecedentes estadísticos.**

El consumo de drogas es un problema global que afecta a millones de personas y ha aumentado significativamente en las últimas décadas. Se estima que millones de hombres y mujeres en América Latina y el Caribe padecen trastornos por uso de sustancias. La codependencia es un fenómeno en el que los miembros de la familia se ven afectados por la adicción de un ser querido, y es un aspecto importante de este tema. Los codependientes a menudo adoptan conductas que refuerzan el consumo de drogas del adicto, lo que puede conducir a una disfunción emocional y relacional.

La codependencia se caracteriza por baja autoestima, miedo y comportamiento de auto sacrificio. Los codependientes suelen centrar sus vidas en el adicto y descuidar sus propias necesidades. En este contexto son habituales estrategias de afrontamiento desadaptativas, como ocultar o culpar al adicto. El apoyo de profesionales de la medicina, la psiquiatría, la psicología y los servicios sociales es fundamental. Los grupos de autoayuda, como los basados en programas de 12 pasos, también están muy extendidos y brindan apoyo a personas con experiencias similares.

La investigación sobre la codependencia ha revelado su naturaleza compleja y multidimensional, con características como la falta de autoconciencia y patrones persistentes de desequilibrio emocional. Las familias de adictos suelen exhibir codependencia y utilizan una variedad de estrategias de afrontamiento para lidiar con la situación. Se necesitan más investigaciones para comprender mejor la codependencia y

mejorar las intervenciones psicológicas para los pacientes y sus familias. (Mansilla Izquierdo, 2002).



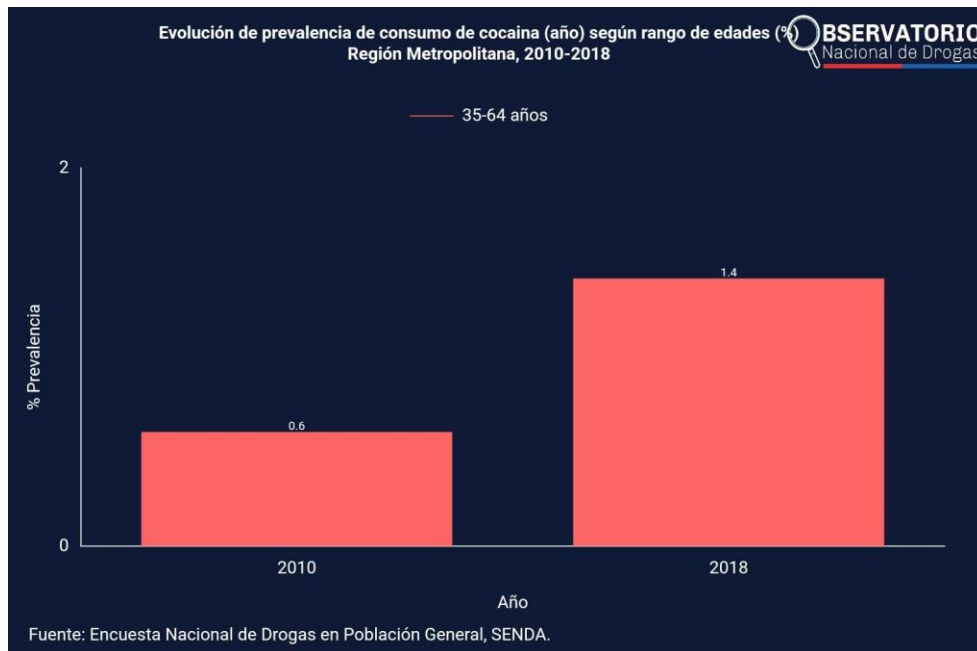
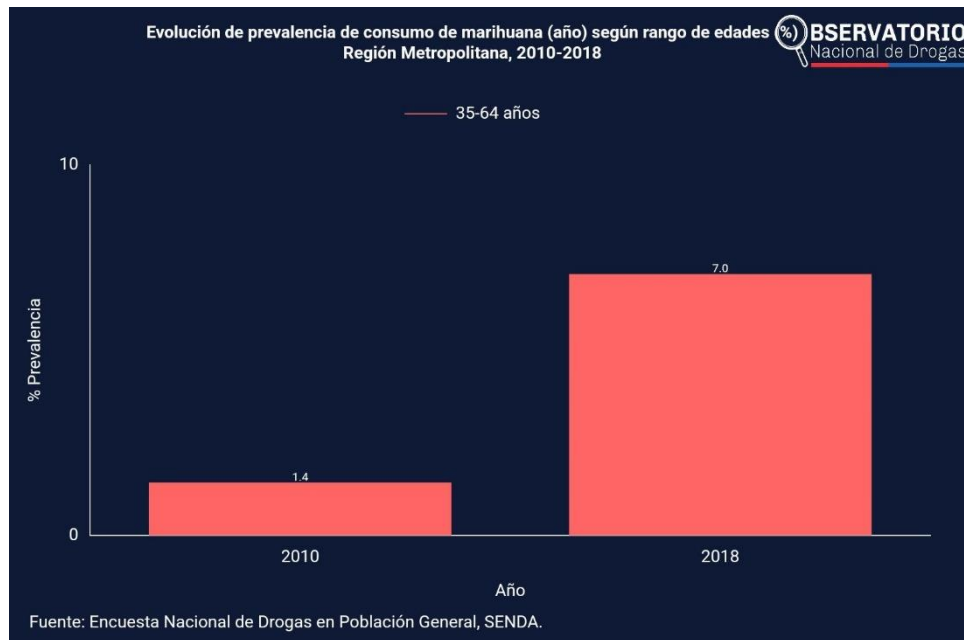
REGIÓN, PROVINCIA Y COMUNA	Dependencia total	Dependencia 0 a 14 años	Dependencia 65 o más años	Índice de vejez
Región Metropolitana	43,3	27,8	15,5	55,7
Provincia de Santiago	42,6	26,1	16,5	63,2
La Granja	45,5	28,2	17,4	61,7

Fuente: Mapocho Consultores, en base a datos del Censo 2017, INE.

## Indicadores demográficos

De acuerdo al Censo de 2017, la población adulto mayor entre 65 y más años, se encuentra en el 11,93% del total comunal. La dependencia demográfica en este grupo etario es mayor que el promedio provincial y que el promedio regional, siendo así el índice de vejez de la comuna demuestra que viven 61,7 adultos mayores por cada 100 niños entre 0 y 14 años. Así también, el Registro Social de Hogares (diciembre 2021), informa que el 29% de los hogares cuenta con un adulto mayor como jefe de hogar. (PLADECO 2021-2025, La Granja).

Dentro de los estudios realizados por SENDA y el observatorio nacional de drogas se recopilaron los siguientes datos estadísticos con respecto al consumo de drogas tales como la marihuana y la cocaína.



En base al 15° Estudio Nacional de Drogas en Población General (ENPG)

El consumo de marihuana en el último año se mantuvo estable en un 10,9%. Sin embargo, una mirada detenida a la evolución a lo largo del tiempo revela una tendencia a la baja, especialmente evidente desde el pico de 2016.

El uso de cocaína en el último año volvió a los niveles prepandemia, con un 0,9%, mientras que el de pasta base se mantuvo en un 0,3%, una cifra que no ha variado significativamente desde 2010. (SENDA, 06 dic 2023).

## **2.2 Estado del arte (discusión bibliográfica).**

Los artículos considerados en la investigación sobre codependencia en las mujeres mayores, con hijo o familiares, en consumo problemáticos de sustancias, en el Estado del Arte, hacen referencia a lo siguiente:

*La familia de la persona que presenta Trastornos por Uso de Sustancias (T.U.S) Una descripción de sus patologías más importantes y una propuesta sistémica de abordaje psicoterapéutico Mario Colli Alonso, Jorge Ernesto Rodas L*

El Trastorno por Uso de Sustancias (T.U.S.) constituye una problemática compleja que no solo afecta a quien consume, sino que impacta significativamente a todo su entorno familiar. La familia, al ser el primer sistema de contención emocional y social del individuo, suele involucrarse en dinámicas disfuncionales que, lejos de contribuir a la rehabilitación, pueden agravar la situación. Este artículo aborda de forma integral los modelos teóricos, las disfunciones familiares comunes, y las estrategias terapéuticas necesarias para comprender y atender eficazmente el rol de la familia en el tratamiento del T.U.S.

Desde una perspectiva sistémica y multidisciplinaria, los autores revisan distintos enfoques de terapia familiar aplicados a casos de adicción. Entre ellos destacan el modelo de enfermedad familiar, el enfoque de sistemas familiares, las terapias cognitivo-conductuales, la Terapia Familiar Multidimensional, la Terapia Multisistémica, y la Terapia Familiar Sistémica Estratégica Breve. Además, se reconoce la importancia de los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, Al-Anon, y CODA, los cuales, a través del intercambio entre pares, permiten resignificar experiencias dolorosas y establecer redes de apoyo emocional.

A partir de estos modelos, se identifican diversas disfunciones recurrentes en familias de personas con T.U.S., como el “doble vínculo” (mensajes contradictorios que desorientan al

paciente), la “triangulación” descrita en el triángulo dramático de Karpman (el adicto como perseguidor, víctima o salvador), el rechazo o abandono del paciente, el miedo hacia él — por agresividad verbal o física— y la tendencia a chantajes emocionales. Estas conductas suelen perpetuar el ciclo de la adicción, generando un entorno de frustración, desgaste emocional y violencia. Adicionalmente, se observan patrones como el negativismo, la inconsistencia en la crianza, la negación del problema por parte de los padres, la automedicación, y expectativas poco realistas hacia los hijos, todo lo cual configura un terreno fértil para el desarrollo de adicciones.

El artículo subraya la importancia de atender también a la estructura familiar y los vínculos parentales. Muchas veces, las relaciones están marcadas por límites amalgamados, rígidos o distantes, que dificultan la autonomía de los miembros y promueven comportamientos adictivos como forma de escape. En este sentido, se propone el uso del genograma familiar como herramienta diagnóstica para comprender mejor la dinámica del sistema y diseñar intervenciones más precisas.

Dentro de las estrategias terapéuticas recomendadas, destaca la Terapia Familiar Múltiple, que permite trabajar simultáneamente con varias familias afectadas, brindando educación sobre el T.U.S., promoviendo el reconocimiento del daño causado, y fomentando el cambio de patrones disfuncionales. En estas sesiones grupales se activan factores curativos como la cohesión, la universalidad y el aprendizaje interpersonal, que ayudan tanto a pacientes como a familiares a recuperar la esperanza, la autoestima y la capacidad de agencia.

Asimismo, se recomienda abordar la relación de pareja del paciente, ya que muchas veces la esposa (o esposo) adopta una postura pasiva, sobreprotectora o condicional, que puede interferir en el proceso terapéutico. Se sugiere trabajar en sesiones conjuntas e individuales para clarificar roles y fomentar la corresponsabilidad en la recuperación. Otro componente clave es la evaluación familiar, que incluye identificar el nivel de conocimiento sobre la adicción, los intentos fallidos de control, el grado de codependencia, y los efectos emocionales, sociales y económicos sufridos por la familia. Herramientas como cuestionarios o entrevistas estructuradas permiten levantar información valiosa para planificar un tratamiento integral.

La investigación también hace énfasis en los obstáculos más frecuentes para una recuperación exitosa, como la negación del problema, el encubrimiento del paciente, la sobrecarga de responsabilidades asumidas por otros miembros del hogar, y la dificultad para establecer límites. Para superar estos bloqueos, se plantea una serie de orientaciones claras para los familiares, basadas en la experiencia de terapeutas como Washton. Estas incluyen: evitar justificar la adicción, no proteger al paciente de las consecuencias de sus actos, no hacer promesas que no se cumplirán, y concentrarse en el autocuidado. Se alienta también a los familiares a no intentar controlar la recuperación del adicto, ni depositar expectativas irreales sobre su conducta.

Un aspecto relevante que se destaca es el abordaje de las emociones negativas que atraviesan los familiares: el miedo constante a las reacciones del paciente, la culpa por sentirse responsables, la vergüenza ante el estigma social, la pena por las pérdidas afectivas, y la ira acumulada por las traiciones y abusos sufridos. Trabajar estas emociones en un espacio terapéutico es fundamental para que la familia no actúe desde la reactividad, sino desde la conciencia emocional y la responsabilidad compartida.

En cuanto a los distintos tipos de configuraciones familiares, el artículo señala que la adicción se manifiesta de formas diferentes según el tipo de familia: personas que viven solas, parejas con hijos menores, familias reconstituidas, adultos mayores con hijos adultos o adolescentes con sus padres. Cada una de estas situaciones presenta desafíos únicos que requieren un enfoque específico, considerando los límites, roles, expectativas y la historia relacional entre sus miembros.

Finalmente, los autores concluyen que la intervención sobre la familia es no solo útil, sino indispensable para el éxito de los tratamientos de rehabilitación. A pesar de la complejidad del fenómeno y de las diferencias culturales entre países, existen estrategias replicables y adaptables para trabajar con las familias desde un enfoque terapéutico, sistémico y compasivo. La intervención familiar puede modificar significativamente tanto el comportamiento del paciente como el de su entorno, mejorando la calidad de vida de todos los involucrados y contribuyendo a una rehabilitación más sólida y duradera.

Un segundo artículo es:

*“Drogadicción: la esclavitud del nuevo milenio” de Schiavone, M.A., Julio, S. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2016*

La drogadicción es una pandemia que no solo afecta al adicto, sino a su grupo familiar y a toda la sociedad, constituyendo un problema de relevancia para la Salud Pública. La prevalencia del consumo de drogas se encuentra en constante aumento, afectando a la población económicamente activa y destruyendo la base productiva de la nación. Las razones de su explosión epidémica incluyen múltiples factores biológicos y sociales, por lo que su abordaje terapéutico requiere de una visión holística y un trabajo interdisciplinario. El éxito para controlar esta pandemia radica en la reducción de la demanda y el consumo. La familia, los medios de difusión y el sistema educativo constituyen los tres grandes ejes estratégicos para su prevención.

Dentro del mencionado estudio, se refiere a factores biológicos y sociales que inciden directamente en el consumo y abuso de drogas, destacando la liberación de dopamina en cuanto a biológico respecta y su enorme rentabilidad en lo social.

La familia: Es el arma más eficaz y fundamental para construir un ámbito fuera de drogas, procurar una crianza de acuerdo al amor, para crear vínculos afianzados; comunicación, para fortalecer los espacios de diálogo; calidad de vida, adoptando hábitos saludables; educación, a fin de poder orientar y la autoridad, para poner límites, destacando que los padres son padres y no amigos de los hijos.

Medios de difusión: Son formadores de opinión, especialmente entre los jóvenes. Estos medios de comunicación, que podemos rotular como medios de penetración, inducen al hombre a encontrar respuestas a interrogantes tales como: ¿quién soy?, ¿qué quiero ser?, ¿cómo lograrlo?, y cuando el hombre no alcanza estos objetivos predeterminados lo destruyen, relegándolo al olvido más absoluto.

El sistema educativo: La escuela es el espacio institucional por excelencia en el que se construyen los modos o formas de interpretar la realidad, es el lugar ideal para abordar la problemática de las drogas, transmitiendo valores y hábitos que promuevan una vida saludable.

Este conjunto de factores da a conocer a profundidad una mirada distinta con respecto al concepto de drogadicción, ligándolo con la esclavitud, el cómo quienes consumen se vuelven verdaderos esclavos, presos de sus deseos, envueltos en un mundo sumamente extenso lleno de estímulos que pueden conducir a una reacción desfavorable si no se tratan de la manera adecuada.

Un tercer artículo es:

*Convivencia con un drogodependiente: consecuencias psicológicas, satisfacción con la familia, niveles de sobrecarga y esfuerzo en el familiar cuidador, Navara Arquillo, Begoña. 2016.*

El consumo de drogas se produce, según sus consumidores, por los efectos positivos y agradables que aquellas originan; las sustancias psicoactivas sirven para aliviar la sensación de cansancio, de fatiga, para estimular, para relajar, para tener percepciones fuera de lo normal. Sin embargo, a corto, medio y largo plazo las drogas dan lugar a unos efectos negativos, nocivos y desagradables que hacen que la calidad de vida del consumidor se vea seriamente afectada.

Por otro lado, esos efectos no sólo se limitan al usuario de la sustancia de que se trate, sino que afecta a su núcleo familiar, a sus amigos, compañeros y a la sociedad en general.

La familia sirve como soporte esencial y fundamental del ser humano ya que éste forma parte de ella desde que nace hasta la finalización de sus días; no obstante, es cierto que la familia ha ido evolucionando a lo largo de los años tanto en cuanto a su estructura como en relación con sus funciones, la dinámica de las relaciones y la permanencia de sus miembros en la misma.

Un factor a tener en cuenta, pues sirve para determinar a la familia como grupo social es el formado por las funciones y funcionamiento familiar (Bezanilla y Miranda, 2014); este último puede ser definido como la consecuencia de los esfuerzos que hace la familia para lograr un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una circunstancia de crisis en la familia (McCubbin y McCubbin, 1993). Esta hace uso de mecanismos de autorregulación para perpetuar su correcto funcionamiento, modificando las relaciones familiares, atendiendo a sus características y etapa del ciclo vital entre otras (Fernández, 2004).

En esta misma línea, Téllez (2007, citado en Kinán et al., 2010) señala que la aparición de una enfermedad, ya sea de carácter agudo, crónico o terminal en uno de los miembros de la familia afecta tanto a la estructura como a su funcionamiento, ya que la enfermedad actúa introduciendo datos nuevos en el sistema que lo desestabiliza, dando lugar a una crisis que supone un impacto en cada sujeto perteneciente a la familia.

Es importante señalar que, aunque existen muy pocos estudios que informen sobre las consecuencias que sufre el familiar que convive con un drogodependiente y cómo afecta la presencia del mismo en la cotidianidad de la familia, sí existen estudios sobre como el modelo o tipología de familia puede favorecer la adicción de un integrante de la misma; es decir, estos estudios hacen referencia a la influencia que el familiar tiene en el proceso adictivo del drogodependiente, en su aparición (Marcos y Garrido, 2009), al igual que ocurre con el resto de enfermedades crónicas, las conductas adictivas a sustancias (drogodependencias) o sin ellas (juego patológico, por ejemplo) provocan un impacto en la familia, amigos y ambiente laboral (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 2000, citado en Fernández-Montalvo y Castillo, 2004).

El estudio denota y hace hincapié en cómo la drogodependencia es una enfermedad que afecta de manera directa al núcleo familiar, compromete su dinámica, roles, coordinación y termina por enfermar a quienes vivencian los múltiples estados del drogodependiente en cuestión; y su carácter médico poco visibilizado hace aún más compleja la labor de sobrellevar la situación.

Un cuarto artículo es:

*Codependencia y adicción en la familia, de Mónica Trujillo Segreda, Érika Méndez Prieto y Yezid Ávila Díaz. Vol. 6-N°21, 2021.*

La codependencia es un conjunto de emociones y actitudes que llevan a una persona a involucrarse en los problemas de otra persona a la que está efectivamente vinculada, como un hijo, pareja, amigo, familiar, etc. Esto provoca que el codependiente se preocupe excesivamente por el bienestar de la otra persona, descuidando sus propias necesidades. Generalmente, el codependiente se siente atraído por personas con problemas a las que cree poder ayudar, y se involucra emocionalmente con ellos, tratando de cuidar, corregir y

salvarlos. Esta situación puede generar malestar en el codependiente a nivel de salud, emocional, interpersonal y comportamental.

La investigación se enfoca en un enfoque cualitativo con un diseño fenomenológico. Este diseño facilita la descripción e interpretación de las experiencias vividas, que se analizan de manera rigurosa y coherente en cada dimensión de las prácticas cotidianas. En este estudio, se abordan las siguientes categorías: 1) estilos parentales; 2) conductas; 3) emociones, presentes en las personas codependientes. La población estudiada consistió en tres familias del departamento de Cundinamarca, en las que se identificaron rasgos de codependencia. Estas familias estaban conformadas por padre, madre e hijos. En una familia, la madre mostró rasgos de codependencia con respecto a uno de sus hijos, quien es adicto a sustancias psicoactivas; en otra, la madre presentó características de codependencia con tres de sus hijos, quienes son consumidores y están involucrados en el microtráfico; en la tercera familia, la codependencia se identificó en la esposa.

**Tabla 1. Resultados por categorías.**

<b>Categorías</b>	<b>Familia 1</b>	<b>Familia 2</b>	<b>Familia 3</b>
<b>Emocional</b>	Tristeza constante, estado de ánimo bajo, depresión, 0-9	Tristeza, depresión, 0-9	Tristeza, baja autoestima, depresión 0-9
<b>Estilo parental</b>	Autoritario	Permisivo	Permisivo
<b>Conductual</b>	Agresiva	Ansiosa (nervios y preocupación excesivas)	Calmada (despreocupada)
<b>Relaciones interpersonales</b>	Deterioro en interacción social y familiar	Deterioro en interacción social	Deterioro en interacción social y familiar
<b>Salud (emergente)</b>	Gastritis, problemas de colon	Esclerosis lateral amiotrófica	Cáncer de matriz

La investigación se realizó mediante entrevistas semiestructuradas y el inventario de Beck. Estas herramientas proporcionaron los datos necesarios para el estudio. La entrevista

semiestructurada permitió abordar aspectos clave de la codependencia y generar una conexión que facilitó la identificación de los factores que precipitan y mantienen este fenómeno. Además, permitió analizar y responder a cada una de las categorías de análisis. El inventario de Beck permitió evaluar el nivel de depresión y su gravedad en cada persona codependiente.

En conclusión, la codependencia es una forma inadecuada de relacionarse que puede modificarse a través de estrategias que ayuden al codependiente a retomar el control de su vida, desarrollar la autoestima y superar barreras emocionales. Es importante aceptar la ayuda y activar la red de apoyo familiar para salir de la codependencia. Sin embargo, en casos de disfuncionalidad familiar, puede ser necesario buscar otras alternativas.

Un quinto artículo es:

*Codependencia: una adicción o un patrón de relación inadecuado, por Melissa Irene Cueto Prieto, Paula Ariadna Corzo Pérez, (2021)*

La práctica clínica de la psicología aborda una amplia gama de cuestiones, y las adicciones a la salud mental desempeñan un papel casi protagonista en todo el campo. Tras diez años de experiencia laboral de los autores de este texto, se han discutido muchos casos de codependencia, entendida como una manifestación de relaciones o personas dependientes. Son muchos los casos en los que las personas sufren sin saber por qué y se pierden en medio de relaciones molestas o violentas debido a la falta de "voluntad" inherente a la situación.

Todos los seres humanos somos criaturas sociales y necesitamos el contacto y el amor de otros y somos "cuidadores" de una forma u otra.

El papel de la madre es fundamental para la supervivencia de la especie; Debido al "instinto de amor", el comportamiento de la madre contiene muchos elementos de lo que se ha llamado codependencia; de hecho, cada día se reconoce un gran aporte a la humanidad, debido a la relativa necesidad que lucha por el bienestar de los demás.

Pero también es un hecho que, en nombre del amor, o de la falta del mismo, nacen todo tipo de relaciones tóxicas y disfuncionales, que tienden a desembocar en conductas compulsivas que tienen claras consecuencias para quien las sufre y entra en ellas. el campo de las enfermedades mentales. La codependencia ha sido reconocida como otra

manifestación de la adicción y es cada vez más aceptada en entornos terapéuticos como una enfermedad que hace que una persona pierda el deseo de buscar bienestar y protección de un entorno peligroso y amenazante.

Cada vez son más las personas que consultan por este problema, y por ello el terapeuta debe tener las herramientas para poder adaptar el tratamiento y formular opciones para este tipo de pacientes. (Cueto, Corzo, 2021, pág. 95)

Dejando de forma puntual una definición ampliada de codependencia que abarca cualquier relación en que hay una pérdida de sí mismo. Los individuos comúnmente codependientes no son conscientes de sus propios pensamientos y sentimientos porque son tan otros enfocados y dependientes de las necesidades de otros. La codependencia es el ciclo de formas de conducta y pensamientos disfuncionales que originan sufrimiento y que además se repiten de forma compulsiva en respuesta a una relación de tipo enfermizo con un adicto activo, la cual puede ser desarrollada en una persona que tiene contacto directo con la adicción de otra, sin importar el tipo de vínculo establecido. (Fischer & Crawford, 1992, como se cita en Belyea, 2011, p. 19)

Dado este contexto es necesario revisar las definiciones que diferentes autores dan al concepto de drogodependencia expresada en esta investigación.

El codependiente presenta rasgos de personalidad claramente identificables con formas de pensar irracionales que son muy difíciles de cambiar, ya que van acompañadas de patrones afectivos perturbadores como angustia, ansiedad, depresión, ira incontrolable, así como baja autoestima, temor al abandono, déficit en la toma de decisiones, incapacidad de autocrítica, descontrol de impulsos, sentimiento de culpa, entre otros (Guevara, 2002).

**Tabla 1.**  
*Definiciones de codependencia*

Autor	Definiciones de codependencia
Cermak (1986)	La <i>codependencia</i> es una enfermedad de las relaciones intra o interpersonales.
Robert Subby (1991)	La <i>codependencia</i> es un estado emocional, psicológico y conductual desencadenado cuando un individuo ha estado expuesto prolongadamente a una serie de reglas opresivas, mismas que limitan la abierta expresión de sentimientos, al igual que la expresa discusión de problemas personales e interpersonales.
Larsen (1984)	Son conductas aprendidas, autoderrotantes, o defectos de carácter que producen una disminución en la capacidad de iniciar o de participar en relaciones amorosas.
Haaken (1990)	La <i>codependencia</i> es un término diagnóstico que ha aumentado su uso en el ambiente clínico y de autoayuda; generalmente se refiere a una entidad en particular común entre mujeres, basada en el cuidado y una excesiva responsabilidad por los/las demás.
Kellogg (1990)	La <i>codependencia</i> se distingue por la falta de relación con uno mismo, es por ello que la persona busca relacionarse de una manera enfermiza con los/las demás. En el fondo de la <i>codependencia</i> , como en el fondo de todas las adicciones, hay un inmenso vacío.
Beattie (1991)	La <i>codependencia</i> es la manera en que la enfermedad afecta a otros miembros de la familia. Una persona codependiente es quien ha permitido que la conducta de otra persona le afecte y está obsesionada con controlar la conducta de esa persona.
Pérez Gómez & Delgado Delgado (2003)	La <i>codependencia</i> es un patrón de comportamiento que se caracteriza por mantener una relación con dependencia afectiva hacia una persona, la cual a su vez depende de otro objeto sea o no de tipo afectivo.
Hollis (1985)	El <i>codependiente</i> es la persona que es adicta a la adicción de otra persona.

Cuadro tomado de Marín et al. (2014, p. 129).

No podemos dejar a un lado que, como se mencionaba en el inicio, el término codependencia se aludía únicamente a la afectación que hace a las esposas de personas alcohólicas como lo indican Morocho y Ortega (2017), es decir que la codependencia también afecta a familiares de consumidores de drogas o sustancias psicoactivas. Pérez Gómez y Delgado Delgado (2003) enfatizaron su estudio en describir si las características están más presentes en familiares o personas con algún vínculo afectivo.

Guevara (2002), como se cita en Salas y García (2012), refiere que lo más importante de estos comportamientos es que la persona codependiente piensa y asegura que su intención es ayudar a solucionar el problema de la adicción de su familiar; por su parte, Reyes Larrahondo (2017) expone que el tener varias de las características de la codependencia no significa que una persona sea inferior o peor que otra, pues (...) algunos adquieren estas conductas en su infancia, otros un poco más tarde en la vida, otros tal vez producto de una crianza en la cual se hacía énfasis en que el servicio y la sumisión eran características ‘piadosas’ y deseables en la vida. (p. 71).

Un sexto artículo es:

*Estructura familiar y adicciones transgeneracionales, por Maria Gutierrez y Ana Navarro Becerra. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. Volumen 11, Número 1, (2019).*

Este artículo forma parte de un proyecto titulado "El desarrollo de la capacidad de agencia y la reconfiguración emocional en adictos en proceso de 'rehabilitación'. Hacia una propuesta de prevención". Tanto el proyecto general como este documento se centran en analizar a la persona en rehabilitación dentro de la estructura familiar y las interacciones que facilitan el consumo de sustancias. Las personas con adicción pertenecen a poblaciones ocultas, es decir, grupos estigmatizados y sin voz que deben ser visibilizados para entender y abordar su problemática.

El estudio sostiene que las adicciones no solo afectan a la persona individualmente, sino que a veces se originan dentro de la familia, influenciadas por sus costumbres, valores y jerarquías. Por lo tanto, la familia es crucial en el problema de las adicciones, ya que se considera un organismo en constante afirmación y cambio. Las crisis familiares pueden perpetuar ciertos valores y costumbres, incluyendo la adicción, que se transmiten de generación en generación.

Para investigar cómo la adicción puede ser transgeneracional, se utilizó una metodología cualitativa que pone énfasis en las personas y sus prácticas dentro de una realidad socialmente construida. Se realizaron entrevistas en profundidad a ocho consejeros en adicciones (tres mujeres y cinco hombres) que han participado por más de cinco años en un grupo de autoayuda basado en el programa de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos en Guadalajara, México. Este grupo tiene más de diez años de antigüedad y alrededor de cincuenta miembros.

En cuanto a la definición, función y estructura de la familia, se destaca que la familia ha sido conceptualizada desde múltiples perspectivas. La filosofía la considera tan antigua como la humanidad, caracterizada por lazos de parentesco o convivencia; la sociología la ve como un órgano de aprendizaje y socialización; la psicología la define como un sistema que construye la identidad de las personas; y la economía la considera una estructura social condicionada por procesos productivos y de clase.

El artículo enfatiza que la familia es una estructura socio-histórica que enseña prácticas y costumbres que impactan la convivencia social mediante la regulación de comportamientos y significados. También se considera que la familia es un constructo que se configura y reconfigura a través del tiempo, cumpliendo funciones de acuerdo con el contexto socio-histórico-cultural.

A pesar de los cambios a lo largo de los siglos, la familia moderna sigue siendo una institución social con una función articuladora entre la política y la economía. La familia reproduce valores sociales, económicos y culturales, contribuyendo al Estado de Derecho. Además, el vínculo sanguíneo en la familia contribuye a la identidad de los individuos, amalgamando aprendizajes mediante la socialización.

El artículo también analiza cómo los patrones de conducta asociados a la estructura familiar y las pautas de interacción facilitan el proceso adictivo transgeneracional. Las pautas de interacción son normas que indican cómo hacer algo de manera correcta y adecuada, mientras que las interacciones son acciones donde participan dos o más miembros de la familia. Estos patrones son fundamentales para comprender cómo los miembros de la familia aprenden a relacionarse y cómo las prácticas de consumo se transmiten de generación en generación.

En el contexto de México, las familias aún conservan estructuras tradicionales, con roles de supremacía del padre y autosacrificio de la madre transmitidos de generación en generación. Estos roles y las conductas asociadas pueden influir en el desarrollo de adicciones, mostrando cómo la estructura familiar tiene un impacto significativo en los procesos adictivos.

El problema de las adicciones en la familia está intrínsecamente ligado a su estructura social, histórica, cultural y económica. Estas adicciones suelen ser vistas como un secreto que debe ser ocultado, tanto por el adicto como por la familia, lo que complica aún más la situación. Este ocultamiento y negación se convierten en parte de la tradición familiar, perpetuándose de generación en generación.

La transgeneracionalidad se refiere a la transmisión de comportamientos y situaciones a través de las generaciones. En el caso de las adicciones, se convierte en una tradición negada pero permisiva, especialmente con sustancias como el alcohol, que están

culturalmente legitimadas. Este patrón adictivo se transmite de padres a hijos, configurando un sistema familiar transgeneracional.

La estructura familiar y las dinámicas de roles dentro de la familia juegan un papel crucial en la perpetuación de las adicciones. Los roles tradicionales de masculinidad y feminidad, con el padre como figura autoritaria y la madre como sumisa, contribuyen a la interiorización de conductas adictivas. La autoridad del padre se asocia con comportamientos como la violencia y el consumo de alcohol, mientras que la sumisión de la madre crea lazos de codependencia y oculta la participación de la familia en el proceso adictivo.

Las adicciones impactan profundamente la dinámica familiar, con roles que sostienen y reproducen conductas adictivas. Esto puede llevar a situaciones de abandono emocional y violencia, tanto física como psicológica, especialmente hacia la madre y los hijos. Este ambiente facilita el consumo de sustancias como una forma de escape, como ilustran los relatos de personas entrevistadas que han vivido estas experiencias.

La codependencia es un factor crítico en la perpetuación de las adicciones. Las madres suelen asumir roles de sobreprotección y sumisión, lo que fomenta una relación simbiótica con el adicto. Este comportamiento se justifica como una forma de protección y cuidado, pero en realidad, invisibiliza la contribución de la familia al problema adictivo. La codependencia, llena de miedo, enojo y frustración, se transmite de la madre a los hijos, afectando su desarrollo emocional y psicológico.

Las pautas de interacción dentro de la familia, especialmente entre la madre y el bebé, son fundamentales en la formación de patrones adictivos transgeneracionales. Estas interacciones se normalizan dentro del sistema familiar, perpetuando roles de autoridad y sumisión. Este ciclo continúa a menos que los miembros de la familia se hagan conscientes de estas dinámicas y trabajen para cambiarlas.

El ocultamiento de las adicciones es una práctica común en las familias, especialmente por parte de las madres, que minimizan o justifican el consumo de sustancias de sus hijos o esposos. Esta negación contribuye a la distorsión de la realidad, creando un entorno donde las adicciones son normalizadas y legitimadas. Este autoengaño y la falta de diálogo sobre el problema refuerzan la disfuncionalidad familiar.

En conclusión, las adicciones en la familia deben ser vistas como una enfermedad del sistema familiar, no sólo como un problema individual. La dinámica de roles y la estructura familiar juegan un papel crucial en la perpetuación de patrones adictivos transgeneracionales. La intervención y tratamiento deben considerar estas dinámicas y trabajar en la reconstrucción de una estructura familiar saludable que rompa con la tradición de ocultamiento y codependencia.

En séptimo artículo es:

*Intervención sistémica en mujeres familiares de personas con abuso de sustancias adictivas, por Laura Angélica Negrete Carballo, Ma. de los Ángeles Edith García Cerón. Instituto de Terapia Familiar, Cencalli, Ciudad de México, México, (2022).*

El consumo de sustancias adictivas genera rupturas y dificultades significativas en las relaciones familiares, impactando tanto la relación de pareja como la dinámica con los hijos. Este fenómeno se manifiesta a través de violencia y problemas físicos, psicológicos, económicos y sociales. El término "codependencia" se originó en el ámbito de las adicciones químicas para describir a los compañeros de las personas dependientes de sustancias. Aunque las definiciones de codependencia varían, generalmente se entiende como una condición emocional y comportamental que surge de la exposición prolongada a relaciones opresivas con una persona adicta.

Los codependientes exhiben comportamientos obsesivos y una necesidad crónica del otro, características propias de familias disfuncionales con problemas de adicción. El síndrome de codependencia afecta significativamente a las mujeres involucradas en ambientes familiares con alcoholismo, adicciones o estrés prolongado. Estas relaciones pueden incluir hipervigilancia y cuidado obsesivo del consumidor, y algunos autores incluso consideran la codependencia como una enfermedad crónica con síntomas definidos.

Frecuentemente, las familias no comprenden adecuadamente la adicción, percibiendo al adicto como vicioso y no como enfermo. Esto puede llevar a decisiones ineficaces como abandonarlos o internarlos sin entender la dinámica familiar. La codependencia suele surgir en personas criadas en hogares disfuncionales, donde los familiares sacrifican su vida para salvar al adicto, perpetuando un círculo vicioso de negación y culpa.

El diseño del estudio, se realizó un estudio preexperimental con un enfoque mixto, evaluando el impacto de una intervención sistémica en un grupo de mujeres mediante una escala de codependencia y la elaboración de mapas de organización familiar.

La muestra incluyó 16 mujeres mexicanas de Ciudad de México, mayores de edad y provenientes de familias con un miembro adicto. Las participantes tenían edades entre 26 y 56 años, con una media de 43 años. La mayoría (69%) tenía estudios superiores y el 94% estaba laboralmente activa. El criterio de inclusión fue cohabitar con la pareja durante el último año y que ésta tuviera una adicción diagnosticada desde hace al menos dos años. Se excluyeron mujeres con episodios de depresión mayor y aquellas con asistencia menor al 80% de las sesiones.

Para la recolección de datos, las participantes fueron citadas individualmente para explicarles el objetivo de la investigación y firmar el consentimiento informado. Luego, se les entrevistó para elaborar su mapa hipotético familiar y se les aplicó el Test de Codependencia (ICOD). La intervención consistió en 10 sesiones grupales de dos horas cada una, realizadas semanalmente durante dos meses y medio. Al final de las sesiones, se aplicó nuevamente el Test de Codependencia y se elaboraron nuevos mapas de organización familiar para comparar los resultados.

Para la medición se utilizó el Test de Codependencia (ICOD), una escala válida y confiable con 30 reactivos que evalúan cuatro dimensiones: mecanismos de negación, desarrollo incompleto de la personalidad, represión emocional y orientación rescatadora hacia los demás. También se usó el Mapa de Organización Familiar de Velasco para representar gráficamente la organización familiar y evaluar cambios estructurales.

Se destacan los siguientes resultados:

Los niveles de codependencia disminuyeron significativamente tras la intervención. Al inicio, todas las participantes mostraban niveles altos de codependencia (32 puntos o más en el ICOD). Después de la intervención, estos niveles disminuyeron en promedio un 37.8%. Se realizó una prueba de Wilcoxon, que encontró una disminución estadísticamente significativa en las cuatro dimensiones del ICOD.

Las participantes tomaron conciencia de su rol dentro del sistema familiar, restableciendo jerarquías y redefiniendo fronteras. Por ejemplo, una participante recobró su rol de hija y

hermana, restableciendo la jerarquía del padre y mejorando la comunicación familiar. Además, se reconocieron experiencias positivas en su historia familiar que habían sido suprimidas.

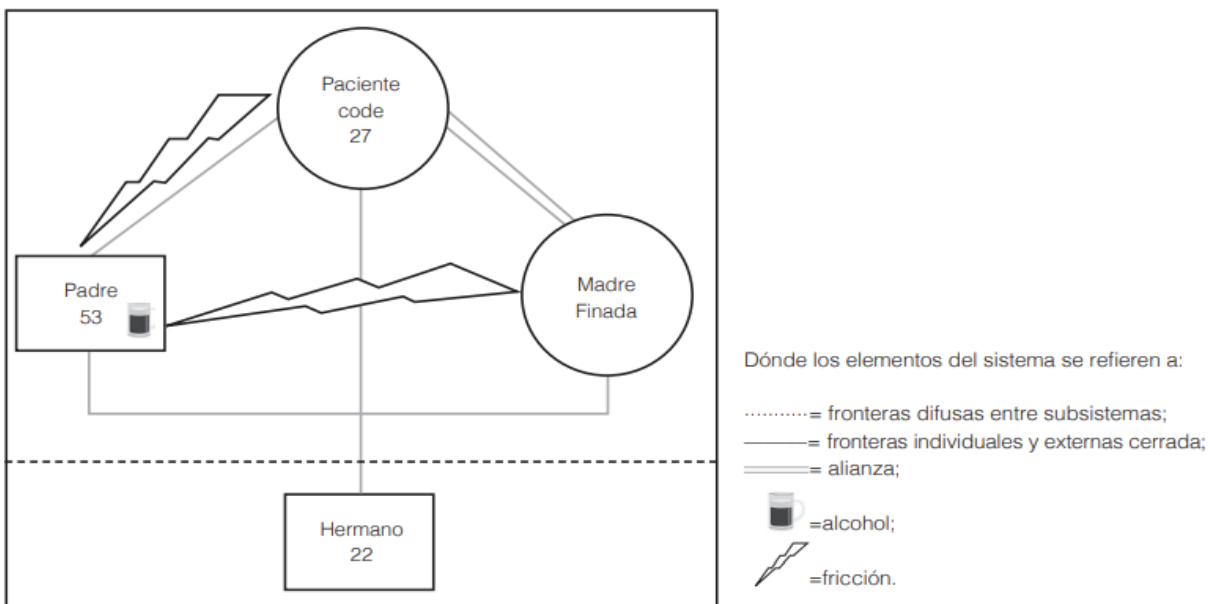
Las mujeres reportaron una mejora en la comunicación y una mayor conciencia de sus necesidades y emociones. Se observó una disminución de la codependencia y un fortalecimiento de su autonomía y autosuficiencia, lo cual contribuyó al mejoramiento del funcionamiento familiar.

Por ejemplo, la participante número 5, al inicio de la intervención realizó el mapa familiar mostrado en la Figura 1. La paciente identificada con trastorno por codependencia, cuyo sistema familiar muestra una jerarquía donde ella asume el rol de jefa debido al alcoholismo de su padre y la enfermedad de su madre, quien antes de morir culpó al esposo de su enfermedad.

Tras la intervención con terapia sistémica en grupo (Figura 3), la paciente redefine su rol como hija y hermana, restableciendo la autoridad del padre y clarificando los límites entre los subsistemas familiares. Esto conduce a una mejor comunicación y relaciones entre los miembros familiares.

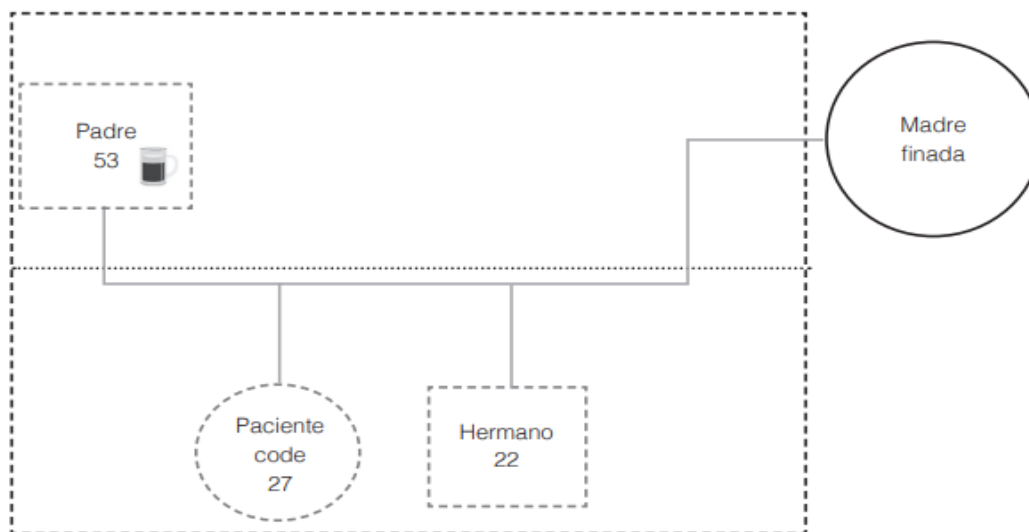
**Figura 1.**

**Mapa familiar antes de la intervención.**



**Figura 2.**

**Mapa familiar después de la intervención.**



Al final de la intervención, las participantes expresaron una mayor comprensión de la codependencia y sus efectos, así como un cambio en su manera de pensar y en la relación con sus seres queridos. Algunas mencionaron que la intervención les permitió superar viejos hábitos y buscar una vida más plena y feliz.

A modo de conclusión, la intervención sistémica grupal resultó efectiva para reducir la codependencia y mejorar la dinámica familiar en mujeres que viven con parejas adictas. Los cambios observados en la organización familiar y en la comunicación indican que la intervención ayudó a las participantes a tomar conciencia de su rol y a establecer límites más claros y funcionales dentro del sistema familiar.

Un octavo artículo es:

*La codependencia en familiares de consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas, Diana Delgado Delgado y Augusto Pérez Gómez, Psicothema 2004. Vol. 16*

La codependencia se ha definido como un patrón de comportamiento que se caracteriza esencialmente por el mantenimiento de una relación de dependencia afectiva con una persona que, a su vez, es controlada por un objeto de dependencia, que puede o no ser de tipo afectivo (Pérez y Delgado, 2003)

El examen psicométrico de un conjunto de ítems que corresponden a comportamientos sistemáticamente asociados con la codependencia, agrupados a priori en subescalas por los autores (Pérez y Delgado, 2003), mostró tres categorías básicas de definición del fenómeno de estudio: Focalización en el otro (FO), No Afrontamiento (NA) y Necesidad Auto negligente de Ayudar (NAA).

Como método, se utilizó una muestra de conveniencia que incluyó un total de 330 sujetos que participaron voluntariamente en el estudio, entre los 17 y los 75 años de edad, sin considerarse estrato y sexo.

Los instrumentos utilizados para este análisis son los mismos que se describen en la sección Instrumento de la primera fase del estudio (Pérez y Delgado, 2003):

a) FO, con 10 Ítems ( $\alpha=0,81$ ); b) NA, con 13 Ítems ( $\alpha= 0,85$ ); y c) NAA, con 6 ítems ( $\alpha=0,75$ ), categorías básicas de definición del fenómeno de estudio: Focalización

en el otro (FO), No Afrontamiento (NA) y Necesidad Auto negligente de Ayudar (NAA)

La muestra se subdividió en dos grupos: el primero incluyó personas que tenían una relación emocionalmente cercana con un consumidor crónico de sustancia psicoactivas ( $n= 159$ ) y el grupo control incluyó personas que no tenían ni habían tenido en el pasado una relación cercana con una persona consumidora de sustancias ( $n= 171$ ).

Con el propósito de identificar la proporción de varianza de codependencia explicada por la baja autoestima y por las dos dimensiones de control parental ejercido durante la infancia, se realizó un análisis de regresión múltiple jerárquica (por pasos) en el cual las variables entraron una a una en la ecuación de regresión, dejando para el final las variables de las que se esperaba una mayor contribución en la explicación de la varianza de la variable dependiente.

Para cada uno de los análisis de regresión se realizó un examen del comportamiento de los datos con el propósito de identificar casos extremos multivariados.

*Tabla 1*  
Estadísticos descriptivos de las variables del estudio

Variables	Rango	Mínimo	Máximo	Media	E.S.	D.S.	Curtosis	E.S.	Asimetría	E.S.
Autoestima	3,29	1,00	4,29	1,93	4,09E-02	0,74	0,19	0,26	0,89	0,13
Control conductual	4,00	1,00	5,00	2,88	5,30E-02	0,96	-0,64	0,26	0,21	0,13
Control emocional	3,17	1,00	4,17	2,10	4,66E-02	0,84	-0,87	0,26	0,52	0,13
Focalización en el otro	3,90	1,00	4,90	2,40	4,15E-02	0,85	-0,35	0,26	0,43	0,13
Necesidad ayuda autoneglig.	4,00	1,00	5,00	2,61	4,56E-02	0,72	-0,33	0,26	0,45	0,13
No afrontamiento	3,62	1,00	4,62	2,31	4,02E-02	0,83	-0,26	0,26	0,58	0,13
Codependencia	2,57	1,08	3,65	2,15	2,82E-02	0,51	-0,25	0,26	0,34	0,13

*Tabla 2*  
Coeficientes de correlación de Pearson entre las variables definitorias del concepto de codependencia y las variables asociadas

	Baja autoestima	Control emocional	Control conductual	Focalización en el otro	Necesidad de ayudar	No afrontamiento
Baja autoestima	—					
Control emocional	0,63 **	—				
Control conductual	0,17 **	0,48 **	—			
Focalización en el otro	0,61 **	0,53 **	0,30 **	—		
Necesidad de ayudar	0,44 **	0,46 **	0,46 **	0,65 **	—	
No afrontamiento	0,75 **	0,65 **	0,31 **	0,62 **	0,50 **	—

*Tabla 3*  
Análisis de regresión jerárquica para la predicción de la codependencia a partir de variables demográficas, aspectos de origen familiar y baja autoestima

Predictoras	B	E.S	β	I.C. 95% B		r	sr
				Menor	Mayor		
<b>Paso 1</b>							
Edad	-5,0E-04	0,00	-0,12	-0,002	0,004	0,15	-0,11
Grupo	0,43	0,05	0,42*	0,32	0,54	0,43	0,39
Sexo	8,77E-02	0,5	0,08	-0,01	0,19	0,14	0,82
<b>Paso 2</b>							
Edad	-1,09E04	0,00	-0,00	-0,004	0,004	0,15	-0,00
Grupo	0,35	0,53	0,34*	0,24	0,45	0,43	0,30
Sexo	2,56E-02	0,05	0,02	-0,07	0,12	0,14	0,23
Control conductual	0,19	0,02	0,35*	0,14	0,24	0,44	0,37
<b>Paso 3</b>							
Edad	7,47E-04	0,00	0,01	-0,003	0,004	0,15	0,01
Grupo	0,20	0,48	0,19*	0,11	0,30	0,43	0,17
Sexo	-1,5E-02	0,04	-0,01	-0,10	0,72	0,14	-0,01
Control conductual	8,60E-02	0,02	0,15*	0,03	0,13	0,44	0,13
Control emocional	0,30	0,03	0,49*	0,24	0,36	0,64	0,41
<b>Paso 4</b>							
Edad	-6,5E-04	0,00	-0,01	-0,004	0,002	0,15	-0,01
Grupo	0,20	0,04	0,19*	0,12	0,28	0,43	0,17
Sexo	-2,5E-02	0,03	-0,02	-0,09	0,04	0,14	-0,23
Control conductual	0,13	0,02	0,25*	0,09	0,17	0,44	0,21
Control emocional	7,50E-02	0,03	0,12*	0,01	0,13	0,64	0,08
Baja autoestima	0,36	0,03	0,52*	0,30	0,42	0,69	0,40

$p < 0,01$ . Primer Paso:  $R^2 = 0,19$ ; Segundo Paso:  $\Delta R^2 = 0,11$ ; Tercer Paso:  $\Delta R^2 = 0,16$ ; Cuarto Paso:  $\Delta R^2 = 0,16$ .

La mayoría de las madres y los padres que participaron en el estudio reportó altos niveles de codependencia (77,8% y 67,99%, respectivamente), mientras que en las hermanas de los consumidores la distribución es más homogénea.

La segunda fase del estudio sobre codependencia se presenta como una continuación y profundización de los hallazgos de la primera fase (Pérez y Delgado, 2003)

<i>Tabla 4</i> Resultados de la regresión logística								
<i>Paso 1 del modelo de regresión logística</i>								
<b>Variabes</b>	<b>B</b>	<b>S. E.</b>	<b>Wald</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>I.C. 95%</b>	
							<b>Menor</b>	<b>Mayor</b>
Edad	0,06	0,01	37,28	1	0,00	1,06	1,04	1,09
Sexo	-0,50	0,24	4,17	1	0,04	0,60	0,36	0,97
Constante	-2,42	0,44	29,98	1	0,00			
<i>Paso 2 del modelo de regresión logística</i>								
<b>Variabes</b>	<b>B</b>	<b>S. E.</b>	<b>Wald</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>I.C. 95%</b>	
							<b>Menor</b>	<b>Mayor</b>
Edad	0,06	0,01	34,86	1	0,00	1,07	1,04	1,09
Sexo	-0,25	0,26	0,87	1	0,34	0,77	0,46	1,31
Control emocional	0,98	0,16	36,51	1	0,00	2,68	1,95	3,70
Constante	-4,63	0,61	56,00	1	0,00			
<i>Paso 3 del modelo final de regresión logística</i>								
<b>Variabes</b>	<b>B</b>	<b>S. E.</b>	<b>Wald</b>	<b>Gl</b>	<b>p</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>I. C. 95%</b>	
							<b>Menor</b>	<b>Mayor</b>
Edad	0,06	0,01	30,48	1	0,00	1,06	1,04	1,09
Sexo (1)	-0,25	0,28	0,79	1	0,37	0,77	0,44	1,35
Control emocional	0,65	0,17	13,43	1	0,00	1,92	1,35	2,72
Necesidad de ayudar	0,93	0,19	23,32	1	0,00	2,55	1,74	3,74
Constante	-6,31	0,77	66,77	1	0,00			

Los resultados de este estudio permiten responder con claridad a los tres objetivos propuestos. En la primera fase se encontró que ser hombre o mujer era menos importante de lo que inicialmente se había creído en la aparición de conductas codependientes (Pérez y Goldstein, 1992). Los resultados de la segunda fase aportan apoyo empírico adicional a este hallazgo.

La identificación de ciertos comportamientos que facilitan el establecimiento de un vínculo emocional esencialmente caracterizado por la dependencia afectiva constituye una contribución importante del presente estudio para el trabajo terapéutico.

Un noveno artículo es:

*Codependencia en familiares de adictos: Estudio en Armenia, Quindío, por Andrade, J. A., Duque, M., Jhelsaer, J., Rodríguez, C. & Rojas, C. A.*

Este estudio cualitativo exploró la codependencia en familiares de personas con consumo problemático de sustancias, destacando la prevalencia en madres debido a mandatos culturales de cuidado. Se identificaron comportamientos de control, necesidad de contención y roles disfuncionales en la dinámica familiar.

A partir de estos aportes, Leticia Fallick (1990) propone la codependencia como condición de morbilidad psicosocial, que puede ser definida como una enfermedad cuya característica principal es la falta de identidad propia, así el codependiente pierde conexión con lo que siente, necesita o desea, y por tal motivo invierte toda su energía e intereses en los problemas del familiar consumidor antes que en “sí mismo”, condición que los lleva a postergar los proyectos de vida personal y sociofamiliares. En este sentido, el individuo consumidor se convierte en el centro de atención familiar, por lo que las actividades sociales del codependiente y gran parte de su vida pasan a segundo plano, estableciendo comportamientos que tornan cada vez más disfuncional la relación entre el adicto y la sustancia, entre el adicto consigo mismo y con la familia, y también con sus pares consumidores y la comunidad en general. Lo anterior dificulta el proceso de rehabilitación causando una adherencia a la conflictividad de la relación disfuncional con el cuidador codependiente, antes que a los tratamientos y medidas asistenciales propuestas.

Esta es una investigación cuantitativa de tipo empírico-analítica, con un diseño descriptivo transversal que busca la comprensión de la situación emocional de personas cuya relación patológica en el plano afectivo con los consumidores resulta dañina para su salud mental y física; asimismo, la descripción de esta situación procede de la recolección de datos mediante la aplicación de un escalograma con el fin de analizarlos transversalmente y encontrar las relaciones de causa-efecto entre una o más variables (indicadores de codependencia físicos, emocionales, conductuales y otros; edad, género, género, parentesco), de tal manera que se pueda describir la situación comportamental de los implicados (consumidor y codependiente).

De acuerdo a los resultados del estudio en 60 personas con familiares consumidoras de SPA, a las cuales se les aplicó un cuestionario de indicadores de codependencia, encontrándose que:

El 18% presenta “señales emocionales” importantes compuestas de los siguientes síntomas: *sentimientos de culpa* (13%), *dificultad para pensar* (9%), *sensación de fracaso* (14%), *aislamiento social por concentrar gran parte de su atención a la actividad y vida del consumidor* (13%), un patrón o indicio de dependencia afectiva (13%), concentración e interés en la conducta de la persona consumidora (14%), justificaciones acerca de la conducta de consumo (8%) y actividad defensiva (16%) compuesta por negación, proyección, regresión, racionalización y conversión reactiva. Otra manifestación fue el “patrón conductual” el cual se evidencia en el 33% de los casos, y está connotado por los siguientes síntomas: necesidad de controlar a otros (11%), tener parejas, amigos o familiares consumidores de SPA (8%), sentirse culpado por el adicto de su consumo (4%), negación o evasión de la realidad de la relación conflictiva (8%), cambio en rituales y actividades (15%), problemas para desapegarse de la persona y circunstancias del consumidor (11%), preocupaciones exageradas de la conducta del consumidor (15%), resentimientos sin causa o justificación (11%), necesidad imperiosa de contención del adicto (17%).

Respecto al tipo de vínculo, se encuentra que los lazos de parentesco son madres, hermanos, parejas y padres, quienes presentan una fuerte relación de apoyo al tiempo que dificultad para tomar distancia emocional del consumidor; así, la población que vive y coexiste con la circunstancia de consumo en el hogar está directamente vinculada con dicha situación, al sentirse con la responsabilidad del consumo, abuso, intoxicación, recaídas y de las causas de la ingesta de SPA.

Por ello se afirma que el término codependencia implica un vínculo de subordinación, en el que hay alguien que siempre cede y se siente víctima y responsable de la actividad de otro. Es importante mencionar que para hacer referencia a los familiares de los consumidores se utiliza el prefijo latino “co” que significa “simultaneidad y coincidencia temporal en este tipo de relación funcional” (Pérez y Delgado, 2002. p. 2), es decir, que tanto adicto como codependiente experimentan síntomas similares de tan elevada magnitud sintomática que son desplazados hacia diferentes objetos, personas y relaciones; en este orden de ideas

se puede decir que mientras el adicto evita sentimientos frustrantes al consumir, el codependiente esquiva sentimientos dolorosos al centrarse en el adicto y su conducta; asimismo, el codependiente despliega mucha tolerancia al comportamiento del adicto y lo que antes le resultaba chocante ahora le parece normal y tolerable.

Por ende, este estudio porta una comprensión profunda de los factores culturales y emocionales que contribuyen a la codependencia en mujeres, enfatizando la necesidad de intervenciones que aborden estos aspectos.

Un décimo artículo es:

*Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca, por Pedro Vargas Navarro\*, Mario Danilo Parra Vera, Caterín Arevalo Zamora, Luisa Karen Cifuentes Gaitán, Jaime Valero Carvajal y Margarita Sierra de Jaramillo*

Este estudio examinó las estructuras familiares de pacientes con adicciones, identificando patrones como comunicación inadecuada, ausencia de autoridad y cambios en los roles familiares. Se destacó la sobrecarga emocional de las madres y la búsqueda de afecto como factores subyacentes al comportamiento adictivo.

Se ha descrito que en las familias con adicciones hay factores de riesgo derivados de su composición (tipología), organización, valores y comportamientos característicos que forman parte de la estructura familiar.

Se define la estructura familiar como el conjunto de pautas funcionales conscientes o inconscientes que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Minuchin afirma que la estructura es aquello que la interacción va fijando por repetición en un sistema. La tipología familiar hace referencia a un método de clasificación o diagnóstico en el cual se identifican modelos, grupos o tipos característicos que preferentemente se excluyen entre sí. En otras palabras, es la manera en que se forman o agrupan las familias.

El problema del consumo es complejo y multicausal e involucra factores tanto de riesgo como protectores. Se consideran factores de riesgo los asociados con mayor potencial de abuso de sustancias y factores protectores, los asociados con reducción del potencial de abuso. Entre los factores de riesgo encontramos la conducta agresiva temprana, la falta de

supervisión paterna, el abuso de sustancias por los padres, compañeros o hermanos<sup>1,8,9</sup>, la disponibilidad de drogas en la escuela y la pobreza. Como factores protectores, un adecuado control de impulsos, la supervisión paterna, la competencia académica, el uso de políticas antidroga y sólidas redes de apoyo.

Esta investigación se realizó desde un enfoque descriptivo, cualitativo-interpretativo; se aplicó el programa Atlas ti versión 5.5, se categorizaron las entrevistas en tres secciones, con el fin de consolidar los resultados de la investigación en un solo foco y extraer las categorías más relevantes.

Los resultados del estudio fueron los siguientes: Conformaron el grupo 7 pacientes menores de 19 años (4 varones y 3 mujeres de 15-19 años), 1 mujer de 35 años, 2 varones adultos (1 de 24 años y 1 de 56) y al menos un miembro de sus familias. En total, 6 varones y 4 mujeres (tabla 1).

**Tabla 1 – Distribución y porcentaje según la organización de las familias entrevistadas.**



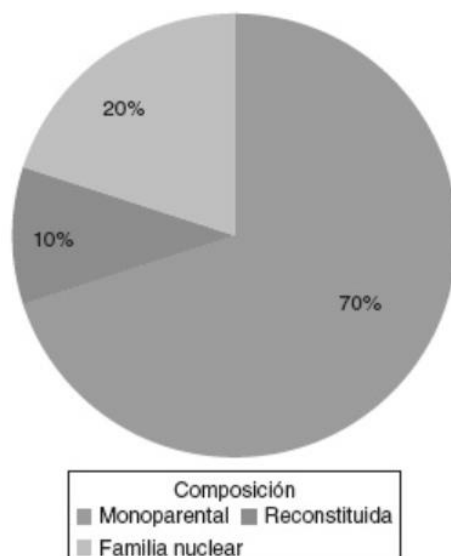
Todos los adolescentes eran estudiantes solteros que llevaban entre 1 y 10 años de consumo con patrón diario. La sustancia más usada era la marihuana y otras fueron alcohol, tabaco, bazuco, bóxer, clonazepam y cocaína.

De los adultos, una era desempleada, otro estudiaba y trabajaba y otro trabajaba en forma independiente. Dos eran solteros y uno, divorciado. Llevaban entre 12 y 36 años de consumo. Uno tenía consumo de heroína, uno de marihuana y uno de alcohol.

Por último, se encontró que siete familias eran no convencionales, dos en transición y una tradicional.

Además, siete familias eran monoparentales y correspondían a madres solas vinculadas a la relación por separación, dos nucleares y una reconstituida (figura 2). Estos hallazgos son independientes del proceso descriptivo.

**Figura 2 – Distribución y porcentaje según composición de las familias entrevistadas.**



A modo de conclusión del estudio, se puede destacar que, la familia monoparental favorece la soledad, la dificultad para poner reglas, la desidealización del lugar del padre en la estructura familiar y la búsqueda de una complicidad constante.

Las familias monoparentales predominantes en este grupo de pacientes tenían una red social pobre, ya que no existía un apoyo social fuerte ante la ausencia del padre. Una buena

red de apoyo puede proteger de esta ausencia. En todo caso, más importantes que la monoparentalidad en sí son la forma en que se ejerce y su contexto social.

Predominó la familia no convencional en este grupo, conformado en su mayoría por adolescentes escolarizados, solteros, con varios años de consumo, más frecuentemente de marihuana.

Se encontraron problemas en la estructura familiar como la comunicación inadecuada, la alteración en la cohesión familiar, la ausencia de autoridad, reglas y límites, alianzas expresadas a través del consentimiento o la sobreprotección dados por algunos miembros como los abuelos y el cambio de roles.

Estos aspectos, especialmente los problemas en la comunicación, se expresaron a través de las seis categorías principales descritas: debilidad, sentimientos negativos, violencia, soledad, falta de entendimiento y exceso o déficit de autoridad, que configuran patrones de maltrato, abandono, desligamiento y comunicación negativa.

A lo cual este estudio nos proporciona información sobre cómo las dinámicas familiares disfuncionales, especialmente la sobrecarga en las madres, pueden influir en el desarrollo y mantenimiento de las adicciones, resaltando la importancia de abordar estas dinámicas en el tratamiento.

### **Síntesis Integrativa del Estado del Arte sobre**

La codependencia es una problemática emocional y relacional que se manifiesta con frecuencia en contextos familiares donde hay consumo problemático de sustancias. Los estudios presentados coinciden en que, lejos de ser un problema individual, la adicción afecta de manera sistémica al entorno del consumidor, particularmente a las mujeres cercanas como madres, esposas o hermanas. Esta condición genera una serie de patrones de comportamiento caracterizados por el descuido de las propias necesidades en favor del cuidado obsesivo del otro, lo que deteriora la salud mental, emocional y física de quienes la padecen. La presente síntesis integrativa recopila y compara los hallazgos de diez investigaciones que exploran el impacto del consumo de sustancias y la codependencia, enfatizando causas comunes, hallazgos coincidentes, discrepancias y propuestas de intervención.

Una de las coincidencias más relevantes entre los estudios es la comprensión de la adicción como una enfermedad que desestructura el sistema familiar. El consumo de drogas no solo tiene consecuencias devastadoras para el individuo adicto, sino que también desestabiliza la jerarquía, los roles y los vínculos familiares, generando un clima de caos, incertidumbre y sobrecarga emocional. En particular, se evidencia una sobrecarga en las mujeres de la familia, quienes asumen la función de cuidadoras principales, adoptando comportamientos de control, sacrificio excesivo y negación de su malestar emocional. Esta dinámica ha sido ampliamente documentada por estudios como los de Trujillo et al. (2021), Negrete y García (2022), y Gutiérrez y Navarro (2019).

La figura materna adquiere un papel protagónico en casi todas las investigaciones analizadas. Los mandatos culturales que asignan a la mujer el rol de cuidadora y sostenedora del hogar refuerzan la idea de que su valor reside en el sacrificio por sus hijos o pareja. Este modelo tradicional genera un tipo de relación simbiótica entre la madre y el adicto, en la que el bienestar del primero depende completamente del autocuidado de la segunda. Andrade et al. (2021) y Delgado y Pérez (2004) destacan que esta situación provoca que muchas madres posterguen sus proyectos de vida y desarrollen una dependencia afectiva que se confunde con amor o compromiso familiar. La madre codependiente internaliza la responsabilidad por el consumo del otro y pierde la capacidad de establecer límites sanos, perpetuando así el ciclo adictivo.

Desde un enfoque clínico y psicológico, varios autores concuerdan en que la codependencia puede entenderse como una adicción emocional. Cueto y Corzo (2021) señalan que la codependencia comparte características con otras adicciones, como la negación, la repetición compulsiva de patrones y el deterioro del bienestar personal. Las personas codependientes, lejos de ser conscientes de su condición, presentan una serie de distorsiones cognitivas, baja autoestima, miedo al abandono y una necesidad compulsiva de ayudar, que encubren una profunda desconexión con sus propias emociones y deseos. Esta perspectiva es reforzada por la investigación de Delgado y Pérez (2004), quienes identifican tres dimensiones básicas del fenómeno: la focalización en el otro, el no afrontamiento y la necesidad autonegligente de ayudar.

Otro hallazgo común es la identificación de disfunciones familiares como causas y consecuencias de la adicción. Gutiérrez y Navarro (2019) describen cómo las familias con estructuras autoritarias, jerarquías rígidas y patrones de comunicación inadecuados favorecen la aparición y perpetuación del consumo de sustancias. La adicción no solo se mantiene dentro del sistema, sino que puede transmitirse de generación en generación como parte de una tradición familiar oculta pero funcional. Este fenómeno, denominado adicción transgeneracional, está vinculado también a la repetición de la codependencia materna como modelo de relación afectiva, impactando el desarrollo emocional de los hijos y su forma de vincularse.

Los efectos negativos de la codependencia son diversos y profundos. Se documentan síntomas como la depresión, ansiedad, aislamiento social, sentimientos de culpa, dificultad para tomar decisiones y alteraciones en la identidad. Andrade et al. (2021), mediante una investigación cuantitativa, encuentran que un porcentaje significativo de mujeres con familiares consumidores presenta indicadores conductuales y emocionales asociados a la codependencia, como la necesidad de control, la racionalización del consumo y la tolerancia excesiva. Estos comportamientos dificultan no solo la rehabilitación del adicto, sino también el bienestar del entorno familiar.

Si bien hay amplias coincidencias, también existen discrepancias en las definiciones y metodologías utilizadas. Algunos trabajos, como el de Schiavone y Julio (2016), adoptan una perspectiva médico-sanitaria, centrada en la prevención del consumo desde un enfoque biologicista y social, mientras que otros, como los de Trujillo et al. (2021) o Negrete y García (2022), se orientan desde una mirada fenomenológica o sistémica. Estas diferencias generan una riqueza interpretativa pero también dificultan la comparación directa de resultados. Además, mientras algunos estudios se enfocan en el rol de la familia como agente perpetuador de la adicción, otros la conciben principalmente como víctima.

Un aspecto positivo que surge de esta revisión es la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones sistémicas en el tratamiento de la codependencia. Negrete y García (2022) documentan cómo una intervención grupal con mujeres que conviven con parejas adictas logró disminuir los niveles de codependencia y restablecer jerarquías familiares. Las participantes reportaron mejoras en la comunicación, fortalecimiento de su autoestima y

una nueva comprensión de sus roles dentro de la familia. De igual modo, el estudio de Colli y Rodas (s.f.) propone modelos de intervención integrales que incluyen terapia familiar múltiple, grupos de apoyo como Al-Anon, y herramientas diagnósticas como el genograma para mapear y resignificar la historia familiar.

La codependencia es una problemática profundamente arraigada en las estructuras familiares que conviven con la adicción. Esta revisión integrativa permite comprender que no se trata solo de un padecimiento individual, sino de una manifestación de disfunciones sistémicas, culturales y emocionales que requieren atención especializada. Es urgente visibilizar el sufrimiento de las mujeres que asumen el rol de cuidadoras y proveerles recursos terapéuticos que les permitan recuperar su autonomía emocional, establecer límites saludables y reconstruir una identidad propia. Asimismo, toda estrategia de rehabilitación efectiva debe considerar el contexto familiar del adicto, interviniendo no solo en el consumidor, sino en el sistema que lo rodea. Así, la intervención integral y contextualizada se presenta como la vía más eficaz para romper con el ciclo de la adicción y la codependencia en nuestras sociedades.

### **2.3 Conceptualizaciones.**

En el proyecto de investigación, se abordan varios conceptos relacionados con la complejidad de la codependencia y sus conexiones con la drogodependencia, el consumo problemático de sustancias y otros comportamientos relacionados.

Codependencia: Se habla de codependencia para aludir al trastorno psicológico caracterizado por una preocupación desmedida e inadecuada por la situación de otros individuos. La persona, de este modo, deja de lado sus inconvenientes y sus problemas para enfocarse en la resolución de los conflictos de alguien más.

La génesis de la codependencia es de carácter multicausal (R. Vacca, 1998), pero necesariamente se tienen que dar un trastorno de tipo adictivo en algunos de los miembros de la familia. Es un requisito indispensable, o condición necesaria que el trastorno ante el cual surge la codependencia sea crónico. En esta cronicidad radica uno de las intersecciones más sólidas de la conducta codependiente, la esperanza de curación asociada a la cronicidad. La codependencia puede llegar a convertirse

en una adicción más, hasta el punto de que la mayoría de las características de un codependiente van a coincidir en gran medida con las del adicto. (Ortega, 2014 pág.10)

La codependencia puede forjarse con una pareja, un amigo o cualquier miembro de la familia. Incluso esta condición puede desarrollarse respecto a una causa que atrae todo el interés y la inquietud.

**Drogodependencia:** La drogodependencia fue definida por la OMS en 1964 como estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio. Tendencia a incrementar la dosis.

Según el DSM-5, para diagnosticar el trastorno por consumo de sustancias debe cumplirse dos criterios de los siguientes, durante 12 meses:

- Uso peligroso.
- Problemas sociales o interpersonales relacionados con el consumo.
- Incumplimiento de los principales roles por su consumo.
- Síndrome de abstinencia (también para el cannabis).
- Tolerancia, uso de mayor cantidad de sustancia o más tiempo.
- Intentos repetidos de dejarlo o controlar el consumo.
- Emplear más tiempo del que se pensaba en actividades relacionadas con el consumo.
- Tener problemas físicos o psicológicos relacionados con el consumo.
- Dejar de hacer otras actividades debido al consumo.

Se clasifica en tres grados de severidad, según el número de criterios que cumpla: leve (2-3), moderado (4-5) y grave (6 o más). (Equipo Fundación Hay Salida para el tratamiento de las adicciones, s/f)

**Sustancias psicoactivas:** según la OMS, las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento.

Existen muchas formas de clasificar las sustancias psicoactivas dependiendo de su abordaje. A continuación, tres grandes grupos: Según sus efectos en el cerebro pueden ser depresoras o estimulantes del sistema nervioso, o pueden ser alucinógenas. Según su origen pueden ser naturales, sintéticas o semisintéticas.

Drogas: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la droga como cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y el funcionamiento del organismo.

Dependencia emocional: supone una dependencia psicológica que se manifiesta a través de una serie de comportamientos adictivos en una relación donde existe una asimetría de roles, de tal manera que se despliegan conductas desproporcionadas e inadecuadas para satisfacer la necesidad de afecto.

- Conducta regida, por locus de control externo, creen que sus acciones y pensamientos derivan de lo que hace su familiar adicto.
- Hiperresponsabilidad, considera que nadie hará las cosas como ellos mismos y asumirán compromisos que van más allá de sus límites.
- Sentimientos intensos de culpabilidad, muchos codependientes se consideran causantes del comportamiento adictivo de su familiar, y lo expresan y lo viven de esa manera.
- Negación de sí mismo, los problemas del adicto están antes que ellos, postergan muchos de sus proyectos en función del tratamiento que hacen los adictos.
- Búsqueda de aceptación de los demás, esta creencia irracional de que los demás deben de apreciarle marca todas sus acciones.
- Sobreprotección, se consideran a sí mismas como autosuficientes y únicas para ayudar al adicto y a éste lo consideran débil y vulnerable por ello es que tratan de que nada ni nadie, excepto ellas mismas, se encarguen de todo.
- Manipulación, a veces es la única forma de conseguir que se haga algo por el adicto, mienten, ocultan información, o la tergiversan, para así conseguir sus propósitos.
- Victimismo-mártir, se consideran las únicas perjudicadas de los problemas que le ha acarreado la relación con el adicto, consideran que son las que más sufren y a las que más daño se les ha hecho.

- Gran tolerancia al abuso recibido, muchas de las personas codependientes han sido humilladas, maltratadas, golpeadas, engañadas, ésta es una norma en la vida de ellas.
- Preocupación y dependencia excesiva hacia otra persona: cuando no ejercen un control directo sobre la persona adicta sienten que algo les falta y están constantemente pendientes de ellos.
- Temor excesivo al abandono y al rechazo, y por evitar estos sentimientos están dispuestas a hacer cosas más allá de sus límites.
- Inseguridad y falta de confianza en sí mismos, constantemente están abordando a otras personas con preguntas acerca de su problemática y es esta inseguridad lo que no les permite avanzar en el tratamiento.
- Rigidez, dificultad para aceptar cambios, cualquier modificación de su rutina psicológica crea en estas personas un conflicto grande generando sentimientos de intranquilidad y depresión.
- Deshonestidad, esta es parte de la conducta manipuladora.
- Supresión e inversión de valores.
- Déficit de asertividad, son incapaces de expresar adecuadamente sus opiniones y por ello acumulan molestias e incomodidades.
- Comportamiento salvador-rescatador, se consideran que son las únicas (y muchas veces las mejores) personas que pueden sacar al adicto del problema en que se halla. (Guevara Ortega, 2003, pág. 13 - 15).

#### **2.4 Enfoque de la Investigación.**

El proyecto de investigación estará enfocado a la protección de los derechos humanos de las mujeres mayores codependientes, en el cuidado de su salud física y emocional.

Está referido en la Convención Americana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que fue adoptada por la Asamblea General de la OEA el 15 de junio de 2015 en la ciudad de Washington, es el primer tratado de derechos humanos que incluye su reconocimiento y respeto. por los derechos humanos de las personas mayores.

Dado esto, el siguiente artículo hace mención a:

En el art. 3, establece como principios generales aplicables a la Convención: “a) La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, b) La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo, c) La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor; d) La igualdad y no discriminación; e) La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad, f) El bienestar y cuidado; g) La seguridad física, económica y social; h) La autorrealización, i) La equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida; j) La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria, k) El buen trato y la atención preferencial; l) El enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor, m) El respeto y valorización de la diversidad cultural, n) La protección judicial efectiva; o) La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna”. (Pautassi, L. C, 2015, pág. 270).

El enfoque de derechos humanos (DDHH) parte del reconocimiento de que todas las personas, independientemente de su edad, género, condición económica o cualquier otra característica, son sujetos plenos de derechos. Este enfoque implica que los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar estos derechos sin discriminación alguna. En el caso de las personas mayores, el enfoque de DDHH permite visibilizar las situaciones de exclusión, abandono o maltrato que muchas veces enfrentan, y promueve políticas públicas que aseguren su bienestar, participación y dignidad en igualdad de condiciones con los demás grupos de la sociedad.

Uno de los principios fundamentales del enfoque de DDHH es la centralidad de la persona como protagonista de su vida. Esto significa que las personas mayores deben tener voz y poder de decisión sobre los asuntos que las afectan, desde su salud y cuidados hasta su participación en la vida social, cultural y política. Además, este enfoque promueve el respeto a su autonomía, su integridad física y emocional, y su derecho a vivir libres de violencia y discriminación. También reconoce la importancia de adoptar medidas específicas para garantizar el goce efectivo de derechos en contextos de vulnerabilidad.

Por último, el enfoque de derechos humanos enfatiza la responsabilidad del Estado como garante de estos derechos. Esto implica no solo la creación de leyes y políticas adecuadas, sino también su implementación efectiva y la rendición de cuentas. Además, fomenta la corresponsabilidad de la familia y la comunidad en la protección y promoción de los derechos de las personas mayores, fortaleciendo el tejido social. En este sentido, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores representa un avance significativo hacia una sociedad más justa, inclusiva y respetuosa del envejecimiento.

## **Capítulo III. Metodología**

### **3.1 Fuente de datos**

La fuente primaria de esta investigación son las mujeres mayores que enfrentan codependencia de familiares con consumo problemático de sustancias, pertenecientes a la población San Gregorio, de la comuna de La Granja. El rango etario de las mujeres fluctúa entre los 50 y 75 años de edad.

Otra fuente de investigación primaria son el equipo multidisciplinario de profesionales especializados en la temática de adicciones y codependencia como: Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Técnicos en Rehabilitación de Personas con Dependencia a Drogas, pertenecientes al COSAM “La Granja”, de la misma comuna.

Como fuente secundaria se consideran: Informes y estadísticas del CESFAM, ubicado en Av. San Gregorio N° 028 y COSAM ubicado en Angol N° 8363, ambos pertenecientes a la comuna de La Granja, referidos a la población en que está focalizada la presente investigación.

### **3.2 Unidades de estudio y consideraciones muestrales**

La unidad de estudio de esta investigación son las mujeres mayores que enfrentan codependencia de familiares con consumo problemático de sustancias, pertenecientes a la población San Gregorio, de la comuna de La Granja.

Dentro de las consideraciones muestrales, contemplamos el plan de muestreo no probabilístico, específicamente la muestra selectiva ya que permite profundizar la investigación y cumplir con los criterios de selección.

De modo complementario, se tiene pensado también incorporar una muestra de voluntarios que quieran participar en este estudio, con el fin de aportar otros antecedentes que puedan reforzar o enriquecer la información pesquisada, con la muestra selectiva.

### **3.3 Técnica de Investigación**

Dentro de las técnicas de investigación cualitativas, en este caso en particular se utilizarán los métodos de observación directa, en donde se realizará una observación directa de las interacciones familiares y las dinámicas de codependencia en el hogar o en entornos comunitarios.

En segundo lugar, se tiene contemplado realizar entrevistas en profundidad con las mujeres mayores afectadas por la codependencia.

Finalmente, se tiene pensado desarrollar dos historias de vida con casos que tipifiquen situaciones distintas respecto de la codependencia, que permitirán profundizar cómo estas mujeres interpretan y manejan sus vidas en el contexto.

### **3.4 Factores a considerar**

Los factores principales a considerar en la siguiente investigación corresponden a los siguientes tópicos:

- Situación de pareja.
- Contexto familiar.
- Consumo problemático de sustancias psicoactivas.
- Factores sociales y culturales que influyen en la codependencia.
- Visión que tienen de la codependencia.
- Consecuencias que han visto en personas codependientes.
- Estrategias para enfrentar la codependencia.
- Dificultades para enfrentar las estrategias.

### **3.5 Instrumento de recolección de datos y trabajo de campo**

Acorde a las técnicas mencionadas, se utilizaron como instrumentos pautas de entrevistas a las mujeres de la muestra e igualmente para los profesionales del COSAM "La Granja". Para ambas unidades de estudio se diseñaron pautas ad hoc sobre la base de los factores mencionados en el acápite anterior.

La muestra estuvo conformada por cinco mujeres mayores residentes en el sector de San Gregorio, comuna de La Granja, territorio caracterizado por una marcada identidad comunitaria, historia de resiliencia y presencia de redes familiares sólidas. El acercamiento a las entrevistadas se realizó de manera directa, procurando generar un ambiente de confianza, respeto y contención emocional que facilitara la expresión libre de sus relatos y percepciones.

Cuatro entrevistas se realizaron presencialmente en los domicilios de las participantes, mientras que una se efectuó de manera virtual, debido a que la entrevistada se encontraba fuera de Santiago realizando labores de cuidado familiar. Todas las participantes accedieron voluntariamente a formar parte del estudio, siendo previamente informadas acerca de los objetivos, alcances y resguardos éticos de la investigación. En cada caso se procedió a la lectura del consentimiento informado y se solicitó autorización para la grabación de las entrevistas, obteniéndose la conformidad de todas las participantes.

Asimismo, las entrevistas se desarrollaron durante tres jornadas consecutivas, en los lugares previamente acordados, con una duración aproximada de dos horas cada una. El hecho de realizar las entrevistas en los hogares de las participantes permitió observarlas en sus contextos habituales y cotidianos, lo que contribuyó a comprender de manera más profunda las dinámicas de codependencia presentes en su vida diaria. Durante las conversaciones, se evidenció una fuerte carga emocional: algunas participantes manifestaron dificultad para contener el llanto al relatar sus experiencias; sin embargo, su fortaleza y compromiso afectivo hacia sus familiares fueron elementos constantes. Sus testimonios reflejaron sentimientos de amor, responsabilidad, dolor y, en algunos casos, culpa, aportando una mirada significativa para la comprensión integral del fenómeno.

Por su parte, las 4 entrevistas semiestructuradas aplicadas a distintos profesionales del ámbito de la salud mental y la rehabilitación se gestionaron, inicialmente con dos profesionales del Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de San Gregorio, específicamente un psicólogo y una terapeuta ocupacional (TEO). No obstante, se presentaron dificultades asociadas a la disponibilidad y demora en las respuestas de ambos profesionales, logrando obtener únicamente la colaboración del psicólogo, quien remitió sus aportes de manera escrita por compromiso institucional. Frente a esta limitación, se amplió el alcance de la búsqueda a profesionales pertenecientes al Programa de Adicciones del

sector El Castillo, en la comuna de La Pintana, quienes accedieron a participar de manera más oportuna y con un alto nivel de compromiso.

En esta etapa, se incorporaron las respuestas de una psicóloga y una terapeuta ocupacional, ambas con una extensa trayectoria en el Programa de Adicciones del sector El Castillo, donde desarrollan intervenciones con adolescentes con responsabilidad penal y consumo problemático de sustancias. Estas profesionales, además, trabajan de forma directa con el entorno familiar de sus sujetos de atención, lo que les otorga una comprensión integral del fenómeno adictivo y de las dinámicas familiares asociadas a la codependencia.

Dicha experiencia les confiere las competencias técnicas y el conocimiento contextual necesarios para aportar de manera significativa a la presente investigación. La psicóloga envió sus respuestas mediante correo electrónico, evidenciando rigurosidad profesional y disposición colaborativa, mientras que la terapeuta ocupacional entregó sus aportes en formato de audio, destacando su análisis reflexivo y compromiso con la temática.

Asimismo, se realizó una entrevista presencial a un Técnico en Rehabilitación en Drogodependencia del Centro Comunitario Casa Piedra, ubicado en el sector de San Gregorio, quien aportó desde su amplia experiencia en procesos de rehabilitación y trabajo con familias. Su participación resultó especialmente relevante, ya que facilitó el contacto con cinco mujeres mayores entrevistadas, permitiendo ampliar la comprensión de los factores psicosociales vinculados a la codependencia.

Finalmente, se llevó a cabo una entrevista presencial con el Trabajador Social del CESFAM San Gregorio, quien proporcionó una visión integral sobre la dinámica familiar y las manifestaciones de la codependencia en mujeres mayores con familiares consumidores de sustancias, enfatizando los desafíos del abordaje comunitario y la importancia del fortalecimiento de las redes de apoyo locales. Sin embargo, se identificó como principal dificultad la imposibilidad de incorporar la perspectiva psiquiátrica, debido a la escasa disponibilidad de estos profesionales en el sistema público y a las restricciones de tiempo asociadas a sus funciones asistenciales. En síntesis, las entrevistas realizadas constituyeron un insumo técnico fundamental que permitió orientar conceptualmente la investigación, profundizar en la comprensión del fenómeno de la codependencia y consolidar una base empírica sólida para el análisis e interpretación de los resultados.

### **3.6 Plan de análisis**

El plan de análisis del proyecto es de tipo cualitativo y las entrevistas permitieron develar vivencias, significaciones y sentidos que las personas declararon en relación a sus propias experiencias con familiares que presentan consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Las entrevistas recopilaron información de los tópicos establecidos en función de los objetivos de este estudio y en el análisis se establecieron categorías emergentes a partir de las respuestas obtenidas en las entrevistas.

## **Capítulo IV. Resultados**

El análisis de las entrevistas a las usuarias del Programa Ambulatorio Básico en Adicciones (PAB) del CESFAM de San Gregorio y La Granja dio origen a 6 categorías emergentes, en función de las cuales se presentan los análisis de cada uno de los casos y se agrega una séptima categoría referida a las implicancias que los hallazgos tienen para el Trabajo Social planteada por las realizadoras de esta tesis.

Se ha optado por presentar cada uno de los casos en forma independiente dada la riqueza particular de sus relatos y por las singularidades que presentan, lo que nos orienta a proponer implicancias particulares desde el Trabajo Social para cada caso. Ello, sin embargo, no impide presentar una síntesis integrada y efectuar propuestas de carácter más general.

De igual forma se ha procedido con las entrevistas de los profesionales del área de las adicciones.

### **4.1 Visión de las usuarias**

#### **Entrevistada N°1**

La dinámica familiar compuesta por 5 personas, gira en torno a una mujer (62 años), separada, madre de dos hijas 30 y 25 años, quién ha asumido el cuidado principal de sus dos nietos de 10 y 11 años desde que eran lactantes, producto del abandono por parte de su hija mayor, quién presenta un consumo problemático de sustancias y se encuentra en situación de calle. Esta situación se arrastra desde hace aproximadamente el año 2015, generando una sobrecarga física, emocional y económica considerable para la abuela, que a pesar de su edad y su diagnóstico de artrosis —por el cual está a la espera de una operación— continúa trabajando como asesora del hogar para sostener el núcleo familiar.

La hija menor hoy de 25 años, que en ese entonces tenía solo 12 años cuando su madre se hizo cargo de los hijos de su hermana mayor, creció en un contexto de cuidado compartido con sus sobrinos, lo que pudo haber afectado su propio desarrollo. Actualmente es estudiante y vive con su madre, pero no se menciona como figura activa en el cuidado

de los niños, lo que sugiere que la responsabilidad principal continúa recayendo en la abuela.

En este contexto, se observa una estructura familiar de tipo ampliada con marcados signos de sobrecarga para la cuidadora principal, en un entorno de alta vulnerabilidad social y con escasas redes de apoyo. La figura materna destaca por su esfuerzo sostenido por mantener la estabilidad del hogar, pero enfrenta serios desafíos de salud, económicos y emocionales que amenazan con desbordar su capacidad de contención familiar.

Los hallazgos encontrados se presentan mediante las siguientes categorías:

### **1. Contexto estructural: desigualdad social, consumo y exclusión familiar**

Este caso se sitúa en un contexto de desigualdad social y fragilidad familiar donde el consumo de sustancias se normaliza como parte de la vida cotidiana. La entrevistada, mujer de 62 años, habita en un entorno donde la pobreza, la ausencia de redes institucionales efectivas y la maternidad extendida configuran su trayectoria vital.

El consumo de drogas en su hija mayor surge tempranamente —a los 12 años— y se enmarca en un contexto donde el padre también era consumidor:

*“Su papá es consumidor de marihuana, de toda la vida”.*

Este patrón refleja cómo las condiciones estructurales y culturales de un entorno vulnerable facilitan la transmisión del consumo entre generaciones.

La entrevistada se convierte en el eje del hogar, sosteniendo la economía y la crianza de hijas y nietos. Esta doble carga de cuidado y provisión se mantiene sin apoyo, evidenciando la feminización de la responsabilidad familiar en contextos de exclusión. Esto se refleja claramente cuando afirma:

*“Yo siempre he trabajado para mantener la casa”*

Con esta apreciación sintetiza esta realidad estructural de sobre exigencia femenina.

### **2. Desigualdad de género y roles de cuidado invisibilizados**

El relato evidencia cómo los roles tradicionales de género se consolidan como factores centrales en la construcción de la codependencia. La entrevistada asume la totalidad de las

funciones domésticas y emocionales del hogar, asimilando el sufrimiento como parte del deber materno.

Al enfrentarse al consumo y abandono de su hija, la entrevistada asume la crianza de sus nietos y solicita la tuición legal, lo que amplifica la carga emocional y social sobre su figura. Ella expresa:

*“Me hice cargo del 100% de los niños. Los niños fueron mi prioridad. Nunca elegí algo por mí antes que ellos”.*

Esta declaración revela el sacrificio absoluto como característica de la maternidad en contextos de vulnerabilidad, donde el bienestar personal se posterga indefinidamente.

Además, la entrevistada rompe con su pareja para priorizar el cuidado:

*“Tenía una pareja y terminé con mi pareja por los niños”.*

Esto refuerza la idea de que el cuidado, como mandato de género, se impone sobre el deseo individual, limitando la posibilidad de una vida autónoma.

### **3. Déficit de redes afectivas y soporte emocional**

La entrevistada transita gran parte de su experiencia en soledad. A pesar de recurrir a instituciones como el Tribunal de Familia y la Oficina de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (OPD), estas no ofrecen un acompañamiento emocional sostenido. Ella menciona que:

*“No tenía tiempo, no podía deprimirme, había que seguir trabajando”*

Con esa apreciación se demuestra cómo la supervivencia diaria reemplaza la posibilidad de cuidar su salud mental.

El aislamiento no es solo material, sino también emocional. La entrevistada narra cómo buscaba a su hija en lugares peligrosos:

*“Yo la salía a buscar, me metí en lugares peligrosos, y una vez no la reconocí, estaba con la cara cortada”.*

Este comportamiento refleja una forma extrema de cuidado que la expone físicamente, motivada por el amor, la culpa y la esperanza.

Las instituciones, si bien intervienen judicialmente, no logran generar redes de acompañamiento que la contengan. La mujer queda sola ante la doble tarea de mantener económicamente a su familia y sostener el proceso de rehabilitación de su hija, lo cual refuerza la invisibilización del sufrimiento femenino.

#### **4. Instituciones que perpetúan la desigualdad**

Aunque las instituciones cumplen un rol formal en la protección de los niños —por medio de la tuición otorgada—, su intervención se centra en el daño visible (los nietos), sin reconocer el daño emocional de la cuidadora. Este enfoque institucional, centrado en la dimensión legal y en la figura de la hija consumidora, deja fuera el sufrimiento de la madre, quien soporta sola la carga del cuidado prolongado.

La entrevistada relata:

*“Yo ya tenía todo listo en el centro. Le dije: es sí o es no, y ella me dijo sí, me voy”.*

Este testimonio refleja que la rehabilitación de su hija dependió más de su propia insistencia y gestión personal que del apoyo sistemático del Estado.

Así, se evidencia una falencia institucional: el abandono de las mujeres mayores cuidadoras en procesos de rehabilitación familiar, lo que perpetúa la desigualdad de género y el agotamiento emocional.

#### **5. Transmisión intergeneracional de la violencia y el cuidado**

El relato muestra cómo la violencia y el consumo se repiten entre generaciones, creando un ciclo difícil de romper. La hija mayor reproduce el consumo aprendido del padre, mientras que la madre asume el mismo rol de contención y sacrificio que tuvo en su propia infancia.

En palabras de la entrevistada:

*“Siempre me decía que la iba a recuperar, que algún día iba a volver a ser la misma”.*

Este vínculo está marcado por la esperanza y la culpa, elementos característicos de la codependencia.

La hija menor, por su parte, manifiesta resentimiento y cansancio por haber asumido responsabilidades que no le correspondían, generándose un conflicto entre hermanas. Este conflicto revela cómo las relaciones familiares se reconfiguran en torno a la adicción,

trasladando la sobrecarga de cuidado a diferentes generaciones de mujeres dentro del mismo núcleo familiar.

## **6. Resiliencia y agencia: la esperanza como fuerza de reparación**

A pesar de los años de dolor, la entrevistada proyecta una fuerza interna sostenida en la esperanza. Gestiona el ingreso de su hija a rehabilitación y acompaña el proceso completo, describiendo con emoción:

*“Creo que la última vez que lloré fue cuando ella se rehabilitó”.*

Este testimonio muestra que la esperanza y el amor se convierten en mecanismos de resistencia. La mujer mantiene el equilibrio familiar a través de su trabajo y su fe en la recuperación, demostrando una capacidad de agencia que permite reconstruir parte del tejido afectivo dañado.

La entrevista evidencia que su identidad está profundamente vinculada al rol de cuidadora, pero también que este mismo rol se resignifica al ver avances en su hija. Si bien persiste la sobrecarga, la resiliencia se convierte en un factor protector que le da sentido a su vida cotidiana.

## **7. Implicancias para la intervención desde el Trabajo Social**

Desde una perspectiva crítica y de derechos, el caso exige reconocer que las mujeres mayores cuidadoras viven procesos de desgaste físico, emocional y social invisibilizados por las instituciones. Es necesario diseñar intervenciones familiares con enfoque de género, que reconozcan la sobrecarga y que acompañen emocionalmente a las cuidadoras.

Asimismo, se deben generar espacios comunitarios de apoyo que permitan a estas mujeres compartir experiencias y romper con el aislamiento. La intervención profesional debe incluir herramientas para fortalecer la autonomía emocional y económica, promoviendo el autocuidado y la construcción de límites saludables.

### **Entrevistada N°2**

La dinámica familiar está compuesta por una mujer de 64 años, madre de 4 hijos, de 43, 41, 40 y 37 años respectivamente; se separa de su marido debido a VIF y se va con su hija mayor que estaba embarazada, los hijos restantes se quedaron con su papá. Actualmente

vive sola, desempleada, en condiciones precarias y con su salud comprometida debido a una hernia umbilical que requiere cirugía, enfrenta una alta vulnerabilidad, agudizada por la falta de redes de apoyo estables.

Su situación se ve agravada por la relación compleja con su hijo menor, quién presenta un consumo problemático de pasta base desde los 14 años y ha vivido de forma intermitente en situación de calle, pernoctando en una ocasión en el antejardín de la casa materna en período de un mes en el año 2016. Se hizo cargo de él cuando sale de la casa paterna productos de reiterados robos, estuvo detenido y debió ingresar a tratamientos, el cual llevó a cabo en forma intermitente. Pese a ser víctima de constantes robos por parte de él para sostener su consumo, la madre mantiene una postura de ayuda y protección, lo que evidencia una dinámica codependiente y de sufrimiento emocional crónico. Esta situación ha generado conflictos con su hija mayor, quien, al no estar de acuerdo con el apoyo que la madre brinda a su hermano, ha tomado distancia, debilitando aún más los lazos familiares.

En su conjunto, la familia muestra un alto nivel de deterioro relacional y social, con problemáticas asociadas al consumo de drogas, enfermedades crónicas, pobreza y aislamiento.

Los hallazgos encontrados se presentan mediante las siguientes categorías:

### **1. Contexto estructural: desigualdad social y género**

La historia de la entrevistada está marcada por una vida en contextos de pobreza, precariedad y exclusión social. Desde su infancia, vivió en barrios urbanos con alta presencia de consumo y violencia. La falta de oportunidades educativas y laborales condicionó su dependencia económica y emocional hacia los otros.

En su adultez, la desigualdad estructural se tradujo en una triple carga: mujer, cuidadora y pobre. Sin redes de apoyo, asumió sola la crianza y los procesos judiciales derivados del consumo de su hijo. Sobre ello, la entrevistada relata:

*“Tuve que ir a carabineros a rescatarlo, pasar por el juzgado, y de ahí me mandaron con una interconsulta al hospital El Peral para internarlo”.*

Este testimonio evidencia cómo la madre se convierte en el eje de resolución de problemas legales y sociales, sin acompañamiento institucional efectivo. La precariedad estructural — agravada por la edad, la soledad y la enfermedad— actúa como un factor facilitador de la codependencia.

## **2. Desigualdad de género y roles de cuidado invisibilizados**

La entrevistada ha construido su identidad en torno al cuidado y sacrificio maternal, dejando de lado su vida personal. En sus palabras:

*“Dejé de hacer mi vida con alguna pareja. Di prioridad más a él... dejé de hacer las cosas que me gustaban”.*

Este mandato de género, interiorizado desde la cultura, la lleva a reproducir el rol de madre protectora incluso cuando su hijo es adulto. Recuerda que en varias ocasiones:

*“Yo lo escondía, tuve que luchar contra el mundo y contra la drogadicción de mi hijo”.*

La codependencia se manifiesta en la negación del autocuidado, el agotamiento físico y emocional, y la resignificación del dolor como parte del amor maternal. Tal como ella misma expresa:

*“Yo podía contener a mi hijo, pero ¿quién me contenía a mí?”.*

## **3. Déficit de redes afectivas y soporte emocional**

La entrevistada se encuentra completamente sola. Ella comenta:

*“Me dieron toda la espalda, mis hijos se me fueron en contra, mis vecinos no querían saber de él”.*

La falta de apoyo familiar y social refuerza su dependencia emocional hacia el hijo consumidor, quien se convierte en su única compañía.

Sobre las consecuencias emocionales que esto le generó, señala:

*“Esto me llevó a una depresión demasiado grande, que hasta el día de hoy me la estoy tratando”.*

El aislamiento es total: ni familia, ni vecinos, ni comunidad ofrecen contención, lo que genera un círculo de vulnerabilidad y sufrimiento continuo.

#### **4. Instituciones que perpetúan la desigualdad**

La entrevistada ha tenido contacto con instituciones de salud, pero con apoyos fragmentados y sin continuidad. En relación con la atención recibida en el CESFAM San Gregorio, recuerda:

*“Nos enseñaban que éramos co-dependientes, porque si ellos estaban bien, nosotros estábamos bien, pero si estaban mal, nosotros también”.*

Esta experiencia permitió que identificara su codependencia, pero no hubo un seguimiento sostenido. Tal como menciona:

*“Fueron buenas terapias, pero todo terminó y seguí sola”.*

La ausencia de políticas de apoyo a mujeres mayores cuidadoras y la falta de acompañamiento sistemático evidencian la desprotección estatal, reproduciendo la idea de que estas mujeres deben enfrentar las crisis solas.

#### **5. Transmisión intergeneracional de la violencia y el cuidado**

El relato muestra cómo la violencia y el sacrificio se transmiten entre generaciones. Al respecto, la entrevistada comenta:

*“Nunca permití que mis hijos se dieran cuenta. Siempre todo lo recibí callada”.*

Más tarde, repite un patrón de sobreprotección con su hijo menor, intentando compensar el abandono inicial tras la separación. Sobre este sentimiento, comparte:

*“Me sentía culpable por haberlo dejado con su padre... todavía a veces me siento culpable, porque pienso que, si me hubiera quedado, la vida de mis hijos habría sido diferente”.*

Esta culpa constante refuerza la dependencia emocional y justifica el sacrificio personal como una forma de reparación simbólica. Así, la historia familiar se perpetúa en una lógica donde el dolor se hereda y el cuidado se transforma en carga.

## **6. Resiliencia y agencia: una mirada no victimizante**

A pesar de las múltiples adversidades, muestra capacidad de resiliencia y agencia. Fue ella quien buscó ayuda psicológica y participó durante dos años en un grupo terapéutico. En este proceso de cambio, relata:

*“Ahí aprendí cómo nos manipulan, cómo caemos en el juego de ellos... y aprendí que yo también era co-dependiente”.*

También destaca la transformación del vínculo con su hijo. Expresando con emoción:

*“Recuperé totalmente la confianza. Por amor de madre y porque él vio todo lo que yo sacrificaba”.*

Si bien el consumo no desaparece por completo, la relación se resignifica y adquiere un nuevo equilibrio afectivo. La esperanza, el aprendizaje y la búsqueda de apoyo institucional se convierten en factores protectores frente a la soledad y la culpa.

## **7. Implicancias para la intervención desde el Trabajo Social**

El análisis del caso permite identificar desafíos concretos para la práctica profesional del Trabajo Social en contextos de consumo y codependencia, particularmente con mujeres mayores:

Enfoque de género y visibilización del rol cuidador: Reconocer el desgaste emocional, físico y psicológico de las mujeres que asumen el cuidado de familiares consumidores. La intervención debe valorar su experiencia sin culpabilizarlas, incorporando espacios de reparación emocional.

Acompañamiento psicosocial sostenido: Fortalecer la continuidad de las terapias individuales y grupales, evitando procesos asistenciales breves que interrumpen el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Trabajo intergeneracional: Abordar las secuelas del consumo y la violencia en todo el núcleo familiar, promoviendo vínculos saludables y evitando la transmisión del sacrificio y la culpa como herencia emocional.

Redes comunitarias de apoyo: Fomentar espacios participativos donde las mujeres mayores puedan compartir experiencias, fortalecer su autoestima y generar lazos de confianza.

Promoción de la autonomía y autocuidado: Incorporar en las intervenciones herramientas de empoderamiento y educación en autocuidado físico, emocional y económico, que les permitan construir una identidad más allá del rol de cuidadora.

Desde esta perspectiva, el Trabajo Social tiene el desafío de pasar de la atención al “consumidor” como foco principal, a la comprensión integral de la familia como un sistema en el que las mujeres mayores desempeñan un papel esencial en la contención, pero también necesitan ser contenidas.

### **Entrevistada N°3**

La dinámica familiar está compuesta por 7 personas, encabezada por una mujer de 66 años, residente en la población San Gregorio de la comuna de La Granja, separada de hecho del padre de sus hijos desde el año 2008. Actualmente convive con su pareja de 65 años, aunque la relación se encuentra deteriorada tras descubrir el consumo de cocaína por parte de él. La mujer es madre de cuatro hijos adultos: dos hijas de 45, 44, un hijo de 42 y la hija menor de 35 años.

En este entorno, varios integrantes de la familia presentan patrones de consumo problemático de sustancias. Su hija de 45 años consume alcohol y vive en un pequeño departamento interior con su pareja, siendo madre de 3 hijos, de 25, 23 y 16 años, de los cuales su hija mayor es de un padre y los otros dos hijos varones, son de otro papá. La abuela, actualmente de 66 años, se hizo cargo de su nieta desde muy pequeña, que a la fecha tiene 25 años presentando consumo de marihuana (THC) desde los 15 años y tiene dos hijos pequeños, cuyos cuidados recaen completamente en ella y su abuela, ya que el padre no asume responsabilidades.

La segunda hija de 44 años también consume alcohol los fines de semana y tiene dos hijas de 21 y 19 años, de diferentes padres, los cuales no son parte de la dinámica familiar.

El hijo de 42 años tiene consumo problemático de cocaína desde hace 20 años y tiene dos hijas de 14 y 7 años, a las cuales ve cada 15 días ya que no vive con la madre de sus hijas y realiza trabajos esporádicos.

La hija menor de 35 años, quién recientemente se ha separado vuelve a vivir con su madre junto a sus tres hijos de 12, 10 y 3 años, quiénes ven a sus padres cada 15 días con sus respectivos padres, dado que tienen distintos progenitores.

El hogar es sostenido económicamente por los ingresos del arriendo de dos piezas, la Pensión Garantizada Universal (PGU) que recibe la madre de 66 años, el aporte de su ex pareja 65 años, que presenta serios problemas de salud y las pensiones alimenticias de los niños de la hija menor.

La dinámica familiar muestra una estructura extensa, con múltiples generaciones conviviendo bajo un mismo techo, marcada por el consumo de sustancias, relaciones afectivas inestables, sobrecarga femenina en el rol de cuidado y un desgaste significativo en la salud física y emocional de la matriarca.

Los hallazgos encontrados se presentan mediante las siguientes categorías:

### **1. Contexto estructural: Desigualdad social y género**

La historia de la entrevistada se inscribe en un escenario de profunda desigualdad social, marcado por la precariedad habitacional, la informalidad laboral y el abandono institucional. La entrevistada vive en una vivienda heredada, sin acceso a ingresos estables ni redes de protección social robustas.

Este contexto de exclusión la ha empujado a sostener la vida familiar prácticamente en solitario. Frente a esta realidad, ella afirma:

*“Yo he tenido que hacerme cargo de todo... aquí nadie más da la cara, ni el Estado, ni la familia.”*

Esta frase ilustra con crudeza cómo el modelo neoliberal y patriarcal empuja a las mujeres a hacerse responsables del bienestar familiar sin respaldo real, colocándolas en una situación de sobrecarga estructural.

## **2. Desigualdad de género y roles de cuidado invisibilizados**

La entrevistada ha asumido históricamente el rol de cuidadora principal, tanto de su hijo con consumo problemático como de sus nietas. Esta labor, realizada sin reconocimiento ni apoyo institucional, ha implicado un alto costo físico y emocional. En relación a esto, ella expresa:

*“Yo no he vivido mi vida... he vivido la vida de los demás.”*

Esta frase refleja con claridad la anulación subjetiva que produce el mandato de cuidado. Su entrega al cuidado ha sido leída por su entorno como “obligación moral” más que como un esfuerzo voluntario, reforzando un modelo de género que invisibiliza el sacrificio femenino y despolitiza el trabajo reproductivo.

## **3. Déficit de redes afectivas y soporte emocional**

La entrevistada vive una situación de soledad emocional aguda. Aunque habita una casa familiar, sus vínculos afectivos están deteriorados. Las hijas se han distanciado y su relación con su hijo es ambivalente, marcada por el amor, la preocupación y la rabia. Sobre esta vivencia ella menciona:

*“A veces siento que estoy sola en el mundo... ni siquiera mis hijas entienden lo que vivo.”*

Esto evidencia una ruptura de las redes significativas, donde incluso los lazos familiares se ven debilitados. Este aislamiento afecta directamente su salud mental, generando sentimientos de tristeza crónica, ansiedad y desesperanza. La única figura que aparece como contenedora es la terapeuta del CESFAM, a quien ella define como:

*“La única que me escucha sin juzgar”.*

## **4. Instituciones que perpetúan la desigualdad**

Las respuestas institucionales que ha recibido la entrevistada han sido insuficientes o discontinuas. No ha contado con apoyos concretos para enfrentar el consumo problemático de su hijo ni para proteger adecuadamente a sus nietas. La ausencia de políticas integrales ha provocado una delegación del cuidado hacia ella, sin acompañamiento ni recursos. Respecto de esta situación, la entrevistada relata:

*“La asistente social me dijo una vez que hiciera la denuncia, pero después nadie más apareció...quedé sola”.*

Esta frase retrata cómo las instituciones no solo fallan en la protección, sino que también retraumatizan al no sostener los procesos iniciados. Desde Trabajo Social, esto interpela directamente a la necesidad de una intervención intersectorial, con enfoque de derechos y sostenibilidad.

### **5. Transmisión intergeneracional de la violencia y el cuidado**

La historia de vida de la entrevistada está marcada por ciclos de violencia, abandono y consumo. Ella misma reconoce que su padre fue alcohólico y su madre poco presente.

Posteriormente, vivió una relación de pareja violenta, y ahora repite el ciclo al cuidar a un hijo consumidor y asumir la crianza de sus nietas en un contexto de negligencia parental. Al respecto, ella señala:

*“Mi papá tomaba... mi marido también. Ahora mi hijo. Es como un castigo que se repite.”*

Este relato evidencia cómo la violencia y el cuidado se entrelazan y se transmiten generacionalmente, sobre todo por la vía femenina. La entrevistada ha asumido un rol reparador dentro de su historia familiar, pero lo ha hecho sin apoyo estructural, quedando atrapada en un circuito de repetición dolorosa.

### **6. Resiliencia y agencia: una mirada no victimizante**

Pese a todo, la entrevistada ha iniciado un proceso de transformación. Gracias al espacio terapéutico, comienza a reconocerse como Sujeta de derechos y a tomar decisiones centradas en su bienestar. Ha aprendido a poner límites, ha priorizado su salud y se ha permitido momentos de descanso y placer. Sobre este proceso de cambio, ella comenta:

*“Me fui unos días... por primera vez en mucho tiempo no sentí culpa.”*

Este cambio es clave. Desde Trabajo Social, es fundamental leer su historia no solo desde la vulneración, sino también desde su capacidad de agencia, su sabiduría práctica y su resiliencia. Su trayectoria demuestra que las mujeres no son meramente víctimas, sino también constructoras activas de estrategias de resistencia.

## **7. Implicancias para el Trabajo Social**

El caso plantea la necesidad de una intervención desde el Trabajo Social con enfoque estructural, de género y de derechos. Esto implica reconocer que las problemáticas vividas por la entrevistada trascienden el ámbito individual, respondiendo a desigualdades sociales y a la sobrecarga femenina del cuidado.

Desde esta perspectiva, el Trabajo Social debe promover acompañamientos integrales y sostenidos, fortalecer redes comunitarias y articular respuestas intersectoriales. Asimismo, resulta clave visibilizar el valor del trabajo de cuidado, fomentar la autonomía de la entrevistada y potenciar su capacidad de agencia como sujeto activo de derechos y transformación social.

### **Entrevistada N°4**

La dinámica familiar gira en torno a una mujer de 72 años, viuda desde hace 5 años, madre de cuatro hijos, de 54, 52, 40 y 36 años. Su tercera hija, 40 (a), inició el consumo problemático de sustancias a los 18 años, comenzando con cocaína y posteriormente con pasta base.

Durante los primeros años de consumo, comenzó a robar herramientas a su padre para financiar su adicción. Luego se fue a vivir con su pareja, quien también consumía drogas, y con quien mantuvo una relación marcada por episodios de violencia intrafamiliar. A lo largo del tiempo, esta hija regresaba al hogar materno de forma intermitente, sobre todo tras sufrir situaciones de violencia, sin llegar a estabilizarse. A través de este periodo nacieron sus dos hijos varones, uno actualmente de 20 y otro de 8 años, quienes han sido criados en gran medida por la abuela, debido a la inestabilidad de la madre.

Hace cinco años falleció el esposo, quedando ella sola a cargo del hogar y de sus nietos. Aproximadamente hace seis meses, la hija vivió en situación de calle, residiendo en rucos y sin contacto sostenido con su familia; hace dos meses, volvió al hogar solicitando ayuda para iniciar un tratamiento, siendo actualmente usuaria de un centro de rehabilitación.

En este contexto, esta mujer de ya 72 años asumió la tutela de sus nietos, convirtiéndose en la principal figura de cuidado, contención y sostén emocional, físico y económico del núcleo familiar y actualmente también de su hija en tratamiento.

Los hallazgos encontrados se presentan mediante las siguientes categorías:

### **1. Contexto estructural: Desigualdad social y género**

El caso se enmarca en un contexto de desigualdad estructural que atraviesa múltiples dimensiones: pobreza, precariedad habitacional, exposición a la violencia y a entornos de consumo. La entrevistada, al igual que muchas mujeres mayores, ha sido testigo y víctima de condiciones sociales adversas a lo largo de su vida.

Estas condiciones no solo han limitado sus oportunidades educativas y laborales, sino que también han afectado directamente la forma en que puede abordar la problemática de adicción de su hija. Como ella relata:

*“Lo primero que tuve que hacer fue dejar de trabajar. Después mi hija tuvo otro hijo y como ella no estuvo mucho tiempo bien, también tuve que hacerme cargo desde los 8 meses de vida”*

El acceso a tratamientos, apoyos profesionales y redes de acompañamiento no ha sido equitativo ni oportuno. La ubicación en un barrio con alto acceso a drogas representa un riesgo constante no solo para su hija, sino también para su salud mental, por el estrés sostenido que esto genera. Esta realidad evidencia cómo el entorno social y territorial condiciona las posibilidades de cuidado, recuperación y autocuidado.

### **2. Desigualdad de género y roles de cuidado invisibilizados**

El relato de la entrevistada muestra cómo el rol de cuidado ha sido asumido de forma casi automática e incondicional, sin cuestionamiento, ni reconocimiento social ni institucional. Su función como madre no se detuvo con la adultez de su hija, sino que se extendió al cuidado de sus nietos. Al respecto, ella recuerda:

*“Ella tenía una pareja que la maltrataba, entonces cuando él la golpeaba. Ella volvía a la casa conmigo. Ahí fue cuando decidí hacerme cargo de mi nieto. Pedí la tuición porque no podía dejarlo así”.*

Asimismo, acompaño múltiples crisis, reproduciendo un patrón que se espera culturalmente de las mujeres mayores: cuidar sin límite, sin pausa y sin retribución.

Este mandato de género la ha llevado a naturalizar la postergación de sus propias necesidades, asumiendo como “normal” vivir con múltiples enfermedades sin atención adecuada, o dejar de trabajar para criar a sus nietos. No se trata solo de una elección individual, sino de un sistema de género que estructura el lugar que las mujeres deben ocupar en la familia y en la sociedad: el cuidado invisible, silencioso y permanente.

### **3. Déficit de redes afectivas y soporte emocional**

El aislamiento emocional de la entrevistada es uno de los factores más críticos que facilitan la codependencia. La falta de apoyo por parte de sus otros hijos, las críticas que ha recibido por sostener a su hija, y la escasa red social en su entorno, refuerzan una sensación de soledad que termina siendo compensada por el rol de cuidadora.

Al no tener con quién compartir la carga emocional, ni espacios donde validar sus emociones o recibir orientación sostenida, su vínculo con la hija se convierte en el principal eje afectivo de su vida, aunque este esté mediado por la preocupación, la culpa y el desgaste. Esto restringe su capacidad de establecer límites, de priorizarse y de reconstruir una identidad fuera del rol de madre-cuidadora.

### **4. Instituciones que perpetúan la desigualdad**

Aunque la entrevistada ha tenido contactos puntuales con servicios de salud mental, el Estado no ha entregado un acompañamiento constante ni con perspectiva de género ni con enfoque familiar. La atención que recibió tras la muerte de su esposo fue breve, y no contempló su rol como cuidadora de una persona con consumo problemático ni su propia salud emocional.

La ausencia de políticas públicas que aborden integralmente la codependencia desde el envejecimiento y la feminización del cuidado, refuerza la idea de que las mujeres deben seguir sosteniendo solas las crisis familiares. De este modo, las instituciones no solo no alivian la carga, sino que, en muchos casos, la profundizan por omisión o negligencia.

## **5. Transmisión intergeneracional de la violencia y el cuidado**

El caso permite observar cómo las dinámicas familiares disfuncionales, marcadas por el abandono, la violencia de pareja y el consumo se reproducen a lo largo de las generaciones. La hija de la entrevistada también fue víctima de violencia por parte de su pareja, en un contexto donde la protección fue limitada, y esto derivó en un patrón de consumo.

En este escenario, la entrevistada asume el cuidado de sus nietos, como si intentara “reparar” lo que su hija no pudo hacer, repitiendo una lógica de cuidado sacrificial. Esta transmisión no se da solo en la violencia, sino también en la forma en que se reproduce el rol materno como sinónimo de abnegación. El patrón de salvar, cuidar y sostener, muchas veces en silencio y sin reconocimiento, se convierte en un legado que atraviesa a varias generaciones.

## **6. Resiliencia y agencia: una mirada no victimizante**

A pesar del dolor y el desgaste, el caso también muestra importantes elementos de resiliencia y agencia. La entrevistada tomó decisiones difíciles, como pedir la tuición de sus nietos, enfrentar la violencia del yerno, o poner límites al regreso de su hija mientras no termine el tratamiento. En relación con esto, ella señala:

*“Miré, mi hija un día volvió a la casa y me dijo que quería internarse, Y a mi hija siempre traté de ayudarla cuando se dejaba ayudar”.*

Estas acciones, aunque mediadas por el amor y el deber, también hablan de su capacidad de enfrentar situaciones complejas y proteger a quienes dependen de ella.

Su deseo de que *“todos sus hijos estén bien”* no solo refleja una carga emocional, sino también una visión de bienestar colectivo que guía sus decisiones. Reconocer estos elementos permite no reducirla a una figura pasiva o víctima, sino como una mujer mayor con una historia de lucha, que ha sostenido a su familia en contextos adversos, a pesar del abandono institucional y del costo personal.

El caso de la entrevistada permite visibilizar cómo la codependencia en mujeres mayores no es una elección voluntaria o patológica en sí misma, sino el resultado de múltiples capas de desigualdad estructural, cultural y afectiva. La desigualdad de género, la falta de apoyos, el contexto territorial y la naturalización del sufrimiento como parte del cuidado, conforman

un entramado que dificulta el ejercicio del autocuidado y perpetúa vínculos de dependencia emocional.

Sin embargo, este análisis también destaca que, en medio de la adversidad, existen formas de resistencia, agencia y amor que deben ser reconocidas como parte del proceso. La clave está en construir intervenciones que no solo atiendan el consumo problemático, sino que también cuiden a quienes cuidan, desde una mirada integral, con enfoque de género y con especial atención a las mujeres mayores que han sostenido, en silencio, historias de profundo dolor y resiliencia.

### **7. Implicancias para la intervención desde el Trabajo Social**

Reconocimiento del cuidado como trabajo no remunerado y generador de desgaste: Desde el Trabajo Social es fundamental visibilizar y reconocer que el cuidado brindado por mujeres mayores a familiares con consumo problemático no es solo un acto de amor o responsabilidad, sino también una forma de trabajo no remunerado que produce un alto costo físico y emocional. Intervenir implica promover el reconocimiento institucional de estas cuidadoras y generar mecanismos de compensación y apoyo sostenido, tales como ayudas económicas, prestaciones de salud prioritaria o espacios de respiro y autocuidado.

Intervenciones con enfoque de género y ciclo vital: El abordaje del fenómeno de la codependencia debe incorporar una perspectiva de género que considere la feminización del cuidado y los mandatos culturales que imponen a las mujeres mayores el deber de sostener, muchas veces en solitario, el bienestar de otros. Además, el Trabajo Social debe integrar el ciclo vital en la planificación de sus intervenciones, considerando que las necesidades, capacidades y vínculos afectivos de una mujer de 70 años no son las mismas que en etapas previas de la vida. Esto implica no infantilizar, pero sí adaptar los apoyos a esta etapa específica.

Construcción de redes comunitarias y afectivas: La soledad y el aislamiento son factores facilitadores de la codependencia. Por tanto, una implicancia directa para el Trabajo Social es la creación y fortalecimiento de redes de apoyo formales e informales. Esto puede incluir grupos de apoyo para cuidadoras, redes comunitarias de colaboración, espacios de escucha activa y vinculación con otras familias en contextos similares. El fortalecimiento del tejido social es clave para reducir la sobrecarga emocional y evitar que toda la responsabilidad recaiga en una sola persona.

Acompañamiento psicosocial centrado en el vínculo y no solo en la adicción: Las intervenciones no pueden centrarse únicamente en el tratamiento del consumo de drogas, sino que deben abordar los efectos que este problema genera en el sistema familiar, especialmente en las personas que cuidan. En este caso, es esencial acompañar emocionalmente a la entrevistada en su proceso de separación emocional, establecimiento de límites, resignificación de la culpa y desarrollo de una identidad más allá del rol de madre cuidadora.

El Trabajo Social puede trabajar coordinadamente con psicología, salud y redes territoriales para implementar planes de acompañamiento familiar integrales.

Intervención territorial e intersectorial: Dado que el entorno inmediato presenta alto acceso a drogas y escasos recursos protectores, es imprescindible una intervención territorial que articule respuestas desde el municipio, salud, organizaciones comunitarias y redes educativas, entre otras. El Trabajo Social debe actuar como articulador intersectorial, promoviendo acciones colectivas que protejan tanto a los consumidores como a quienes los cuidan, con una mirada sistémica e integrada.

### **Entrevistada N°5**

La dinámica familiar está compuesta por una mujer de 54 años, casada, su esposo de 55 años con consumo problemático de alcohol desde hace 15 años y con tres hijos 33, 31, y 19 años. Actualmente vive en su casa junto a su hija de 31 años, dos nietos 13 y 8 años y su hijo menor de 19 años.

A lo largo de los años, ha enfrentado un proceso progresivo de deterioro en la convivencia, pasando de un consumo ocasional los fines de semana a una dependencia diaria del alcohol por parte de su esposo, lo que generó episodios constantes de violencia psicológica, insultos y tensión familiar. Esta situación afectó profundamente tanto su bienestar emocional como la dinámica del hogar.

Con el fin de proteger a su familia, especialmente a sus hijos y nietos, la entrevistada adoptó la decisión de alejar a su esposo del entorno cotidiano, facilitando su traslado a Puerto Saavedra. Ella misma viaja periódicamente hasta allá para acompañarlo y contener su situación, mostrando un fuerte compromiso con su rol de cuidadora, pese al desgaste

emocional y físico que esto implica. Su testimonio evidencia la carga que asume en solitario, siendo el principal sostén emocional y organizativo de la familia.

En este contexto se profundiza en las principales dificultades que enfrenta, destacando el cansancio acumulado por años de convivencia con el consumo, la falta de apoyo institucional y familiar, la sobrecarga en su rol de cuidadora y el impacto emocional que ha tenido en su salud mental. Su relato refleja la complejidad de sostener una estructura familiar en un contexto de adicción, mostrando tanto las estrategias de afrontamiento que ha desarrollado como los límites que ha debido establecer para preservar la estabilidad de su hogar.

Los hallazgos encontrados se presentan mediante las siguientes categorías:

### **1. Contexto estructural: consumo de alcohol, desigualdad y violencia normalizada**

El caso se enmarca en un entorno donde el consumo de alcohol es parte de las prácticas sociales y culturales heredadas. La entrevistada recuerda que al inicio el beber de su esposo era ocasional, asociado a fines de semana, y señala:

*“Yo dije... bueno, los fines de semana no pasa nada, tranquilo... pero después con el tiempo empezaron los insultos”.*

Sin embargo, este consumo derivó en alcoholismo diario y en un sistema de convivencia marcado por la violencia psicológica, económica y sexual. Asimismo, comenta:

*“Sus papás vendían vino clandestino... él aprendió a tomar de muy chico”.*

Esta transmisión cultural refuerza la idea de que la codependencia no surge de manera aislada, sino dentro de estructuras que normalizan el consumo y legitiman la subordinación femenina en contextos de vulnerabilidad.

### **2. Desigualdad de género y roles de cuidado invisibilizados**

La vida de la entrevistada evidencia cómo los roles tradicionales de género actúan como facilitadores de la codependencia. El sacrificio personal emerge como parte de su identidad de mujer cuidadora, tal como expresa:

*“Era mi sacrificio estar en todas con él, pero yo dejando de lado lo que tenía que hacer con mi hijo”.*

En este testimonio se observa cómo el bienestar del esposo fue prioritario por sobre el propio y el de sus hijos, lo que invisibiliza sus necesidades y consolida la dinámica de dependencia.

A ello se suma lo que ella relata sobre la violencia sexual dentro del matrimonio:

*“Si yo no quería tener sexo, yo me sentía violada, porque él me decía date vuelta y yo ahí lloraba”.*

La naturalización de estas prácticas confirma que el género no solo estructura los roles familiares, sino que también legitima formas de violencia simbólica y material contra las mujeres.

### **3. Déficit de redes afectivas y soporte emocional**

El aislamiento social de la entrevistada es otra expresión de la codependencia. En relación con ello, afirma:

*“Yo no iba a andar comentándole al barrio lo que estaba haciendo”.*

El temor al estigma y la falta de apoyo comunitario la llevaron a enfrentar en soledad gran parte de su experiencia.

Las únicas redes que intervinieron de manera directa fueron el COSAM, que visibilizó la violencia y le brindó herramientas de contención, y la familia extensa del esposo, que desde una visión religiosa reforzó su proceso de abstinencia. Sin embargo, estas redes estuvieron centradas en la recuperación del varón, lo que dejó invisibilizado el sufrimiento emocional de la entrevistada.

### **4. Impacto en la salud física y emocional**

Las consecuencias de sostener la dinámica familiar recayeron directamente en la salud de la entrevistada. Ella misma reconoce:

*“Mi depresión es por siempre”.*

Además, presenta hipertensión, artrosis y prediabetes, condiciones asociadas al desgaste físico y emocional.

Sobre la violencia verbal que sufrió, recuerda:

*“¿Quién te va a pescar con lo guatona que estás? Yo lloraba”.*

Estas frases muestran cómo la codependencia afecta no solo el plano psicológico, sino también la autopercepción corporal y el bienestar integral.

### **5. Transmisión intergeneracional de la violencia y la codependencia**

El relato confirma que las dinámicas de violencia y dependencia no se limitan a la pareja, sino que se transmiten a las generaciones siguientes. Su hija del medio estableció una relación con un consumidor de drogas y sufrió maltrato, llegando a un intento de suicidio. La entrevistada relata:

*“Ella intentó suicidarse... entonces yo la fui a sacar de esa relación y se vino con mis nietos a mi casa”.*

Este hecho refleja cómo la codependencia se transforma en un patrón aprendido que se reproduce, consolidando a la mujer como protectora intergeneracional. Así, la entrevistada no solo sostuvo la rehabilitación de su esposo, sino que también asumió la crianza y cuidado de sus nietos, prolongando la sobrecarga en su ciclo vital.

### **6. Resiliencia y agencia: más allá de la victimización**

En medio de estas adversidades, la entrevistada desarrolló estrategias de resistencia y autoprotección. En este sentido, destaca:

*“Gracias a que empecé a trabajar, pude tener mi casa”.*

Este logro material no solo le dio estabilidad, sino también cierta independencia frente al control económico del esposo. Del mismo modo, comenta respecto a su hijo menor:

*“Yo prefiero que esté en la casa tocando guitarra que ande en la calle drogándose”.*

Estas acciones muestran cómo, incluso en contextos de sobrecarga, las mujeres despliegan recursos para sostener a la familia y garantizar mejores condiciones para sus hijos.

## **7. Implicancias para la intervención desde el Trabajo Social**

El caso evidencia la necesidad de intervenciones que no reduzcan el problema únicamente al consumidor, sino que integren a la mujer cuidadora y al entorno familiar. Desde una perspectiva de derechos y género, se vuelve prioritario:

- Incorporar programas que reconozcan y atiendan el sufrimiento de las mujeres cuidadoras, validando sus experiencias de violencia psicológica, económica y sexual.
- Diseñar estrategias intergeneracionales que prevengan la repetición de patrones violentos en hijas e hijos.
- Garantizar acceso a salud mental para mujeres mayores, con acompañamiento sostenido en el tiempo.
- Fortalecer redes comunitarias de apoyo que permitan romper el aislamiento y compartir experiencias con otras mujeres.
- Potenciar la autonomía económica y la resiliencia, reconociendo logros como el trabajo y la adquisición de vivienda como pilares para su empoderamiento.

### **Análisis integrado**

El análisis transversal de los cinco casos estudiados permite comprender la codependencia en mujeres mayores como un fenómeno profundamente arraigado en condiciones estructurales de desigualdad. Este fenómeno se sostiene en mandatos de género que se reproducen históricamente y en dinámicas familiares atravesadas por violencia, precariedad emocional y ausencia de apoyo institucional. Lejos de constituir una respuesta individual o un rasgo personal, la codependencia emerge como una forma de sobrevivencia en contextos donde las mujeres sostienen la vida cotidiana con recursos mínimos y un alto nivel de sobrecarga física y emocional.

Los relatos recogidos muestran que estas dinámicas se desarrollan en entornos marcados por la pobreza, la inestabilidad económica, el acceso permanente a sustancias y la falta de políticas públicas que reconozcan el valor del cuidado ejercido por las mujeres, especialmente cuando este se realiza en condiciones de alto riesgo.

### **Contextos de consumo y precariedad económica**

En todos los casos analizados, el consumo problemático de alcohol y drogas aparece inserto en territorios donde la violencia, la inseguridad y el debilitamiento de las redes comunitarias forman parte de la vida cotidiana. Las entrevistadas señalan que el acceso a sustancias en sus barrios es fácil y permanente, lo que normaliza su presencia y disminuye las posibilidades de romper el ciclo de consumo.

Esta situación se agrava por la precariedad laboral: la mayoría de las mujeres ha desempeñado trabajos informales, con ingresos inestables y sin acceso a sistemas de protección social. La vulnerabilidad económica limita su capacidad de tomar decisiones autónomas y las mantiene en una posición de dependencia frente a las dinámicas familiares, especialmente cuando deben hacerse cargo de hijos o parejas consumidoras.

### **Mandatos de género y roles de cuidado**

El mandato de género aparece como un eje transversal que organiza la vida de estas mujeres. Todas describen su rol cuidador como una obligación moral profundamente internalizada, que les impide priorizarse o establecer límites frente al daño. Ideas como *“una mujer debe aguantar”*, *“mantener la familia unida”* o *“sacrificarse por sus hijos”* se repiten en los cinco relatos, independientemente de la edad o del contexto específico.

Este patrón se observa tanto en mujeres jóvenes como mayores: posponen su bienestar personal, descuidan su salud, renuncian a espacios de descanso y asumen como responsabilidad exclusiva la contención emocional del familiar consumidor. Este mandato se expresa no solo en la maternidad, sino también en otros vínculos: hermanas mayores, parejas e incluso abuelas reproducen un rol de entrega permanente que se naturaliza a lo largo de generaciones.

### **Violencia normalizada como estructura del vínculo**

La violencia constituye un componente central que atraviesa todos los relatos y que, lejos de romper los vínculos, los refuerza de manera dolorosa. Las mujeres describen múltiples formas de violencia de parte de sus familiares drogodependientes tanto física, psicológica, sexual, económica y afectiva que se han integrado como parte estructural de sus dinámicas familiares. Resulta paradójico que las mujeres cuidadoras sean constantemente violentadas por aquellos a quienes cuidan.

Lo significativo es que esta violencia se vive como algo “normal”, un costo esperado en contextos marcados por el consumo. Las entrevistadas relatan insultos, amenazas, agresiones y humillaciones que se mantienen en silencio por miedo, vergüenza o por la convicción de que “así son las cosas”. En muchos casos, el control económico también opera como forma de violencia: las mujeres sostienen el hogar, mientras los consumidores administran o restringen los recursos, generando mayor dependencia.

### **Aislamiento emocional y centralidad del consumidor**

El aislamiento emocional emerge como un factor que intensifica la codependencia. Varias mujeres expresan que no cuentan con apoyo familiar, que sus redes se han debilitado o que la estigmatización del consumo las ha llevado a ocultar su situación. Otras mencionan que la familia extensa no las apoya, las critica o incluso las responsabiliza del consumo del hijo, pareja o hermano.

Este aislamiento crea un círculo donde el consumidor se convierte en el eje central del mundo emocional de la cuidadora, reforzando su rol como única contenedora y otorgando sentido a su identidad a través del sacrificio. Con el tiempo, las mujeres quedan atrapadas en un vínculo que combina amor, miedo, protección y angustia, donde el bienestar del otro pesa más que el propio.

### **Impacto en la salud física y emocional**

Este conjunto de factores tiene consecuencias profundas en la salud física y mental de las entrevistadas. Todas mencionan enfermedades crónicas, dolores corporales, trastornos del sueño, hipertensión o descompensaciones derivadas del estrés prolongado. En el plano emocional, la depresión, la ansiedad, la culpa y el miedo constante son experiencias recurrentes y silenciosas.

Muchas de estas afecciones no reciben atención profesional o se abordan únicamente en momentos de crisis, contribuyendo a su deterioro progresivo. La carga emocional se intensifica cuando las mujeres no solo sostienen el presente, sino que cargan con historias familiares de daño: recuerdos traumáticos, episodios de violencia y sufrimiento persistente que se arrastran por años.

## **Transmisión intergeneracional del cuidado y la violencia**

La transmisión intergeneracional de patrones de cuidado y violencia aparece como uno de los elementos más relevantes del análisis. En varios casos, las hijas repiten relaciones violentas o vínculos con parejas consumidoras, mientras los nietos crecen en ambientes marcados por la inestabilidad y la agresión.

Las mujeres mayores se ven obligadas a cuidar nuevamente, ahora de sus nietos, reproduciendo ciclos de sacrificio que ellas mismas vivieron en su infancia o juventud. Esta herencia emocional se manifiesta tanto en prácticas de cuidado abnegado como en la normalización de dinámicas violentas, mostrando que la codependencia no es un hecho aislado, sino un fenómeno que atraviesa generaciones completas.

## **Resiliencia y agencia en contextos adversos**

A pesar de la dureza de los relatos, las mujeres demuestran una capacidad de resiliencia y agencia que merece ser destacada. Todas han tomado decisiones significativas para proteger a sus familias: buscaron tratamientos para el consumidor, gestionaron recursos, sostuvieron económicamente el hogar, enfrentaron trámites complejos e incluso pusieron límites cuando la violencia se volvió insostenible.

Sin embargo, esta resiliencia está marcada por el desgaste: resisten desde la carencia de apoyos, desde la soledad y desde la exigencia social de seguir cuidando sin descanso.

## **El rol del Estado: apoyo insuficiente e invisibilización del cuidado**

El rol del Estado aparece como un factor que profundiza estas dinámicas. Las entrevistadas señalan que los servicios públicos llegan tarde, actúan solo en situaciones de crisis y carecen de continuidad. Además, al centrarse exclusivamente en el consumidor, las instituciones invisibilizan el sufrimiento de las cuidadoras y desestiman el impacto que estas experiencias tienen en sus vidas.

La ausencia de un enfoque de género y familiar dificulta la construcción de estrategias integrales, dejando a las mujeres a cargo de responsabilidades que deberían ser colectivas y respaldadas por políticas robustas.

## **Diversidad de experiencias dentro de un patrón común**

Aunque los cinco casos comparten elementos estructurales similares, cada historia presenta matices que permiten comprender la diversidad de experiencias:

- **Entrevistada 1:** sobrecarga como madre–cuidadora en un contexto de violencia extrema.
- **Entrevistada 2:** maternidad temprana y precariedad económica como condicionantes del vínculo con el consumo.
- **Entrevistada 3:** patrón de rescate permanente hacia su hijo adulto.
- **Entrevistada 4:** desgaste acumulado de décadas de cuidado en condiciones de abuso y pobreza.
- **Entrevistada 5:** relación de pareja atravesada por alcoholismo y violencia sexual con repetición generacional.

Estas diferencias muestran que la codependencia adopta formas distintas según la etapa del ciclo vital y la naturaleza del vínculo, pero siempre dentro de una estructura que combina desigualdad, sacrificio, violencia y soledad.

### **Implicancias para el Trabajo Social**

Desde la perspectiva del Trabajo Social, estos hallazgos permiten afirmar que las intervenciones deben reconocer el valor del cuidado realizado por estas mujeres y abordar la codependencia como un fenómeno social, estructural y de género. Es fundamental promover espacios de autonomía, fortalecer redes comunitarias, visibilizar el sufrimiento de las cuidadoras y comprender el cuidado como un acto político que debe ser sostenido colectivamente.

Solo mediante políticas integrales, con enfoque de género, derechos e interseccionalidad, será posible transformar las condiciones que mantienen a estas mujeres en dinámicas de sacrificio perpetuo y garantizar intervenciones que reconozcan su dignidad, su agencia y su derecho a una vida libre de violencia y sobrecarga.

## 4.2 Visión de los profesionales

- **Análisis desde la perspectiva de la Psicóloga**

Las respuestas de la psicóloga entrevistada ofrecen una mirada profunda y clínicamente fundamentada sobre la codependencia como fenómeno relacional y emocional. Su discurso integra una comprensión sistémica del problema, situando la codependencia no como una patología aislada, sino como un modo disfuncional de vincularse que emerge de la interacción entre la historia personal, las creencias culturales y las dinámicas familiares. A partir de su testimonio, pueden identificarse tres niveles de factores facilitadores de la codependencia en mujeres mayores:

- ❖ **Factores psicológicos y emocionales individuales**

La entrevistada señala que las mujeres con mayor propensión a la codependencia suelen presentar historias de apego inseguro, negligencia emocional o experiencias tempranas de abandono y caos familiar. Estas vivencias configuran una estructura interna frágil, marcada por baja autoestima, dificultad para reconocer y expresar necesidades propias, y tendencia a la sobre adaptación. Ella comenta al respecto:

*“Podría haber una predisposición en nuestros patrones de comportamiento que nos exponen a tomar ese lugar... haber experimentado algo similar con otro familiar.”*

Desde una lectura crítica, este planteamiento alinea la codependencia con patrones de apego disfuncional donde la búsqueda constante de validación externa se convierte en un intento de reparar carencias afectivas tempranas. En el caso de las mujeres mayores, estos patrones se ven reforzados por una vida marcada por la entrega y el cuidado hacia otros, lo que dificulta el desarrollo de la autonomía emocional.

Además, la psicóloga identifica creencias arraigadas sobre el autosacrificio y la complacencia como núcleos cognitivos del fenómeno. Estas creencias actúan como mecanismos de autovalidación, sosteniendo la idea de que “valer” implica cuidar o salvar al otro, aun a costa del propio bienestar. Este marco de pensamiento refuerza la vulnerabilidad emocional y perpetúa la dependencia afectiva.

Críticamente, el discurso de la entrevistada pone de manifiesto que la codependencia no surge solo de una elección consciente, sino de estructuras emocionales internalizadas y

sostenidas durante décadas, que se reactivan ante el consumo problemático de un hijo, pareja u otro familiar.

#### ❖ Factores relacionales y familiares

La profesional enfatiza que la codependencia debe comprenderse desde un enfoque sistémico, dado que se configura dentro de un entramado de relaciones interdependientes. En el contexto familiar, identifica como manifestaciones comunes en mujeres mayores la necesidad de cuidar o rescatar al otro, la dificultad para poner límites, el descuidar su propio bienestar, y la justificación constante del consumo o de las conductas destructivas del familiar. Según explica la psicóloga:

*“Las manifestaciones más comunes son: necesidad de cuidar o rescatar al otro, dificultad para poner límites, descuido personal, distanciamiento de otros vínculos significativos...”*

Este patrón relacional genera un ciclo de reforzamiento mutuo: la persona con consumo problemático mantiene su conducta al sentirse protegida o eximida de responsabilidad, mientras la mujer codependiente refuerza su rol de salvadora para sostener su identidad y sentido de propósito.

Críticamente, este enfoque coincide con la teoría de Minuchin (1985) sobre los sistemas familiares disfuncionales, donde los límites difusos y la sobre involucración impiden la autonomía individual. En mujeres mayores, estos límites suelen ser más rígidos de modificar, ya que están naturalizados por décadas de aprendizaje relacional basado en el sacrificio y la subordinación emocional.

La psicóloga también reconoce que la codependencia puede adoptar formas diversas: no siempre se expresa mediante sobre involucramiento afectivo, sino también a través de actitudes hostiles, desesperanzadas o aparentemente distantes, que en el fondo mantienen el vínculo a través de la culpa y el control emocional. Este matiz amplía la comprensión clínica del fenómeno, al evidenciar que la codependencia no se limita a la empatía excesiva, sino que puede manifestarse como una forma de dependencia reactiva y ambivalente.

### ❖ Factores socioculturales

El discurso de la entrevistada deja entrever que las mujeres mayores que presentan conductas codependientes están atravesadas por mandatos culturales de género que refuerzan la idea de que “ser buena mujer” equivale a ser útil, cuidar, sostener y postergar lo propio.

Aunque no lo enuncia directamente en términos feministas, su análisis clínico coincide con las teorías de género que conceptualizan la codependencia como una consecuencia del modelo patriarcal de socialización femenina.

Las creencias sobre el autosacrificio, la entrega incondicional y la validación a través del otro son reflejo de un contexto histórico donde las mujeres han sido socialmente condicionadas a sostener el bienestar emocional de la familia. En el caso de las mujeres mayores, este mandato se refuerza con la edad, el aislamiento social y la falta de reconocimiento de sus propias necesidades.

Por tanto, estos factores socioculturales actúan como marcos de legitimación de la codependencia, impidiendo que las mujeres identifiquen su sufrimiento como una forma de malestar psicológico, y no como una obligación moral.

El análisis de las respuestas de la psicóloga permite concluir que los factores facilitadores de la codependencia en mujeres mayores son multidimensionales y profundamente interconectados.

Desde su enfoque clínico, la profesional logra trascender la mirada reduccionista que equipara la codependencia con una simple “adicción emocional”, situándola en cambio como una afección compleja de salud mental, relacional y cultural. La entrevistada enfatiza:

*“No lo denominaría precisamente como una adicción emocional... es más profundo y va más allá de eso. Creo que es una afección de salud mental que se produce en una relación dañina y dolorosa.”*

Este posicionamiento resulta relevante desde una perspectiva crítica, ya que visibiliza la necesidad de intervenciones terapéuticas con enfoque de género y perspectiva sistémica, que no culpabilicen a las mujeres por su involucramiento emocional, sino que reconozcan las raíces estructurales y relacionales del fenómeno.

Asimismo, la profesional propone estrategias de autoprotección y prevención basadas en el autoconocimiento, la psicoeducación y la construcción de redes de apoyo, elementos que, si bien se abordan a nivel individual, también implican una transformación cultural respecto a los modos de vincularse y cuidar.

A partir del discurso de la psicóloga, se identifican los siguientes factores facilitadores de la codependencia en mujeres mayores:

<b>Dimensión</b>	<b>Factores facilitadores</b>	<b>Descripción crítica</b>
<b>Psicológica</b>	Apego inseguro, baja autoestima, sobre adaptación, dificultad para expresar necesidades.	Predisponen a buscar validación a través del cuidado del otro y a mantener vínculos dañinos.
<b>Familiar-relacional</b>	Falta de límites, rescate constante, justificación del consumo, aislamiento social.	Reforzamiento mutuo entre cuidadora y persona con consumo; ciclo de dependencia afectiva.
<b>Sociocultural</b>	Mandatos de género y creencias sobre el autosacrificio.	Naturalizan el rol cuidador y perpetúan la subordinación emocional de las mujeres mayores.

En síntesis, la visión de la psicóloga aporta una comprensión integral que permite reconocer la codependencia como un fenómeno interseccional, donde se entrelazan el trauma emocional, las dinámicas familiares y las estructuras culturales. Su enfoque invita a replantear las intervenciones terapéuticas desde la perspectiva del bienestar relacional, promoviendo en las mujeres mayores la recuperación de su autonomía, la revalorización de su historia emocional y la construcción de un sentido de vida más allá del cuidado del otro.

- **Análisis desde la perspectiva del Terapeuta Ocupacional**

El discurso de la terapeuta ocupacional aporta una mirada profundamente contextual y humanista sobre la codependencia, situándola como un fenómeno relacional y estructural más que individual. Desde su enfoque, los factores que facilitan o perpetúan la codependencia en mujeres mayores emergen de la intersección entre las demandas del rol de cuidadora, las construcciones socioculturales del género y las dinámicas emocionales del vínculo con la persona dependiente del consumo.

### ❖ Factores estructurales y socioculturales del rol de género

La entrevistada identifica como elemento central la construcción social del cuidado como un mandato femenino. Las mujeres cuidadoras —particularmente las de generaciones mayores— interiorizan el deber del sacrificio y la responsabilidad afectiva hacia los otros, especialmente hacia los hijos o parejas con consumo problemático. Este mandato social actúa como un potente facilitador de la codependencia, al reforzar la idea de que el valor personal está ligado al servicio, la contención y la abnegación.

Desde una perspectiva crítica, esto se enmarca en la lógica patriarcal de los cuidados, donde las mujeres mayores se ven socialmente recompensadas por sostener vínculos a costa de sí mismas. Tal concepción impide que las mujeres se perciban como sujetos de derecho y autonomía, restringiendo su capacidad de priorizar el autocuidado y de desarrollar un proyecto vital propio. El terapeuta hace visible este aspecto estructural cuando afirma que “las mujeres estamos hechas para cuidar”, evidenciando cómo este discurso social se internaliza hasta naturalizar el sacrificio.

### ❖ Factores psicológicos y emocionales

El profesional destaca la sobrecarga emocional y la incertidumbre permanente como condiciones psicológicas que sostienen la codependencia. La relación con una persona que presenta consumo problemático está marcada por la oscilación entre la esperanza de recuperación y la frustración ante las recaídas. Este ciclo refuerza la necesidad de control y la hipervigilancia afectiva, configurando una dinámica de cuidado basada en el miedo, la culpa y la desesperanza.

La emoción predominante es la culpa, que actúa como motor de la conducta codependiente: “¿por qué no puede cambiar por sus hijos, por mí?”. Este tipo de pensamiento refleja la internalización del fracaso ajeno como responsabilidad personal. Además, el terapeuta señala que la sobre involucración emocional no solo implica cansancio o abandono del autocuidado, sino también una pérdida de identidad y autonomía, donde la vida entera de la mujer se organiza en torno al otro.

### ❖ Factores ocupacionales y funcionales

Desde la terapia ocupacional, el entrevistado introduce un análisis original: la codependencia tiene efectos directos sobre el deterioro del desempeño ocupacional y la

pérdida de sentido vital. Las mujeres mayores reducen progresivamente sus actividades significativas, lo que afecta su autonomía, autoestima y bienestar integral. La renuncia a los espacios propios —hobbies, relaciones sociales, proyectos personales— constituye un indicador y un facilitador del mantenimiento de la codependencia.

Asimismo, la falta de redes de apoyo institucionales y comunitarias se presenta como un elemento que refuerza esta condición. Cuando el cuidado recae de manera exclusiva en la mujer, sin recursos externos que alivien la carga, se profundiza el aislamiento y se perpetúa el ciclo de dependencia emocional y funcional.

#### ❖ **Factores relacionados con la significación del rol**

El terapeuta propone resignificar no solo el rol de cuidadora, sino el de mujer como sujeto integral. Esta mirada es clave, pues desplaza la intervención desde la conducta hacia la identidad y la autopercepción. En muchas mujeres mayores, la identidad personal se encuentra fusionada con la función de cuidado, y cualquier intento de distanciamiento es vivido como abandono o deslealtad. De este modo, la fusión identitaria opera como un factor crítico en la cronificación de la codependencia.

El profesional sugiere que la resignificación requiere que las mujeres puedan responder a la pregunta “*¿quién eres tú aparte de ser cuidadora?*”, un ejercicio que implica deconstruir años de socialización y revisar los límites del afecto, la culpa y la obligación moral. Este enfoque concuerda con la teoría de la terapia ocupacional centrada en la persona, que busca restablecer el equilibrio entre los distintos roles vitales.

#### ❖ **Factores institucionales y del abordaje interdisciplinario**

En cuanto al trabajo interdisciplinario, el terapeuta resalta la importancia de un criterio clínico compartido y una mirada integral de la persona, enfatizando que “la persona es una sola” y que los distintos profesionales deben coordinar sus acciones para evitar la fragmentación del abordaje. Esta visión es fundamental, ya que la codependencia no puede tratarse solo desde una dimensión psicológica, sino que requiere intervenciones simultáneas sobre lo social, lo emocional y lo ocupacional.

Sin embargo, se puede señalar críticamente que el discurso del entrevistado, aunque coherente y reflexivo, carece de una referencia explícita a la dimensión económica y material del cuidado, especialmente en mujeres mayores en situación de vulnerabilidad

social. La precarización del trabajo doméstico y la falta de ingresos propios son factores relevantes que limitan la posibilidad real de autonomía y que también facilitan la permanencia en relaciones codependientes.

El testimonio del terapeuta ocupacional permite identificar que los principales factores facilitadores de la codependencia en mujeres mayores son los siguientes:

N°	Factor facilitador	Descripción / Implicancia
1	<b>Mandatos de género internalizados</b>	Naturalizan el cuidado, la abnegación y el sacrificio como atributos femeninos, reforzando la dependencia emocional y la autoanulación.
2	<b>Sobrecarga emocional y sentimiento de culpa</b>	Consolidar la entrega total al otro se transforma en una forma de validación afectiva; el autocuidado se percibe como egoísmo.
3	<b>Pérdida de actividades significativas y deterioro del proyecto vital</b>	La vejez y las responsabilidades familiares restringen la identidad a un único rol —el de cuidadora—, limitando el desarrollo personal.
4	<b>Falta de redes de apoyo y recursos comunitarios</b>	El aislamiento social y la ausencia de dispositivos comunitarios dificultan el acceso a ayuda, perpetuando la dependencia funcional y emocional.
5	<b>Fusión identitaria con el rol de cuidadora</b>	La identificación excesiva con el cuidado del otro impide establecer límites sanos y obstaculiza el proceso de individuación y autonomía.

En síntesis, el análisis evidencia que la codependencia no puede entenderse únicamente desde lo psicológico, sino como un fenómeno multidimensional, donde convergen factores culturales, relacionales y estructurales.

La mirada del terapeuta ocupacional amplía la comprensión de esta problemática, mostrando que la recuperación y prevención requieren procesos de resignificación del rol, reconstrucción del sentido de sí mismas y fortalecimiento de las redes sociales e institucionales de apoyo.

- **Análisis desde la perspectiva del Técnico en Rehabilitación.**

El testimonio del Técnico en Rehabilitación permite comprender de manera empírica cómo se manifiestan y perpetúan las conductas codependientes en mujeres mayores que acompañan a personas con consumo problemático de sustancias. A partir de sus

respuestas, emergen cuatro ejes centrales que facilitan la codependencia: el patrón cultural de género, la estructura familiar disfuncional con falta de límites, y la ausencia de redes de apoyo psicosocial efectivas.

#### ❖ **El condicionamiento sociocultural y de género**

Uno de los factores más reiterados por el entrevistado es el rol tradicional asignado a la mujer, especialmente en generaciones mayores, como principal facilitador de la codependencia. El técnico vincula esta conducta con una “crianza cultural” marcada por el mandato del cuidado femenino y una estructura social patriarcal y machista. Desde su experiencia, las mujeres mayores asumen el rol de cuidadoras permanentes — madres, esposas o abuelas— sintiendo culpa ante la idea de no proteger o abandonar al otro, incluso cuando este comportamiento perpetúa el ciclo de consumo.

*“La hija solamente desde el hijo, a la madre ya es como la culpa... Yo creo que tiene que ver con la crianza... una forma de Estado que lo divide desde chico.”*

Este testimonio evidencia la internalización del deber de cuidado como parte de la identidad femenina, fenómeno ampliamente descrito en la literatura sobre codependencia (Beattie, 2013; Noriega, 2019). En este sentido, el entrevistado reconoce que las mujeres mayores no solo enfrentan una problemática emocional individual, sino que reproducen un modelo de socialización que las lleva a priorizar el bienestar ajeno sobre el propio.

#### ❖ **Falta de límites y sobreprotección en la dinámica familiar**

El técnico identifica como signo principal de codependencia la pérdida del rol original dentro de la familia: las esposas se convierten en “cuidadoras” y las madres en “salvadoras” de hijos adultos consumidores. Menciona comportamientos como el control excesivo, la justificación del consumo, la negación del problema y la dificultad para poner límites claros. El profesional refiere:

*“Empieza a ser cuidadora y pierde el rol de esposa... no se da cuenta que ella tiene que cambiar... le da miedo oponer el límite.”*

Este análisis coincide con teorías sistémicas que plantean la codependencia como una respuesta adaptativa dentro de sistemas familiares disfuncionales (Minuchin, 1985). El entrevistado no solo reconoce la presencia de este patrón, sino también su perpetuación a

través de expectativas ilusorias de cambio (“si va a cambiar, si va a cambiar”) que sostienen la relación de dependencia emocional.

En el caso de mujeres mayores, estas conductas se refuerzan por años de vinculación afectiva y responsabilidad moral, dificultando la posibilidad de ruptura o distanciamiento del familiar consumidor.

#### ❖ **Déficit en la atención de salud mental y en los recursos institucionales**

Otro elemento que emerge con fuerza en el discurso del entrevistado es la limitada disponibilidad de recursos para atender la salud mental de las mujeres codependientes. El técnico advierte que, a pesar de los esfuerzos del equipo interdisciplinario, los recursos municipales y del CESFAM son insuficientes, generando demoras y falta de acompañamiento sostenido. El profesional refiere que:

*“Creo que hay pocos recursos, que podría haber más rapidez en la atención. Estas mamás requieren no solamente de nosotros... hay depresiones, hay cosas no resueltas.”*

Este déficit institucional funciona como un factor estructural que perpetúa la codependencia, al no ofrecer alternativas terapéuticas ni espacios de autocuidado. En consecuencia, las mujeres quedan atrapadas entre el sufrimiento emocional y la obligación social de sostener al otro, sin herramientas de contención profesional.

A pesar de estas limitaciones, el técnico destaca el valor de los talleres de familia como espacio de empoderamiento y apoyo mutuo, donde las mujeres logran reconocerse en las experiencias de otras y desarrollar estrategias personales de cambio. Este hallazgo sugiere que la intervención grupal y comunitaria puede ser una vía efectiva para disminuir la carga emocional y promover autonomía.

#### ❖ **El componente emocional y la esperanza ilusoria**

En su discurso, el técnico señala que muchas mujeres mantienen la esperanza de que el familiar “va a cambiar”, incluso frente a la evidencia contraria. Esta esperanza ilusoria es un componente emocional clave en la codependencia, que refleja tanto la negación del problema como la necesidad de mantener el vínculo afectivo. La emoción de culpa, mencionada explícitamente, aparece como un motor del

comportamiento codependiente: las mujeres sienten que fallan moralmente si establecen límites o se distancian del familiar consumidor.

Esta dimensión emocional se acentúa en mujeres mayores por su historia vital, el aislamiento social y las experiencias acumuladas de cuidado, lo que refuerza su vulnerabilidad ante dinámicas de dependencia afectiva.

El discurso del técnico ofrece una visión práctica, basada en la experiencia cotidiana con familias afectadas. Su mirada enfatiza la responsabilidad institucional y cultural más que la individual. Reconoce que la codependencia no es solo un fenómeno psicológico, sino un producto de relaciones sociales desiguales y de sistemas de atención fragmentados.

El entrevistado evidencia sensibilidad frente al sufrimiento de las mujeres mayores, pero también muestra limitaciones en su abordaje técnico, dado que su trabajo depende de la falta de recursos y de la estructura precaria del sistema local de salud. Esto refuerza la necesidad de formación específica en género, salud mental y acompañamiento familiar dentro de los programas de tratamiento de adicciones.

Desde la perspectiva del técnico en rehabilitación, los factores facilitadores de la codependencia en mujeres mayores se pueden agrupar en tres niveles:

<b>Nivel</b>	<b>Factor facilitador</b>	<b>Descripción crítica</b>
<b>Sociocultural</b>	Mandato de género y crianza tradicional	Reproducción del rol femenino como cuidadora; culpa asociada al abandono.
<b>Familiar</b>	Falta de límites y sobreprotección	Dificultad para diferenciar amor y control; negación del problema y esperanza ilusoria.
<b>Estructural</b>	Falta de apoyo psicológico e institucional	Escasez de recursos y demoras en la atención de salud mental; ausencia de acompañamiento sostenido.
<b>Emocional</b>	Esperanza ilusoria	Esperanza de que el familiar “va a cambiar” incluso frente a la evidencia contraria.

Este análisis evidencia que la codependencia en mujeres mayores no puede entenderse únicamente desde la psicología individual, sino que requiere un enfoque integral, que articule género, contexto familiar y políticas públicas para romper el ciclo intergeneracional de cuidado-desgaste emocional.

- **Análisis desde la perspectiva del Trabajador Social**

La entrevista realizada al trabajador social del CESFAM La Granja permite comprender la codependencia en mujeres mayores no solo como un fenómeno individual o emocional, sino como un resultado de condiciones estructurales, históricas y culturales que han configurado la subjetividad femenina en contextos de vulnerabilidad social. Desde su relato, se evidencian varios factores facilitadores que favorecen el desarrollo y mantenimiento de relaciones codependientes, los cuales pueden agruparse en tres niveles: familiar-individual, sociocultural y comunitario-estructural.

- ❖ **Nivel Familiar e Individual: Historia de vida, autoestima y trauma**

El entrevistado señala que muchas mujeres codependientes han vivido infancias marcadas por figuras autoritarias o coercitivas, duelos no resueltos y falta de contención emocional en la niñez. Estas experiencias tempranas —sumadas a patrones de socialización tradicionales— generan baja autoestima y una identidad basada en el cuidado del otro.

Desde un enfoque del trabajo social con perspectiva de género, esto refleja una interiorización de roles de género tradicionales, donde la mujer es socialmente valorada en función de su capacidad de sacrificio, servicio y entrega (Lagarde, 1997). De esta manera, la autoanulación y la dependencia emocional se construyen como expresiones aprendidas y naturalizadas.

El entrevistado también enfatiza la falta de herramientas técnicas para “saber ayudar”, lo que lleva a que muchas mujeres actúen desde la emocionalidad sin conocimientos sobre límites saludables o acompañamiento efectivo. Esta carencia se relaciona con una ausencia de educación emocional y psicosocial, que podría ser abordada preventivamente desde la intervención comunitaria.

Finalmente, el trauma —entendido no solo en su dimensión psicológica, sino como trauma social (Martín-Baró, 1990)— aparece como un factor transversal. La acumulación de violencias estructurales (pobreza, abandono, exclusión) se traduce en una disposición subjetiva a tolerar relaciones dañinas o de control, reforzando el círculo de dependencia.

### ❖ **Nivel Sociocultural: Patriarcado, pobreza y envejecimiento**

El entrevistado asocia la codependencia con la posición subordinada de la mujer dentro de la cultura capitalista y heteronormada, donde el valor femenino se asocia al cuidado y la abnegación. En este sentido, el patriarcado actúa como un marco cultural que normaliza la desigualdad relacional: la mujer sostiene, comprende y cuida, incluso a costa de su bienestar.

En mujeres mayores, este fenómeno se acentúa por los efectos del envejecimiento en una sociedad que las invisibiliza. El entrevistado menciona que, tras la jubilación, muchas experimentan sentimientos de inutilidad o pérdida de propósito, lo que las hace más vulnerables a relaciones de dependencia afectiva o emocional. Esto coincide con estudios sobre soledad y género en la vejez, donde la falta de reconocimiento social y económico aumenta la exposición a vínculos dependientes

Asimismo, la pobreza intergeneracional aparece como un eje estructural. La escasez de recursos materiales no solo limita la autonomía, sino que condiciona la capacidad de tomar decisiones libres. En palabras del entrevistado, “la pobreza sufrida desde la infancia deja huellas neurológicas y emocionales que afectan la autoestima y el sentido de valía”.

Desde la crítica social del trabajo social, estos elementos no pueden abordarse únicamente desde la terapia individual, sino que requieren transformaciones en las condiciones de vida, el acceso a redes y la distribución del poder en el territorio.

### ❖ **Nivel Comunitario y Estructural: Falta de redes, narco cultura y debilitamiento organizacional**

Uno de los puntos más fuertes del discurso del trabajador social es la ausencia de redes comunitarias efectivas. Las mujeres que enfrentan problemáticas de codependencia o familiares con consumo problemático no tienen espacios donde pedir ayuda. Los clubes de adultos mayores cumplen una función recreativa, pero no terapéutica; y los dispositivos públicos —como SENDA o COSAM— resultan insuficientes o inaccesibles.

Este vacío institucional reproduce la dependencia, ya que las mujeres deben seguir gestionando solas las crisis familiares, reforzando su rol de cuidadoras abnegadas.

El entrevistado también menciona el impacto del narco cultura y la violencia territorial. En sectores como San Gregorio, el narco economía redefine las relaciones sociales, imponiendo valores de poder, éxito y masculinidad hegemónica. La mujer, en este contexto, puede asumir un doble papel: de resistencia o de adaptación. En ambos casos, su agencia se ve condicionada por el miedo y la pérdida del tejido social.

Finalmente, el trabajador social critica la institucionalización del trabajo social, que —según él— *“renunció al conflicto social y se atrincheró en la institución”*. Desde su perspectiva crítica, el profesional debe recuperar su rol comunitario y político, promoviendo la organización, la participación y la reconstrucción del tejido social como estrategias preventivas frente a la codependencia y otras problemáticas asociadas al consumo y la exclusión.

Desde la mirada del entrevistado, la codependencia no se origina únicamente en la subjetividad femenina, sino en una estructura social que la produce y sostiene. Los factores facilitadores identificados no son meramente psicológicos, sino históricos, políticos y económicos:

<b>Nivel</b>	<b>Factores facilitadores</b>	<b>Explicación</b>
<b>Individual</b>	Baja autoestima, trauma, modelos familiares coercitivos	Generan vulnerabilidad emocional y dificultad para establecer límites
<b>Sociocultural</b>	Roles de género tradicionales, pobreza, invisibilización de la vejez	Mantienen la subordinación y dependencia afectiva
<b>Comunitario</b>	Falta de redes de apoyo, narco cultura, debilitamiento organizacional	Impiden la autonomía colectiva y la búsqueda de ayuda
<b>Institucional</b>	Falta de programas específicos, enfoque reactivo más que preventivo	Reproduce la desprotección y sobrecarga femenina

El análisis crítico evidencia que, desde el trabajo social, abordar la codependencia en mujeres mayores requiere despolitizar la intervención, fortalecer la educación emocional comunitaria y reconstruir redes territoriales de apoyo.

El entrevistado propone una mirada emancipadora del rol profesional: salir del escritorio, recuperar la calle y liderar procesos colectivos. Solo así puede enfrentarse una problemática que, más que clínica, es estructuralmente social.

La codependencia en mujeres mayores debe entenderse como una manifestación de opresiones múltiples: de género, clase, edad y territorio.

El trabajador social, en su rol de agente transformador, tiene la responsabilidad de visibilizar estas condiciones, articular redes, y promover procesos de autonomía personal y comunitaria.

La prevención de la codependencia, por tanto, no se limita al acompañamiento terapéutico, sino que implica una reconstrucción política del vínculo social, donde las mujeres puedan dejar de ser únicamente cuidadoras para convertirse en sujetos plenos de derechos, saberes y participación.

### **Análisis integrador de los profesionales**

El análisis transversal de las entrevistas realizadas a los cuatro profesionales —psicólogo, terapeuta ocupacional, trabajador social y técnico en rehabilitación en drogodependencia— permite identificar una serie de factores interrelacionados que facilitan el desarrollo y mantenimiento de la codependencia en mujeres mayores con familiares que presentan consumo problemático de sustancias. Si bien cada profesional aporta una mirada desde su disciplina, sus discursos convergen en la comprensión de la codependencia como un fenómeno multidimensional, en el que interactúan variables psicológicas, socioculturales, familiares y estructurales.

En primer lugar, desde una perspectiva sociocultural y de género, los cuatro profesionales coinciden en que el mandato histórico del cuidado femenino constituye el núcleo de la conducta codependiente. Este mandato —interiorizado especialmente por mujeres de generaciones mayores— asocia el valor personal con la abnegación, el sacrificio y la entrega hacia los otros, particularmente los hijos o parejas con consumo problemático. La terapeuta ocupacional y el trabajador social enfatizan que estas construcciones sociales responden a una lógica patriarcal que ha naturalizado la subordinación emocional de la

mujer, premiando el cuidado a costa del bienestar propio. Esta dimensión cultural se complejiza con el envejecimiento y la pobreza, que restringen las oportunidades de autonomía y profundizan la dependencia emocional y económica. Así, la codependencia se consolida no solo como una respuesta afectiva, sino también como un producto histórico de desigualdad de género y exclusión social.

En segundo término, en el nivel familiar y relacional, los discursos del técnico en rehabilitación y del psicólogo destacan la dinámica de sobreprotección, control y negación del problema como manifestaciones centrales de la codependencia. Las mujeres mayores tienden a asumir el rol de “salvadoras” de sus familiares consumidores, desplazando sus propias necesidades y anulando los límites afectivos y conductuales. Este patrón se sostiene por una combinación de culpa, miedo al abandono y esperanza ilusoria, emociones que perpetúan el vínculo disfuncional. Desde una lectura sistémica, este comportamiento mantiene el equilibrio del sistema familiar a costa del bienestar individual de la mujer. Asimismo, la experiencia acumulada de pérdidas, duelos no resueltos y traumas relacionales refuerza la dificultad para establecer límites saludables y favorece la repetición de conductas de sobre involucramiento.

Un tercer nivel identificado corresponde a los factores estructurales e institucionales, donde el trabajador social y el técnico en rehabilitación coinciden en señalar la falta de redes de apoyo, la precariedad de los recursos públicos y la fragmentación de los servicios de salud mental como elementos que refuerzan la dependencia emocional y funcional. La ausencia de programas comunitarios con enfoque de género y envejecimiento impide ofrecer a estas mujeres espacios de contención, psicoeducación y empoderamiento. En este contexto, la institución sanitaria actúa más como un dispositivo reactivo que preventivo, abordando la crisis sin intervenir las causas estructurales del fenómeno. Además, la persistencia de contextos de vulnerabilidad territorial —marcados por la pobreza, la violencia y la narco cultura— limita aún más las posibilidades de ruptura del ciclo codependiente y obstaculiza el desarrollo de proyectos vitales autónomos.

Finalmente, los cuatro profesionales convergen en la necesidad de resignificar el rol de cuidadora y promover un proceso de reconstrucción identitaria en las mujeres mayores. Desde la psicología y la terapia ocupacional se plantea que la recuperación implica

restablecer la noción de sí mismas como sujetos de derecho, capaces de priorizar su bienestar, desarrollar actividades significativas y reconstruir vínculos desde la autonomía. Desde el trabajo social y la rehabilitación, se enfatiza que esta transformación requiere condiciones estructurales favorables, fortalecimiento comunitario y acceso a redes de apoyo estables.

En síntesis, los aspectos más relevantes que facilitan la codependencia en mujeres mayores con familiares con consumo problemático de sustancias pueden agruparse en los siguientes ejes críticos:

<b>Nivel</b>	<b>Factor Facilitador</b>	<b>Implicancia Principal</b>
<b>Sociocultural</b>	Mandatos de género y socialización del cuidado	Naturalización del sacrificio femenino; subordinación emocional y pérdida de autonomía.
<b>Psicológico-emocional</b>	Culpa, miedo y esperanza ilusoria	Mantenimiento del vínculo dependiente y resistencia al cambio.
<b>Familiar</b>	Falta de límites y sobreprotección	Confusión entre amor y control; perpetuación del rol de salvadora.
<b>Ocupacional</b>	Pérdida de actividades significativas y proyecto vital	Reducción de la identidad personal al rol de cuidadora.
<b>Estructural e institucional</b>	Escasez de redes de apoyo y recursos de salud mental	Aislamiento, desprotección y cronificación de la dependencia.

Este análisis integrador evidencia que la codependencia en mujeres mayores no puede ser comprendida ni abordada únicamente desde la psicología individual, sino que exige una mirada interdisciplinaria y ecológica, donde converjan la intervención terapéutica, la educación emocional, el fortalecimiento comunitario y las políticas públicas con enfoque de género y envejecimiento. Solo a través de esta articulación es posible romper el ciclo intergeneracional del cuidado compulsivo y promover procesos de autonomía y resignificación personal en las mujeres mayores afectadas por esta problemática.

## **Capítulo V. Conclusiones, propuesta y alcances**

### **5.1 Conclusiones**

La presente investigación permitió comprender de manera profunda y contextualizada la realidad de las mujeres mayores cuidadoras que conviven con familiares con consumo problemático de sustancias psicoactivas. El proceso investigativo se construyó de forma rigurosa, iniciando con la definición del problema, la formulación de objetivos, la revisión del marco conceptual y normativo, y el análisis del estado del arte, elementos que conjuntamente dieron sustento a la exploración empírica realizada.

El planteamiento del problema se centró en los factores de riesgo que enfrentan las personas mayores, particularmente mujeres en situación de fragilidad y expuestas a la codependencia generada por la convivencia con familiares consumidores. Esta problemática se reconoció como un fenómeno complejo, donde convergen dimensiones psicológicas, sociales, económicas, culturales y estructurales. Autores como Thombs (1994) y Andrade & Ospina (2012) han señalado que el adicto y el codependiente funcionan dentro de un sistema relacional que sostiene la disfuncionalidad de ambos, lo que motivó la necesidad de estudiar este fenómeno desde una perspectiva integral.

A partir del problema planteado, se formularon el objetivo general y los objetivos específicos, orientados a analizar las manifestaciones de la codependencia, describir y clasificar sus factores facilitadores e identificar las acciones de autoprotección desarrolladas por las mujeres mayores. Estos objetivos guiaron el diseño metodológico y permitieron abordar la experiencia de las participantes de manera sistemática y contextualizada.

La investigación se desarrolló en la población San Gregorio, comuna de La Granja, un territorio históricamente marcado por procesos de desigualdad social, precariedad habitacional y alta exposición al consumo problemático de sustancias. Su origen como población de vivienda social en la década de 1950 y sus permanentes desafíos vinculados a salud, seguridad y cohesión comunitaria constituyen un elemento clave para comprender las condiciones de vida de las mujeres mayores que participaron del estudio.

Este contexto permitió observar cómo la vulnerabilidad estructural se entrelaza con dinámicas familiares asociadas al consumo, reproduciendo ciclos de dependencia

emocional, sobrecarga del cuidado y desgaste físico y mental en estas mujeres, quienes muchas veces sostienen los hogares con recursos limitados.

Los antecedentes legales, especialmente la Ley 20.000 y la creación del SENDA, mostraron el marco institucional que regula el consumo, el tráfico y la rehabilitación en Chile. Si bien estas normativas representan avances relevantes para la política pública, la investigación demostró que aún existe una brecha significativa entre el marco legal y las necesidades reales de las mujeres cuidadoras, quienes experimentan escaso acceso a apoyo emocional, tratamientos familiares o dispositivos comunitarios.

Los antecedentes estadísticos internacionales y nacionales aportaron evidencia sobre la magnitud del consumo de drogas, su impacto en la mortalidad mundial y sus efectos económicos y sociales (UNODC, 2010; Romero, 2018). Estas cifras reforzaron la urgente necesidad de intervenir preventivamente en familias afectadas, especialmente en aquellas con adultos mayores en roles de cuidado.

La revisión del estado del arte reveló coincidencias claras respecto a la conceptualización de la codependencia como una dinámica relacional y sistémica reforzada por mandatos de género, patrones de sacrificio y sobrecarga emocional. Se observó que la adicción desestructura el sistema familiar y que las mujeres, particularmente madres, asumen funciones de contención que, con el tiempo, devienen en prácticas de autoabandono, sobreprotección y control excesivo.

Los hallazgos del trabajo de campo confirmaron plenamente lo señalado por la literatura especializada respecto a la codependencia y su relación con el género, la pobreza, el ciclo vital y la estructura familiar. Las mujeres mayores participantes del estudio evidenciaron altos niveles de sobrecarga física y emocional, expresada en cansancio crónico, dificultades de salud no tratadas y desgaste psicológico acumulado. Asimismo, se observó un marcado aislamiento social, deterioro en su bienestar general, dependencia económica hacia sus familiares o pensiones insuficientes, y exposición recurrente a violencia psicológica o intrafamiliar.

La codependencia se manifestó como una respuesta relacional construida a lo largo del tiempo, fuertemente influida por la cronicidad del consumo problemático de sus familiares, por vínculos afectivos basados en la culpa, el miedo o la esperanza de cambio, y por obligaciones familiares interiorizadas desde mandatos de género tradicionales. Estas

dinámicas confirman que la codependencia no es un fenómeno individual ni patológico, sino un entramado de factores históricos, culturales, estructurales y emocionales que configuran la vida cotidiana de estas mujeres.

No obstante, la investigación también reveló elementos positivos y transformadores. Las mujeres demostraron significativa capacidad de agencia y resiliencia, desarrollando estrategias de autoprotección que incluyeron la búsqueda de apoyo terapéutico, el establecimiento de límites afectivos o conductuales, la participación en talleres o espacios comunitarios, el fortalecimiento de la autonomía económica cuando fue posible y la toma de decisiones orientadas a su bienestar emocional. A pesar de la vulnerabilidad estructural en la que se encuentran, estas mujeres no se posicionan como sujetos pasivos, sino como protagonistas activas de sus vidas y de la dinámica familiar, capaces de sostener, resistir y, en algunos casos, transformar los entornos adversos en los que habitan.

La incorporación de estos hallazgos reafirma que cualquier intervención social, psicológica o comunitaria debe reconocer tanto la situación de riesgo como la capacidad de acción de las mujeres mayores, de modo que se diseñen estrategias de acompañamiento que fortalezcan sus recursos personales y comunitarios, promuevan su autonomía y contribuyan a romper los ciclos de codependencia, violencia y desgaste emocional.

El proceso de investigación permitió concluir que la codependencia en mujeres mayores es el resultado de una interacción compleja entre:

- Precariedades estructurales (pobreza, desigualdad, falta de acceso a salud).
- Mandatos de género naturalizados.
- Dinámicas familiares desestructurados por la adicción.
- Ausencia de políticas públicas focalizadas en cuidadoras mayores.
- Fragilidad asociada al envejecimiento.

Asimismo, se evidencia que la intervención centrada únicamente en el consumidor resulta insuficiente si no se incorpora a las mujeres cuidadoras como sujetas de derechos, tal como lo establece la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Su bienestar emocional, físico y social debe ser considerado un eje prioritario, no

solo para protegerlas, sino también para prevenir la transmisión intergeneracional de la codependencia y la violencia.

El análisis transversal de las entrevistas realizadas a los cuatro profesionales psicólogo, terapeuta ocupacional, trabajador social y técnico en rehabilitación en drogodependencias, complementó y profundizó los hallazgos obtenidos, contribuyendo a un entendimiento integral del fenómeno. Su participación se convierte en un componente central del proceso de investigación.

La integración de todos estos elementos como territorio, historia, marco legal, estadísticas, literatura, relatos de mujeres mayores y análisis profesional, permitió comprender que la codependencia en mujeres mayores es un fenómeno que se produce por la interacción de:

- Desigualdades estructurales.
- Mandatos de género arraigados.
- Dinámicas familiares disfuncionales.
- Precariedad institucional.
- Fragilidad asociada al envejecimiento.

La investigación evidencia que las intervenciones centradas únicamente en el consumidor resultan insuficientes, pues dejan fuera a las mujeres cuidadoras, quienes no solo sostienen el sistema familiar, sino que también cargan con las consecuencias del consumo.

La investigación demuestra que abordar la codependencia en mujeres mayores cuidadoras exige una mirada interdisciplinaria, territorial y con enfoque de derechos humanos, capaz de integrar la complejidad del fenómeno y promover intervenciones que acompañen a las cuidadoras en el fortalecimiento de su autonomía, el acceso a redes de apoyo y la reconstrucción de sus proyectos de vida.

Solo un enfoque integral permitirá romper los ciclos de adicción, fragilidad y dependencia emocional que afectan a estas mujeres y a las generaciones futuras.

## 5.2 Propuestas de Intervención en Trabajo Social

El análisis integral de los cinco casos de mujeres mayores cuidadoras de familiares con consumo problemático de sustancias psicoactivas evidencia patrones recurrentes de sobrecarga emocional, física y social, invisibilización del cuidado, vulneración estructural y transmisión intergeneracional de la violencia y la codependencia. Estas mujeres asumen roles de sostén emocional, físico y económico de la familia, con impactos directos en su salud y bienestar, aun cuando muestran resiliencia, agencia y estrategias de resistencia que les permiten cuidar a sus familias a pesar de las adversidades.

A partir de estos hallazgos, se identifican ocho líneas de intervención fundamentales para el Trabajo Social, con propuestas estratégicas y alcances específicos:

### ❖ **Reconocimiento del cuidado como trabajo no remunerado y generador de desgaste**

Propuesta: Se busca visibilizar y valorar el rol de las cuidadoras mayores, considerando que su labor constituye un trabajo silencioso, pero de alto impacto. Para ello se proponen campañas de sensibilización comunitaria sobre la importancia del cuidado, talleres de capacitación en habilidades socioemocionales y mecanismos de reconocimiento simbólico o incentivos económicos que refuercen su valoración social.

Alcance: Esta intervención permite documentar la carga física, emocional y económica que implica el cuidado prolongado, establecer indicadores de desgaste y servir como base para la creación de políticas de compensación y programas de apoyo sostenido que reconozcan el valor del trabajo de cuidado no remunerado.

### ❖ **Intervención con enfoque de género y ciclo vital**

Propuesta: Se recomienda diseñar programas que reconozcan los mandatos culturales de género y las necesidades específicas derivadas de la etapa de envejecimiento. Estrategias incluyen talleres de empoderamiento, autocuidado, educación en salud integral y promoción de derechos adaptados a la edad. Estos espacios deben ofrecer herramientas para fortalecer la autonomía y disminuir la sobrecarga asociada al rol de cuidadora.

Alcance: Esta intervención permite evaluar mejoras en la percepción de su rol dentro del hogar, el aumento de prácticas de autocuidado y la capacidad de establecer límites

saludables, favoreciendo un bienestar integral durante la etapa de envejecimiento y contribuyendo a la prevención de riesgos psicosociales.

#### ❖ **Construcción de redes comunitarias y afectivas**

Propuesta: Se plantea crear espacios de contención y apoyo mutuo que reduzcan el aislamiento social y favorezcan la interacción comunitaria. Estrategias incluyen grupos de apoyo regulares, actividades culturales y recreativas, redes de voluntariado y mentorías intergeneracionales que conecten a las cuidadoras con otras familias en contextos similares.

Alcance: Estas acciones permiten fortalecer los vínculos sociales de las cuidadoras, generar redes de soporte mutuo, disminuir la carga emocional derivada del cuidado prolongado y aumentar la percepción de pertenencia y apoyo en la comunidad.

#### ❖ **Acompañamiento psicosocial centrado en la cuidadora**

Propuesta: La intervención debe priorizar el bienestar integral de la mujer cuidadora mediante terapias individuales y grupales, talleres de manejo del estrés, asesoría legal y social, y programas de fortalecimiento de límites personales. La atención debe enfocarse en la recuperación emocional y en la prevención de la codependencia.

Alcance: Esta intervención permite documentar mejoras en la salud mental, la adopción de límites saludables, la reducción del desgaste emocional y la consolidación de la resiliencia de la cuidadora, posicionándola como un actor activo en el cuidado de su familia y de sí misma.

#### ❖ **Intervención territorial e intersectorial**

Propuesta: Se plantea la coordinación de acciones entre municipios, servicios de salud, educación y organizaciones comunitarias mediante mesas intersectoriales, programas de seguimiento familiar y mapeo de recursos locales. Esto permite generar estrategias integrales que protejan tanto a los consumidores como a las cuidadoras.

Alcance: El alcance se refleja en la mejora del acceso a recursos protectores, la articulación efectiva de servicios y la reducción de la sobrecarga de cuidado individual, fortaleciendo la intervención social a nivel comunitario y sistémico.

### ❖ **Prevención de la transmisión intergeneracional de violencia y codependencia**

Propuesta: Se recomienda implementar programas educativos y talleres de resolución de conflictos dirigidos a hijos e hijas y otros miembros del hogar, con el objetivo de promover relaciones familiares saludables y romper ciclos de violencia y dependencia emocional.

Alcance: Esta estrategia permite reducir la perpetuación de patrones de violencia y codependencia, mejorar la calidad de las relaciones familiares y fomentar habilidades de afrontamiento positivo en las nuevas generaciones, contribuyendo a la transformación social a largo plazo.

### ❖ **Promoción de la autonomía económica, la salud mental y el autocuidado**

Propuesta: Se busca fortalecer la independencia de las cuidadoras mediante formación laboral, educación financiera, emprendimiento y acceso a programas de salud integral. Se deben implementar actividades que promuevan la autoestima, la práctica de hábitos saludables y la toma de decisiones centradas en su bienestar.

Alcance: Esta intervención permite medir mejoras en la estabilidad económica, la participación en actividades de autocuidado y la capacidad de la cuidadora para mantener un equilibrio entre sus responsabilidades y su bienestar personal, consolidando su empoderamiento y resiliencia.

### ❖ **Reconocimiento de la mujer cuidadora como sujeto activo y destinataria principal de políticas**

Propuesta: Se enfatiza priorizar a la mujer cuidadora como beneficiaria directa de programas sociales y políticas públicas, asegurando que su bienestar sea el eje de la acción social. Estrategias incluyen la creación de subsidios específicos, reformulación de programas existentes y monitoreo de la inclusión de las cuidadoras en las políticas de intervención social.

Alcance: Este enfoque permite reducir la sobrecarga de las cuidadoras, aumentar la efectividad de las políticas de apoyo familiar y garantizar que la mujer sea reconocida como sujeto activo y estratégico en la intervención social, promoviendo un enfoque sostenible y centrado en la persona.

Sin fortalecer a las cuidadoras como eje de la intervención, los programas centrados únicamente en el consumo de sustancias pierden efectividad. La mujer cuidadora debe ser reconocida como sujeto activo, destinataria principal de políticas y acompañamiento social, asegurando su bienestar integral y consolidando su papel en la transformación de la dinámica familiar.

## Bibliografía

- Andrade, J. A., Duque, M., Jhelsaer, J., Rodríguez, C. & Rojas, C. A. (2013, 28 de mayo). Indicadores de codependencia en 60 familiares de consumidores de sustancias psicoactivas en el municipio de Armenia - Quindío. *Revista Psicología Científica.com*, 15(7). Recuperado de: <https://psicologiacientifica.com/indicadores-codependencia-familiares-consumidores-spa>
- Biscarra, A., & Fernández, A. G. (2010). Codependencia: el lado oculto de los trastornos adictivos. *Nexos, Secretaria deficiencia y técnica*, 17(27), 14-18.
- Colli Alonso, Mario. Rodas L, Jorge Ernesto. (2019). La familia de la persona que presenta Trastornos por Uso de Sustancias (T.U.S) Una descripción de sus patologías más importantes y una propuesta sistémica de abordaje psicoterapéutico. *Avances en Salud Mental Relacional Vol. 18 – 2019. Revista Internacional On-Line / An International On-Line Journal*.
- Cueto Prieto, M. I., & Corzo Pérez, P. A. (2021). *Codependencia: una adicción o un patrón de relación inadecuado*. *Poiésis*, (41), 93-104. Recuperado de: <https://doi.org/10.21501/16920945.4177>
- Cueto Prieto, Melissa. Corzo Pérez, Paula Ariadna. (2021). *Codependencia: una adicción o un patrón de relación inadecuado*. Recuperado de: <https://doi.org/10.21501/16920945.4177>
- Equipo Fundación Hay Salida para el tratamiento de las adicciones. (S/F.). *Criterios Para El Diagnóstico De Una Adicción*. Recuperado de: <https://www.fundacionhaysalida.com/criterios-para-el-diagnostico-de-una-adiccion/>
- Fundación Hay Salida para el tratamiento de las adicciones. (S/F). *Criterios para el diagnóstico de una adicción*. Recuperado de: <https://www.fundacionhaysalida.com/criterios-para-el-diagnostico-de-una-adiccion/>
- GCBA. Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud. (2019). *“Cuadernillo para equipos de salud. Educación y Promoción de la Salud, abordajes, propuestas y aprendizajes desde el hacer: CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS”*. Buenos Aires, Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-lanus/fundamentos-de-enfermeria/consumo-problematico-rieeps/92042352>
- Gómez, Nelson. (2021). *Hacia una política de vivienda integral. El rol de los espacios colectivos en las formas de uso cotidiano de la población San Gregorio*. [Tesis Magister, Pontificia Universidad Católica de Chile]. Recuperado de: <https://estudiosurbanos.uc.cl/wp-content/uploads/2022/04/TESIS-NDG.pdf>

- Guevara Ortega, Wiliam. (2003). *“La codependencia, una forma de convivir con el sufrimiento”*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú CSI. Recuperado de:  
<https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/consejo/boletin48/enpdf/a04.pdf>
- Ley 20.000. Sustituye La Ley Nº 19.366, Que Sanciona El Tráfico Ilícito De Estupefacientes Y Sustancias Sicotrópicas. (2005). Ministerio del Interior. Recuperado de:  
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=235507>
- Mansilla Izquierdo, Fernando, (2002) Codependencia y psicoterapia interpersonal. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. 2002, n.81, pp.9-19. ISSN 2340-2733. Recuperado de:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352002000100002&script=sci\\_abstract](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352002000100002&script=sci_abstract)
- Meza, Kevin. (2021). *Significado del consumo problemático de sustancias en la construcción de masculinidades en hombres del GAM: Un estudio de casos múltiples*. El caso de la Universidad de Costa Rica. [Tesis licenciatura, psicología]. Recuperado de:  
<https://repo.sibdi.ucr.ac.cr/bitstream/123456789/18092/1/46189.pdf>
- Nava Arquillo, Begoña. (2016). *Convivencia con un drogodependiente: consecuencias psicológicas, satisfacción con la familia, niveles de sobrecarga y esfuerzo en el familiar cuidador*. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11441/36582>
- Negrete Carballo, LauraGarcía Cerón, Ma. (2022). *Intervención sistémica en mujeres familiares de personas con abuso de sustancias adictivas*. Instituto de Terapia Familiar, Cencalli, Ciudad de México, México. Recuperado de:  
<https://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad-2023-1-06/382>
- Ortega, W. G. (2003). La codependencia, una forma de convivir con el sufrimiento. *Boletín CSI*, (48), 13-15.
- Ortega, W. G. (2014). Relación de los niveles de autoeficacia y la codependencia en un grupo de familiares de pacientes drogadependientes. *Revista De Investigación En Psicología*.
- Pautassi, L. C. (2015). Inaugurando un nuevo escenario: el derecho al cuidado de las personas adultas mayores. *Dossier*. Recuperado de:  
<http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/inaugurando-un-nuevo-escenario-el-derecho-al-cuidado-de-las-personas-adultas-mayores.pdf>
- Peña, M.,& Navarro, A. (2019). Estructura familiar y adicciones transgeneracionales. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 11(1), 75-96. Recuperado de:  
<https://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.udg.mx/index.php/RMIP/article/view/426/463>
- Pérez Gómez, A. y Delgado Delgado, D. (2003). La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un

- instrumento. *Psicothema*, 15, 381-387. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72715307.pdf>
- Pérez Porto, Julián. Gardey, Ana. (2021). *Codependencia - Qué es, definición y concepto*. Recuperado de: <https://definicion.de/codependencia/>
- PLADECO, *Plan de Desarrollo Comunal (2021 - 2025)*, La Granja. Recuperado de: <https://www.municipalidadlagranja.cl/pladeco-2021-2025/>
- Prieto, M. I. C., Pérez, P. A. C. (2021). Codependencia: una adicción o un patrón de relación inadecuado. *Poiésis*, (41), 93-104. Funlam. N° 23. Recuperado de: [.http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/index](http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/index)
- Schiavone, Miguel Ángel. Julio, Sabrina. (2016). Drogadicción: la esclavitud del nuevo milenio. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 129(1). Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8028>
- Vargas Navarro, P. Parra Vera, M. Arevalo Zamora, C. Cifuentes Gaitán, L. Valero Carvajal, J y Sierra de Jaramillo, M. (2015) *Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca*. *Revista Colombiana de Psiquiatría Print version ISSN 0034-7450*, vol.44 no.3 Bogotá July/Dec. 2015. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502015000300007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502015000300007)
- Vásquez Marín, J. S. (2023). *Revisión sistemática sobre estudios realizados en familiares de consumidores de sustancias psicoactivas: Codependencia*. [Tesis Para optar el título de profesional de Licenciada en Psicología, Universidad Peruana De Ciencias Aplicadas]. Repositorio Académico UPC. Recuperado de: [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/667639/V%c3%a1squez\\_MJ.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/667639/V%c3%a1squez_MJ.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Villacreses, Elvira. Macías, Aida. Erazo, Carmen. Ubillús, Sonia. (Eds). (2018). La drogadicción y su impacto en las familias. *Rev. SINAPSIS, Edición N° 12, Vol. 1*. Recuperado de: [www.itsup.edu.ec/myjournal](http://www.itsup.edu.ec/myjournal)
- Villafrade, M. (2024, 3 abril). *Cinco poblaciones históricas nacidas de ocupaciones ilegales*. Hogar de Cristo. Recuperado de: <https://www.hogardecristo.cl/noticias/cinco-poblaciones-historicas-nacidas-de-ocupaciones-ilegales/>

## **ANEXOS**

### **ANEXO A**

#### **PAUTA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

El propósito de esta entrevista es **conocer las experiencias de mujeres mayores que tienen familiares con consumo problemático de sustancias**, identificando los factores que influyen en dicha situación y las estrategias de afrontamiento utilizadas, desde la perspectiva del trabajo social.

Desde este enfoque, se busca visibilizar las implicancias emocionales, sociales y familiares que estas mujeres enfrentan en su rol de cuidado y acompañamiento, considerando sus propias necesidades, límites y redes de apoyo.

Las entrevistadoras promoverán siempre un espacio seguro, empático y respetuoso, resguardando la confidencialidad de toda la información obtenida durante el proceso, la cual será utilizada solo para fines académicos.

#### **Datos generales (para contextualizar al sujeto de intervención):**

##### **Persona de Estudio 1**

- Edad:
- Estado civil:
- Nivel educacional:
- Actividad laboral o económica:
- Tipo de vivienda y con quién vive:
- Tamaño de la familia actual:
- Vínculo con el familiar drogodependiente (hijo, nieto, hermano, etc.):

#### **Preguntas:**

1. Cuándo su familiar consume o consumía drogas y/o alcohol ¿Qué siente usted cuando esto ocurre?

2. ¿Qué situaciones la llevaron a involucrarse en el cuidado de su familiar que tiene problemas de adicción y que función comenzó a desempeñar usted?
3. ¿Qué apoyo considera que su familiar con consumo problemático espera de usted?
4. ¿Siente que ha dejado de lado sus propias necesidades o algunas actividades personales por priorizar las de su familiar? ¿Cómo lo ha vivido?
5. ¿Qué le dicen sus familiares, vecinos o amistades sobre el apoyo que usted brinda a su familiar que consume drogas?
6. De todas las situaciones que ha vivido, ¿cuál cree que ha influido más para que usted se dedique al cuidado de su familiar? ¿Por qué?
7. ¿Qué consecuencias ha tenido esta situación en su salud física o emocional?
8. ¿Se ha llegado a sentir culpable en alguna ocasión por el consumo de su familiar? ¿Por qué?
9. ¿Usted ha recibido apoyo profesional o acompañamiento para sobrellevar esta situación sin que afecte mayormente su bienestar personal?
  - (Si) ¿En qué consiste ese apoyo?
  - (No) ¿Por qué?
10. ¿Qué cree usted que necesita para proteger su bienestar sin dejar de apoyar a su familiar?
11. ¿Cómo es el acceso al consumo en su entorno? ¿Cree que esto influye en que su familiar siga consumiendo?
12. ¿Cómo se ha sentido durante esta entrevista?

## **ANEXO B**

### **Presentación para la Entrevista – Profesionales del Área de la Salud y Rehabilitación**

Muy buenos días/tardes:

Antes que todo, queremos agradecerle sinceramente por su disposición y tiempo para participar en esta entrevista. Esta instancia forma parte de una investigación para una tesis de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Miguel de Cervantes, cuyo objetivo es comprender, desde distintas miradas, las realidades que viven las familias —especialmente mujeres como madres, esposas y abuelas— que conviven con un familiar con consumo problemático de sustancias.

Como profesional que trabaja directamente en el área de salud y rehabilitación con personas drogodependientes, su experiencia, conocimiento y reflexión son fundamentales para enriquecer esta investigación. Nos interesa conocer cómo es su labor en este ámbito, los desafíos que enfrentan día a día y la percepción que tienen sobre el rol de la familia — en especial de las mujeres mayores— en estos procesos.

La entrevista tiene carácter confidencial y su contenido será utilizado exclusivamente con fines académicos. Si bien le haremos algunas preguntas orientadoras, puede sentirse en total libertad de expresar sus opiniones, compartir experiencias y detenerse en los aspectos que considere más relevantes. Si en algún momento desea no responder alguna pregunta o finalizar la entrevista, lo puede hacer sin ningún problema.

Una vez más, agradecemos mucho su generosa colaboración y el valioso aporte que significa su testimonio para esta investigación.

Muchas gracias.

#### **Datos del entrevistado:**

Profesión:

Lugar de trabajo:

Fecha de ingreso al trabajo actual:

## **ANEXO C**

### **Preguntas para el Área de Psicología**

1. ¿Cómo conceptualiza la codependencia desde su enfoque clínico o psicoterapéutico?
2. ¿Qué indicadores psicológicos o emocionales permiten identificar a una persona codependiente?
3. ¿Cuáles son las manifestaciones más comunes de la codependencia en mujeres mayores que viven con personas con consumo problemático de sustancias?
4. ¿Qué factores psicológicos o emocionales pueden inducir a la codependencia en mujeres mayores dentro del contexto familiar?
5. ¿Qué estrategias o conductas de autoprotección son efectivas en mujeres mayores para prevenir o enfrentar la codependencia?
6. ¿Considera que la codependencia debe tratarse como una forma de adicción emocional?  
¿Por qué?

## **ANEXO D**

### **Preguntas para Trabajador/a Social**

1. ¿Cómo conceptualiza la codependencia desde su enfoque clínico?
2. ¿Qué factores sociales o familiares ha identificado como desencadenantes de la codependencia?
3. ¿Cuáles son los factores culturales y económicos que pueden mantener la codependencia en mujeres mayores?
4. ¿Qué dinámicas familiares suelen perpetuar la codependencia?
5. ¿Existen condiciones comunitarias que aumentan el riesgo de codependencia en mujeres mayores?
6. ¿Cómo desde su área podría abordarse la prevención de la codependencia en contextos de alta vulnerabilidad social?

## **ANEXO E**

### **Preguntas para Técnico/a en Rehabilitación en Drogodependencias**

1. ¿Qué señales de codependencia ha aprendido a reconocer en los familiares de personas en tratamiento?
2. ¿Qué tipo de apoyo o contención puede ofrecer desde su rol a personas que presentan conductas codependientes?
3. ¿Qué dificultades enfrenta al trabajar con familiares que interfieren en el proceso de rehabilitación por miedo o sobreprotección?
4. ¿Cómo se puede intervenir desde el entorno de tratamiento para reducir la carga emocional en mujeres mayores codependientes?
5. ¿Qué acciones de prevención han resultado efectivas para disminuir los factores que permiten la codependencia en contextos de tratamiento o acompañamiento familiar?
6. ¿Cómo trabaja en coordinación con los otros profesionales para abordar el sistema familiar y no solo al paciente?

## **ANEXO F**

### **Preguntas para Terapeuta Ocupacional**

1. ¿Qué impacto tiene la codependencia en el autocuidado y el proyecto de vida de las personas que la padecen?
2. ¿Qué estrategias de intervención se pueden aplicar para fomentar la autonomía en mujeres mayores en riesgo de codependencia?
3. ¿Qué actividades terapéuticas o estrategias ocupacionales utiliza para promover la autonomía en mujeres codependientes?
4. ¿Qué actividades significativas ayudan a reducir la dependencia emocional en mujeres mayores?
5. Desde su área, ¿Cómo trabaja la resignificación del rol de cuidadora en personas que han vivido esta dinámica durante años?
6. ¿Cómo articula su trabajo con el del resto del equipo interdisciplinario en casos de codependencia?

## ANEXO G

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ENTREVISTA

**Nombres de las entrevistadoras:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Institución / Carrera:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Lugar:** \_\_\_\_\_

#### **Estimada participante:**

Le invitamos a participar voluntariamente en una entrevista que forma parte de un proceso académico/profesional en el área del Trabajo Social. Esta entrevista tiene como objetivo explorar y comprender las experiencias de mujeres mayores con familiares que tienen consumo problemático de sustancias.

Su participación es muy valiosa, ya que contribuirá a generar una mayor comprensión sobre estas realidades desde una perspectiva de derechos, género y envejecimiento, promoviendo el respeto y la visibilización de su experiencia.

Para asegurar la fidelidad de los testimonios y facilitar el posterior análisis, esta entrevista será grabada. La grabación será utilizada exclusivamente con fines académicos o profesionales y estará protegida bajo estricta confidencialidad. Solo la entrevistadora podrá conocer sus respuestas.

Toda la información que usted comparta será tratada de forma confidencial y anónima. Esto significa que su identidad no será revelada en ningún momento, y que todo dato sensible será resguardado de acuerdo con principios éticos y profesionales.

Participar en esta entrevista es completamente voluntario. Usted tiene el derecho de:

- No responder cualquier pregunta con la que no se sienta cómoda.
- Detener o finalizar la entrevista en cualquier momento, sin necesidad de justificarlo.

- Solicitar información sobre el uso y resguardo de los datos recopilados.

**Al firmar este documento, usted declara que:**

- Ha comprendido el objetivo de la entrevista.
- Ha sido informada de que su participación es voluntaria.
- Acepta que sus datos serán tratados de manera confidencial.
- Autoriza que la entrevista sea grabada para fines de análisis.
- Autoriza que la información proporcionada pueda ser utilizada con fines académicos o profesionales, resguardando siempre su anonimato y bienestar.

**Firma de la entrevistada:** \_\_\_\_\_

**Nombre (opcional):** \_\_\_\_\_

**Firma de las entrevistadoras:** \_\_\_\_\_

**Observaciones (si las hay):**

## ANEXO H

Matriz de reducción de datos – Caso 1 (Entrevistada, 62 años)

<b>Tópico Principal</b>	<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Referencia textual (E1)</b>	<b>Análisis e Interpretación</b>
<b>Situación de pareja</b>	Impacto emocional	Culpa, angustia y frustración	"Impontencia. Me sentía culpable, así como, ¿en qué fallé? No sé. Porque no me di cuenta a tiempo de su consumo."	Refleja un fuerte impacto emocional ante el consumo de su hija, donde la madre asume responsabilidad afectiva por el daño, experimentando sentimientos de dolor y culpa.
<b>Contexto familiar</b>	Rol de cuidado	Asunción del rol protector y proveedor	"Hacerme cargo de ella. Fue cuando ella tuvo los niños." / "Asumiste el rol como de mamá en ese entonces. Sí."	La entrevistada asume la crianza de sus nietos y el acompañamiento constante de su hija, reemplazando el rol materno original y sosteniendo el núcleo familiar.
	Motivación del cuidado	Temor a la pérdida y esperanza de cambio	"Fue más que nada pensando que algún día yo no voy a estar y que no quiero que los niños, que todo lo que yo les he dado queden en el aire."	El miedo a que su hija muera o se destruya emocionalmente la impulsa a mantener el cuidado, aun con sobrecarga física y psicológica.
<b>Consumo problemático de sustancias psicoactivas</b>	Apoyo esperado	Contención emocional y económica	"Yo creo que lo mismo, que siga apoyándola con su hijo." / "Que seamos lo que que siempre pensamos que íbamos a ser las dos"	El vínculo se estructura en la dependencia: la hija busca apoyo material y emocional, mientras la madre refuerza este ciclo al brindar ayuda incondicional.

<b>Visión que tienen de la codependencia</b>	Sentimiento de culpa	Autoatribución de responsabilidad	"Me sentía culpable... Porque no me di cuenta a tiempo de su consumo." / "¿Sientes que estuviste desatenta? Desatenta, eso."	La culpa emerge como rasgo central de la relación madre-hija, manifestándose como un sentimiento persistente que legitima su entrega.
	Sacrificio personal	Renuncia a la vida personal y al autocuidado	"Tuve una pareja y terminé con mi pareja, todo." / "Siempre fueron ellos mi principal opción. Nunca yo elegí algo por mí"	La participante reconoce haber postergado su bienestar y sus propios deseos, validando la entrega como un acto de amor materno.
<b>Factores sociales y culturales que influyen en la codependencia</b>	Percepción externa	Críticas y falta de comprensión	"Me decían, déjala sola, cómo la buscáis, cómo la ayudáis, y yo me quedaba callada. Entonces un día les dije, ¿sabe qué? No me digan más nada, porque ella es mi hija..."	El entorno social cuestiona su apoyo hacia la hija, reforzando el aislamiento y la autojustificación de su rol cuidador.
	Contexto del consumo	Alta disponibilidad de sustancias y entorno vulnerable	"Sí, está lleno. Lleno. ¿De aquí a la esquina? De aquí a la esquina."	El entorno barrial facilita el consumo y dificulta la recuperación, generando en la madre una vigilancia constante.
<b>Consecuencias que han visto en personas codependientes</b>	Consecuencias personales	Deterioro físico y emocional	"Lo que más me dio es el tiroidismo que estaba teniendo." / "No me puedo permitir depresiones ni nada."	La entrevistada presenta signos de agotamiento y enfermedades asociadas al estrés, como resultado de la sobrecarga del cuidado.

<b>Estrategias para enfrentar la codependencia</b>	Apoyo externo	Escasa atención dirigida hacia su rol cuidador	"Me sentí ancho en la terapia, si ella se había ido." / "Me gustaría trabajar. Es que la verdad, nunca lo he pensado... la parte emocional."	La ayuda institucional recibida se centra en la hija consumidora, sin considerar las necesidades emocionales de la cuidadora.
	Bienestar personal	Necesidad de apoyo psicológico y redes familiares	"Qué pediría? Bueno, el psicólogo, como le decía yo, la parte emocional." / "Y económico podría ser... ¿Algún tipo de subsidio, quizás?"	Reconoce la importancia del apoyo profesional y familiar, aunque su identidad aún se encuentra ligada al cuidado del otro.
<b>Dificultades para enfrentar estrategias</b>	Reflexión final	Emoción y alivio	"Me hace como soltar, relajarme, no sé, hablar. Porque no toda la gente la va a escuchar."	La entrevista funciona como un espacio de expresión y catarsis; la participante reconoce su carga emocional y la necesidad de apoyo.

## ANEXO I

Matriz de reducción de datos – Caso 2 (Entrevistada, 64años)

<b>Tópico Principal</b>	<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Referencia textual (E2)</b>	<b>Análisis e Interpretación</b>
<b>Situación de pareja</b>	Violencia de género y relaciones de poder	Ruptura del vínculo violento / Persistencia de la subordinación estructural	“Me separé de mi marido por la violencia, no daba más... me fui con mi hija embarazada.”	Refleja angustia y sensación de impotencia ante la conducta del hijo; responde intentando controlar el ambiente, típico del rol codependiente.
<b>Contexto familiar</b>	Dinámica familiar fragmentada	Fractura y dispersión de vínculos	“Mis hijos se quedaron con su papá... después me hice cargo del más chico cuando salió de la casa.”	La madre reemplaza instituciones (justicia y salud) y asume la contención total del hijo, reproduciendo patrones de sobreprotección y rescate.
		Sobrecarga y aislamiento femenino		El temor a la pérdida la impulsa a mantener la responsabilidad total sobre el hijo, sin considerar los límites personales o institucionales.
<b>Consumo problemático de sustancias psicoactivas</b>	Relación madre-hijo mediada por el consumo	Consumo crónico y deterioro psicosocial / Codependencia emocional	“Mi hijo consume pasta base desde los 14 años... ha dormido hasta en el antejardín de mi casa.”	La relación se basa en la dependencia mutua: él necesita protección y ella reafirma su rol materno desde el sacrificio y la asistencia continua.

<b>Visión que tienen de la codependencia</b>	Reconocimiento del daño y dificultad de ruptura	Conciencia sin acción	“Yo sé que me hace daño, pero no puedo dejarlo botado.”	Manifiesta una entrega total, justificada como amor maternal; evidencia la internalización de la abnegación como virtud.  La culpa funciona como eje de la relación madre-hijo; la mujer carga con la responsabilidad emocional del consumo.
<b>Factores sociales y culturales que influyen en la codependencia</b>	Mandatos de género y maternidad	Maternidad sacrificada y moral del cuidado	“Soy su mamá... ¿quién más va a preocuparse por él?”	La falta de apoyo social refuerza la soledad y la autojustificación de su conducta; se enfrenta “al mundo” por proteger al hijo.
<b>Consecuencias que han visto en personas codependientes</b>	Impactos biopsicosociales	Deterioro físico y emocional	“He bajado mucho de peso... tengo una hernia y no me he podido operar.”	Presenta deterioro físico y psicológico severo, consecuencia de la negación del autocuidado y la centralidad del otro en su vida.
		Rupturas familiares y aislamiento	“Mi hija no me habla por culpa de él.”	El conflicto con la hija refuerza la soledad y la pérdida de redes afectivas. La codependencia impacta en el tejido relacional y profundiza la exclusión emocional. Se evidencia la necesidad de abordajes familiares integrales que consideren la recomposición de vínculos y la mediación relacional.
<b>Estrategias para enfrentar la codependencia</b>	Búsqueda de ayuda y conciencia crítica	Participación institucional y reconocimiento del problema	“Una vez fui al CESFAM y ahí entendí lo que era la codependencia.”	Participar en grupos de apoyo le permite tomar conciencia de la codependencia, aunque mantiene el vínculo de cuidado como eje central.

				Reconoce la importancia del apoyo de redes familiares, aunque aún define su bienestar en función del otro.
<b>Dificultades para enfrentar las estrategias</b>	Desprotección institucional y soledad	Falta de redes y apoyo estatal	“Estoy sola... nadie me ayuda.” / “Sigo esperando que me operen y que alguien me escuche.”	La entrevista genera un espacio de catarsis y sentido; muestra apertura y deseo de transformación pese al dolor vivido.

## ANEXO J

Matriz de Reducción de datos – Caso 3 (Entrevistada, 66 años)

<b>Tópico Principal</b>	<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Referencia textual (E3)</b>	<b>Análisis e Interpretación</b>
<b>Situación de pareja y familiar</b>	Violencia y deterioro de vínculos	Transformación del vínculo por consumo	“Actualmente convivo con mi pareja, pero desde que supe que consume cocaína la relación cambió mucho”.	El hijo espera contención material y emocional. La madre refuerza la dependencia, al sostener económicamente a él y a sus hijas.
	Liderazgo femenino forzado	Rol central en el sostenimiento familiar	—	El temor a la soledad del hijo refuerza su rol protector. Aunque reconoce no tener culpa, el miedo y la compasión sostienen el vínculo dependiente.
<b>Contexto familiar</b>	Feminización de la pobreza y sobrecarga del cuidado	Jefatura de hogar y abandono institucional	“Yo he tenido que hacerme cargo de todo... aquí nadie más da la cara, ni el Estado, ni la familia”.	El cuidado surge como respuesta ante el desempleo y recaídas del hijo. La madre asume control y responsabilidad total, reafirmando su rol codependiente.
<b>Consumo problemático de</b>	Normalización del consumo en la familia	Trama de consumo multigeneracional	“Mi hijo lleva años consumiendo... y mi pareja también	Su dolor se combina con estrategias de control y evitación. La madre se vuelve

<b>sustancias psicoactivas</b>			empezó. A veces no sé cómo seguir con esto”.	sostén emocional y económico del hijo, sosteniendo la dinámica adictiva.
	Ausencia de abordaje integral	—	—	El entorno refuerza la vulnerabilidad familiar: naturaliza el consumo y dificulta la rehabilitación. La entrevistada siente impotencia ante esta realidad.
<b>Factores sociales y culturales que influyen en la codependencia</b>	Mandatos de género	Maternidad sacrificada y pérdida de sí	“Yo no he vivido mi vida... he vivido la vida de los demás”.	Las críticas familiares refuerzan su aislamiento y su rol de “madre sacrificada”. La violencia verbal de las hijas legitima su autoimagen de víctima fuerte.
<b>Visión que tiene de la codependencia</b>	Responsabilidad moral y culpa	Justificación del sobre cuidado	“A veces pienso que si no los ayudo yo, nadie más lo hará”.	La culpa se internaliza como parte de la maternidad. Se considera responsable de la trayectoria del hijo, lo que perpetúa el ciclo de dependencia emocional.
<b>Consecuencias observadas en personas codependientes</b>	Deterioro biopsicosocial	Desgaste físico, emocional y relacional	“Estoy cansada, ya no duermo bien... ni mis hijas entienden lo que vivo”.	Presenta síntomas físicos y emocionales de agotamiento. La enfermedad corporal se asocia al desgaste psíquico producto del cuidado extremo.

<b>Estrategias para enfrentar la codependencia</b>	Autocuidado y apoyo institucional	Intervención psicosocial y búsqueda de ayuda	“La psicóloga del CESFAM me ha ayudado... estoy aprendiendo a pensar más en mí”.	La intervención terapéutica le permitió reconocer su valor y autonomía. Muestra conciencia incipiente de la necesidad de límites y de priorizarse.
<b>Dificultades para las estrategias</b>	Culpa y falta de redes de apoyo	Obstáculos emocionales y sociales	“A veces quiero alejarme, pero me da culpa... siento que los dejo solos”.	La entrevista funciona como espacio catártico. La entrevistada verbaliza su deseo de cambio y autocuidado, aunque reconoce las dificultades para sostenerlo.
<b>Transmisión intergeneracional de la violencia y el cuidado</b>	Reproducción de patrones familiares	Herencia cultural de violencia y consumo	“Mi papá tomaba... mi marido también. Ahora mi hijo. Es como un castigo que se repite”.	El relato muestra cómo los patrones de violencia y consumo se transmiten entre generaciones. La entrevistada intenta reparar simbólicamente el daño mediante el cuidado, reproduciendo así la codependencia.
<b>Resiliencia y agencia</b>	Empoderamiento y reconstrucción del yo	Ruptura simbólica con el mandato del sacrificio	“Me fui unos días... por primera vez en mucho tiempo no sentí culpa”.	El reconocimiento del autocuidado es un avance hacia la autonomía emocional.

## ANEXO K

Matriz de reducción de datos – Caso 4 (Entrevistada, 72 años)

<b>Tópico de análisis</b>	<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Referencia textual (E4)</b>	<b>Análisis e Interpretación</b>
<b>Situación de pareja y familiar</b>	Violencia económica y emocional	Ruptura de confianza y vulneración simbólica	“Rabia porque me robaba cosas para irse a consumir.”	La relación está marcada por el abuso económico y el daño emocional. Las desigualdades de poder se reproducen mediante el control económico y la manipulación emocional, reforzando su vulnerabilidad en la vejez.
	Dependencia afectiva en relaciones violentas	—	—	La persistencia del vínculo, a pesar del daño, refleja una dependencia emocional resultado de un mandato cultural que enseña a las mujeres a sostener incluso en contextos de abuso.
<b>Contexto familiar</b>	Sobrecarga y feminización del cuidado	Rol central de sostenedora	“Preocupación... también me asustaba que no le fuera a pasar nada.”	E4 cumple un rol de sostén emocional y económico solitario. Se evidencia una estructura de desigualdad que naturaliza el sacrificio de las mujeres mayores.
	Reproducción generacional del consumo	—	—	El consumo en distintos miembros del grupo familiar muestra una transmisión intergeneracional del conflicto, lo que refleja la ausencia de políticas públicas eficaces para romper el ciclo.
<b>Consumo problemático de sustancias</b>	Impacto relacional y económico	Consecuencias del consumo en el hogar	“Me robaba cosas para irse a consumir.”	El consumo de cocaína genera daños materiales y emocionales, deteriorando la convivencia y la estabilidad económica.

	Normalización del consumo familiar	—	—	El relato sugiere una naturalización del consumo donde E4 actúa desde el miedo y la compasión, perpetuando la codependencia y el aislamiento.
<b>Factores sociales y culturales</b>	Mandatos de género y moral del cuidado	Miedo como forma de amor y control	“Me asustaba que no le fuera a pasar nada.”	El temor constante por el otro refleja la internalización del mandato femenino del cuidado incondicional, interpretado como una forma de control afectivo culturalmente aprendido.
<b>Visión de la codependencia</b>	Ambivalencia emocional	Amor, rabia y miedo coexistentes	“Preocupación, rabia... también me asustaba...”	Se reconocen emociones contradictorias (enojo y miedo por la pérdida), típicas de relaciones codependientes. Se requiere acompañar para fomentar el desapego saludable y la autonomía afectiva.
<b>Consecuencias</b>	Deterioro psicoemocional	Ansiedad, agotamiento y soledad	“Preocupación, rabia... asustaba...” me	La codependencia genera desgaste emocional y aislamiento. En la vejez, adquiere mayor gravedad, destacando la urgencia de intervenciones que integren salud mental, envejecimiento y género.
<b>Estrategias</b>	Toma de conciencia inicial	Identificación del daño como punto de partida	(No se observan estrategias explícitas en el relato)	El reconocimiento del daño sufrido ("me robaba cosas") representa el inicio de una conciencia crítica. Se recomienda fortalecer el acompañamiento con énfasis en empoderamiento y límites.

## ANEXO L

Matriz de reducción de datos – Caso 5 (Entrevistada, 54 años)

<b>Tópico / Categoría de análisis</b>	<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Referencia textual (E5)</b>	<b>Análisis Interpretación</b>
<b>Situación de pareja</b>	Violencia estructural y de género	Violencia psicológica y sexual mediada por consumo	“Yo dije... bueno, los fines de semana no pasa nada, tranquilo... pero después con el tiempo empezaron los insultos.” / “Si yo no quería tener sexo, yo me sentía violada, porque él me decía date vuelta y yo ahí lloraba.”	Refleja la tensión emocional que vive en la relación; oscila entre sentirse dañada y querer modificar la conducta del otro.
	Deterioro emocional y pérdida de autonomía	—	—	La respuesta evidencia la autopercepción de pérdida de autonomía y la entrega absoluta hacia el familiar consumidor.
<b>Contexto familiar</b>	Sobrecarga y feminización del cuidado	Sacrificio materno y abandono del autocuidado	“Era mi sacrificio estar en todas con él, pero yo dejando de lado lo que tenía que hacer con mi hijo.”	Muestra cómo la mujer internaliza el deber de cuidar y simultáneamente actúa sobre el otro para mantener la estabilidad familiar.
	Invisibilización del trabajo reproductivo	—	—	La motivación proviene tanto del deseo de paz personal como de la

				esperanza de transformar al familiar consumidor.
<b>Consumo problemático de sustancias psicoactivas</b>	Aprendizaje social del consumo	Transmisión intergeneracional del consumo de alcohol	“Sus papás vendían vino clandestino... él aprendió a tomar de muy chico.”	La relación se sostiene por la mutua dependencia: ella obtiene sentido desde el cuidado, y él desde el apoyo recibido.
	Vínculo entre consumo y violencia	—	—	Justifica la conducta del otro por sus propias fallas percibidas.
<b>Factores sociales y culturales que influyen en la codependencia</b>	Mandatos de género y moral del sacrificio	Cuidado extremo y validación del sufrimiento	“Era mi sacrificio estar en todas con él.”	La aprobación del entorno refuerza el modelo cultural de sacrificio femenino y normaliza el rol cuidador.
	Entorno que facilita el consumo	—	—	Visibiliza la influencia del entorno comunitario y la sensación de falta de control sobre la conducta del familiar.
<b>Visión que tienen de la codependencia</b>	Control protector y amor culpable	Dificultad para establecer límites	“Yo prefiero que esté en la casa tocando guitarra que ande en la calle drogándose.”	Refleja la ambivalencia emocional típica: se siente responsable, pero racionalmente reconoce no ser la causa del consumo.

<b>Consecuencias que han visto en personas codependientes</b>	Deterioro integral de la salud	Impacto emocional físico, y simbólico	“Mi depresión es por siempre.” / “¿Quién te va a pescar con lo guatona que estás? Yo lloraba.”	Expone el deterioro propio que conlleva la codependencia, pero también la dificultad para priorizar su salud frente al cuidado del otro.
<b>Estrategias para enfrentar la codependencia</b>	Resiliencia y empoderamiento económico	Inserción laboral y autonomía material	“Gracias a que empecé a trabajar, pude tener mi casa.”	Busca seguir ayudando, pero desde un rol más equilibrado.
	Cuidado preventivo hacia otros como forma de control	—	“Yo prefiero que esté en la casa tocando guitarra que ande en la calle drogándose.”	Deseo de autocuidado, contención y compañía familiar.
	Falta de apoyo profesional para la codependiente	—	—	Muestra la falta de apoyo dirigido a la codependiente y la necesidad de estrategias terapéuticas centradas en ella.
<b>Dificultades para enfrentar estrategias</b>	Aislamiento social y estigma	Falta de redes y silencio frente a la violencia	“Yo no iba a andar comentándole al barrio lo que estaba haciendo.” / “La familia de él solo se preocupaba de que dejara de tomar.”	Muestra la dificultad emocional para verbalizar experiencias dolorosas, pero también la utilidad terapéutica del relato.