



**MAGISTER EN TRABAJO SOCIAL**

# **“INCORPORACION DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO”**

*TESIS PARA OPTAR AL GRADOACADEMICO  
DE MAGISTER EN TRABAJO SOCIAL*

**PROFESOR GUIA: JEANETTE HERNANDEZ B.  
ALUMNA: PATRICIA GORMAZ ALBORNOZ**

Santiago de Chile, 2015.-

## INDICE

<b>INTRODUCCION</b>		4
1	Planteamiento del Problema	8
2	Preguntas de investigación	12
3	Objetivos	13
4	Hipótesis	15
5	Estrategia Metodológica	16
6	Variables	19
<b>PRIMERA PARTE</b>	<b>MARCO TEORICO</b>	20
<b>CAPITULO I</b>	<b>FAMILIA Y ADICCIONES</b>	21
1	Factores familiares en el consumo de drogas	22
2	Familia y alcoholismo	26
3	La familia y la decisión de ingresar a un tratamiento.	30
4	Familia y codependencia	33
<b>CAPITULO II</b>	<b>ALCOHOLISMO Y FACTORES ASOCIADOS</b>	42
1	Consumo de drogas y alcohol en Chile	46
2	Política Publica de Adicciones	48
3	Transición Conace - Senda	50
4	Alcohol y salud	52
5	Consecuencias sociales del consumo de alcohol	55

<b>SEGUNDA PARTE</b>	<b>MARCO REFERENCIAL</b>	61
<b>CAPITULO III</b>	<b>ESTUDIO DEL CONTEXTO</b>	62
1	Datos de la población	62
2	Desarrollo económico	64
3	Datos sector salud	64
4	Antecedentes educacionales	66
5	Características de vivienda y habitabilidad	67
6	Indicadores sociales	68
7	Cosam La Granja	70
8	Equipo profesional Programa de Adicciones	73
9	Rol del Trabajo Social programa de adicciones	75
<b>TERCERA PARTE</b>	<b>ANALISIS DE LOS RESULTADOS</b>	77
<b>CAPITULO IV</b>	Resultados de la opinión de la familia en el tratamiento.	78
<b>CAPITULO V</b>	Resultados de la entrevista a los profesionales del equipo.	101
<b>CAPITULO VI</b>	<b>Conclusiones</b>	117
	<b>Hallazgos de la Tesis</b>	126
	<b>Aportes del Trabajo Social</b>	130
<b>BIBLIOGRAFIA</b>		133
<b>FUENTES</b>		137
<b>ELECTRÓNICAS</b>		
<b>ANEXOS</b>		138

## INTRODUCCION

El tratamiento y la rehabilitación de las personas alcohólicas considera un alto grado de complejidad, siendo imposible abordarlo o estudiarlo desde una sola perspectiva, es más bien necesario, tener en cuenta una amplia variedad de factores individuales, familiares, ambientales y sociales, para conseguir los resultados deseados.

Muchas investigaciones nos hablan de la importancia de la familia en los procesos de rehabilitación de diferentes enfermedades, el alcoholismo no escapa a esta premisa, considerando la importancia que tiene la familia en la formación de la persona y su socialización, iniciándose en ella las primeras relaciones interpersonales y afectivas, entregando a sus miembros sentido de identidad y pertenencia.

Hasta ahora hemos podido conocer una forma de intervenir en el tema del alcoholismo que hace énfasis en la atención individual de la problemática, si bien es cierto, se pretende rehabilitar en áreas de integración, tales como lo son el acceso a empleo, capacitación y habilitación social, la incorporación de la familia en el tratamiento del alcoholismo, nos permite actuar de manera integral en todos aquellos aspectos donde la persona requiere apoyo, es por esto que los equipos de salud mental que intervienen en la problemática son multidisciplinarios, atendiendo a la necesidad integradora de la solución del problema.

Para conseguir esta integralidad, resulta importante que la familia participe en el tratamiento, a pesar de que muchas veces el usuario se resiste a incorporarla, aludiendo al desconocimiento del problema, la pérdida de confianza y credibilidad, entre otras excusas, por su parte en la familia encontramos resistencia al culpar a las amistades, o bien desanimarse frente a los fracasos anteriores.

Sin embargo a pesar de estas resistencias, que pueden ser desde ambas partes, resulta relevante considerar la incorporación de la familia en el proceso.

Considerando los lineamientos de SENDA (2014) para los programas de prevención en familia con niños y jóvenes, destacamos lo siguiente:

*“...la familia pasa a ser uno de los apoyos principales para los niños/as y adolescentes en su proceso de desarrollo es muy importante recalcar que el rol de los padres y cuidadores es fundamental para la prevención del consumo de sustancias y otras conductas de riesgo que están estrechamente relacionadas con él.*

*Es por esto, que las familias, como agentes preventivos del consumo de sustancias, deben tener una postura clara en relación al consumo de sustancias y fortalecer sus relaciones mediante: las normas familiares y comunicación, participación familiar e involucramiento parental.”*

Estas indicaciones de SENDA para el trabajo con familias, resultan relevantes para el trabajo con población adulta, ya que la familia constituye un agente preventivo al momento de adoptar una postura clara frente al consumo de sustancias y el cumplimiento de límites y normas, situación que contribuye en gran medida al éxito del tratamiento.

SENDA reconoce además, factores protectores que se encuentran al interior de la familia y contribuyen en el proceso de rehabilitación, dichos factores son, entre otros, un vínculo familiar adecuado, normas y pautas de conducta claras y estables, apoyo entre los miembros de la familia y participación de la familia en la comunidad, entre otras. Estos factores protectores son necesarios para contribuir al proceso de rehabilitación y los podemos encontrar y potenciar en el desarrollo del trabajo con familias. (ibid)

Por otra parte, desde el ámbito de la salud mental comunitaria, se considera que el sistema familiar desempeña un papel importante en el desencadenamiento de conductas de consumo, de abuso y de adicción, más aún si existe algún integrante de la familia que permanezca consumiendo alcohol. (Puschel y otros 2013).

Son tantas las repercusiones del consumo de alcohol sobre un grupo familiar que el los equipos de salud debe estar atentos a la presencia de un usuario con consumo de alcohol, ya que puede existir un gran deterioro en las relaciones con su grupo familiar, especialmente antecedentes de violencia hacia la pareja y/o los hijos, situaciones que muchas veces pueden transformarse en hechos de gravedad que atentan contra el bienestar familiar.

En el programa de adicciones de COSAM La Granja, encontramos usuarios/as que presentan un gran deterioro, tanto en su vida familiar como individual, evidenciando un profundo daño en sus relaciones más cercanas, esto producto del consumo abusivo de alcohol, sin embargo aún existen posibilidades de contribuir a la reconstrucción de estos lazos mediante la intervención con sus familias.

El presente estudio tiene como propósito el poder acercarnos al trabajo con las familias que realiza el Programa de Adicciones de Cosam La Granja, con el objeto de conocerlo e identificar la forma de abordarlo e incorporarlo en el proceso de tratamiento de adicciones.

Se consideran usuarios y usuarias con consumo problemático de alcohol, que permanecen en tratamiento, en sus diferentes fases y los familiares que los acompañan, a través de entrevistas podremos conocer la opinión de cada uno de ellos y evaluar las acciones que se han implementado.

A lo anterior incorporamos la visión que tiene los profesionales que trabajan en el programa, quienes ejecutan las acciones destinadas a la recuperación de los usuarios, sus opiniones y sugerencias entregadas desde la experiencia.

Para situarnos en la problemática abordaremos, dentro del marco teórico, dos aspectos relevantes, familia y adicciones; alcoholismo y factores asociados. En el primer capítulo identificaremos los factores familiares en el consumo de drogas, la familia, alcoholismo y codependencia y en el segundo capítulo abordaremos el tema de alcoholismo y salud.

El marco referencial se construye con datos de la comuna de La Granja y del Programa de Adicciones, lo que nos sitúa en la particularidad del trabajo y de la intervención propiamente tal, teniendo en cuenta las características de los sectores, su historia y las implicancias que tienen y ha tenido la droga en sus habitantes, los resultados de las intervenciones tanto municipales como desde la propia comunidad, muchas veces ya organizada.

Los análisis y las conclusiones nos permitirán conocer las opiniones que entregaron tanto los familiares como el equipo de tratamiento. Esta visión nos permite redondear el estudio, en el sentido de entregar una visión integrada de los participantes, con respecto de la temática de familia.

Dentro de la complejidad del tema de adicciones, este estudio nos permite conocer el trabajo ejecutado y acercarnos a las implicancias que estas intervenciones tienen en los resultados del tratamiento.

En el desarrollo de la presente tesis dejamos abierta la invitación a conocer la investigación y sus resultados, y a otros posibles aportes que puedan surgir en un campo poco explorado como es la incorporación de la familia en los tratamientos de adicciones.

## **1.- Planteamiento del Problema**

En Chile cada año va en aumento el número de personas, hombres y mujeres, que solicitan atención para enfrentar el consumo abusivo de sustancias psicoactivas y alcohol, situación a la que se suma una disminución en la edad promedio de inicio del consumo, pudiendo hablarse de niños y jóvenes que ingresan a las adicciones, situación que se torna preocupante para sus familias, comunidades y la sociedad en general.

La comuna de la Granja no es ajena a esta realidad, representando a un grupo de alto riesgo social, con familias y usuarios que tiene grandes dificultades para enfrentar y contener la situación.

El Cosam de la Granja, se constituye como el único centro de atención secundaria de la comuna, al cual son derivadas las personas que necesitan tratamiento ambulatorio intensivo, por el compromiso que representa para su salud y el bienestar de su familia.

Ante la complejidad del tema el equipo multidisciplinario asume la necesidad de abordar la problemática, con la inclusión de la familia como un elemento importante de apoyo y sustento en el proceso de rehabilitación.

## 1.1.- Incorporación de la familia en el tratamiento

El Programa de Adicciones de Cosam la Granja, cuenta con la particularidad de considerar a las familias de los usuarios, como parte del tratamiento, incorporándolas en el proceso, dejando de lado la idea de intervenir solo al sujeto.

En las diferentes etapas del tratamiento se invita a las familias a participar, con el objeto de que estas conozcan la problemática, reconozcan los avances del familiar que se encuentra en atención y sean capaces de generar cambios que puedan contribuir con el cese del consumo, además de obtener herramientas que les permita enfrentar eventuales recaídas o crisis.

En diferentes entrevistas y la intervención a través de talleres, se busca realizar una caracterización del funcionamiento de las familias de los usuarios con dependencia alcohólica, considerando elementos de la dinámica, tales como estructura, control y comunicación, lo que nos permite identificar las necesidades y fortalecer ciertas áreas de funcionamiento que se encuentren deterioradas o alteradas, con la intención de introducir cambios y participar en el proceso de rehabilitación del familiar.

Conociendo a la familia del usuario, podremos tener el contexto de referencia, donde la persona desarrolló su adicción, muchas veces involucrada de alguna manera en la génesis del problema y a su mantención en el tiempo y por supuesto a su rehabilitación, dejando de ver a la familia como sabotadora de los procesos o como responsable del problema.

Resulta necesario destacar que las familias que participan, presentan algunas particularidades, siendo muchas veces familiares lejanos, amigos u otras personas que conforman su círculo más cercano y de apoyo. Durante la primera entrevista se le solicita al usuario, que identifique a alguno de ellos, con la intención de que pueda participar y apoyar en el tratamiento. La mayor parte de las familias se encuentran muy dañadas con la situación de consumo, pero sin duda siempre hay alguien que desea contribuir y seguir creyendo en la rehabilitación.

El modelo de intervención que incorpora a las familias en el tratamiento, permite al equipo contar con un apoyo al interior del hogar, ya que es ahí donde se desarrollan las problemáticas y donde el usuario permanece gran parte del tiempo.

En este sentido la familia constituye una herramienta más en la intervención, pudiendo ampliar la mirada de intervenir solo al usuario y sus síntomas, incorporando un entorno directo, permitiendo así una intervención integral de la problemática.

Quizás la evaluación de la comunicación al interior de las familias, constituya uno de los elementos más importantes de este estudio, ya que nos permite saber cómo la familia puede dificultar o facilitar el proceso de rehabilitación. Junto con esto podemos identificar elementos que contribuyen a mantener e incluso fortalecer el consumo, impidiendo al usuario realizar un proceso exitoso de tratamiento.

En este sentido revisaremos algunas teorías que sitúan a la persona en una interacción constante con su entorno familiar, develando estilos de comunicación, axiomas y principios que nos permiten reconocer tipos de relaciones, pudiendo identificar, de existir, algún tipo patología familiar y su forma de intervenirlas.

Es necesario destacar que la familia y las amistades más cercanas, pueden desempeñar un papel esencial en cuanto a la motivación en el ingreso y permanencia en el tratamiento, junto con esto la terapia familiar también puede ser importante, ya que la participación de un miembro de la familia o pareja en el programa de tratamiento del alcohólico puede fortalecer y ampliar los beneficios del mismo.

El equipo de profesionales que participan en el tratamiento, se define como interdisciplinario, con el objeto de otorgar una atención integral al usuario y a sus familias. Si consideramos esta visión, nos resulta fácil entender que el logro de los objetivos no puede centrarse solo en la atención clínica, siendo necesario abordar e intervenir áreas sociales y comunitarias, para enfrentar el consumo.

La familia y las personas significativas de los usuarios, surgen, para el equipo, como un elemento importante en la recuperación, por este motivo es necesario elaborar planes de intervención que los incluyan en el proceso de tratamiento.

De los antecedentes expuestos se desprende que nuestra investigación tiene como finalidad describir el aporte que implica incorporar a las familias en el proceso de tratamiento, buscando establecer si esta modalidad terapéutica contribuye a un mayor logro del objetivo de recuperación de los usuarios del programa de adicciones de Cosam La Granja.

## 2.- Preguntas de Investigación

- ¿Cuál es el aporte o la contribución que la familia puede entregar a la adherencia en el proceso de rehabilitación del paciente alcohólico?
- ¿La incorporación de la familia en el tratamiento, puede contribuir al logro de los objetivos terapéuticos?
- ¿Cuál es el grado de motivación e influencia que ejerce la familia en el tratamiento de adicciones?
- ¿Qué percepción tiene del tratamiento el equipo profesional a cargo?

### **3.- Objetivos**

#### **Objetivo General N°1**

- Describir la contribución de la incorporación de la familia en el tratamiento del alcohólico.

#### Objetivos Específicos

- Identificar los logros que alcanzan los usuarios y usuarias que participan con sus familias en el programa.
- Caracterizar las actividades en las que participa la familia en el tratamiento.

#### **Objetivo General N° 2**

- Comprender la importancia que la familia otorga al tratamiento del usuario en sus diferentes fases.

#### Objetivos Específicos

- Identificar los cambios en la dinámica interna, que alcanzan las familias que participan en el programa.
- Establecer la opinión de la familia sobre el tratamiento y sus expectativas.

### **Objetivo General N° 3**

- Comprender la valoración que el equipo profesional otorga a la incorporación de la familia en el tratamiento de adicciones.

#### Objetivos Específicos

- Establecer el significado o importancia que el equipo le otorga a las actividades que se realizan con las familias.
- Evaluar la efectividad de la incorporación de la familia en las distintas actividades diseñadas en el plan de tratamiento.

#### **4.- Hipótesis de Investigación**

##### Hipótesis N° 1

- La incorporación de la familia en el tratamiento, refuerza la permanencia y motivación de los usuarios, dado que incentiva la participación y asistencia en el programa, además de disminuir el consumo.

##### Hipótesis N° 2

- La participación de las familias en el programa, contribuye al logro de los objetivos terapéuticos del usuario, tales como reinserción familiar e incorporación laboral y educativa.

##### Hipótesis N° 3

- Las familias que se involucran en el tratamiento experimentan cambios positivos en su dinámica interna, especialmente en la comunicación, roles, jerarquía, límites y afrontamiento de las problemáticas.

##### Hipótesis N° 4

- Los profesionales consideran importante la incorporación de la familia en el tratamiento, ya que contribuye al logro de los objetivos terapéuticos, tales como abstinencia de consumo, control de recaídas, asistencia, permanencia y participación en el programa.

## 5.- Estrategia Metodológica

### 5.1. Tipo de estudio

El presente estudio es de carácter descriptivo, ya que pretende dar cuenta de los diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar, que en este caso es la incorporación de la familia en el tratamiento de adicciones de Cosam La Granja.

A lo anterior podemos añadir que la investigación es de tipo cualitativa, ya que realiza un estudio del fenómeno social de las adicciones, obteniendo la información a través de la observación en profundidad o la entrevista, más que por la recolección de datos expresados en números. Podemos agregar que el método cualitativo utiliza un lenguaje conceptual y metafórico y el procedimiento que emplea para ello es más inductivo que deductivo. (Olabuenaga, 1996)

El uso de una investigación cualitativa en el tema de adicciones resulta como una valiosa estrategia al momento de describir, analizar y explorar un fenómeno, proporcionando información sobre lo que las personas piensan, sienten y hacen, además de descubrir temas de importancia para un grupo objetivo, en este caso los familiares de los usuarios y su incorporación en el tratamiento.

El estudio es de tipo transeccional, ya que la información o los datos, se recolectan en un solo momento, en un tiempo único. Este diseño tiene como propósito describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, en este caso pretende describir la contribución de la familia en el tratamiento de adicciones, en un periodo determinado de tiempo y espacio. (Ávila Baray, 2006)

La presente investigación tiene la característica de ser no experimental, ya que no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio, son observados en su ambiente natural, en su realidad.

## 5.2 Universo

Carrasco (2009:236) señala que universo es *“el conjunto de elementos, personas, objetos, sistemas, sucesos, entre otras finitos e infinitos, a los pertenece la población y la muestra de estudio en estrecha relación con las variables y el fragmento problemático de la realidad, que es materia de investigación”*.

En tal sentido definimos al universo como un conjunto de personas, cosas o fenómenos sujetos a investigación, que tienen algunas características definitivas, el universo de nuestra investigación corresponde a 16 usuarios del Programa de Adicciones de Cosam La Granja, de ambos sexos, con consumo problemático o dependencia al alcohol, mayores de 20 años, con domicilio en la Comuna de la Granja y que se encuentren inscritos en un centro de salud de la misma comuna.

Además de 16 familiares del programa a quienes los usuarios identifican como principal apoyo, los acompañan a las entrevistas y talleres grupales y siete profesionales del equipo, de adicciones, que trabajan directamente con las familias y los usuarios.

### 5.3 Muestra

La muestra utilizada, tiene la característica de ser teórica o intencional, según Tamayo y Tamayo (1997:38), la muestra *“es el grupo de individuos que se toma de la población, para estudiar un fenómeno estadístico”*.

Para la presente investigación se considera como muestra 10 usuarias/os con dependencia al alcohol, mayores de 20 años, con apoyo familiar y que pertenezcan a la segunda etapa de tratamiento, además de 10 familiares y tres profesionales que pertenecen al equipo de tratamiento (Psicóloga, Técnico en rehabilitación y Orientadora Familiar).

### 5.4 Técnicas de recolección de datos

Para los fines que persigue esta investigación resulta necesario utilizar técnicas como la entrevista en profundidad, que se compone de preguntas abiertas que permiten profundizar en temas y conocer opiniones, es este caso de los profesionales que trabajan en el programa de adicciones de Cosam La Granja.

Otra de las técnicas utilizadas es la entrevista semi - estructurada, la que se aplica a 10 familiares del programa, que componen la muestra. La entrevista se compone de preguntas abiertas y cerradas, en una entrevista cara a cara, donde se intenta recoger la opinión de los familiares que acompañan al usuario en su tratamiento.

En relación a los usuarios se realizó una entrevista grupal, donde se instaló el tema para analizar las diferentes opiniones sobre la participación de sus familiares en el tratamiento.

## 5.5 Técnicas de análisis de la información

La técnica de análisis de la información utilizada es la de análisis de contenido, que ocupa de la dimensión interactiva e intersubjetiva del uso del lenguaje, mediante la investigación y análisis de datos reales. En términos de Stubbs (1987), el análisis de contenido investiga la lengua, ya sea oral o escrita, más allá de los límites de la oración, las relaciones entre lengua y sociedad, y las propiedades interactivas de la comunicación diaria.

El análisis de contenido se efectúa por medio de la codificación, este proceso se realiza considerando las características relevantes del contenido de un mensaje, transformándolas a unidades que permitan su descripción y análisis preciso.

En el caso de análisis de preguntas cerradas, se usara programa Excel.

## 6. Variables

- Contribución de la incorporación familiar a tratamiento.
- Importancia que la familia otorga al tratamiento.
- Valoración de la incorporación familiar por parte del equipo profesional.

**PRIMERA PARTE**

**MARCO TEORICO**

## CAPITULO I

### FAMILIA Y ADICCIONES

En cada proceso terapéutico o de rehabilitación de adicciones, es necesaria la realización de un intenso trabajo a nivel individual, al que resulta importante agregar, la decisiva influencia que en este sentido, tanto a nivel de recuperación, como de elemento de prevención, juega y ha jugado el sistema familiar (Calvo, Botella y De Luca, 2007).

En este sentido, podemos agregar que son muchas las formas con las que la familia enfrenta una situación de consumo de drogas y alcohol en alguno de sus miembros, es así como el miedo que produce develar el hecho, puede llevar a la familia a reaccionar de diferentes maneras, algunas intentan soslayar la situación, con el objeto de convencerse de que es algo pasajero y de baja importancia, otras familias en tanto, reciben la noticia como una verdadera tragedia, buscan culpables, cuestionan al consumidor y pretenden una solución rápida, como por ejemplo la internación. Estas familias no realizan un análisis de la situación, sino más bien responden a la contingencia con medidas apresuradas y poco adecuadas a la situación que se está viviendo, entregando a manos de los equipos de especialistas el problema, sin una vinculación mayor.

Estas situaciones se presentan en muchas familias y no resultan ser las más adecuadas al momento de enfrentar las adicciones, ya que en muchas oportunidades, el consumo de alcohol y drogas se encuentra asociado a problemas relacionales, conflictos de la vida cotidiana, insatisfacciones, dificultades en la comunicación, frustración y sentimientos negativos.

En este contexto, resulta importante destacar que la familia representa el ambiente social más cercano para cada uno de sus miembros, en su interior se aprende a establecer relaciones humanas, modelos de conducta, valores, se recibe apoyo y seguridad, como elementos básicos; Sin embargo, algunas familias entregan lo contrario, provocando desconfianza, aislamiento y un efecto negativo en sus componentes, situación que muchas veces contribuye al consumo de sustancias.

Al momento de abordar las adicciones es importante intervenir en los diferentes ámbitos de la vida de la persona, su familia y entorno social, esto para enfrentar de manera integral la situación, sin caer en la parcialización de la problemática, como una forma rápida de bajar la sintomatología, sin enfrentar el tema en profundidad.

Tanto la conformación de los equipos especializados, como la incorporación de la familia, nos ayudan a realizar una intervención integral al momento de enfrentar el tratamiento, algunas de las intervenciones se encuentran centradas en el individuo, pero resulta de gran importancia considerar los contextos sociales y familiares y utilizarlos como una herramienta positiva y de cambio.

### **1.-Factores familiares en el consumo de drogas**

Como dijimos anteriormente la familia es el primer agente socializador en el que se desenvuelven las personas. En este contexto el apego es un elemento importante para tener en cuenta ya que puede constituir un elemento relevante en el desarrollo de una adicción, pudiendo contribuir a su formación, como así mismo sirviendo como agente preventivo ante un posible consumo de sustancias.

Según Main y Cassidy (1988) se establecen de tres tipos básicos de apego, el tipo evitante, el tipo seguro y tipo ambivalente. En el caso de las adicciones en la adolescencia, estas pueden ser producto de una forma inadecuada de enfrentar el estrés emocional, relacionadas con un apego tipo evitante.

Según Gayo (1999) las personas con este tipo de apego, tiene pocas expresiones de afecto o angustia hacia su cuidador, teniendo estructuras cognitivas rígidas, siendo más propensos al enojo, caracterizándose por metas destructivas y otras emociones negativas, por lo que resulta más fácil abordar las situaciones de estrés emocional con el uso de drogas o alcohol.

Otro factor importante a considerar es el tipo de crianza, teniendo en cuenta variables como el control y afectos, podemos distinguir cuatro posibles estilos de crianza: autoritario, con elevado control y baja calidez; permisivo, con bajo control y elevada calidez; democrático, con alto control y alta calidez; e indiferente, con bajo control y baja calidez (ibid). Es el estilo indiferente el que resulta más perjudicial en la vida de un niño y adolescente, ya que representa una alta posibilidad de iniciar un consumo de drogas o problema de salud mental. El predominio de un estilo u otro puede contribuir al abuso o persistencia de consumo drogas y alcohol en diferentes etapas de la vida.

El clima al interior de las familias constituye un factor relevante a considerar en el desarrollo de las adicciones, situaciones como falta de control emocional de las madres, violencia intrafamiliar, ya sea entre los progenitores y en contra de los hijos, problemas de comunicación, abandono y estrés familiar, pueden propiciar a un consumo a temprana edad.

Otro factor importante en las adicciones es el de la disciplina familiar, la que en muchas oportunidades resulta ser inconsistente en su aplicación o bien se utiliza la agresividad excesiva como forma de disciplinar a los hijos, elevando así los problemas conductuales (Wegscheirder 2009). Factores de riesgo en la familia lo constituyen la ausencia de uno o ambos progenitores en la crianza de los hijos, el consumo de alcohol o drogas en alguno de los integrantes del grupo familiar y la presencia de enfermedades de salud mental, siendo la patología dual un fenómeno relativamente frecuente (ibid).

Las relaciones que sostienen principalmente los niños/as con sus padres durante la etapa de la adolescencia son uno de los factores que proporcionan el desarrollo de la drogadicción; Wegscheirder (2009:34) menciona que *“un drogadicto es todo aquel que proviene de una familia emocionalmente represiva”*. En el caso de los adolescentes, cuando las familias reprimen sus sentimientos, hacen que esos sentimientos no expresados se transformen en ira, dolor, culpa, temor, entre otras frustraciones. Estas situaciones, según el autor, preparan al adolescente para un sistema adictivo, los padres no escuchan a sus hijos, no les entregan importancia e incluso a algunos de ellos les llegan a molestar.

Según estudios de Senda, podemos destacar que:

*“Los padres que saben dónde están sus hijos conocen a sus amigos, están atentos sobre cómo les va en la escuela y comparten momentos juntos, tienen hijos con menor probabilidad de consumir drogas. A pesar de necesitar independencia, el adolescente requiere del apoyo y disponibilidad de los padres, el cual se desarrolla a partir de la estabilidad en los vínculos con la familia y la contención”*.

Una actitud clara de los padres ante las drogas, demostrando oposición al consumo, representaría una menor posibilidad de “tentarse” que los de aquellos que no tienen una actitud clara. Con respecto del consumo al interior de las familias, estas representarían un factor de alto riesgo, ya que al existir familiares que presentan consumo de drogas resulta más probable que los hijos tengan aproximaciones al consumo.

Los bajos niveles de conexión y familias desligadas son un factor de riesgo para el consumo de adolescentes: *“Cuando se fortalecen los factores protectores en la familia, se fortalece también al individuo y su forma de relacionarse con los adultos; se le protege de conflictos y disminuye las probabilidades de un inicio temprano de un consumo de sustancias.”* (ibid: 1)

Según McGue, Sharma, y Benson (1996) la conducta de consumo de los hermanos, especialmente los hermanos mayores y del mismo sexo, ejerce una fuerte influencia sobre los patrones de consumo de los adolescentes, hasta quizá una influencia mayor que la que ejercen los padres.

Sin embargo, para los niños de padres dependientes del alcohol, la predisposición genética influye de manera más significativa sobre el desarrollo de problemas que la conducta de consumo por parte de los padres. (ibid).

Por otra parte, las personas con lazos familiares más fuertes son menos propensas a ser influidas por amigos y contarían con más cantidad de recursos y capacidades para evitar el consumo riesgoso de alcohol u otras drogas. (ibid)

## 2.- Familia y Alcoholismo

El impacto de la dependencia al alcohol de alguno de los miembros de la familia, repercute en todos sus integrantes, generando separaciones, divorcios, episodios de violencia tanto física como verbal, abandono y mucho dolor, deteriorando los vínculos familiares.

Según Becoña (2006) para enfrentar estas situaciones y lograr mantener un funcionamiento algo más estable, la familia adopta roles disfuncionales que los llevan a sobrevivir la enfermedad de uno de sus miembros. Podemos identificar en las familias a los miembros que se encargan de solucionarle todos los problemas al adicto, es así como les "ayudan" a inventar excusas, les pagan las cuentas, los justifican constantemente frente a los demás, se hacen cargo de sus responsabilidades. De esta manera les facilitan la vida y el consumo, además de promover el autoengaño de su familiar afectado, ya que no le permiten ver las consecuencias que genera su adicción.

Otro rol dentro de la familia del consumidor es aquel que le recrimina todo al adicto, culpándolo constantemente de todos los problemas que existen al interior del hogar, de esta manera logra indignarlo, brindándole así una excusa perfecta para seguir consumiendo. (ibid)

En contraposición al rol anterior podemos identificar al que se mantiene "al margen" de las discusiones y de la dinámica familiar, encubriendo de esta manera sentimientos de soledad, tristeza y decepción, que no es capaz de expresar de manera adecuada. (ibid)

Particularmente en los padres o las figuras significativas en la crianza de los hijos, surgen sentimientos de culpa frente a la adicción, lo que se traduce muchas veces en episodios de ira y frustración, que se canalizan a través de la necesidad de “disciplinar”, muchas veces en forma tardía, al consumidor, llegando a agredirlo física o verbalmente.

La dinámica de estas familias se encuentra alterada, presentando límites y reglas difusas, alteración en sus formas de comunicación y conductas tales como sobreprotección, unión excesiva entre los miembros de la familia, incapacidad para resolver conflictos y una rigidez extrema. Así, el sistema familiar del alcohólico establece un estilo de vida que permite que la enfermedad continúe reproduciéndose tras varias generaciones, las familias alcohólicas se mueven y acomodan a las exigencias de la vida con un miembro alcohólico. (ibid)

Especialistas, como Brown (1988) consideran la idea de que la familia con un miembro alcohólico no presenta disfuncionalidad, es más bien una familia que ha aprendido a funcionar con un miembro enfermo, acomodándose a esta realidad. La familia en tanto se vuelve disfuncional cuando el alcohólico comienza un tratamiento y no es necesario continuar con los roles tradicionales que mantenían los distintos miembros de la familia.

Los integrantes de una familia que tiene un miembro alcohólico, también enferman progresivamente, pudiendo adquirir patologías de salud mental tan graves como la del adicto, dificultando aún más las soluciones.

Siguiendo al mismo autor, podemos identificar que en las familias con un miembro alcohólico, existen dificultades para establecer rutinas y planificación de actividades familiares, ya que no es posible contar con la persona alcohólica en todo momento, creando, además, incertidumbre e inseguridad sobre los

comportamientos que adopta en determinadas circunstancias. Es así como las actividades sociales y recreativas de las familias, se restringen con las actuaciones del alcohólico, producto de sus comportamientos anómalos o impredecibles, la familia se encierra en sí misma y se perpetúa el consumo de alcohol. (ibid)

Las etapas por las cuales transita la familia que tiene un miembro alcohólico, son diversas, el problema del alcoholismo surge, pero el reconocimiento y la decisión de someterse a tratamiento demoran en llegar.

Según Aznar (2002), podemos mencionar que existen diferentes etapas que resultan comunes en la mayor parte de las familias con un miembro con problemas de alcohol, que surgen con anterioridad a que la persona problematice la situación.

Dichas etapas son las siguientes:

La primera etapa correspondería a la de negación del problema de alcohol, durante este periodo el modo de beber de la persona empieza a causar problemas sin que la familia o él mismo sean conscientes de esto.

La normalización social del consumo y el concepto social de que los bebedores con problemas son gente en situación de calle y de aspecto deplorable, contribuye aún más a la etapa de negación del consumo, ya que resulta difícil calificar como alcohólico a la persona que trabaja habitualmente, que tiene una familia y vive una vida "normal".

Una segunda etapa, es la del reconocimiento, esta surge al momento en que la familia reconoce la conducta de la persona con problemas de alcohol como "anormal", considerando que su consumo resulta excesivo, el continuo alejamiento de la familia, las constantes irresponsabilidad en el trabajo y los

crecientes cambios en las amistades, entre otros elementos que visibilizan el consumo.

La tercera etapa se reconoce como de enfrentamiento y es en este momento cuando la familia considera la necesidad de enfrentar el problema y poder develarlo a los demás miembros del grupo.

Para realizar este proceso resulta necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Hablar con la persona cuando se encuentre sin consumo, o con el menos posible.
- Poner por sobre todo la intención de ayuda que se le está entregando.
- Problematizar el consumo y sus consecuencias negativas tanto a nivel familiar como individual.
- Mencionar el apoyo en el tratamiento.
- Tener en cuenta que la decisión de tratamiento es personal y depende de su motivación al cambio.

La siguiente fase es el control, donde la familia intenta controlar y asumir la responsabilidad y con sus medios detener el consumo, en este proceso, la familia puede llegar a manifestarse a través del enojo, el control del alcohol, del dinero y en ocasiones de los hijos.

La etapa de supervivencia se refiere a los intentos que la familia realiza para recuperarse a pesar del problema. En esta etapa la familia toma conciencia del fracaso en los intentos que ha realizado y se dispone a “sobrevivir”, sin intentar que el bebedor cambie su conducta.

Existen cambios de roles y comienza a asumir responsabilidades que antes tenía el familiar alcohólico, en este proceso incluso se ven involucrados los niños, quienes muchas veces asumen responsabilidades de los padres consumidores.

La última etapa es la de aceptación y surge cuando el alcohólico acepta que existe un problema y que necesita realizar un tratamiento. Esta etapa puede ser producto de la conciencia propia del deterioro familiar, por problemas laborales y bien presión por parte de terceros.

Durante esta última etapa es cuando la familia, muchas veces en conjunto con el familiar afectado, decide ingresar a tratamiento, recurrir a especialistas y apoyo profesional. Sin embargo puede existir que la persona todavía sienta que el beber le entrega algún tipo de recompensa pese a todas las consecuencias negativas que tiene su conducta, por lo tanto, pasara un tiempo dentro del programa, intentando problematizar situaciones y logrando identificar estrategias para disminuir o eliminar el consumo.

### **3.- La familia y la decisión de ingresar a un tratamiento**

Cuando la persona decide entrar en un programa de tratamiento resulta importante el apoyo familiar, con el objeto de reforzar conductas y contribuir a la adherencia. Muchos procesos exitosos, tiene que ver con cambios a nivel familiar, reconocimiento de otras problemáticas y estabilidad en la dinámica interna de las familias.

Calvo, Botella y De Luca, (2007) indican que el trabajo con familias significa intervenir desde diferentes ámbitos dependiendo de algunos factores particulares, aun así es posible establecer pautas generales de intervención que son comunes en la mayoría de los casos.

Dichas pautas pueden definirse como:

- Acogida: considera el establecimiento del primer contacto entre la familia y el equipo de tratamiento y/o profesional especialista, este primer acercamiento se encuentra generalmente caracterizado por elevados niveles de angustia. En este contacto se priorizan aspectos básicos de escucha activa y contención emocional, realizando generalmente una breve recopilación de información que permita una valoración inicial de la demanda.
- Valoración de la problemática por el usuario y su familia y la relación actual y pasada entre ambos, teniendo en cuenta aspectos estructurales y relacionales.
- Información General: entregar la orientación adecuada acerca del alcohol y las drogas, los problemas que acarrea, el proceso de rehabilitación, y los tratamientos disponibles. Podríamos decir que consiste en intervenciones puntuales que se llevan a cabo con familias que contactan inicialmente para recabar información sobre tratamientos.
- Información Específica: consiste en informar a la familia acerca de la evolución del usuario en el tratamiento, incluyendo asistencia al programa, adherencia al tratamiento, avances específicos, métodos de contención, control de recaídas, tratamiento farmacológico, considerando además resultados analíticos y pronósticos.
- Orientación: consiste en una intervención destinada a educar acerca de la forma de relacionarse con el usuario y fomentar la adherencia al tratamiento. Según el autor estas familias deberían estar medianamente involucradas en el tratamiento.

- Intervención familiar individual: considera sesiones con diferentes miembros de la familia, tanto de manera conjunta como separada. Se destaca la importancia del diagnóstico y conocimiento de la familia, la realización de una sicoeducación, terapias de modificación de conducta y reestructuración cognitiva.
- Intervención Familiar Grupal: tal como grupos psicoeducativos y de desarrollo de habilidades (generalmente estrategias de afrontamiento, habilidades de comunicación, manejo de emociones negativas, etc.), grupos de expresión emocional, grupos de apoyo mutuo (supervisados o no por un facilitador), terapia familiar grupal.
- Intervención Social: consiste en el apoyo, información y orientación de ayudas sociales tanto para las familias como para los usuarios, destinados a mejorar su calidad de vida y reducir el impacto del consumo. En esta oportunidad es posible conocer sobre otros aspectos tales como el grado de conocimiento de la problemática del familiar con adicción, su nivel de compromiso con el problema y eventualmente la presencia de otras dificultades familiares adicionales.

Cuando la persona decide ingresar a un programa de tratamiento, resulta importante el apoyo familiar, con el objeto de reforzar conductas y contribuir a la adherencia. Muchos procesos exitosos, tienen que ver con cambios a nivel familiar, reconocimiento de otras problemáticas y estabilidad en la dinámica interna de las familias.

#### 4.- Familia y Codependencia

El concepto de codependencia se acuña en los años setenta, en el momento en el que se investigó el perfil psicológico de las personas que tenían una relación directa e íntima con una persona alcohólica. El concepto se profundizó llegando a definir al codependiente como aquella persona que se dedica a cuidar, corregir y salvar a un drogodependiente, involucrándose en sus situaciones de vida conflictivas, sufriendo y frustrándose ante sus repetidas recaídas, llegando a adquirir características y conductas tan erróneas como las del propio adicto. Estas personas con quienes el codependiente se relaciona de manera adictiva, pueden ser personas con dependencias a sustancias, con enfermedades crónicas de carácter orgánico o trastornos crónicos de tipo psicológico-emocional.

Autores como Washton y Boundy (1991), nos dicen que la Codependencia se presenta cuando una persona destina su vida entorno a la de otra, y se preocupa por entero de ella, volviendo su propia vida inmanejable como consecuencia de vivir en una relación tan comprometida con una persona adicta. Esta situación se expresa en situaciones como descuidar a otros miembros de la familia, abandonar amistades, trabajo e incluso sus propios deseos, necesidades y responsabilidades.

Subby (1984:31) escribió que codependencia es:

*“...Un estado emocional, psicológico y conductual que se desarrolla como resultado de que un individuo haya estado expuesto prolongadamente y haya practicado, una serie de reglas opresivas, reglas que previenen la abierta expresión de sentimientos al igual que la discusión abierta de problemas personales e interpersonales.”*

Según Cantú (1995:26) la codependencia se define como:

*“...aquella persona que tiene algún familiar o relación cercana (pareja, etc.) con la enfermedad de Químico Dependencia (Alcoholismo y/o Farmacodependencia) llegando a desarrollar actitudes maladaptativas dentro de la relación, y sufrimiento emocional. La principal característica del codependiente es su hipertolerancia, refiriéndose a la capacidad de soportar emociones o situaciones que otras personas no tolerarían y por tiempo prolongado.”*

Siguiendo a esta misma autora, podemos describir como actitudes maladaptativas, la sobreprotección, pérdida de límites, incapacidad de decir no, baja autoestima, funcionamiento en espejo, necesidad de tener el control sobre el otro. Entre las características de las personas codependientes se destacan la presencia de un autoconcepto negativo, represión de sus emociones, hacer propios los problemas del otro, negación del problema, ideas obsesivas y conductas compulsivas, miedo a ser abandonado, a la soledad o al rechazo, extremismo (o son hiperresponsables o demasiado irresponsables). Además se siente víctima porque sacrifica su propia felicidad, tiene dificultad para la diversión y se juzga sin misericordia. (Ibid)

Whitfield (1991:29) nos dice lo siguiente:

*“La codependencia es la más común de todas las adicciones: la adicción a mirar a otra parte. Creemos que algo fuera de nosotros mismos, es decir, fuera de nuestro verdadero “yo” nos puede dar felicidad y satisfacción. La ‘otra’ pueden ser personas, lugares, cosas, comportamientos o experiencias. ”*

Desde este mismo autor podemos agregar que:

*"...cuando nos concentramos demasiado fuera de nosotros mismos, perdemos contacto con aquello que está dentro de nosotros: nuestras creencias, pensamientos, sentimientos, decisiones, elecciones, experiencias, deseos, necesidades, sensaciones, intuiciones, experiencias inconscientes, y aún aquellos indicadores del funcionamiento de nuestro cuerpo, como el ritmo cardíaco y respiratorio. Estos y otros elementos son parte del exquisito sistema de retroalimentación que podemos llamar nuestra vida interna. Nuestra vida interna es la parte más importante de nuestra conciencia. Y nuestra conciencia es quien somos nosotros nuestro verdadero sí mismo." (ibid : 24)*

Según Whitfield (ibid: 32) la codependencia tiene al menos 12 características:

*“Es un desorden aprendido y adquirido; Es evolutivo (o progresivo); Es centrado exteriormente (hacia o en el otro); Es una enfermedad en la que se pierde el sentido de sí mismo; Tiene distorsiones en los límites personales; Es un desorden emocional, manifestado especialmente por un vacío, una baja autoestima, vergüenza, miedo, enojo, confusión e insensibilidad (hacia él /ella mismo/a, ya que hacia el otro es al contrario); Produce dificultades en las relaciones intrapersonales (hacia uno mismo); Es un desorden primario; Es crónico; Es progresivo; Es maligno; Es tratable”*

Cermak (1986:30) plantea los siguientes criterios diagnósticos para la codependencia:

*“Continua inversión de autoestima en la habilidad para controlarse a sí mismo y a los demás frente a serias consecuencias adversas.*

*Asumir la responsabilidad para cumplir con las necesidades de otros, al punto de excluir el conocimiento de sus propias necesidades.*

*Ansiedad y distorsión de límites alrededor de la intimidad y la separación.*

*Involucrarse en relaciones con personas que padecen desórdenes de personalidad, dependiente de sustancias y trastornos del control de impulsos. Muestran al menos tres de los siguientes síntomas, acude excesivamente a la negación (de su problema); Incapacidad para expresar sus emociones (con o sin explosiones “dramáticas”); Depresión; Hipervigilancia”.-*

Considerando los múltiples significados que encontramos cuando hablamos de codependencia, podemos considerar la existencia de tres modelos que abordan este tema: intrapsíquica, el modelo médico y la teoría sistémica de la familia.

1.- La perspectiva intrapsíquica: Cermak (1986) ésta perspectiva sitúa los conflictos individuales en el interior de la persona, particularmente en su psique. Desde este punto de vista, la codependencia se caracteriza por una serie de síntomas, que son necesarios de distinguir de manera adecuada, considerando que son la expresión de un problema pero no son el problema en sí.

Heredia (1999), considera que esta perspectiva confunde la definición con los síntomas y además descontextualiza el fenómeno reduciéndolo a un hecho psíquico aislado, a un problema puramente personal.

2.- El modelo médico: Miller (en Heredia, 1999), señala que desde esta perspectiva, la codependencia es una enfermedad del mismo tipo que las adicciones. Vale decir, la enfermedad es la adicción. Según este modelo, la codependencia es una enfermedad de dependencia del mismo tipo que el alcoholismo.

3.- Teoría Sistémica: según Edgar (en Heredia; opcit), la codependencia es entendida como una manera de conformarse o adaptarse a una serie de reglas de funcionamiento familiar disfuncional. La mayor parte de investigadores en este

campo no explican el concepto de disfunción y así la concepción de codependencia continúa siendo ambigua.

Lafond y Jauregui (en Mansilla; 2002) señalan que a pesar de la fragilidad del término codependencia se podría hipotetizar un modelo conceptual y comprensivo. Para que exista la codependencia resulta necesario contar con factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. El factor predisponente sería el fallo en el vínculo madre-hijo que no ha posibilitado que a través de la relación con la madre el niño haya podido desarrollar su yo (self), su propia subjetividad. Por lo que su subjetividad tendrá que surgir por medio de otra persona.

#### 4.1.- La familia del codependiente

Muchas veces la familia, en un primer momento, desconoce que alguno de sus integrantes padezca una adicción, no sabe entonces que existe una problemática, ya que el adicto todavía es capaz de llevar una vida relativamente normal. Al momento de que la familia toma conciencia de la situación, comienzan a experimentar sentimientos de frustración, culpabilidad e impotencia en torno a la adicción, es posible que en este momento se presente el trastorno de la codependencia, como ya fue definido anteriormente.

Resulta necesario destacar que la mayor parte de las personas crecen en el seno de una familia que les proporciona lo necesario para desarrollarse adecuadamente, sin embargo en el caso de las personalidades adictivas, las vemos desarrollarse en lo que conocemos como "familias disfuncionales"(Washton y Boundy; 1991). Según estos autores, podemos distinguir a estas familias, entre otras cosas, por carecer de la capacidad de brindar a sus miembros los recursos necesarios para enfrentar diferentes crisis, dificultades y procesos de la vida.

En algunas oportunidades uno o más miembros del grupo familiar tienen una adicción, algún trastorno emocional grave o problemas de salud crónica, puede existir ausencia de uno o ambos padres, episodios de violencia física o verbal entre sus miembros, conductas delictivas y frecuentes actitudes negligentes en la crianza de los hijos.

Por estos u otros motivos, estas figuras no son capaces de brindar el apoyo emocional que necesita el desarrollo de un niño y no le proveen de modelos sanamente adaptativos.

En este sentido Whitfield (1987:24), menciona que “*aprendemos a ser codependientes de otros que nos rodean*”, según el autor, la codependencia y la adicción podrían ser enfermedades adquiridas por contagio. Desde nuestra primera infancia, nos enfrentamos a modelos de conducta codependiente, muchos de ellos transmitidos por nuestros propios padres, familiares, profesores y amistades que nos enseñan comportamientos codependientes que nos anulan a nosotros mismos.

#### 4.2.- Síntomas de la Codependencia

En las relaciones de codependencia surgen síntomas, que según Mellody (1994) pueden ser reconocidos como nucleares o primarios y secundarios, los que surgen del problema nuclear que es la deteriorada relación que mantienen con ellos mismos.

Los síntomas nucleares o primarios de la Codependencia (ibid), son los siguientes:

- Dificultad para experimentar niveles apropiados de autoestima.
- Dificultad para establecer límites funcionales con las demás personas; es decir para protegerse a sí mismos.

- Dificultad para asumir adecuadamente la propia realidad; es decir para identificar quién se es, y como compartir adecuadamente con los demás.
- Dificultad para afrontar de un modo interdependiente las propias necesidades y deseos como adulto; es decir para cuidar de sí mismo.
- Dificultad para experimentar la propia realidad con moderación, es decir para ser apropiado con la edad y las diversas circunstancias.”

Los síntomas secundarios de la codependencia (ibid) son los siguientes:

- Control negativo
- Rencor
- Espiritualidad deteriorada
- Adiciones o enfermedad mental o física
- Dificultad con la intimidad.

La sintomatología caracterizada por estar focalizado en otro de manera obsesiva y controladora, trae consecuencias como la pérdida del cuidado y preocupación por sí mismo, evitando contactarse con los propios problemas emocionales, sin llegar a asumirlos. Las personas que presentan codependencia se muestran tan preocupados por los otros, que incluso llegan a negarse a sí mismo, sin saber quiénes son en realidad.

#### 4.3.- Consecuencias de la codependencia

Es posible considerar la codependencia, como un problema de salud mental, abordarla como tal resulta de gran importancia en el contexto de salud del país, considerando que desde los años ochenta, nuestro país ha experimentado cambios demográficos y epidemiológicos acelerados, con un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades congénitas, cánceres, accidentes y con

fuerza han emergido las enfermedades de Salud Mental. El aumento de prevalencia de la mayor parte de ellas incluidas las patologías de salud mental, están vinculados a patrones de estilos de vida o de convivencia social y familiar que pueden ser modificados. (Abala, 2004).

Alvarado, (2000) señala que el problema de la codependencia, no se encuentra circunscrito solo a quien la posee, si no que involucra a todo el grupo familiar, el que está forzado a desarrollar diferentes estrategias al interior de la misma, intercambiando roles y generando una normalización de las conducta que favorece el mantenimiento de la problemática.

Wegscheider (2009) comenta que la persona alcohólica, ha perdido el control del consumo de alcohol y sufre el caos y desorden producido por su adicción, se mantiene entrampado en sentimientos de soledad y dolor, vergüenza y culpa, en un círculo vicioso de compulsión y negación. Lo que antes era una solución en su vida, ahora es un problema, depende del alcohol y del codependiente para cuidarlo, para hacerse responsable de él. No existe un alcohólico sin un codependiente o una serie de codependientes.

Los codependientes primarios, se reconocen como las personas más cercanas al alcohólico, pueden ser esposos o padres, utilizando el ejemplo más clásico del esposo alcohólico y la mujer codependiente, nos encontramos con que ella se siente responsable de todo, hasta del mismo alcoholismo de su esposo, justificando continuamente las acciones de su marido, excusándolo frente a los demás, para evitar así las consecuencias del alcoholismo. Con frecuencia la mujer codependiente se culpa a sí misma, pensando que si su actuar fuera el correcto, su esposo no tendría la necesidad de beber. En la esposa existe un excesivo y compulsivo deseo de controlarlo a él y a los demás, demostrando de esta forma su adicción al alcohólico y sus problemas. Esta situación provoca en la mujer

sentimientos de culpa y pena, no comparte su situación y se mantiene aislada, de esta manera se continúa con la negación del problema. (ibid)

Podemos concluir que el alcoholismo y la codependencia son enfermedades, que como cualquier adicción, comparten igualdad de características de negación, obsesión, compulsión y pérdida de control. Según Mellody (opcit: 98) *“El codependiente mantiene una ilusión de control, pero su vida es ingobernable”*.

Wegscheider (opcit), nos dice que la familia es un sistema que se asemeja a un móvil de cuna de bebe, donde tocamos una parte del móvil y las demás partes se mueven para lograr el equilibrio, este ejemplo lo realiza para comentar que este hecho implica una esperanza a la familia en crisis, vale decir si un familiar cambia su conducta de codependencia, el resto de los familiares tienden a equilibrar el sistema con diversos cambios. La adicción es entonces una enfermedad familiar, en la que cada uno requiere de la recuperación para romper el ciclo vicioso de adicción generacional.

En resumen, el codependiente pierde el control de su propia vida y límites, invirtiendo mucha de su energía en el resto de las personas, tiene un inmenso deseo de pertenecer, de ser útil y paga un precio muy alto por ello. Por lo que resulta necesario ver que la Codependencia como una forma de relación inadecuada, que puede ser modificada cuando el codependiente acepte ayuda.

## CAPITULO II

### ALCOHOLISMO Y FACTORES ASOCIADOS

En la literatura nos encontramos con que existen muchas definiciones del término “alcoholismo”, sin embargo es necesario destacar que en el año 1990, el Ministerio de Salud Chileno, comenzó a utilizar el concepto de “beber problema”, el cual puede presentarse con y sin dependencia. En el glosario de términos de Senda podemos encontrar las siguientes definiciones:

*“Bebedor problema sin dependencia, es aquella persona que transgrede las condiciones del beber normal. Cualquier forma de ingestión de alcohol que, directa o indirectamente, produce consecuencias negativas para quien consume y/o terceras personas en los ámbitos de la salud, las relaciones familiares, laborales, la seguridad pública, etc. Bebedor problema con dependencia es un concepto homologable a la noción tradicional de alcoholismo y se define de acuerdo a los criterios planteados en el CIE 10”.*

El alcoholismo es entonces una dependencia con características de adicción, que se caracteriza por la constante necesidad de ingerir sustancias alcohólicas, la pérdida del autocontrol, dependencia física y síndrome de abstinencia. Afecta a todas las clases sociales y tiene claros aspectos culturales importantes, el consumo es lícito en mayores de edad, sin embargo la publicidad y la permisibilidad aumentan el número de consumidores. (ibid)

Otras definiciones las encontramos en la Organización Panamericana de la Salud (OPS;2007) la que indica que el consumo de alcohol puede describirse en función de los gramos de alcohol consumidos o por el contenido alcohólico de las bebidas. En este sentido existen diferencias en los distintos países sobre la cantidad de alcohol que alcanza una bebida estándar.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008a) el consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste y lo describe como el consumo regular de 20 a 40 gramos diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60 gramos diarios en varones.

El consumo perjudicial se refiere a aquel que trae consecuencias para la salud física y mental de la persona y según la OMS es el consumo por sobre los 40 gramos diarios de alcohol en mujeres y 60 gramos diarios en varones.(ibid)

El denominado consumo excesivo circunstancial es aquel en el que un adulto consume más de 60 gramos en una sola ocasión, este consumo, según la OMS, resulta particularmente perjudicial para otras situaciones de salud física.(ibid).

Según la OMS, la dependencia al alcohol, constituye:

*“Un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos, en los cuales el consumo de alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él”. (ibid: 12).*

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007) los factores genéticos constituyen un elemento importante en el consumo perjudicial y la dependencia al alcohol, ya que algunos genes aumentan el riesgo y otros los disminuyen, siendo las mujeres las que se ven más afectadas con el consumo. Es así como el consumo de alcohol, los daños que acarrea y la dependencia coexisten a lo largo de un continuo, no son estáticos y las personas pueden “moverse” en este continuo provocando mayor o menor daño, según sea el caso.

Según Estruch (1995:628), los efectos del alcohol en el organismo, son los siguientes:

*“El Alcohol etílico o etanol, es tóxico para la mayoría de los tejidos del organismo. Su consumo crónico y excesivo se ha asociado al desarrollo del síndrome de dependencia al alcohol, pero también a numerosas enfermedades inflamatorias y degenerativas que pueden acabar con la vida de los sujetos que las sufren.”*

Considerando esta definición, podemos entender todos los problemas de salud física y mental que provoca el excesivo consumo de alcohol, entre las que destacan cirrosis, algunos tipos de cáncer o epilepsia, además de asociarse principalmente con accidentes y actos violentos. Las personas que manejan con alcohol, incrementan significativamente su riesgo de accidentabilidad, de involucrarse en episodios de violencia, de ser asaltado o agredido.

La dependencia se define, según la OMS (opcit), como un grupo de tres o más síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento de un período de 12 meses consecutivos.

Los síntomas son los siguientes:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, incapacidad de abstenerse y /o incapacidad de detener el consumo.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese o el consumo de la misma sustancia con la intención de aliviar o de evitar los síntomas de abstinencia.

- Tolerancia, entendida como el aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de diversión, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

A pesar de estas definiciones y los esfuerzos de las instituciones de salud pública por difundir diversos conceptos de alcoholismo, resulta difícil que un hábito tan arraigado en la sociedad como lo es el beber alcohol, sea considerado una enfermedad como la drogadicción y la dependencia. Según la OMS (ibid) aproximadamente la mitad de la población tiene el hábito de ingerir bebidas alcohólicas, algunos en cantidades moderadas, otros en cambio lo hacen en exceso. De este total de personas que consumen alcohol, podríamos decir que sólo un 10 % termina alcohólica.

Resulta difícil saber por qué algunas personas terminan en dependencia alcohólica, ya que existen algunos bebedores excesivos que no llegan a la dependencia, siendo estos una excepción a la regla. En este sentido podemos decir que existe una predisposición genética de desarrollar una dependencia al alcohol y puede pasar rápidamente de ser un consumidor moderado a abusivo, perdiendo por completo la capacidad de medir la cantidad a ingerir. (ibid). Es importante que toda persona sepa que el alcohol es una droga potencialmente adictiva y que aproximadamente el 10 % de quienes lo ingieren quedan atrapados en la dependencia, dejando de ser su consumo un acto voluntario.

## 1.-Consumo de drogas y alcohol en Chile

Para situarnos en este escenario podemos considerar que según el Informe Anual 2010 de la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD, 2010), la prevalencia declarada de consumo de alcohol en último mes creció fuertemente desde el año 1994 hasta el año 2002. En el 2008, uno de cada dos chilenos de entre 12 y 64 años informó haber bebido alcohol durante el último mes. En este sentido son los hombres quienes presentan una mayor prevalencia en todos los períodos. Los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2009) muestran que entre bebedores, el consumo per cápita alcanzaría a los 8,8 litros.

Según la Estrategia nacional de Drogas y Alcohol Senda: (2011-2014:24)

*“Chile se ubica como un país con consumo “medio”, con 8,2 litros de alcohol puro al año por habitante mayor de 15 años, sin embargo el patrón de consumo de una proporción significativa de sus habitantes lo hace ubicarse entre las naciones con alto grado de riesgos y daños derivados”*

El mismo estudio nos señala que el abuso del consumo de alcohol es posible encontrarlo en la población, teniendo en cuenta lo siguiente:

*“...de aquellas personas que declaran beber alcohol el último mes, una de cada ocho personas presenta probable abuso de alcohol (cinco o más síntomas clínicos), sin embargo, entre las personas de 19 a 35 años el porcentaje se eleva al doble (uno de cada cuatro). A la vez, en la población general mayor de 15 años, una persona de cada 6 ha presentado alguna vez uno o más problemas en los ámbitos de salud, familiar o laboral derivados de su hábito de consumo.”(ibid)*

Al momento de distribuir el consumo al interior de la sociedad, el estudio de Senda considera que “...si bien los sectores de mayores ingresos consumen más en volumen que los de menores ingresos, son estos últimos los que concentran en mayor proporción los problemas asociados al consumo de alcohol”. (ibid)

Si bien existen pocos estudios en Chile, que nos permitan relacionar los problemas sanitarios que provocan el consumo de drogas y alcohol, estos son múltiples e impactan, tanto en el número de personas atendidas en el sistema de salud, como también en el perfil epidemiológico del país y en su sistema económico. (ibid).

Según la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol Senda: (2011-2014:25)

*“...estudios internacionales relacionan el consumo de cocaína con la morbilidad y mortalidad cardiovascular, con actos violentos y accidentes. Por otro lado, el consumo de marihuana podría gatillar episodios psicóticos y aumentar el riesgo de esquizofrenia y enfermedades del sistema respiratorio.”*

El mismo estudio considera lo siguiente sobre el alcohol (Senda 2011-2014:25):

*“...existe evidencia que relaciona el consumo problemático con múltiples enfermedades tales como algunos tipos de cáncer -hígado, esófago y boca, enfermedad isquémica del corazón, accidentes vasculares hemorrágicos, problemas hepáticos y trastornos mentales, como también accidentes y eventos traumáticos. El Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible (AVISA) realizado en Chile el año 2007 (Servicio Salud Metropolitano Oriente, 2007) demostró que la dependencia de alcohol -por sí sola- es la cuarta causa de la pérdida de años de vida saludables y responsable directa del 4% del total de muertes en el país. A su vez, el consumo de alcohol fue responsable de un 12% del total de la carga de enfermedad, doblando al factor de riesgo que lo sigue (obesidad, 6%). Entre 2000 y 2008, el 8% de todos los siniestros de tránsito y*

*sobre el 20% de todas las muertes inmediatas (dentro de las 24 horas) ocurrieron bajo la influencia del alcohol en peatones, conductores o pasajeros. De una manera similar, en un 20% de los atropellos el peatón mostró alcoholemias positivas”. (Ibid)*

Es relevante evidenciar las consecuencias tanto en la salud de las personas, como el impacto social que provoca el consumo de alcohol y drogas en la población general, con el objetivo de implementar modelos que puedan considerar e integrar estas variables, con el fin de enfrentar de manera adecuada el problema y poder otorgar alternativas de tratamiento y rehabilitación adecuadas.

## **2.- Política pública de adicciones**

Frente a la necesidad de entregar una respuesta a esta problemática, surge desde el Estado, la realización del Primer Estudio Nacional de Drogas en la población general de Chile, Conace 1994. Este estudio consistió en la realización de una encuesta nacional domiciliaria, con el objeto de describir la magnitud del consumo de alcohol y drogas, su distribución geográfica, factores y características del individuo, su familia y el entorno. El estudio consideraba el consumo de alcohol y la tres principales drogas ilegales, reconocidas en esos años, estas eran la marihuana, pasta base y cocaína, presentando la prevalencia del consumo en distintos momentos de la vida de la persona (ibid).

Este estudio pudo concluir que en el país existía un consumo masificado de alcohol y drogas, con presencia en distintos niveles socioeconómicos del país, desmitificando la creencia que el problema del consumo de alcohol y drogas afectaba solamente a grupos de población vulnerables.

Los estudios posteriores realizados por CONACE, nos presentan diferencias de sexo, incluyen nuevas drogas y una nueva problemática al identificar grupos etarios de menor edad iniciando el consumo. Resulta importante destacar que se identifica al alcohol como la principal droga de inicio en las personas que derivan a otros consumos, además de la relación que se establece con problemáticas sociales y sanitaria, entre ellas, agresiones, accidentes de tránsito, enfermedades y discapacidad.(Ibid)

Es así como el Estado comienza a identificar una problemática que va creciendo e incluye diferentes sectores de la sociedad, debiendo abordar la situación a través de la implementación de programas e instituciones. La política social se expresa en la creación de programas cada vez más centrados en el abordaje integral de la problemática, considerando diferentes factores que intervienen, dejando de lado la idea reduccionista de abordar solo el consumo.

Es necesario destacar que la problemática no es genérica o transversal para todas las drogas existentes ni para todos los grupos de edad o niveles socioeconómicos, sino que se focaliza, en el alto nivel de consumo de marihuana y alcohol en población adolescente, el consumo problemático de pasta base y cocaína en población vulnerable y el alto nivel de consumo de riesgo de alcohol en toda la población (ibid).

Actualmente los programas de intervención incluyen ejes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de alcohol y drogas, centrándose en población de alta vulnerabilidad social.

### **3.- Transición CONACE- SENDA**

Esta transición comienza con el abordaje por parte del Estado el año 1982 con la creación de una Comisión Nacional de Alcohol, posteriormente el año 1990, el Presidente Patricio Aylwin, crea el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) como un organismo interministerial que tiene como misión implementar las políticas públicas en torno al problema de las drogas y prevenir el consumo y tráfico de sustancias ilícitas en el país. Su máximo logro fue la introducción de una nueva legislación en 1993, con la de publicación de la ley 19.366 sobre drogas, reemplazada posteriormente bajo la ley 20.000 del 16 de febrero del año 2005.

SENDA fue creado por la Ley N° 20.502, promulgada el 21 de febrero de 2011, durante el gobierno de Sebastián Piñera. Las principales leyes que forman parte de su ámbito de acción son la ley N° 20.000, que Sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, la ley N° 19.925 sobre Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas, y la ley N° 20.105, que Regula Actividades Relacionadas con el Tabaco. Se trata de un servicio descentralizado, dotado de personalidad jurídica, patrimonio propio, radicado en la Subsecretaría de Prevención del Delito del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

Por su parte el Ministerio de Salud Chileno (Minsal, 2008), comienza el abordaje de la problemática con diferentes normativas técnicas que permiten a los equipos de salud mental, intervenir frente a la creciente demanda de atención que provoca la ingesta abusiva de alcohol y drogas en la población. Esta demanda se encuentra cruzada de diferentes problemáticas que agravan la situación y la desplazan hacia esferas del mundo social y político, por lo que resulta necesario un abordaje integral de la situación.

La Normativa técnica que regula la intervención se encuentra en diferentes Guías Metodológicas, elaboradas por el Ministerio de Salud, durante los años noventa, las que aún se encuentran vigentes y constituyen la forma de abordar la problemática desde la Salud Pública. El objetivo que se propone esta normativa tiene que ver con:

*“Entregar orientaciones prácticas para que en la Atención Primaria de Salud, se realice una eficaz labor de detección e intervención precoz y resolutive, sobre el consumo problema y la dependencia de sustancias psicoactivas y mejorar la calidad de la atención en las instituciones que atienden a personas con problemas derivados del abuso de alcohol y drogas.”(Ministerio de Salud, 1995: 06).*

Es necesario destacar que en la publicación de las normativas técnicas, existe la idea de entregar una atención integrada, vale decir, por diferentes profesionales de la salud mental, lo que nos lleva a saber que la visión del problema es amplia y supone el abordaje desde diferentes áreas. Además de esto destaca que la problemática tiene variados actores y tanto la familia como la sociedad en general experimentan costos importantes en el desarrollo y progreso de las mismas.

Otra forma de abordar la problemática surge con la implementación de Estrategias de Drogas y Alcohol, los que se definen como instrumentos del Estado que determinan los criterios de la política pública para abordar la prevención, el tratamiento y la rehabilitación del consumo de drogas y alcohol. El Estado Chileno ha presentado, durante el año 1993 la Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas, la Estrategia Nacional de Drogas años 2003-2008. Actualmente las líneas de acción en este ámbito comprenden la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014.

El objetivo de estas estrategias está en contribuir a alcanzar la reducción del uso de drogas ilícitas y del consumo de riesgoso de alcohol, además de las consecuencias sociales y sanitarias asociadas. El logro de estos objetivos considera la implementación de programas y acciones que van desde la prevención de conductas de riesgo hasta intervenciones de tratamiento, rehabilitación e integración de las personas afectadas por el uso y abuso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingesta abusiva de alcohol.

La Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014 considera la implementación de metas e indicadores en materia de reducción del consumo de drogas y alcohol, con énfasis en grupos vulnerables y jóvenes. Para la realización de estos programas, la estrategia contempla la necesidad de un enfoque integral para la comprensión del consumo problemático de drogas y alcohol adoptando un enfoque multidimensional del fenómeno, abordando tanto las causas como las consecuencias que tiene sobre las personas, sus comunidades y la sociedad.

#### **4.- Alcohol y Salud**

El consumo de alcohol aumenta las posibilidades de provocar una gran variedad de problemas sociales, mientras mayor es el consumo, mayor es el riesgo. Los daños pueden ser desde pequeñas molestias a terceros, hasta hechos de violencia o problemas graves con la justicia, los que casi siempre son provocados por grandes ingestas de alcohol. Por estos hechos resulta necesario intervenir con anterioridad, cuando nos encontremos con bebedores en consumo perjudicial o dependencia.

Según la OPS (opcit), el alcohol es causante de diferentes accidentes y lesiones, trastornos mentales y de la conducta, algunos tipos de cáncer, problemas intestinales, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, entre otros. Vale decir que cuanto mayor es el consumo

mayores son los riesgos asociados, el riesgo de muerte derivado del alcohol está entre el incremento del riesgo de enfermedades y lesiones asociadas al alcohol.

Cuando se realiza el diagnóstico de la dependencia al alcohol, las consecuencias psíquicas y somáticas son tan graves como las de cualquier otra drogadicción, a esto debemos sumar un desastre a nivel familiar, laboral y social para la persona afectada.

Según la Revista Cubana MedMilit (2004: 33) los efectos físicos del consumo excesivo de alcohol serían los siguientes:

- *“Afectaciones neurológicas: Neuropatía periférica distal, cefalea, temblores, convulsiones (sobre todo en personas predispuestas a la epilepsia), miopatía alcohólica aguda, degeneración cerebelosa, daño cortical difuso con demencia alcohólica, lesiones degenerativas del cerebro, médula espinal y nervios periféricos (en casos avanzados), falta de fuerza muscular, calambres y dolores en las piernas y los brazos, accidentes vasculares encefálicos. Intoxicación alcohólica aguda, síndrome de abstinencia, ambliopía alcohol-tabaco, pelagra, manifestaciones tóxico- metabólicas, enfermedad de Marchiafava-bignami, mielinosi central de la protuberancia.*
- *Efectos sobre el aparato digestivo y glándulas anexas: Glositis, esofagitis, gastritis, diarreas, úlcera gastro-duodenal; várices esofágicas; cáncer gástrico, de la boca y del esófago; hepatitis, hígado graso, cirrosis hepática, pancreatitis aguda hemorrágica y pancreatitis crónica.*
- *Efectos sobre el aparato cardiovascular: Aterosclerosis temprana, hipertensión arterial, infarto del miocardio, cardiomiopatías.*

- *Efectos sobre el aparato genitourinario: Disfunción sexual, reducción de hormonas masculinas por la acción de alcohol sobre el testículo y la hipófisis, reducción de la entrada de sangre en los cuerpos cavernosos debido a la aterosclerosis temprana, deformidades del niño al nacer y graves trastornos de la inteligencia o la conducta en los casos menos severos (feto alcohólico). Trastornos vesicales. Cáncer de vejiga.*
- *Tendencia a neoplasias, inmunosupresión de los alcohólicos sensible a la vitamina E, el síndrome alcohólico-fetal, retardo del crecimiento pre natal y posnatal, alteraciones del sistema nervioso central, fascies con característica y anomalía congénita diversa, trastorno del lenguaje y la conducta, labilidad emocional e impulsividad”*

Siguiendo el mismo estudio podemos considerar además efectos en la salud mental tales como depresión, con ideas y conductas suicidas, insomnio, celopatias, alucinaciones tanto auditivas como visuales, delirios y alteraciones graves de la conducta.

Por otra parte, la intoxicación alcohólica puede ser definida como un estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida por la presencia de alcohol en el cuerpo, aún con un nivel bajo de consumo. Intoxicación no es sinónimo de consumo excesivo ocasional.(OMS, 1992)

La principal característica de la intoxicación alcohólica, según Estruch (2002) es la presencia de un cambio de comportamiento desadaptativo significativo, como por ejemplo sexualidad inapropiada, agresividad, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social, que se presentan durante la ingestión de alcohol o pocos minutos después. Estos cambios se acompañan de lenguaje balbuceante, descoordinación, inestabilidad en la marcha, inatención, deterioro de la memoria.

## 5.- Consecuencias sociales del consumo de alcohol

Son variadas las consecuencias del consumo excesivo de alcohol, estas pueden influir tanto en la salud como en la calidad de vida de las personas y las sociedades, en este sentido y según datos del Informe Mundial de situación sobre Alcohol y Salud (OMS;2014:12) es posible afirmar lo siguiente:

- *“Cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones.*
- *El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos.*
- *En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad.*
- *El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol.*
- *Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos.*
- *Recientemente se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH-SIDA.*
- *Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto.”*

## 5.1.- Ausentismo laboral

Según la Organización Mundial de la Salud (ibid, 2014: 21):

*“Se entiende por Ausentismo la falta de asistencia de los empleados a sus puestos de trabajo por causa directa o indirectamente evitables, tales como de enfermedad, cualquiera que sea su duración y carácter (común, profesional, accidente laboral o no) incluidas las visitas médicas, así como las ausencias injustificadas durante toda o parte de la jornada laboral, y los permisos circunstanciales dentro de la jornada laboral”*

El consumo de alcohol y drogas en los medios laborales, tiene una alta repercusión, tanto en los niveles de producción como en la incidencia de accidentes y la relación que se establece entre los empleados.

Según estudios de Senda:

*“...el 10% de las personas laboralmente activas son bebedores de riesgo y 8% son bebedores abusivos y frecuentes. Las prevalencias de consumo de otras drogas se estiman en 27% para marihuana, 7,5% para cocaína, 2,7% para las drogas de síntesis y 1% para los alucinógenos. Algo similar señala el National Institute on Drug Abuse (NIDA), afirmando que cerca del 75% de los adultos que usan drogas ilícitas tienen empleo, al igual que la mayoría de los que consumen cantidades excesivas de alcohol.”*

Estudios realizados por la ACHS (2009), muestran que en Chile existe una alta prevalencia en el consumo entre los trabajadores, llegando a un 70,2% de consumo de alcohol, siendo considerados problemáticos un 31,2% de ellos.

Este estudio indica además que un alto número de estos trabajadores están dispuestos a recibir sicoeducación sobre drogas o tratamiento si es necesario.

Es importante destacar que el Estudio de Población General de CONACE (2008) considera que las mayores cifras de consumo de sustancias se encuentran en población con edades en capacidad productiva, situación que repercute fuertemente en los entornos laborales.

## 5.2.- Accidentes de tránsito

Si consideramos que el alcohol es un depresor del sistema nervioso, podemos afirmar que provoca una disminución de su actividad y mayor lentitud en sus funciones, alterando la capacidad de respuesta y modificando la visión, funciones esenciales al momento de la conducción.

Según el estudio realizado por Conaset (2010) de accidentes de tránsito ocurridos en Chile asociados a la presencia de alcohol en conductores, pasajeros o peatones, los accidentes por consumo de alcohol corresponden al 8,21% de los ocurridos anualmente en el país, constituyéndose en la quinta causa basal de ocurrencia de accidentes de tránsito. Podemos agregar que en este tipo de accidentes existe un alto número de personas fallecidas, 20% del total, lo que los sitúa en la segunda causa de muerte en Chile.

A estos datos es posible agregar que la cantidad de lesionados en accidentes de tránsito por consumo de alcohol y la imprudencia de los peatones, representa el 10% del total (ibid).

Considerando estas altas cifras, el año 2012 entra en vigencia la llamada “Ley Tolerancia Cero”, la que considera una considerable disminución en los límites de alcohol permitidos en la sangre para los conductores y un aumento en las sanciones por manejo en estado de ebriedad, entre ellas la cancelación de la licencia de conducir.

Para complementar esta normativa y por petición ciudadana, producto de un grave accidente de tránsito donde por imprudencia de un conductor ebrio murió una niña pequeña, se promulga la llamada “Ley Emilia”, la que entra en vigencia el 16 de septiembre de 2014 y nos indica lo siguiente:

*“sanciona con cárcel efectiva de al menos un año a los conductores en estado de ebriedad que generen lesiones graves gravísimas o la muerte. Además, con esta reforma se establece como delito fugarse del lugar del accidente y negarse a realizar el alcohotest o la alcoholemia”*

La implementación de esta ley y las sanciones correspondientes, nos hablan de la gravedad de la situación y la continua necesidad de tomar conciencia de los riesgos que se producen al manejar en estado de ebriedad.

### **5.3.- Violencia intrafamiliar y alcoholismo.**

La alta prevalencia del consumo de drogas en la población nos indica la gravedad de este problema social, en este contexto la violencia intrafamiliar se encuentra íntimamente vinculada al consumo de drogas, aumentando su frecuencia y gravedad, ya sea en el caso de ser víctima o ser agresor, además, se ha demostrado que el uso del alcohol hasta la embriaguez, constituye un factor asociado estadísticamente con el hecho de sufrir violencia de pareja (Fiestas, Rojas, Gushiken y Gozzer 2012).

Según SERNAM (2002), parte importante de los varones que ejercen violencia en contra de su pareja utilizan también esta forma de relación y de resolución de conflictos en otras relaciones interpersonales. Además, los hombres con el problema adicional de abuso de sustancias no promueven cambios en sus relaciones violentas hasta que no se soluciona el tema de las adicciones.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001:1), la Violencia Intrafamiliar corresponde a: *“toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro/a miembro de la familia”*

Se sigue considerando a las mujeres y los niños como la población más vulnerable al momento de hablar de violencia intrafamiliar, muchas veces sin denuncia en contra del agresor. Este problema resulta más difícil de abordar cuando está asociado al consumo abusivo de alcohol y/o drogas, transformándose en un problema de salud pública para el país, el cual, a diferencia de otras situaciones de salud, se encuentra en la intimidad de una familia o pareja, tardando mucho tiempo en ser develado.

#### **5.4.- Delincuencia y Alcoholismo**

La Encuesta Nacional de Seguridad Ciudadana realizada en Chile el año 2009 (ENUSC 2009) entrevistó a 25.933 personas mayores de 15 años residentes en zonas urbanas del país. Esta encuesta mide cuatro factores relacionados con la comisión de un delito, entre ellos se encuentra, la acción de la policía, el trabajo de los jueces, la responsabilidad de los padres y la influencia del consumo de alcohol y drogas.

El 60% de las personas entrevistadas atribuyen como causas de la delincuencia a problemas en las instituciones encargadas del control del delito (falta de vigilancia policial, lento trabajo de los tribunales) pero también a una falla en aquellas instituciones que debieran “disciplinar”, como son, la familia o la escuela. Por otra parte el 20% de los entrevistados considera la asociación de las drogas y el consumo abusivo de alcohol como causas del delito (ENUSC 2009).

En diversas oportunidades se ha intentado comprobar la vinculación entre droga y delito, sin embargo, debido a que se trata de comportamientos de riesgo que suelen aparecer juntos y se retroalimentan, se estima que la prevención de uno afecta el comportamiento del otro. (ibid).

La droga y el delito son conductas que suelen presentarse juntas, sobre todo en jóvenes. Para poder establecer esta posible asociación, es necesario reconocer el contexto que se da la relación entre ambas, como forma de financiar el hábito, o debido a que el delito se comete bajo estados de alteración de conciencia.

**SEGUNDA PARTE**  
**MARCO REFERENCIAL**

### CAPITULO III

#### ESTUDIO DEL CONTEXTO

El presente estudio se desarrollara en la comuna de La Granja, específicamente en el Cosam La Granja, con usuarios, usuarias y familiares del programa de Adicciones del centro.

Para iniciar la contextualización del estudio, resulta necesario destacar que la comuna de La Granja, se ubica en el sector sur oriente de la Región Metropolitana, según fuentes de Pladeco (2004-2010), posee una extensión de 10,4 km<sup>2</sup>, con una población de 132.520 habitantes, su densidad es de 12.742,31 hab. /km<sup>2</sup>. La comuna integra junto con las comunas de Macul y San Joaquín el distrito electoral número veinticinco y pertenece a la circunscripción senatorial octava Santiago oriente.

A pesar de ser considerada como una de las comunas más pequeñas de la región metropolitana, la comuna utiliza un sistema descentralizado de organización, dividiéndose en seis franjas administrativas, las que cuentan con un encargado comunal, que se preocupa de identificar los problemas que se presentan. Estas franjas fueron definidas considerando características históricas, culturales y organizacionales, con la intención de elaborar políticas de desarrollo comunal.

#### **1.- Datos de la población.**

Según las cifras de Pladeco (2004-2010), en la comuna viven 123.403 habitantes, población netamente urbana. Respecto a la distribución por género, se aprecia una predominancia femenina (63.530 habitantes) a diferencia del número de habitantes hombres que alcanza los 59.873.

Del total de habitantes, el 35,91% correspondía a población infanto juvenil, en cantidad de habitantes, esto corresponde a 36.459 niños, niñas y adolescentes, entre 0 y 19 años. El tramo etario con una mayor frecuencia de población el que se encuentra entre 20 y 39 años, con 37.954 habitantes (ibid).

Por otra parte, la población pertenecientes a etnias equivalen al 4.5% de la población total de la comuna de La Granja, entre las cuales se incluyen las etnias Alacalufe, Atacameña, Aymara, Colla, Mapuche, Quechua, Rapa Nui y Yámana (ibid).

Un dato importante a considerar es que la población de entre 25 y 39 años de edad en la comuna es menor que el promedio del país, situación que refleja la migración de parejas jóvenes sin hijos de la comuna. La mayor proporción de personas entre 40 y 54 años es consistente con la mayor proporción de niños y adolescentes (ibid).

Estas diferencias de los distintos grupos etarios de la comuna tienen su correlato lógico en la menor cantidad de población comunal adulta, ya que la menor participación de la población de 50 años y más, compensa en gran medida la mayor participación de las otras edades. Estas diferencias no son de una magnitud relevante que determine que la comuna se caracterice por ser relativamente de menor edad que la media nacional, pero son consecuencia de la movilidad residencial experimentada en la comuna en los últimos 10 años (ibid).

La proyección de la población comunal al año 2017 (ibid), calculada en base a la tasa intercensal aportada por el período comprendido entre los censos de 1992 y 2002 (0.039014%) arroja un decrecimiento paulatino de la población de la comuna, que llegaría a 113.063 habitantes.

## **2.- Desarrollo económico**

En relación al desarrollo económico, es posible destacar que la comuna cuenta con importantes empresas del rubro de la madera, manufacturas y comercio. La tasa de fuerza laboral en la comuna de ocupados y desocupados es de un 65,56% y una tasa de desempleo de 11,57 de un total entre hombres y mujeres, lo cual es mayor a los indicadores regionales para este ámbito. (ibid)

Como atractivos turístico-culturales, se encuentran el museo interactivo mirador, el Centro Cultural Espacio Matta y el Parque Brasil.(ibid)

## **3.-Datos sector salud**

En la comuna existen siete centros asistenciales de atención primaria, cuatro CESFAM y tres CECOF, con un número de atenciones de 220.350 personas al año 2010 y Servicios de atención primaria de urgencia SAPU, con una totalidad de tres centros con un número de 113.643 atenciones al año anterior. (Pladeco 2010)

*“Los establecimientos de salud municipal tienen la misión de mejorar la salud de la población, contribuyendo a crear, en la sociedad y en las personas, condiciones protectoras y favorecedoras de la salud, promoviendo conductas y estilos de vida saludables, respondiendo a las necesidades de los individuos, familias y comunidades, ofreciendo a las personas una forma de ejercer su derecho a un desarrollo integral para una vida plena. La ciudadanía y sus derechos es el centro del quehacer institucional, reconociendo y respetando la diversidad cultural.” (Diagnostico drogas la granja 2011-2012:48)*

En la comuna existen dos centros de salud primaria de urgencia (SAPU) que entregan atención de morbilidad de baja y mediana complejidad a la población inscrita de la comuna, atendiendo principalmente a quienes tienen dificultad de acceso a los centros de salud en horario diurno.

Los indicadores de morbilidad a nivel comunal (ibid: 50), corresponden según edad y género a lo siguiente:

- *“En la población de sexo masculino, rango de edad de 0-9 años, las principales enfermedades son las del sistema respiratorio, luego los accidentes y eventos traumáticos y finalmente los de sobrepeso/obesidad. Mientras que para la población de sexo femenino se aprecia como primera instancia las enfermedades de carácter respiratorio, segundo el sobrepeso/obesidad y en tercer lugar enfermedades oftalmológicas.*
- *De acuerdo al rango de edad entre 10-14 años, los varones presentan principalmente enfermedades de carácter respiratorio, seguidas de complicaciones oftalmológicas y finalmente sobrepeso/obesidad, mientras que las mujeres refieren en primer lugar las enfermedades de carácter respiratorio, en segundo lugar sobrepeso y obesidad y en tercer lugar enfermedades oftalmológicas. En el rango de edad entre los 15-19 años, los hombres y las mujeres indican que sus principales patologías se encuentran en el siguiente orden, enfermedades respiratorias, luego problemas dentales y finalmente sobrepeso/ obesidad.*
- *El rango de edad entre los 20-25 años, tanto hombres como mujeres indican las siguientes prioridades; primero las patologías respiratorias, siguiente de los problemas dentales y finalmente sobrepeso/obesidad. En el tramo etario de los 26-44 años los hombres indican primero las enfermedades al sistema circulatorio, luego las de sobrepeso/obeso y finalmente las dentales, mientras que las mujeres revelan en primer lugar las enfermedades de salud mental,*

*luego las de sobrepeso/obesidad y en último lugar enfermedades del sistema reproductivo/genital.*

- *El rango de edad entre los 45-64 años los hombre y las mujeres revelan principalmente las enfermedades del sistema circulatorio, luego las de sobrepeso/obesidad y finalmente las enfermedades respiratorias. Y en el último rango entre 65 y más ambos sexos indican como patología principal las de carácter circulatorio, luego las de sobrepeso/obesidad y finalmente las enfermedades respiratorias.”*

En resumen las patologías con mayores prevalencias, son las enfermedades asociadas al sobrepeso u obesidad, seguida de enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio.

#### **4.- Antecedentes educacionales**

El número de establecimientos educacionales en la comuna alcanza a los 50, siendo 16 de dependencia municipal y 34 particular subvencionado, con una matrícula total de 21.803 niños/as y adolescentes; El promedio de escolaridad de la población de la Comuna es de 9.5 años de estudio. (Pladeco 2010).

*“...sin embargo si se tienen en cuenta la información proveniente de los padres de alumnos de Establecimientos Municipales, se observa que el nivel de escolaridad es menor, encontrándose una proporción relevante de apoderados que sólo cuentan con educación básica completa, y en muchos casos no se ha completado este nivel de enseñanza. A escala comunal el promedio de años de estudios, para ambos sexos, remite a educación media incompleta, el promedio de escolaridad femenino es escasamente inferior a la masculina.” (Pladeco 2004 – 2010:17)*

## 5.- Características de vivienda y habitabilidad

Según datos entregados por SECPLAC La Granja (2006), en la comuna existen 32.576 hogares, con un promedio de 4 personas. El promedio de escolaridad del jefe(a) de hogar es de 8.4 años, con un índice de alfabetización sobre población mayor de 10 años de 96,7%.

El mismo estudio nos indica que el 79% de las viviendas de la comuna corresponden a casas, un 13% son departamentos y un 8% restante corresponde a viviendas de material de desecho, las que se mantienen en precarias condiciones.

Los datos de allegados en la comuna, podemos mencionar a los hogares que albergan a más de una familia en su interior, alcanzando a las 2.654 viviendas, equivalente a un 8,5% del total. A esta situación de allegamiento podemos deducir un probable hacinamiento (SECPLAC, La Granja, 2006)

Por otra parte, sólo el 1,8% de las viviendas (561 unidades) cuentan con habitaciones para la realización de actividades remuneradas, combinando la residencia con actividades productivas, levemente inferior a las cifras de la Provincia de Santiago (2%). (ibid)

Los servicios de urbanización en la comuna durante el Censo del año 2002 indican que un 98,8 % de los hogares se encuentra conectado a alcantarillado y así mismo indica que existe un 98,8 % de la población que se encuentra con el servicio básico de agua al interior de la viviendas y que el 99,6% se encuentra conectado a la red pública de agua, así mismo el 99,5 % de la población indica poseer el servicio eléctrico.

## **6.- Indicadores sociales.**

En Chile la pobreza se define a partir de una canasta básica de alimentos, cuyo valor se actualiza según la evolución de los precios. Con ese valor se definen la línea de indigencia y la línea de pobreza (\$32.067 y \$ 64.134, respectivamente para CASEN 2009).

La Municipalidad de La Granja, realizó el año 2005 un estudio de la evolución de la pobreza, a partir de este se definieron los “índices de vulnerabilidad” como una herramienta para determinar las condiciones de vida de su población y así poder definir las prioridades inmediatas de la comuna. Las franjas más vulnerables corresponden a la 1, 2 y 3 correspondiendo a las poblaciones más antiguas de la comuna y donde se encuentran los focos más altos de drogadicción y tráfico de drogas.

Algunas consideraciones sobre la comuna, las que se rescatan del diagnóstico realizado por Previene en el año 2010, consideran que la comuna se ubica dentro de las doce comunas de la Región Metropolitana que superan la tasa de pobreza nacional, llegando a un 15,9%, según datos elaborados por el Ministerio de Desarrollo Social, situación que nos lleva a identificar características propias de la comuna, asociadas a índices históricos de pobreza, generando una fuerte demanda ciudadana por acceder a los beneficios de una sociedad moderna.

Resulta necesario, además, tener en cuenta los indicadores que entrega el IDH (Índice de Desarrollo Humano) de los que se puede extraer que esta comuna presenta bajos indicadores en la esfera del desarrollo, los que son menores a la región y el país, especialmente en el tema de ingresos y educación, lo que instala a la comuna de La Granja, como de “muy alta prioridad social”, ubicándose en el

segundo lugar de las comunas más prioritarias a intervenir, según lo planteado por el Índice de Prioridad Social.(SERPLACRM, 2010).

Respecto de las estadísticas delictuales y consumo de alcohol en la comuna, durante el año 2012, Carabineros da cuenta que se realizan 441 detenciones por el efecto de esta sustancia, de las cuales 204 detenciones se presentan por consumo de alcohol en la vía pública y 139 detenciones por ebriedad. (ibid)

Con respecto a la caracterización del consumo de drogas a nivel comunal, podemos citar la Encuesta de Percepción del Consumo de Drogas del año 2010, realizada por Previene La Granja, la que evalúa la percepción que los actores encuestados tienen sobre las poblaciones, barrios o villas donde el consumo de drogas es considerado como preocupante, se aprecia las siguientes poblaciones que presentan mayores grados de complejidad a nivel de consumo: Población San Gregorio, Yungay, La Serena, Poeta Neruda, Lago Chungará, Villa Los Rosales, Millalemu y Malaquías Concha. (Previene La Granja, 2010).

Según datos de la misma encuesta, los actores sociales, perciben el consumo de drogas como una situación “muy grave”, identificando el consumo de alcohol, como la droga de inicio de otras, como la marihuana y pasta base principalmente, siendo estas consideradas como las que afectan mayoritariamente a la población.

A partir de información aportada por CAID (2011), con respecto al consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la comuna, mencionan a la marihuana como la más consumida en frecuencia y cantidad, identificando además el alcohol como droga de inicio. En relación a un estudio de detección precoz del consumo de drogas en población escolar de 620 alumnos(as) de 8° básico a 1° medio de 12 colegios municipales de la comuna, es posible mencionar que la situación de riesgo es de un 8% existe consumo de alcohol y/o drogas de moderado riesgo que

requiere tratarse, un 20% presentaría consumo de tabaco, alcohol y/o drogas sin ser aún problemático, lo que requiere de intervención precoz; un 32% con inicio de consumo experimental u ocasional de tabaco, alcohol y/o drogas y un 40% nunca ha consumido. En este sentido, en base a una mirada global de la situación de los escolares de la comuna es que un 60% de ellos(as) reconoce haber iniciado consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (marihuana fundamentalmente).

En cuanto a la percepción de la comunidad, respecto de dónde acuden principalmente las personas con problemas de consumo de drogas se observó que la mayoría de los encuestados reportó saber que la gente con problemas de consumo acuden a los centros de salud pública, principalmente atención primaria de salud familiar o Cosam.

## **7.- Cosam La Granja**

Un Centro Comunitario de Salud Mental Familiar, COSAM, se define como un establecimiento de atención ambulatoria, dedicado al área de salud mental y psiquiatría, que apoya y complementa a los consultorios de la comuna en la cual funciona.

COSAM - La Granja, funciona en la comuna desde el año 2004, atendiendo las necesidades de Salud Mental de los habitantes de la comuna, siendo el único dispositivo de atención secundaria, que responde a las necesidades de la población inscrita en cuatro CESFAM y dos CESCOF, todos de dependencia municipal.(Pladeco 2010-2012)

Cosam La Granja, entrega atención integral en salud mental en áreas de intervención para adultos, con los programas de Trastornos de ansiedad, Depresión, Violencia Intrafamiliar, Adicciones, Trastorno Bipolar y Área Infanto Juvenil, con programas de Trastornos emocionales, Maltrato Infantil, Depresión Infantil, Hiperactividad.

Dentro de las principales características de la población atendida podemos destacar la presencia de grupos de alta vulnerabilidad social, pobreza, violencia, hacinamiento y consumo de alcohol y drogas acentuado en algunos sectores de la comuna. (Previene, 2010)

El Programa de Adicciones de COSAM La Granja realiza atención especializada de usuarios/as con dependencia de alcohol y drogas, con deterioro biopsicosocial moderado o severo y/o comorbilidad psiquiátrica, y/o resistentes al tratamiento realizado por el equipo de salud general, y/o atendidas en servicio de urgencias por intoxicación o complicación severas. (Programa terapéutico adicciones, 2014)

La normativa técnica que regula la intervención incluye Guías Clínicas y Metodológicas, desde el Ministerio de Salud y la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol de SENDA.

La forma de acceso a la atención se realiza mediante consultorías entre especialista y equipo APS y/o enlace con otros servicios clínicos, mediante interconsulta emitida en CESFAM, Servicio de Urgencia, Servicio de Urgencia Primaria (SAPU), Hospitales y otras instituciones de la red social, como Tribunales, Juzgados, Fiscalías, TTD u otros programas sociales vinculados con el tema. Es importante destacar que los usuarios/as atendidos deben ser personas mayores de 20 años, que habiten en la comuna, se encuentren inscritos en alguno de los centros de salud y pertenezcan a alguno de los tramos de FONASA. (ibid)

El programa terapéutico, considera dos planes de tratamiento y rehabilitación para población general, según la complejidad de los casos atendidos y el diagnóstico de severidad asociado al consumo:

- *“Plan de tratamiento y rehabilitación ambulatorio básico: Constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, para personas que presentan consumo perjudicial a alcohol y/o sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado, donde resalta la existencia de una actividad ocupacional (laboral o educativa) parcial o total y la existencia de soporte familiar.”(Programa terapéutico adicciones, 2014: 8)*
- *“Plan de tratamiento y rehabilitación ambulatorio intensivo: Constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, destinado a personas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia al alcohol y/o sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado o severo, (especialmente con comorbilidad psiquiátrica o somática leve, sin actividad ocupacional y con soporte familiar). (Programa terapéutico adicciones, 2014: 8)”*

Dentro de los objetivos terapéuticos de cada uno de los planes, se consideran los siguientes:

*“Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio.*

*Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo.*

*Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.*

*Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas.*

*Apoyar el desarrollo de competencias de integración social.*

*Orientar y apoyar el proceso de integración social*

*Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida.*

*Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.*

*Realizar seguimiento del proceso de cambio posterior al egreso”. (ibid:14)*

Para el logro de estos objetivos terapéuticos, se considera contar con recurso humano, “*multidisciplinario, con capacitación y competencias clínicas y de acuerdo a la complejidad del plan de tratamiento y rehabilitación, de acuerdo a la población a atender, con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones requeridas por el plan*”. (ibid: 5)

Es por este motivo que los profesionales que se desempeñan, necesitan desarrollar habilidades que les permitan entender y abordar de manera adecuada la complejidad de la problemática a la cual se enfrentan en cada caso en particular.

## **8.-Equipo Profesional Programa de Adicciones.**

El equipo de trabajo del Programa de Adicciones de Cosam la Granja, se constituye por diferentes profesionales del área de salud mental, los que se describen a continuación:

- Médico Psiquiatra: encargado de la evaluación y diagnóstico psiquiátrico, indicación de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, psicoeducación, alta o contra referencia a atención primaria de salud.

- Psicólogo Clínico: Encargado/a de realizar psicoterapia individual con técnicas cognitivo conductuales, psicoterapia de apoyo, psicoterapia breve focal, psicoterapia grupal. Evaluación y diagnóstico psicológico, psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en destrezas de comunicación, manejo de emociones y problemas, prevención de recaídas.
- Trabajador Social: Encargado/a de la evaluación y diagnóstico psicosocial, psicoeducación (información sobre problemas de alcohol y drogas, y su tratamiento, prevención de recaídas), apoyo emocional y entrenamiento en habilidades, actividades de rehabilitación social y laboral. Establecer contacto con red de apoyo social, a través de instituciones públicas y de justicia. Orientación en materias de familia y derechos y deberes del usuario.
- Terapeuta Ocupacional: Realizar actividades grupales de sensibilización, intercambio de información, capacitación en habilidades terapéuticas, asesoría y coordinación de redes de apoyo comunitario.
- Orientador Familiar: Prestar apoyo emocional, realizar entrenamiento en habilidades e identificación de relaciones de ayuda en la familia y red social, motivación para la participación en grupos de autoayuda de usuarios y familiares.
- Técnico en Rehabilitación: Reforzar adherencia al tratamiento, incentivar comportamientos de autoayuda, reforzar habilidades psicosociales. (ibid)

## 9.- Rol del Trabajo Social en el Programa de Adicciones.

Según Ander-Egg el Trabajo Social tiene funciones específicas en el tratamiento de adicciones, como la implementación de políticas sociales, educación social y prestación de servicios con alcance asistencial, preventivo y de rehabilitación, provocando desarrollar un proceso de promoción del autodesarrollo de individuos, grupos y comunidades según sea el caso.

En este sentido, la implementación de este enfoque operativo, tiene, según Ander-Egg, tres alcances:

*“Acción preventiva: tiende a actuar sobre causas inmediatas o génesis de los problemas específicos para evitar la aparición de los mismos o el surgimiento de los factores desencadenantes de dichos problemas.*

*Acción asistencial: procura satisfacer necesidades y resolver problemas asistiendo a quienes, por un motivo u otro sufren una situación de marginalidad o de carencias básicas dentro de la sociedad.*

*Acción rehabilitadora: procura la reinserción social de las personas afectadas una vez resuelto el problema y para evitar que este se reproduzca. (Ander-Egg,1972: 43)”*

Considerando las tres acciones del enfoque de Ander-Egg, el Trabajador Social debe intervenir considerando funciones tales como:

- Promover calidad y estilo de vida.
- Reducir factores de riesgo.
- Potenciar factores protectores.
- Fomentar la capacidad creativa del usuario.
- Potenciar las habilidades y capacidades de las personas.

Además de servir como un nexo entre el programa y otras instituciones que contribuyen a la recuperación de los usuarios/as. Entre las que destacan:

- **Tribunales de Tratamiento de Drogas:** Se trata de tribunales desde donde se realizan derivaciones a programas de rehabilitación, cuenta con supervisión judicial, manejo de casos y seguimiento. El TTD propone una comprensión multidimensional del problema de las adicciones y cuenta con la red de salud para realizar la derivación de sus casos.
- **Programas Municipales:** Son programas de apoyo a las personas que viven en la comuna y que necesitan acceder a distintos beneficios. En la comuna de la Granja, existen diferentes oficinas de colocación laboral, subsidios, vivienda, pensiones, en muchos de estos programas son incluidos nuestros usuarios, según sea la necesidad.
- **Centros de Salud,** de la comuna y de otras comunas, según sea el caso del usuario, ya que muchas veces son trasladados desde otras regiones o viceversa.
- **Centros residenciales para el tratamiento de adicciones,** el Trabajador Social es el principal conector entre estos centros y el programa, el usuario/a y sus familias, ya que permite la integración de los usuarios a los recintos más adecuados, para él y sus familias, pretendiendo atender a sus necesidades.

Es a través del Trabajador Social, donde se pueden realizar estas gestiones, ya que es el profesional que dentro del equipo de salud mental, cuenta con la capacidad de establecer vínculos con la red y potenciar la interacción entre programas de otras áreas.

**TERCERA PARTE**  
**ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

## CAPITULO IV

### LA MIRADA DE LA FAMILIA Y EL USUARIO EN EL TRATAMIENTO

Uno de los principales objetivos de la realización del presente estudio tiene que ver con establecer la opinión y expectativas de la familia sobre el tratamiento, es así como en el presente capítulo, se resumen las respuestas que fueron entregadas por cada uno de los usuarios y familiares que participaron en las entrevistas.

La unidad de análisis corresponde, por una parte, a diez familiares de usuarios del programa, de distintas edades y con distintos lazos de parentesco, cada uno de ellos fue entrevistado de manera personal, con el objetivo de aplicar una entrevista semi estructurada, que permitiera rescatar opiniones sobre el programa de tratamiento de adicciones de Cosam La Granja.

Además se realiza un resumen con las opiniones de usuarios y usuarias del programa, sobre la participación de su familia en el programa. Dichas miradas son diversas y nos permiten construir la realidad en la que se encuentran las familias y los usuarios, insumo de análisis para el programa.

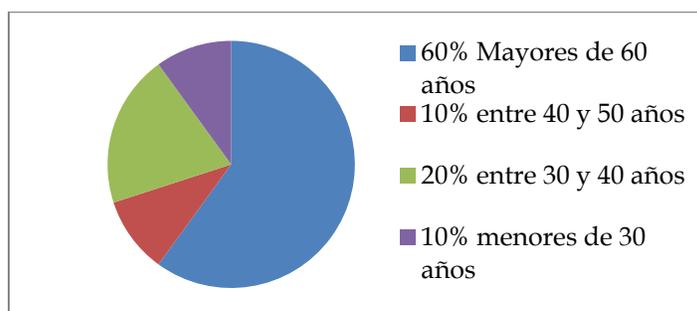
## 1.- Perfil de los entrevistados

Para la realización del perfil de los entrevistados fue importante considerar variables como edad, sexo y parentesco, de esta manera podemos conocer a quienes componen el estudio, desde una visión más general.

La edad de los familiares fue considerada como una variable importante al momento de la entrevista, ya que de esta forma, es posible una mayor comprensión de las respuestas entregadas y una adecuada implementación de las intervenciones.

**Gráfico N°1**

**Perfil de los entrevistados**

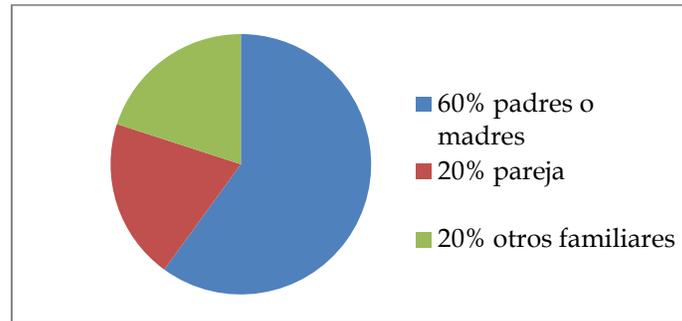


FUENTE: Investigación Directa.

En las cifras representadas en el Gráfico n°1, se destaca que un 60 % de los entrevistados, corresponde a personas mayores de 60 años, otro 10% se ubica entre los 40 y 50 años, un 20% entre los 30 y 40 años y por último los entrevistados menores de 30 años, constituyen el 10 % del total. Con estos datos podemos concluir que la mayoría de los familiares que acompañan a los usuarios en el tratamiento son familiares de edad más avanzada.

## Gráfico N° 2

### Parentesco



FUENTE: Investigación directa.

El Gráfico n° 2 representa la variable de parentesco, vale decir la relación de consanguinidad o afinidad de los entrevistados con el usuario en tratamiento.

Los resultados se dividen de la siguiente manera:

- 60 % corresponde a padres y/o madres de los usuarios/as.
- 20% son pareja de los mismos.
- 20% otros familiares, principalmente hermanos/as de los usuarios.

Con respecto a la variable de sexo de los entrevistados, la cual posee el atributo de hombre o mujer, se dividen entre:

- 10% hombres
- 90 % mujeres.

En síntesis el perfil de los familiares entrevistados se conforma principalmente por madres de los usuarios, todas ellas mayores de 60 años.

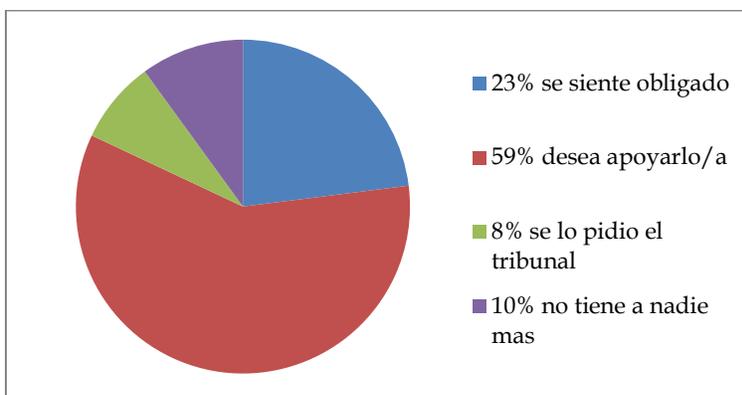
## 2.- Acompañamiento en el tratamiento.

La decisión de acompañar al usuario en el tratamiento tiene distintas motivaciones, las que resultan importantes de conocer al momento de enfrentar el tratamiento y la implementación de las intervenciones familiares. Entre las respuestas que encontramos destaca la siguiente:

*“el problema de ella necesita apoyo, lo considero como un deber, no hay alguien más, sus hijos no la apoyan.” (Papá, 75 años).*

Gráfico N°3

### Acompañamiento en el tratamiento



FUENTE: Investigación directa.

Como se muestra en el Gráfico N° 3, un 23 % de los familiares declara sentirse obligados a acompañar a sus parientes en el proceso de tratamiento, el siguiente 59% desea apoyarlo por iniciativa propia, un 8% de los entrevistados lo hace porque se lo pidieron en el tribunal y el restante 10% lo hace por que el usuario/a no tiene a nadie más que lo acompañe en el proceso.

El análisis anterior refuerza la idea de los autores Calvo y de Lucas (2007), quienes afirman la necesidad de que en los procesos terapéuticos o de rehabilitación de adicciones, es necesaria la intervención tanto a nivel individual como familiar, siendo esta última la que juega un importante papel a nivel de prevención y recuperación de las adicciones, por lo que es importante contar con el apoyo de un familiar durante el periodo que dure el tratamiento.

### **3.- Expectativas del tratamiento**

Con respecto de las expectativas que los familiares tienen del tratamiento al que se somete el usuario, es importante destacar que el 100% de los entrevistados tiene como expectativa, al finalizar el tratamiento, un cese total del consumo, vale decir abstinencia total.

Lo anterior significa una alta expectativa tanto para los usuarios como para el equipo profesional, además de un trabajo arduo para conseguir educar a los involucrados, en función de los procesos que se realizan y las posibilidades de alcanzar esta condición.

Según Aznar (2002) esta expectativa en el tratamiento corresponde a la etapa de enfrentamiento, cuando la familia considera la necesidad de enfrentar el problema, que ya resulta evidente, además de poder develar la situación a los demás miembros del grupo. Junto con esta etapa, surge además en la familia el deseo de alcanzar éxito en el tratamiento, considerado como la abstinencia total del consumo, a través del cual podrían solucionarse otras problemáticas familiares que son consecuencia de la adicción.

#### **4.- Entrevista con los profesionales del equipo**

Al momento de preguntarle a los familiares sobre las intervenciones directas con el equipo, la totalidad manifiestan haberse entrevistado en más de una oportunidad con los profesionales del equipo, logrando identificar a la Orientadora Familiar y Asistente Social como las profesionales con quienes ha tenido una mayor cantidad de entrevistas.

Esto puede tener sentido, en el hecho de que estas profesionales, se encuentran a cargo de las entrevistas y la realización de talleres, pudiendo establecer un vínculo más cercano con las familias de los usuarios en tratamiento.

Tal como lo indica Calvo y De Lucas, (2007) el trabajo con familias debe ser intervenido desde diferentes ámbitos, el hecho de que exista un grupo multidisciplinario de profesionales permite que esto suceda, ya que la intervención tiene miradas que pueden complementarse.

Estos autores indican además la necesidad de una llamada intervención familiar individual, la que considera sesiones con diferentes miembros de la familia, tanto de manera conjunta como separada.

Esta idea es considerada como una de las fundamentales al momento de elaborar los planes de tratamiento, ya que constantemente se está solicitando la asistencia de los familiares en las entrevistas y jornadas del programa.

## 5.- Participación en encuentros familiares.

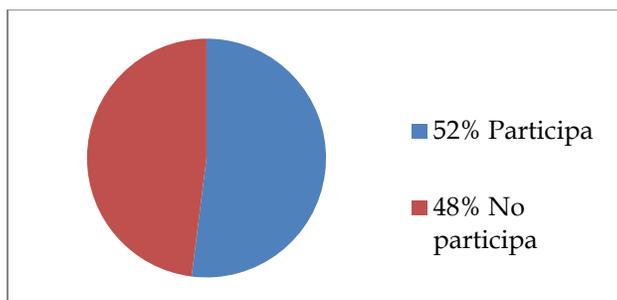
Durante el proceso de tratamiento, se destaca la realización de diferentes encuentros familiares mensuales, a los que asiste el usuario acompañado de los miembros de su familia que deseen hacerlo. Uno de los principales objetivos en la realización de los talleres familiares, tiene que ver con implementar un momento de encuentro para las familias con todos sus miembros, otorgando un espacio lúdico y distendido para compartir entre usuarios, familia y equipo de tratamiento.

Con respecto a la pregunta sobre la participación en los encuentros familiares es posible destacar, tal como se representa en el Gráfico N° 4, que de los entrevistados el 52 % declara haber participado en alguno de los encuentros, mientras que el 48% no lo ha hecho, cuando se le pregunta el motivo, el mismo porcentaje alude falta de tiempo para acudir a las reuniones, ya sea por trabajo u otras obligaciones.

La opinión que tienen de estos encuentros, los asistentes es positiva, ya que pueden compartir experiencias y entender los procesos, además de sentir que es un momento para compartir y recrearse.

**Gráfico N° 4**

### **Participación en encuentros familiares**



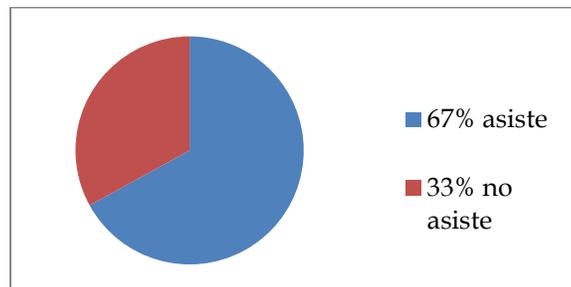
FUENTE: Investigación directa.

Como mencionábamos con anterioridad, la intervención grupal familiar, es considerada por diferentes autores como favorable en el proceso de rehabilitación del alcohólico. Los autores Calvo y De Lucas (2007), definen la necesidad de realizar una intervención familiar grupal, implementando grupos psicoeducativos y de desarrollo de habilidades (generalmente estrategias de afrontamiento, habilidades de comunicación, manejo de emociones negativas, etc.), grupos de expresión emocional, grupos de apoyo mutuo (supervisados o no por un facilitador) y terapia familiar grupal.

#### 6.- Asistencia a los talleres familiares.

Sobre la asistencia a los talleres familiares que se realizan en forma semanal en el programa, el 67% de los entrevistados declara asistir en forma permanente. Mientras que el 33% no asiste, principalmente por no contar con tiempo para hacerlo o la dificultad de participar en grupo.

**Gráfico N° 5**



FUENTE: Investigación directa

Junto con lo anterior, en los talleres semanales, se instalan temas como la psicoeducación de sustancias, ya que encontramos familiares o parejas de los usuarios, que presentan diferentes temores frente a la problemática de adicciones, los cuales es necesario guiar e informar.

Otro de los temas relevantes de tratar es el de la codependencia, situación que se presenta en algunos miembros de las familias y puede ser identificada a través de las entrevistas e intervenciones familiares, en este sentido, es posible destacar que son especialmente las madres y parejas de los usuarios que están en el programa las que presentan relaciones de codependencia, situación que necesariamente debe ser abordada en el proceso de tratamiento.

Según Abala (2004), es posible considerar la codependencia, como un problema de salud mental, siendo muy necesario realizar un abordaje adecuado, tanto para la recuperación del usuario alcohólico, como para la propia familia en general, resultando relevante propiciar cambios en patrones de estilos de vida o de convivencia social y familiar que pueden.

## **7.-Participacion en terapias familiares.**

La terapia de familia y pareja se implementa como una nueva forma de intervenir a los usuarios y familiares, esta incorporación se ha realizado en forma progresiva, según las necesidades de los familiares y de la disponibilidad de tiempo de la dupla que realiza el tratamiento, este puede ser el motivo por el cual solamente un 30% de los entrevistados asiste a terapias familiares, a diferencia de un 70% que no asiste.

Los autores Girón, Martínez Delgado y González Saiz (2002) analizaron intervenciones basadas en la intervención familiar en adolescentes consumidores de drogas, pudiendo concluir que en los tratamientos basados en la familia, demuestran su eficacia al igualar los resultados conseguidos con otros tipos de técnicas. En adiciones, las terapias basadas en la familia, muestran su eficacia al aumentar el compromiso de los usuarios y sus familiares con el programa de tratamiento, así como para aumentar la adherencia al tratamiento y disminuir el uso de sustancias posteriores, mejorar el funcionamiento familiar y facilitar la normalización de los usuarios a su incorporación social.

#### **8.- Cambios en el patrón de consumo.**

Cuando se consulta a los familiares sobre los cambios en el patron de consumo, la totalidad de los entrevistados se refieren inmediatamente a la disminucion de recaidas y a la baja en la cantidad ingerida, reconociendo cambios favorables en su familiar. Dichos cambios se traducen en una mayor preocupación por los hijos y la familia, aumentando la cantidad de tiempo en la casa, como se describe en la siguiente respuesta:

*“no sale a la calle, quiere que la acompañen, está más preocupada de sus hijos, mejor de ánimo” (madre, 65 años).*

Si consideramos que existen nuevos modos en el consumo de alcohol, es importante la vigilancia que tiene la familia en este aspecto, ya que es posible que el usuario realmente pueda experimentar cambios en su patrón de consumo, pero tal como lo advierte Senda, los episodios de consumo excesivo, vale decir, más de seis unidades de una vez, se repiten con mayor frecuencia entre personas que consumen o al enfrentarse a una recaída en el proceso.

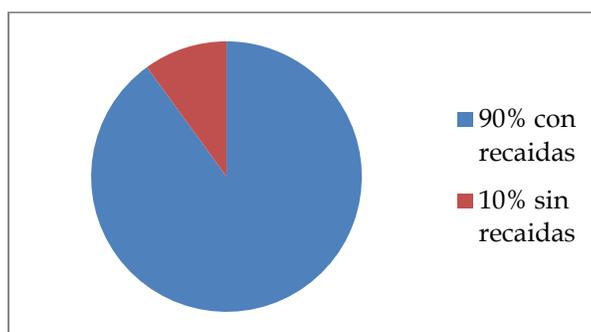
## 9.- Recaídas en el proceso de tratamiento.

Las recaídas en el tratamiento representan un elemento difícil de manejar para los familiares, ya que muchas veces no tienen las herramientas adecuadas para enfrentarlas, reconocerlas resulta relevante al momento de querer ayudar al familiar a superar su adicción.

La recaída no ocurre en un vacío, existen muchos factores que contribuyen a la misma, así como también existen evidencias o señales de advertencia que indican que un usuario puede estar en peligro de retornar al abuso de sustancia.

**Gráfico N° 6**

### **Recaídas en el tratamiento**



FUENTE. Investigación directa.

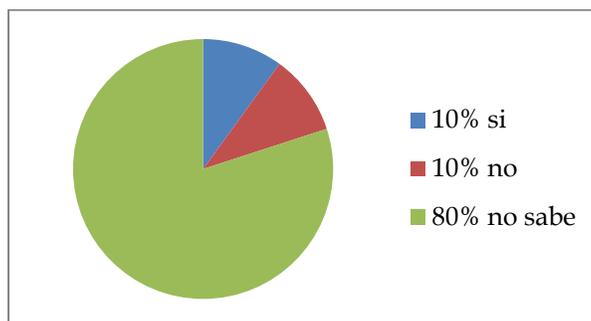
El Gráfico N° 6 representa las recaídas en el tratamiento de adicciones, es así como el 90% de los entrevistados reconocen episodios de recaídas en sus familiares, el 10% restante declara que no existen.

Las cifras nos hablan de un alto porcentaje de usuarios que experimentan recaídas en sus procesos, por este motivo es cada vez más necesario realizar talleres con los familiares, con el objeto que reconozcan los síntomas y puedan de esta manera apoyar a su familiar cuando existan riesgos.

## 10.- Síndrome de abstinencia.

Según Hermida (1999), entendemos por síndrome de abstinencia alcohólica o síndrome de deprivación, al cuadro clínico que acontece cuando cesa o disminuye un consumo grande y prolongado de alcohol. Resulta de mucha importancia entonces, que la familia reconozca algunas señales y pueda a su vez otorgar elementos que contribuyan a prevenir y tratar la aparición de síntomas así como evitar la aparición de las formas más graves del cuadro.

**Gráfico N° 7**  
**Síndrome de abstinencia**



FUENTE: Investigación directa.

Tal como se destaca en el Gráfico N° 7, el 80% de los familiares entrevistados no sabe reconocer si su familiar ha experimentado en alguna oportunidad síndrome de abstinencia. Mientras un 10% conoce algunos de los síntomas, aunque el familiar no lo mencione, el 10% restante declara que su familiar no ha tenido síndrome de abstinencia.

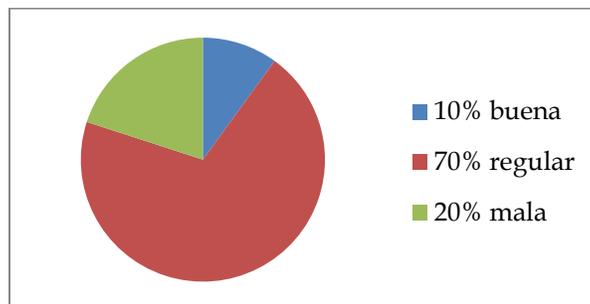
## 11. Relaciones al interior de la familia.

Al momento de buscar una definición de las relaciones familiares, nos encontramos con la que nos entrega Hermida (1999: 94):

*“... las relaciones familiares están constituidas por las interacciones entre los miembros que integran el sistema; a partir de estas interacciones se establecen lazos que les permiten a los miembros de la familia permanecer unidos y luchar por alcanzar las metas propuestas. Dichas interacciones se manifiestan por medio de la comunicación, la cual permite observar los conflictos, las reglas y normas que regulan la homeostasis del sistema familiar, ya que el comportamiento de cualquier elemento del sistema la altera en su totalidad. El sistema familiar se encuentra compuesto por diferentes subsistemas, entre los que se encuentran: el sub sistema individual, conyugal; parental y fraternal.”*

Las relaciones al interior de la familia de una persona adicta al alcohol o a las drogas, resultan complejas, muchas veces se ven deterioradas por el mismo consumo, pudiendo presentarse episodios conflictivos de distinta índole y con desfavorables consecuencias.

**Gráfico N° 8 relaciones al interior de la familia**



FUENTE: Investigación Directa.

Tal como lo muestra el grafico n°8, las relaciones al interior de la familia se califican de la siguiente manera:

- El 10% de los entrevistados declara que tras el ingreso a tratamiento puede catalogar la relación al interior de la familia como “buena”, considerando disminución de los conflictos, mayor preocupación de los usuarios por sus hijos y reducción del consumo.
- El 20% declara una relación “mala”, donde abundan las peleas, la desconfianza, los problemas con la pareja.
- La mayor parte de los entrevistados, vale decir, un 70% identifica al interior de su hogar una relación “regular”, caracterizada por distintos momentos, en algunos se presentan mayor cantidad de discusiones, mala comunicación, conflictos en general y en otras oportunidades momentos de tranquilidad y mejor convivencia, principalmente cuando el familiar se mantiene sin consumo.

## **12.- Comunicación al interior de la familia.**

Heredia (1999) destaca el importante papel que juega la comunicación en el funcionamiento y mantenimiento del sistema familiar, al existir claridad en las jerarquías, límites, roles y diálogos abiertos y proactivos que posibiliten la adaptación a los cambios.

El mismo autor, clasifica los componentes que a su juicio intervienen en la dinámica comunicativa de las familias, siendo estos: los mensajes verbales y no verbales; Las percepciones, sentimientos y cogniciones, así como las emociones y

los estados de ánimo de los que participan en la comunicación, influyen en el proceso de interpretación y comprensión; Los contextos en los que se desarrolla la comunicación, vale decir, cultura, lugar, periodo histórico y ambiente cercano.

De igual manera el autor explica la comunicación familiar desde dos escenarios: uno de carácter interno de la familia y la otra en relación con la comunidad, de hecho en sus estudios sobre la comunicación interna de las familias analiza valores tales como la amistad, las actividades y costumbres familiares, la ejecución de proyectos para mejorar la vida y la planificación familiar. La relación externa la analiza teniendo en cuenta la comunicación entre progenitores e hijos con la comunidad.

Considerando estos aspectos, los entrevistados respondieron sobre la comunicación al interior de sus familias, las categorías expresadas en el grafico anterior, con un 20% considerando la comunicación como “escasa o mala”, otro 10% “buena” y un 70 % “regular” dependiendo muchas veces del patrón de consumo.

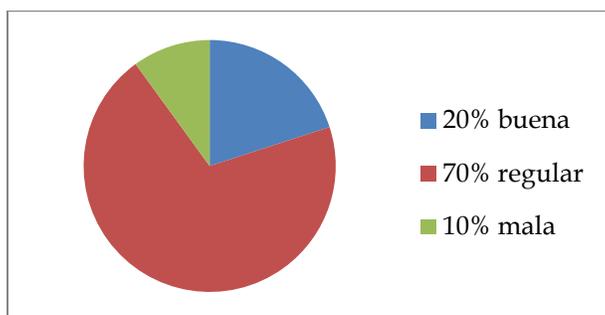
Según Brown (1988) la familia con un miembro alcohólico no presenta disfuncionalidad, es más bien una familia que ha aprendido a funcionar con un miembro enfermo, acomodándose a esta realidad. Así podemos entender estas respuestas, ya que muchas veces las relaciones al interior de la familia, están marcadas por la forma que tiene de comunicarse, la que ha sido experimentada por muchos años, alcanzando una normalidad.

### 13.- Relación de pareja.

El consumo de alcohol influye en el comportamiento de los individuos y por lo tanto en la relación con otros, la adicción de alguno de los miembros de la pareja tiene implicancias en el trabajo, en la economía, en la relación con la pareja y los hijos. La mayoría de los problemas de pareja estaban vinculados con el consumo de alcohol en hombre, al grado de ser reconocido por algunos como problema y fuente de motivación para el cambio.

Con respecto a los problemas que surgen en la pareja, en algunos casos existen episodios de violencia intrafamiliar, en este sentido SERNAM (2002), indica que los hombres con el problema de abuso de sustancias no promueven cambios en sus relaciones violentas hasta que no se soluciona el tema de las adicciones.

**Gráfico N° 9**  
**Relación de pareja**



FUENTE: Investigación directa

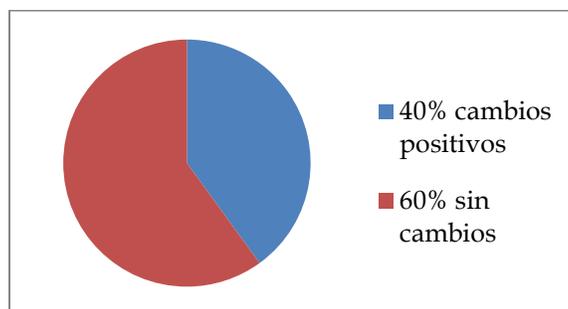
Representados en el Gráfico N° 9, se encuentran las parejas de los usuarios/as del programa, de ellos, un 70% considera que su relación de pareja es "regular", ya que la situación de consumo la deteriora constantemente, persistiendo la desconfianza. Otro 20% la considera "buena", básicamente por la disminución del consumo y el ingreso a tratamiento, por ultimo un 10 % cataloga su relación como "mala", básicamente por las discusiones y otras dificultades anteriores.

En el ámbito familiar, el consumo de alcohol puede llegar a afectar la relación familiar en el desarrollo de situaciones como el abandono de responsabilidades económicas y afectivas, deterioro en la calidad de vida, crisis financiera, maltrato, pérdida de autoridad en el hogar, celos y a nivel de pareja genera disolución de vínculos afectivos, separaciones, divorcios y problemas legales.

#### 14.- Relación con los hijos

Otra variable importante a considerar dentro de los cambios que experimentan los usuarios en tratamiento, es la relación que tiene con sus hijos, muchas veces deteriorada producto del consumo.

**Grafico N° 10**  
**Relación con los hijos**



FUENTE: Investigación directa

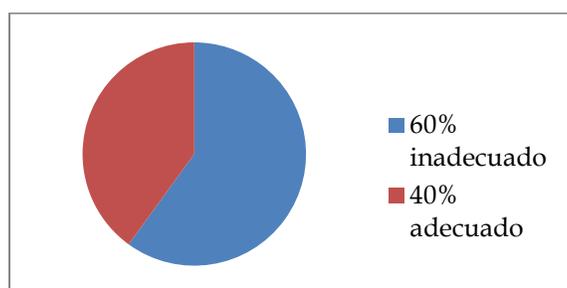
En este sentido, el Gráfico N° 10 nos muestra que el 40% de los familiares entrevistados, considera que la relación del usuario con los hijos ha tenido cambios positivos, básicamente en la cantidad de tiempo que les dedica y la preocupación por su bienestar. Sin embargo el 60% considera que no han existido cambios significativos, esto ocurre con usuarios con hijos adolescentes o que no viven juntos, prevaleciendo la falta de acercamiento y desconfianza entre ellos

Según Washton y Boundy (1991), las familias con uno de los progenitores alcohólicos, se pueden distinguir, entre otras cosas, por carecer de la capacidad de brindar a sus miembros los recursos necesarios para enfrentar diferentes crisis, dificultades y procesos de la vida, manteniendo frecuentes actitudes negligentes en la crianza de los hijos.

### 15.- Horario de atención del programa

En el Gráfico N° 11, vemos representadas las opiniones de los familiares de los usuarios, quienes consideran en su mayoría, vale decir un 60%, que el horario de atención del programa podría extenderse en las tardes, esto con el objeto de favorecer las actividades laborales, ya que el horario de atención es el mismo que su jornada laboral y se les dificulta el solicitar permisos tan seguidos. Por otra parte, el 40% considera adecuado, ya que les permite mantenerse ocupados durante todo el día a falta de otra actividad y así evitar el consumo.

**Gráfico N° 11**  
**Horario de atención**



FUENTE: Investigación directa

## **16.- Frecuencia de las atenciones y tiempo de duración del tratamiento**

Cuando se consulta a los familiares sobre la frecuencia de las intervenciones, el total de los entrevistados, considera adecuado el número de intervenciones que se ofrecen en el programa, tanto individual como grupal.

Según la normativa de SENDA, para que el tratamiento sea efectivo el usuario debe mantenerse entre seis y ocho meses en intervención, aun cuando resulta importante considerar que la duración apropiada del tratamiento depende de la problemática y necesidades de cada uno.

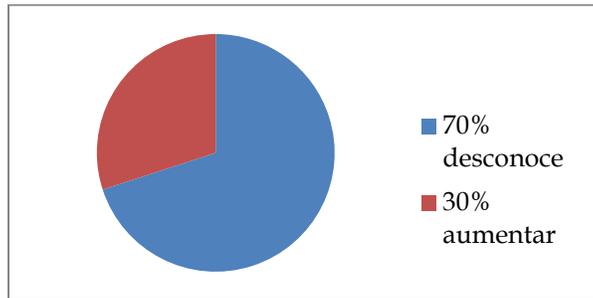
Algunos estudios indican que en la mayor parte de los usuarios comienza a ver una mejoría significativa después de tres meses de tratamiento, sin embargo muchas personas con frecuencia dejan el tratamiento prematuramente, lo que dificulta en gran medida la intervención.

La frecuencia de las atenciones es exigida, según el plan de tratamiento en el que se encuentre el usuario, ya sea plan ambulatorio básico o plan ambulatorio intensivo (según gravedad de consumo), siendo necesario cumplir con una asistencia de dos o tres veces por semana, tanto para atenciones individuales como grupales.

A modo de resumen de las entrevistas realizadas, el Gráfico N° 12 destaca que el 70% de los entrevistados desconoce la duración del tratamiento, por su parte el 30% restante considera que debería ser mayor al indicado, con el objeto de lograr la “recuperación total” o abstinencia que esperan de su familiar.

**Gráfico N° 12**

**Duración del tratamiento**



FUENTE: Investigación directa.

**17.- Número de profesionales e instalaciones de Cosam**

El total de los entrevistados considera adecuado el número de profesionales que participa en el programa, aunque es necesario considerar que no realizan mayores comentarios sobre el tema, quizás por su imposibilidad de comparar con otros programas o centros de tratamiento o bien por falta de confianza para realizar alguna acotación al respecto.

Cuando se realiza la consulta respecto de las instalaciones con las que cuenta la institución, los entrevistados se dividen entre considerar adecuadas las instalaciones de Cosam y la posibilidad que puedan optimizar. Las mejoras solicitadas, son básicamente una ventilación adecuada en verano y calefacción en épocas más frías, además de pintar las salas y contar con un mayor número de espacios comunes.

## **18.- Sugerencias**

La necesidad de incorporar sugerencias de parte de los usuarios y sus familiares, resulta importante para el trabajo que realiza el equipo de tratamiento, ya que es una forma de evaluación constante a las formas de intervención, sin embargo solo el 40% las realiza, cifra que coincide con familiares que llevan más tiempo acompañando al usuario y pueden tener más confianza y experiencia para hacerlo.

Las sugerencias más indicadas, consideran poder compatibilizar el trabajo de los usuarios con la asistencia al programa y la posibilidad de atención en horarios más extensos, además de la posibilidad de realizar una actividad remunerada en el tiempo de estadía del usuario en el tratamiento, vale decir, mientras permanecen en terapias, puedan realizar un trabajo, como si formaran parte de una pyme.

## **19. Opinión de los usuarios del programa.**

A través de la entrevista grupal, fue posible acceder a las opiniones que los usuarios y usuarias del programa tiene sobre la participación de la familia en el tratamiento.

En estas respuestas podemos encontrar la importancia que le entregan los propios usuarios al acompañamiento de sus familiares, ellos sienten que es necesario contar con el apoyo directo de los más significativos, siendo un verdadero orgullo contar con su presencia en los encuentros que se realizan en forma mensual.

Dentro de estas opiniones destacan las siguientes.

*“me importa que mi mamá participe, ella es mi todo, mi motivación, por ella tengo ganas de salir adelante” (usuaria 27 años).*

*“mi familia esta aburrida, dañada, ya no me creen, les agradezco que puedan acompañarme” (usuario 35 años).*

*“esto que yo hago lo hago por mi familia, mi esposa y mis hijos, ellos son mi motivación, cuando me acompañan me siento feliz” (usuario 42 años).*

*“creo que si la familia participa uno se siente mejor, más acompañada” (usuaria 35 años).*

Con respecto de la pregunta que se realiza en función de evaluar la compañía de la familia en momentos de crisis, los usuarios responden que muchas veces el apoyo y la contención que les entrega la familia, los ha hecho desistir del consumo, evitando de esta manera una recaída. Dentro de las respuestas encontramos las siguientes:

*“cuando me siento más mal, le cuento a mi mamá, ella me calma, me ayuda, me distrae y eso me deja de pensar en consumir.” (usuaria, 27 años).*

*“a veces en la noche empiezo a pensar en salir y lanzarme, mi pareja me conoce y me dice que me calme, me da comida y se me olvida que quería salir...” (usuario 42 años).*

*“mi señora sabe que cuando me pongo ansioso quiero tomar, ella me saca a dar una vuelta cerca de la casa, ahí me logro calmar, llego cansado y ya sin ganas de tomar” (usuario 35 años).*

*“el síndrome de abstinencia es terrible, nadie sabe como uno se siente, me tiemblan las manos, me desespero y hasta lloro, mi mama me ayuda, me hace cariño, me abraza, eso me ayuda...” (usuaria de 27 años).*

Durante la entrevista se les pregunto a los usuarios si podían identificar cambios en la dinámica familiar desde que sus familias participan en el tratamiento, ellos destacaron cambios positivos en la forma de comunicarse y de resolver los conflictos. Las opiniones sobre este punto son las siguientes:

*“mi familia ahora entiende lo difícil que es salir del consumo y me apoya más, eso me gusta, me motiva a seguir” (usuario 35 años).*

*“con mi esposa hemos aprendido a conversar y no gritarnos y no pelear, la terapia nos sirvió mucho, me di cuenta que no era solo ella el problema, yo también soy responsable de lo que nos pasa” ( usuario 42 años).*

*“antes en mi casa todos peleaban, eran puros gritos porque yo salía a tomar, ahora que estoy en tratamiento ellos me ayudan cuando me siento mal, eso me gusta” (usuaria de 27 años).*

En resumen los usuarios entrevistados coincidieron en que la participación de sus familias en el tratamiento, contribuye al proceso de rehabilitación, ya que les entrega un sostén adecuado en momentos de crisis y flaqueza. Estas opiniones concuerdan con la de los familiares entrevistados y los profesionales que conforman el equipo de tratamiento.

## CAPITULO V

### RESULTADOS DE LA ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO

Los profesionales que intervienen en los programas de tratamiento de adicciones, cuentan con diferentes tipos de formación académica, lo que permite sostener una mirada trasdisciplinaria del tema, pudiendo incorporar distintos elementos ante un fenómeno tan complejo.

En el presente estudio la opinión de los profesionales resulta relevante al momento de analizar el programa y las intervenciones realizadas, esto se complementa con la opinión de usuarios y familiares, permitiéndonos alcanzar los objetivos planteados.

La unidad de análisis corresponde a tres profesionales del programa, estos son Psicóloga, Orientadora Familiar y Técnico en Rehabilitación que intervienen actualmente con los usuarios en tratamiento y sus familiares.

#### **1.- Categoría: significado que el equipo le otorga a las actividades que realiza con la familia.**

El trabajo con familias ha sido uno de los elementos que se ha incorporado en forma paulatina al programa de tratamiento de adicciones de Cosam La Granja, esto con la intención de ampliar la visión individual de intervenir y de poder integrar elementos que permitan una mayor efectividad el abordaje de la problemática.

Para realizar el abordaje de esta dimensión, presentaremos tópicos que nos hablan de la importancia que el equipo otorga al trabajo realizado con las familias y su incorporación al tratamiento.

### **Tópico N°1: Importancia de la motivación.**

La motivación, constituye uno de los elementos más importantes, sino el más importante, al momento de iniciar un tratamiento, el usuario debe contar con un estadio motivacional, que le permita problematizar el consumo y hacer cambios en su rutina, sin una motivación adecuada, existe un alto porcentaje de fracaso y deserción.

Es el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Di Clemente (1982) constituye la referencia principal para dar cuenta de los procesos de cambio que siguen los usuarios que inician un programa de tratamiento de adicciones. La incorporación de esta mirada, permitió superar el pensamiento tradicional y dicotómico que afirmaba que el cambio se daba en un solo paso, vale decir pasar del consumo adictivo a la abstinencia, permitiendo avanzar hacia una visión de proceso, que se divide en etapas. Actualmente este modelo mantiene su vigencia gracias a los aportes a la comprensión de un fenómeno tan complejo y la entrega de un fundamento empírico en el que se basa para describir, explicar y predecir la modificación de conductas adictivas.

El modelo identifica tres aspectos de cambio en las conductas adictivas: los estadios del cambio, una división temporal del proceso en etapas de acuerdo a un criterio basado en la motivación de la persona para modificar su conducta; los procesos del cambio, vale decir, las acciones realizadas por esa persona en proceso de cambio; y los niveles de cambio, identificando los problemas psicológicos de la persona susceptibles de ser abordados durante el tratamiento.

En resumen, este modelo considera la motivación como un factor importante, que contribuye en el avance de las personas en estos estadios motivacionales, hasta alcanzar los objetivos planteados.

La utilización de este modelo permite al equipo evaluar desde un primer momento la motivación con las que se presentan los usuarios al iniciar su tratamiento, en este sentido los profesionales entrevistados consideran que la familia puede constituir un factor importante en la motivación al cambio ya que sabe conocer y reconocer el estadio en el que se encuentra y la forma de apoyarlo.

La familia constituye entonces, según los profesionales, un elemento importante en la motivación, esto según lo expresado en las siguientes aseveraciones:

*“...tiene relación con el acompañamiento, el entender y sentirse parte del difícil proceso de cambio tanto del usuario como de ellos como familia, que habiendo vivido situaciones límites de deterioro en sus vidas y relaciones, pueden valerse de sus propios recursos para ayudarse a sí mismos y dar un nuevo sentido y esperanza a su existencia, la familia puede jugar un rol importante en la motivación que tenga el usuario en la superación de la problemática de dependencia a drogas, participando activamente en el proceso de rehabilitación desplegando sus recursos y capacidades para enfrentar y superar sus dificultades, produciendo cambios al interior de la familia.”(Técnico en Rehabilitación).-*

Los talleres y las intervenciones que los profesionales realizan con las familias, permiten, en gran medida entender la necesidad de permanecer activamente en el proceso, la incorporación de la familia contribuye en gran medida a sostener la motivación inicial que tiene el usuario, ya que es en esta etapa donde se produce el mayor número de deserciones en el programa.

Las familias, tal como lo expresa la técnico en rehabilitación, es parte de este proceso, por lo tanto su motivación, también constituye una parte importante del mismo.

Otra importante opinión es expresada por la psicóloga del programa, considera que la motivación de la familia es:

*“...tremendamente importante, la red de apoyo y los vínculos en el usuario representan un factor importante en el logro de ciertos avances de un tratamiento. Un usuario que se encuentra sin redes de apoyo, cuya autoestima e imagen de sí mismo y visión amotivacional de la vida, provocaran más resistencias al cambio.*

*Al trabajar motivacionalmente con la familia, haciéndolos participes del tratamiento y parte de el mismo, se encontrara una forma diferente de intervención en la que el usuario no solo será apoyado por un equipo especialista, también habrá un cambio en las dinámicas relacionales de la familia y en el lugar más difícil de trabajar, la cotidianidad y los hábitos rutinarios del usuario.” (Psicóloga).*

Tal como lo expresan los autores Calvo, Botella y De Luca (2007), al momento de trabajar con familias es necesario abordar distintos ámbitos, considerando factores tales como la motivación al cambio y la decisión de poder incorporarse a un tratamiento. En este sentido resulta importante que la familia reciba una contención adecuada, que le permita enfrentar los primeros momentos de crisis en el tratamiento, siendo el equipo de profesionales quienes pueden apoyar en esta etapa.

La orientadora familiar del programa trabaja en forma directa con las familias, en forma semanal realiza distintas actividades que la acercan al conocimiento de las dinámicas familiares, en este sentido realiza el siguiente análisis respecto de la importancia de la motivación en el tratamiento:

*“por lo general, las familias llegan mal, cansadas, desanimadas, sin mucha esperanza, con reticencia, otras veces traen el problema para que se lo solucionen, pensando que ellos no tienen responsabilidad en esto, pero a través del proceso van percibiendo que si ellos tienen responsabilidad, ya sea la forma en que han procurado poner límites o por la forma en que han resuelto los conflictos o no les han dado solución, ellos tienen responsabilidad y se engancha compartiendo cada una de las terapias grupales, ellos logran motivarse y el usuario se siente acompañado, comprendido y no juzgado, por lo que está viviendo, esto juega un papel fundamental en la motivación del usuario a realizar un proceso”  
(Orientadora Familiar).*

## **Tópico 2: Incorporación de la familia en el tratamiento.**

Muchos de los actuales tratamientos y las nuevas formas de entender y enfrentar cualquier tipo de adicciones, por más diversas e inusuales que parezcan, nos hablan de la incorporación de elementos ambientales, tanto en la identificación de la problemática, como en la intervención propiamente tal. Esta mirada, por algunos llamados “ecológica”, nos da la posibilidad de identificar factores que permitan alcanzar logros terapéuticos, es así como los profesionales del equipo de adicciones, identifican como importante la incorporación de la familia en el proceso de rehabilitación del usuario, dejando de lado una mirada direccional de esta compleja problemática.

Según lo indicado por los profesionales la incorporación de la familia en el tratamiento:

*“... tiene relación con que la familia puede transformarse en un factor potenciador en los resultados terapéuticos, por un lado y por otro es un pilar fundamental, para un equipo que trabaja en adicciones incluir a la familia, ya que ahí está la clave para entender porque una persona y no otra es capaz de emprender un viaje o un camino con drogas, es una de las fuentes más cercanas para indagar en la dinámica familiar, el sentido común de esa familia, sus orígenes, cultura, recursos, y además es una fuente de apoyo y ayuda en el proceso de tratamiento.” (Técnico en Rehabilitación).*

Con respecto de las opiniones de los entrevistados, resulta importante destacar que a pesar de los cambios demográficos de estructura y funcionalidad la familia, sigue siendo la fuente principal de cuidados para personas con cualquier tipo de problemáticas de salud mental, no solo las adicciones.

La psicóloga del programa expresa lo siguiente sobre la integración de las familias al tratamiento:

*“...es de suma importancia, porque no solo abre nuevas formas de intervenir la problemática del consumo de sustancias, sino que otorga una visión más ecológica y psicosocial al fenómeno. Al intervenir en la familia se pueden evidenciar no solo los problemas a nivel relacional de la familia producto de un consumo problemático, (que es tremendamente relevante), también es posible observar cómo es que se construye la problemática a través de las narrativas y discursos del grupo familiar, los mitos y contextos en los cuales se encuentra la familia, así también como este fenómeno despliega una organización familiar frente a un consumo problemático. Es una visión multifactorial que muestra la realidad social del fenómeno y da claves para trabajar la problemática de una forma singular de acuerdo a cada organización. Por ejemplo, es muy distinto trabajar con una familia que se*

*encuentra en un contexto en donde no existe narcotráfico en una en que sí la hay, o en un joven sin hijos a una mujer con una familia extensa y sin red de apoyo. La familia entonces arroja una problematización de una intervención que no debe ser pauteada ni estandarizada.” (Psicóloga).*

Según los autores Calvo, Botella y de Luca (ibid), la intervención familiar y la incorporación de los miembros de la familia en el tratamiento, contribuye a la formación de grupos psicoeducativos y de desarrollo de habilidades de afrontamiento, comunicación, emociones y resolución de conflictos, que pueden contribuir en el proceso terapéutico del adicto.

En este sentido, la incorporación de la familia en el tratamiento, es vista por los profesionales del equipo, como un elemento positivo y necesario, es así como se expresa en la siguiente opinión:

*“Desde que la persona es recibida en Cosam se sabe que esa persona trae un familiar con él. Por eso a través de él vemos algo de lo que es su grupo familiar, al integrar a más miembros del grupo nos amplía la mirada y vamos descubriendo más cosas de ellos. Como es la forma como ellos se relacionan, quien habla más, que roles protectores poseen, cuales son las formas de relacionarse, que tensiones existen entre ellos, a parte de todas las problemáticas que suceden por el hecho de tener a uno de ellos en las adicciones. Con que redes cuentan, las pautas relacionales que existen y que no les permite avanzar y cuáles son los circuitos problemas entre ellos que no cambian y mantienen problemáticas en la familia, lo que se pretende es poder modificar las pautas relacionales y lograr con ellos una nueva forma de organización. ” (Orientadora Familiar).*

Con respecto a la forma de intervenir con las familias para su incorporación, destacamos la siguiente opinión del equipo:

*“La identificación de lo relacional en la familia, nos permite ver además los recursos que la familia tiene, con que focos debemos trabajar, cuales son las personas que apoyan en el proceso y cuáles no. Teniendo presente que prácticamente todas las familias tienen recursos –son pocas las que no los poseen- es posible que realicen un cambio, esforzarse por hacerlo, reorganizándose nuevamente, incluyendo y concientizándose de los logros realizados en el proceso.” (Técnico en Rehabilitación).*

**2.- Categoría: efectividad de la incorporación de la familia en el plan de tratamiento.**

### **Tópico N° 1: Adherencia al Tratamiento**

La adherencia al tratamiento, es quizás uno de los elementos más complejos de manejar al momento de realizar un tratamiento de alcoholismo, esto por parte del usuario en tratamiento y por el equipo de profesionales que lo acompaña, ya que existen variados factores que inciden en la asistencia al programa, estos elementos son variados y van desde el sentirse “mejor” a incitaciones externas, tales como amistades que consumen o el trabajo remunerado.

Por este motivo es importante mantener en forma constante una motivación adecuada que permita reconocer elementos que interfieran en la asistencia del usuario al programa. Los profesionales del equipo consideran que la familia puede jugar un rol importante en la adherencia al tratamiento, ya que permanece la mayor parte del día con ellos, los conoce y puede contenerlos.

En este sentido las opiniones más relevantes al respecto tienen que ver con lo siguiente:

*“Sin apoyo familiar, el equipo intenta desde diversas estrategias mantener la adherencia del usuario en el programa, sin embargo es bastante difícil porque el sentido de realidad del usuario no solo se encuentra en la intervención o en el tratamiento. Hay miles de otras temáticas, factores, lugares de sentido de una persona que conforman la “vida”. Institucionalizar a un usuario probablemente provocara una fuerte recaída en cuanto salga de este universo construido para el por especialistas que no conforman su vida privada. La familia, pareja, amigos y vecinos conforman la rutina y los espacios comunes donde las sustancias se mueven. Es por lo tanto que es en este sentido, que el papel, que juega la familia es de total relevancia, porque es un apoyo en la casa, en el barrio, donde más necesita contención y problematizar su consumo.”( Psicóloga).*

La adherencia al programa se estima con un promedio de tres meses, considerando que la mayor parte de los usuarios que ingresan abandonan el tratamiento durante las primeras semanas, esto producto de la imposibilidad de mantenerse en abstinencia, es en este momento cuando necesitan la contención y el apoyo que les entrega su familia a diario y en los momentos más difíciles.

En este sentido, es posible considerar la opinión que tiene al respecto la Técnico en Rehabilitación del programa, quien nos indica lo siguiente:

*“La adherencia del usuario al tratamiento, depende de múltiples factores y en ese contexto la familia puede cumplir un rol importante, ya que los patrones relacionales que subyacen en la organización y estructura familiar han permitido mantener una conducta adictiva de uno de sus miembros junto con el comportamiento de los demás miembros familiares.*

*El cambio del usuario dependiente implica el cambio de su contexto inmediato que es su familia y las relaciones significativas que sustentan la dependencia, la familia, al cambiar estos mecanismo que sustentan la dependencia del usuario, puede incrementar la adherencia del usuario al tratamiento, pensando que la familia en su conjunto tiene herramientas y puede desplegar y construir un relato distinto para sus vidas y reconstruyendo relaciones distintas.”(Técnico en Rehabilitación).*

Los profesionales centran sus opiniones en la experiencia de trabajo que tienen con cada una de las familias, si bien es cierto las opiniones coinciden en muchos aspectos, cada uno de ellos aporta desde su visión profesional. En este sentido la siguiente opinión destaca:

*“...Siempre que la familia logra responsabilizarse y prestar atención en que ellos son co-terapeutas para apoyar el proceso del usuario. Si ellos se convierten en escuchantes del usuario y lo contienen en momentos de ansiedad, cuando le vienen los deseos de consumir, es importante esto porque en ocasiones la familia se vuelve una piedra de tope y presiona de mala forma al usuario, no siendo un apoyo para él. Cuando la familia se compromete con el usuario y cuando el usuario se ve motivado al cambio, se reúnen esas fuerzas y resulta. Hemos tenido experiencias donde la familia ha sido un apoyo en la adherencia al usuario” (Orientadora Familiar).*

## **Tópico N° 2: Familia y control de recaídas.**

En el proceso de desintoxicación alcohólica, siempre está presente el riesgo de tener una recaída, muchas veces los propios usuarios al sentirse “seguros” tienen el deseo de probarse a sí mismos y caen nuevamente en el consumo.

Cada una de las recaídas tiene un proceso que la antecede, en el cual se presentan signos, los cuales son posibles de identificar, en este sentido las familias pueden tener un rol importante, ya que son quienes conocen mejor al usuario y pueden estar atentas a reconocerlos.

Hoy en día se disponen de variadas estrategias e instrumentos que permiten enfrentar situaciones de riesgo ante una posible recaída en el tratamiento. Entre estos procedimientos encontramos auto registros, autobiografía de recaídas (descripción), cuestionarios, autoinformes, etc. La familia entonces aparece como otro de los posibles instrumentos de control, considerando una preparación adecuada.

Las opiniones de los profesionales entrevistados reconocen la importancia de la familia en este sentido, puesto que:

*“La familia puede lograr transformarse en un mecanismo de control de recaída ya que, como familia pueden disminuir los factores potenciales de riesgo, o atenuar sus efectos cuando estos no son susceptibles de cambio, y por otro lado fortalecer los factores o recursos protectores y despegar su capacidad resiliente para favorecer el proceso” (Técnico en Rehabilitación).*

La familia puede transformarse en una buena fuente de apoyo para los usuarios, logrando reconocer situaciones de alerta que avisan de recaídas, teniendo como objetivo un abordaje proactivo para prevenirlas y aceptarlas, sin embargo, la psicóloga del programa nos indica la necesidad de tener en cuenta lo siguiente:

*“Depende, de cada familia y contexto. En algunos casos la familia representa un factor de riesgo, es importante evaluar y tamizar las distintas variables que pueden presentarse en un usuario. En el caso de mujeres consumidoras, muchas veces la pareja representa un factor de riesgo más que protector.*

*En otros casos, un hermano, un padre o un hijo puede representar un factor de alto riesgo al ser también consumidor. Dentro de la familia y en el cómo se concibe, se deben buscar los vínculos más protectores y con mayores herramientas para poder entregar las herramientas que el equipo sugiere.”*  
(Psicóloga).

Los programas de tratamiento trabajan el control de recaídas en forma regular, esto con el objeto de entregar elementos que puedan contribuir a enfrentar el posible consumo, estos elementos deben focalizarse en aspectos positivos, que permitan hacer hincapié en las fortalezas que puede tener o bien desarrollar el usuario y su familia, ya que si los familiares reconocen que la adicción es una enfermedad que necesita tratamiento y asesoría profesional, pueden involucrarse y lograr mejores resultados.

En este sentido la Orientadora familiar del programa, nos comenta:

*“La familia podría lograr más con los procesos de los usuarios. A veces por falta de herramientas asertivas en las familias no se logra control en el consumo...a veces no logran poner límites claros y precisos que al usuario les permita ir sintiendo pérdidas, que le ayude a tomar conciencia de la situación. La ambivalencia de las familias no ayuda en las recaídas, cuando la familia permite ciertas conductas en el usuario, eso es motivo de recaídas.”*  
(Orientadora Familiar).

Sin embargo las opiniones de los profesionales son diversas e incorporan diferentes visiones sobre la familia en el tratamiento, cada uno de los cuales es necesario destacar.

### Tópico N° 3: Efectos del tratamiento en la dinámica familiar.

Las familias con un miembro adicto, muchas veces presentan dinámicas disfuncionales, las que se caracterizan por un alto número de discusiones, maltrato físico y verbal, problemas en la comunicación y dificultades en la forma de relacionarse, la que afecta a todos sus miembros. La incorporación al tratamiento, según la opinión de los profesionales entrevistados, tiene distintos significados:

*“Algunas veces altas resistencias, ya que generalmente la familia, por los discursos y mitos sociales legitimizados, observan el fenómeno de una manera muy causa y efecto y les cuesta comprender lo multifactorial del fenómeno... Generalmente al trabajar con familia, primero se debe contener, comprender, psicoeducar y nuevamente contener para luego dar paso a desentrañar las relaciones y roles familiares que dan pie a un posible consumo y el porqué de su gravedad.*

*En un comienzo es difícil trabajar con una problemática familiar cuyo síntoma es un consumo, ya que este se puede sostener en una dinámica violenta, abusos sexuales, problemas económicos, etc. Que dan cuenta de una problemática familiar bastante velada por problemáticas más concretas. El trabajar con familias también se presenta como un arma de doble filo, porque ellos también pueden presentar resistencias al no querer evidenciar la propia responsabilidad y rol en el fenómeno.” (Psicóloga).*

Las familias con un miembro alcohólico tienen algunas características propias, ya que intentan ajustar el sistema familiar frente a la enfermedad de uno de sus miembros, lo que no significa que ésta afecte a quienes la integran. Esta sería una de las formas en que la familia trata de "sobrevivir" ante la crisis de la adicción y la dinámica familiar.

La Técnico en Rehabilitación del programa nos aporta lo siguiente:

*“Siento que la problemática familiar, cuando hay una persona dependiente de drogas agudiza un desenlace en la forma de relacionarse que subyace en el seno de la familia, esta situación da la posibilidad a la familia de reencontrarse, y reconstruir sus relaciones significativas. Cuando las familias han experimentado historias de sufrimiento, carencias y circunstancias adversas pueden desde ahí resignificar sus vidas, los efectos positivos, no muchas veces son como se quisiera, por ejemplo volver como pareja, pero si ser padres, las familias se enriquecen, tienen la posibilidad de realizar sus propios cambios y pueden modificar sus modos de relacionarse con la persona dependiente, está en los recurso de las personas y en los de sus familia el poder realizar procesos de cambio.”(Técnico en Rehabilitación).*

Según la Orientadora Familiar, quien tiene a cargo los grupos familiares en el equipo de tratamiento, las disfunciones familiares se traducen en que:

*“Generalmente las familias reconocen los aportes que el tratamiento les hace a ellos, les permite clarificarse en como apoyar al usuario, apoyar y lograr comunicarse mejor en el grupo familiar. Ellos reconocen conductas equivocadas en las relaciones familiares, a través de la terapia grupal, ellos se animan y reciben aportes de sus pares que anteriormente solo en la familia no habían reconocido, por ejemplo el saber escucharse entre ellos, el aprender a decir las cosas, acogerse, etc...reconocer errores y pedir disculpas” (Orientadora Familiar).*

#### **Tópico N° 4: Sugerencias**

Las sugerencias que realiza el equipo al programa son variadas, entre ellas se encuentra la necesidad de fortalecer el trabajo con familias, ya que se reconocen que falta profundizar en los procesos, sobre todo en lo grupal, ya que puede resultar muy beneficioso.

*“Comenzar en el programa a trabajar con el grupo familiar – aun no lo hemos logrado-solo asisten algunos familiares. Pero es posible realizar un ciclo donde cada familia pueda reconocerse las pautas relacionales que mantienen la problemática de consumo u otras situaciones que perjudican a la familia. Pienso que esta práctica, si la logramos será un nuevo desafío para el equipo” (Orientadora Familiar).*

*“Mayor intromisión de la temática familiar, más terapia de familia y de pareja, talleres que involucren más a este grupo y apoyo con los otros programas de COSAM, para lograr un trabajo transdisciplinario más completo. Mayor gestión comunitaria y capacitación en la intervención familiar desde distintas áreas, como la sistémica y las constelaciones familiares para los profesionales.*

*Muy importante no categorizar a las familiar y trabajar con ellas de forma singular sin formar alianzas.” (Psicóloga).*

La sistematización del trabajo realizado resulta otra sugerencia relevante, ya que la intervención puede tener más sentido al lograr ser medida y evaluada de manera adecuada.

Las sugerencias permiten efectuar o reestructurar los modelos de intervención que hasta ahora se realizan, en este sentido, las opiniones de los profesionales nos permiten reconocer la necesidad de ajustar cambios adecuados al programa.

*“A modo general sin profundizar mucho en la metodología y las teorías relacionadas con la intervención familiar, profundizaría el modo de intervenir con familia, sistematizaría lo realizado e instrumentalizaría la intervención en el sentido de medir los logros y evaluarlos, por ejemplo elaborar un PTI de acuerdo a las necesidades de las familias. También profundizaría la postura de los diferentes profesionales en relación a la inclusión de la familia al tratamiento.”(Técnico en Rehabilitación).*

Otra sugerencia relevante, surge en la necesidad de construir un trabajo trasdisciplinario, vale decir construir una manera de intervenir desde diferentes miradas, con el fin de interpretar la realidad que enfrentamos con el problema del consumo abusivo de alcohol y adicciones en general, integrando y vinculando distintos saberes y especialidades.

## CONCLUSIONES

El análisis del presente estudio y las diferentes entrevistas que se realizaron a los familiares, usuarios y equipo terapéutico, nos permiten concluir con respecto de los objetivos generales de la investigación, entre los que destaca la necesidad de *“describir la contribución de la incorporación de la familia en el tratamiento del alcoholico”* además de *“comprender la importancia que la familia otorga al tratamiento del usuario en sus diferentes fases”* y *“comprender la valoración que el equipo profesional otorga a la incorporación de la familia en el tratamiento de adicciones”*, es posible concluir que estos objetivos fueron alcanzados con éxito, siendo posible describir la situación de cada una de las familias que participan en el programa, pudiendo incluso profundizar en aspectos de dinámica familiar y opiniones tanto de los usuarios como del equipo terapéutico.

En relación con las hipótesis que se formularon para esta investigación, estas expresaban lo siguiente:

**Hipótesis N° 1: La incorporación de la familia en el tratamiento, refuerza la permanencia y motivación de los usuarios en el programa.**

Considerando esta hipótesis, podemos señalar que con respecto de los usuarios que participaron con sus familias, lo que en el estudio representa el 52% de los entrevistados, es posible destacar que el promedio de asistencia al tratamiento mejoró considerablemente en relación con aquellos usuarios cuyas familias no participan, esto tomando en cuenta que la asistencia aumentó de uno a tres meses, respectivamente.

Podemos reconocer que la motivación y el apoyo familiar, tanto en actividades del programa como al interior del hogar, representa un factor positivo a la hora de realizar el tratamiento, las familias informadas de los horarios, talleres, actividades y procesos del tratamiento, representan un incentivo en la asistencia al programa, por lo tanto esta hipótesis se comprueba.

**Hipótesis N° 2: La participación de las familias en el programa, contribuye al logro de los objetivos terapéuticos del usuario.**

Esta hipótesis se comprueba, por cuanto los familiares consideran relevante su incorporación en el tratamiento, ya que esto les permite conocer y reconocer procesos que pueden ser favorables en la intervención, les permite además, asumir que el abuso de drogas o alcohol termina siendo un eje central alrededor del cual se organiza la vida de las familias, y que por este motivo, si se busca una solución definitiva se requiere que la familia colabore y participe en el tratamiento.

La participación de la familia en el tratamiento, les permite reconocer cambios en el patrón de consumo de su familiar con alcoholismo, además de observar la adopción de una conducta responsable en el usuario, que se manifiesta en una mayor permanencia con la familia e hijos.

Los objetivos terapéuticos son elaborados en conjunto con el usuario en su plan de tratamiento individual, en ellos se considera a la familia y las relaciones que se establecen como uno de los logros a los cuales se deben dirigir las acciones, es así como la participación en las actividades familiares, resulta importante en el proceso de tratamiento.

En este sentido, los familiares manifiestan su satisfacción en la participación de los talleres a los que son invitados, ya que muchas veces pueden “comparar” situaciones o realidades, darse cuenta que su problemática no es la única, ni la más grave, sino más bien, es posible enfrentarla. El hecho de poder comparar y darse cuenta que existe alguien con mayores dificultades, representa en las familias una posibilidad de recuperación, que a su vez contribuye al tratamiento y recuperación de su familiar.

Además de poder comparar las experiencias, la asistencia a los talleres les permite reconocer los procesos que están viviendo, identificar las conductas relacionadas al consumo, desarrollar habilidades de enfrentamiento y reconocer los efectos que provocan los medicamentos. Significa, además, un camino para recuperar la confianza hacia el usuario, siendo este hecho el que más se repite en el discurso, tanto de las familias como los que participan en el programa. La necesidad de “volver a creer” y recuperar la confianza tiene un importante significado en las familias, ya que permite, en cierta medida, retomar la vida que se tenía antes de comenzar con la adicción. La construcción, o reconstrucción de la confianza, necesita una revisión frecuente, tanto de los profesionales a cargo de las familias, como de los usuarios.

Otro elemento importante de análisis es el de las recaídas, las cuales constituyen un factor de riesgo difícil de asumir por las familias, en la presente investigación el 90% de los entrevistados reconoce episodios de recaídas en los usuarios, sin tener ellos manejo en este tipo de situaciones. Si consideramos que las estadísticas nos hablan de un alto porcentaje de recaídas en las personas que participan en un tratamiento, resulta imprescindible que sus familiares puedan reconocer los factores que llevan a una persona a recaer, sus conductas, sus estresores, con el objeto de contar con los elementos necesarios para hacerles frente.

En este sentido, los talleres psicoeducativos constituyen un apoyo al momento de reconocer los mitos que existen sobre las recaídas, las familias y el propio usuario sienten que no es un fracaso en el tratamiento, sino más bien un elemento que puede ser abordado de manera adecuada, ya que la dependencia en sí misma, es un trastorno con recaídas.

Junto con este tema, surge un elemento importante en el proceso de deshabitación de consumo, como lo es el llamado síndrome de abstinencia, los familiares entrevistados manifestaron no tener elementos necesarios para reconocer un hecho de este tipo. Considerando que los familiares desconocen que la suspensión repentina del consumo excesivo de alcohol provoca el cuadro de abstinencia, se concluye la necesidad de que puedan reconocer algunos síntomas, para así entender las conductas de sus familiares.

Quizás este sea uno de los episodios de más difícil manejo, tanto para el equipo de tratamiento, como para los familiares que viven regularmente con el usuario. Según los entrevistados, les resulta difícil reconocer los síntomas que se presentan con anterioridad a la crisis, por lo cual se desencadena nuevamente el consumo o recaída, situación que la familia experimenta como una “vuelta atrás” o retroceso en el tratamiento, perdiendo aún más la credibilidad en su familiar.

Por este motivo resulta tan importante que la familia aprenda a reconocer síntomas, a manejar estrategias de control y a utilizar de manera adecuada los medicamentos recetados en caso de “emergencia”. En los talleres familiares, se realiza una educación continua sobre estos aspectos, necesarios para el apoyo en momentos de crisis, donde el equipo no se encuentra presente y la familia constituye un gran apoyo terapéutico.

**Hipótesis N° 3: Las familias que se involucran en el tratamiento experimentan cambios positivos en su dinámica interna.**

Con respecto a esta hipótesis podemos afirmar que se comprueba, ya que desde las entrevistas fue posible observar la necesidad de las familias de generar cambios en su dinámica interna para contribuir a la recuperación de su familiar. Lo anterior considerando que existen relaciones que perpetúan el consumo de alcohol o drogas, llegando en algunas oportunidades, incluso a representar un verdadero “boicot” en el proceso.

Fue posible identificar, además, que la adicción es solo una parte de problemáticas mayores, las que muchas veces, ni siquiera la familia ha sido capaz de reconocer, junto con esto podemos destacar, que más de la mitad de los familiares de los usuarios participan en los encuentros y actividades familiares, lo que habla de la necesidad de ellos mismos, como familia, de expresar sus dificultades y solicitar ayuda.

Esta necesidad se expresa en distintas formas, una de ellas es el creciente interés por recoger técnicas o formas de intervención que les permitan tener herramientas para abordar situaciones difíciles a nivel familiar, especialmente con los hijos, con quienes en el periodo de adolescencia, se tienen más dificultades en el manejo.

Entre los cambios que se generan en la dinámica interna, surge la necesidad de abordar las problemáticas de pareja, es por este motivo que desde fines del año pasado se implementa la terapia de pareja en el programa de tratamiento, el trabajo se centra en la intervención con el usuario/a y su pareja actual, básicamente se interviene sobre los problemas de convivencia, los que muchas veces son provocados por el consumo, las sesiones las realizan el psicólogo y la orientadora familiar.

Las estadísticas del programa, nos demuestran que el total de las parejas que reciben esta terapia, experimentan cambios positivos en su relación, manifestando mejoras en su convivencia y efectos favorables en el cese de consumo, siendo capaces de reconocer conductas repetitivas que no contribuyen en el tratamiento de la adicción, además de favorecer la toma de decisiones en la convivencia diaria.

Otro aspecto importante a considerar es el que experimentan las familias en función de las dinámicas familiares, en este sentido pudimos observar que a pesar de reconocer cambios positivos, un 70% de los entrevistados califican la relación al interior de la familia como “regular”, presentando discusiones, mala comunicación y conflictos, los que se incrementan con el consumo del usuario.

Es posible considerar que las familias que participan en el programa reconocen avances, tras el ingreso a tratamiento, en áreas tales como la comunicación, relación de pareja y relación con los hijos, siendo los talleres y encuentros familiares las actividades que más contribuyen a reconocer los procesos y aprender formas de enfrentar las dificultades. Sin embargo existen problemas familiares complejos, que resultan difíciles de abordar en las terapias y que necesitan una intervención más especializada, que el equipo de tratamiento de adicciones no los puede abordar, por no representar uno de los objetivos principales del tratamiento y no contar con la experticia adecuada. En este sentido el equipo solo puede contribuir a develar el problema, surgiendo la necesidad de que se realice una intervención familiar, sin embargo resulta difícil poder establecer una red de atención, ya que existen pocos dispositivos que aborden temas familiares en profundidad.

Es relevante destacar esta información, ya que se puede levantar la necesidad de contar con un equipo de especialistas que aborden de manera adecuada los temas familiares, pudiendo así contribuir al éxito en las intervenciones realizadas.

**Hipótesis N° 4: Los profesionales consideran importante la incorporación de la familia en el tratamiento, ya que contribuye al logro de los objetivos terapéuticos.**

Esta Hipótesis se comprueba, ya que los profesionales consideran importante la incorporación de la familia en el tratamiento, por cuanto representa un acompañamiento adecuado en contextos fuera del consumo y contribuye, además, a comprender los inicios y muchas veces causas de la adicción. El aumento en el compromiso de las familias con el programa, contribuye sustancialmente a mejorar aspectos tales como la motivación y adherencia en los usuarios, así como la disminución de sustancias post tratamiento.

A lo anterior podemos agregar que la incorporación de la familia en el tratamiento, puede ser vista, según los profesionales, incluso como un “coterapeuta”, apoyando el proceso, manejando el control de recaídas y contribuyendo a disminuir los factores de riesgo. La familia puede contribuir además en etapas de reinserción social y laboral, manifestándose como un valioso apoyo y motivación al cambio.

Sin embargo, es necesario destacar que resulta importante, según los profesionales, evaluar a las familias antes de incorporarlas en el proceso de tratamiento, ya que muchas de ellas, pueden llegar a representar un elemento negativo, que perjudica el tratamiento, en este sentido no sería beneficiosa su incorporación al programa.

Considerando las actividades con las familias, los encuentros familiares que se realizan en forma mensual en el programa, son evaluados en forma positiva por el equipo, ya que representan un espacio de esparcimiento entre la terapia, además permite a las familias conocerse y compartir en un momento grato. En los encuentros se reconocen además los logros de los usuarios que alcanzan éxito en sus tratamientos, los cuales representan un incentivo para las familias y los propios usuarios.

El equipo de Tratamiento, considera que en su mayoría las familias que se incorporan al programa, se sienten “dañadas” con el problema de alcoholismo de su familiar, presentan baja motivación, no creen en el usuario y han entregado varias oportunidades, siendo esta quizás la última. El equipo de tratamiento las recibe así de dañadas y hasta más desmotivada que el propio usuario, muchas veces desesperada por la situación, por lo tanto resulta relevante la primera etapa de contención que se realiza al momento del ingreso.

En este sentido, al iniciar el trabajo con las familias, los profesionales constatan que estas desconocen el tema, si consideramos que al momento de la entrevista los familiares son en su mayoría, personas mayores de 60 años, su conocimiento sobre la ingesta de alcohol y drogas es diferente, por eso no pueden entender las pautas de consumo actual, algunos de ellos experimentaron un beber moderado de alcohol durante su vida, sin presentar abuso o dependencia. En este sentido, a través de los talleres, es posible entregar elementos que contribuyen a entender y conocer la problemática, profundizar en algunos prejuicios e ideas y educar sobre la situación.

Resulta importante considerar que el total de los familiares tienen como expectativa el cese total del consumo del usuario/a, sin embargo, muchas veces, los propios usuarios no tienen ese objetivo terapéutico y debemos trabajar en conjunto estas ideas para llegar a un consenso entre ambos.

Con respecto de la opinión que tiene la familia sobre el tratamiento, es importante considerar que en los entrevistados desconocían aspectos tales como la duración del tratamiento y los objetivos planteados por sus familiares, en este sentido resulta necesario informar a las familias en forma más regular sobre estos temas, lo que es posible cuando logran involucrarse de manera adecuada en el tratamiento.

En resumen las intervenciones familiares en usuarios con consumo de alcohol aumentan el compromiso de los usuarios y sus familias al tratamiento; reducen el uso de alcohol o drogas post- tratamiento y contribuyen a mejorar el funcionamiento familiar y la normalización e incorporación social. Desde aquí podemos destacar la importancia que ha adquirido la intervención basada en las familias y los modelos de tratamiento familiar.

## HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

En relación a los hallazgos de la presente investigación, podemos considerar diferentes aspectos relacionados con temáticas familiares, personales y de consumo. Es así como una de las primeras a problemáticas surge en el desarrollo de la investigación, puesto que la muestra consideró a usuarios y familiares y dejó en vista a un número de personas que no cuentan con redes de apoyo familiar o social para enfrentar el tratamiento, siendo necesario contar con una estrategia que permita abordar a estos usuarios, muchos de los cuales viven en situación de calle o han sido abandonados por sus familias en distintos momentos de su vida, sea o no por el consumo de alcohol.

En este sentido una de las estrategias más utilizadas son los llamados grupos de “auto-ayuda”, los que permiten contribuir a reconocer, desarrollar y estimular el poder de las personas para ayudarse a sí mismas e incitar a que otras personas también lo hagan, es relevante el conocimiento adquirido a través de las experiencias de sus miembros y el aprendizaje que esto les provoca.

La implementación de esta metodología puede surgir como una alternativa a las personas que no cuentan con familiares dispuestos a apoyarlos, ya que en el grupo pueden encontrar el soporte e incentivo que necesitan para realizar su tratamiento, incluso los propios familiares pueden surgir como “apoderados” de usuarios que lo necesiten, lo que de alguna manera esta situación se da en el programa, al realizar los talleres, la convivencia diaria y los encuentros familiares, esta sería una manera de formalizar dichas prácticas y reafirmarla.

Un segundo elemento importante lo encontramos en usuarios que pertenecen a pueblos originarios, quienes demandan una atención diferente que pueda incorporar parte de sus costumbres y tradiciones, de su forma de ver el mundo e incluso de su propia visión de las enfermedades, en este sentido, la investigación pudo develar la necesidad de incorporar elementos culturales o bien de permitirse conocer esta forma de ver el mundo e integrarla en los procesos.

Resulta importante considerar que desde el año 1996, el Ministerio de Salud mantiene un programa especial de pueblos indígenas, circunscrito en la norma general administrativa N°16 sobre interculturalidad en los servicios de salud, que tiene por finalidad “...avanzar en el conocimiento de las necesidades de salud de las personas integrantes de los pueblos indígenas de nuestro país, tratar de entender cuáles son éstas y buscar la forma de abordarlas en un marco de respeto de los conocimientos y prácticas de salud que ellos poseen.”(2006:6).

A lo anterior podemos agregar el contenido del decreto N° 135 de 2004, del Ministerio de Salud, que menciona:

*“Artículo 21.- Es función del Ministerio de Salud formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud, permitiendo y favoreciendo la colaboración y complementariedad entre la atención de salud que otorga el Sistema y la que provee la medicina indígena, que permita a las personas, en aquellas comunas con alta concentración indígena, obtener resolución integral y oportuna de sus necesidades de salud en su contexto cultural.” Reglamento Orgánico Del Ministerio de Salud (2004:3)*

La comuna de La Granja posee un número importante de personas que pertenecen a los pueblos originarios, en este sentido el programa de tratamiento, necesita evaluar esta necesidad y promover la capacitación y experticia en su equipo, con el fin de abordar de manera adecuada esta temática.

Por otra parte, resulta necesario considerar, entre las situaciones especiales a los usuarios analfabetos, si bien es cierto no encontramos analfabetos absolutos, existen usuarios que habiendo logrado un manejo de las habilidades de lectura y escritura, al no practicarlas se han olvidado, volviendo a la categoría de analfabetos. Por otra parte el analfabeto funcional, alude a aquellas personas que, teniendo habilidades elementales de lectura y escritura, no son suficientes para desenvolverse en el medio letrado.

Muchos de nuestros usuarios caen en alguna de estas categorías, motivo por el cual es necesario adecuar los instrumentos de recolección de datos y evaluación para poder incluirlos en las diferentes actividades, reforzando la necesidad de implementar políticas de inclusión y talleres que le permitan realizar el tratamiento en iguales condiciones, lo anterior representan un desafío para los profesionales y el programa.

Lo anterior no considera la alfabetización digital, de la cual los usuarios se encuentran muy alejados y puede ser necesaria incorporar al momento de la reinserción laboral y social en la finalización del tratamiento.

Otro de los hallazgos importantes de la investigación surge de la necesidad de realizar intervención familiar en situaciones complejas, esto considerando que las familias develan, en el trascurso de los talleres y las diferentes intervenciones, problemáticas que provienen de relaciones altamente disfuncionales.

Al descubrir esta necesidad, se constata también la escasa o nula red de dispositivos para atención familiar con la que cuentan los centros o servicios sociales, dejando a las familias con escaso acceso a realizar una terapia reparatoria. A este hecho podemos agregar la crítica que Walsh realiza a estos servicios, los que según dicen tienden a *"basarse en las deficiencias, concentrarse en el individuo y ser fragmentarios, reactivos a las crisis, inaccesibles y definidos por los profesionales para los clientes"* (Walsh, 2004: 329).

Con respecto de la intervención con la familia, los profesionales dan cuenta de la falta de dirección técnica y bibliografía adecuada de parte de SENDA y del propio Ministerio de Salud, ya que las intervenciones se encuentran mayormente centradas en la atención individual al usuario del programa, siendo la familia un elemento importante de apoyo, el cual podría ser considerado en los procesos de tratamiento.

En este sentido la falta de un modelo teórico de intervención familiar es sentida en el equipo y en las familias, ya que no permite establecer un modelo de intervención, el que puede guiar las acciones y sobre el que se puede evaluar y sistematizar, de hecho una de las principales dificultades de evaluación de los estudios de terapia familiar son sus limitaciones a nivel metodológico, por este motivo, resulta importante que los profesionales del programa puedan mantener un grado adecuado de perfeccionamiento sobre temáticas de intervención familiar.

Resulta importante destacar la valoración que tienen los programas de tipo ambulatorio, los cuales contribuyen a que los usuarios puedan enfrentarse diariamente a la eventualidad de recaer en el consumo, pudiendo de esta forma elaborar mecanismos de control de recaídas y deshabituarse a la situación que no ocurre en los programas cerrados.

## APORTES AL TRABAJO SOCIAL

La presente Tesis nos permitió conocer y reconocer una de las áreas importantes de intervención del Trabajo Social, que se realiza centrado en la familia, sus relaciones y el contexto en el que se inserta en la sociedad, teniendo como principal objetivo generar una relación de ayuda, movilizar recursos personales, relacionales y materiales para impactar en la compleja dinámica que se instala cuando existe uno de sus miembros con problemas de adicciones.

El análisis de los resultados alcanzados, nos permiten reconocer la creciente necesidad de incorporar a la familias en los tratamientos, ya sean de adicciones o de otras temáticas, esto con la intención alcanzar mejores resultados y de realizar un diagnóstico familiar adecuado que permita abordar de manera integral la problemática.

En este sentido es el Trabajador Social, el profesional que puede ejecutar las intervenciones con una metodología adecuada al contexto, permitiéndose comprender, analizar, intervenir y evaluar la realidad, logrando una comprensión más integrada de la misma, enfocando el problema desde lo general a lo particular y viceversa, considerando algunas variables invisibilizadas por otros profesionales de las ciencias sociales, pudiendo implementar estrategias de intervención adecuadas a la complejidad del problema de alcoholismo y/o adicciones.

Una de las importantes labores que ejecuta el Trabajador Social en el programa es la sistematización de las experiencias de intervención con familias, esto con el objetivo de generar nuevos conocimientos, pudiendo conectar la teoría con la práctica, en este caso el proyecto escrito y conceptualizado y lo que se hace en el quehacer diario, permitiendo evaluar en forma periódica las acciones que se realizan aportando a este y otros programas de tratamiento.

La presente investigación nos permite validar propuestas e intervenciones formuladas desde el Trabajo Social, aportando al programa y a la institución, con la creación de nuevos instrumentos y profundizando la necesidad de realizar un trabajo trasdisciplinario, que permita ver a las personas en su totalidad.

Los actuales modelos de intervención en adicciones y alcoholismo, muchas veces están centrados en ámbitos individuales, con énfasis en lo farmacológico, sin embargo, queda de manifiesto la necesidad de que el Trabajador Social del programa active la red social y familiar en el tratamiento, ya que permite recoger aspectos relacionales y sociales que contribuyen a abordar con mayor profundidad la problemática.

Durante la investigación fue posible redescubrir el rol terapéutico del Trabajo Social, ya que cada una de las intervenciones familiares e individuales con los usuarios, nos remiten a esta forma de intervenir. La intervención terapéutica del Trabajo Social según Guell (2007:87), se concibe como:

*“Un proceso bidireccional que involucra (terapeuta, familia, persona, grupo), es dinámico, con un método definido de trabajo, que es orientado hacia la superación de determinada situación social que dio origen a la intervención, Se centra en el aquí y el ahora, tomando como referente el pasado, pero como un aspecto que aporta elementos para comprender la condición actual.”*

Desde lo anterior podemos destacar que para lograr el cambio, las intervenciones deben estar dirigidas a que las personas logren comprender y superar la adicción y así mismo las familias puedan potenciar sus vínculos y procesos comunicativos, logrando alcanzar bienestar y transformándose en una valiosa red de apoyo para sus familiares.

Ander- Egg (1978) afirma que cuando las personas asumen los cambios y sobrepasan los obstáculos que esto representa, rompen con pautas estereotipadas y disociativas, las cuales generan estancamientos en el aprendizaje de la realidad y el malestar subjetivo.

El Trabajador Social, en su rol terapéutico, busca redimensionar las situaciones vividas por los grupos familiares, interviniendo con las causas y también con los efectos del consumo abusivo de alcohol de uno de sus miembros, en los conflictos familiares que esto provoca y en las crisis que se desencadenan. Lo anterior sin abandonar además, la labor asistencial y socioeducativa presente en la realidad social.

Es mucho lo que queda por conocer y reconocer en el área de adicciones, sin embargo el rol del Trabajador Social, se constituye como uno de los más importantes en los equipos, ya que permite tener una visión integrada de la persona, incluyendo elementos sociales y familiares para abordar una problemática tan compleja.

## BIBLIOGRAFIA

- Abala C.; Salinas, I.  
(2004) *"Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud, Santiago"*  
Universidad de Chile, INTA.
- Ander-Egg, E.  
(1972) *"El Trabajo Social como Acción Liberadora"*  
Editorial Humanitas, Argentina, 1972.
- Ander-Egg, E.  
(1982) *Diccionario de Trabajo Social.*  
Editorial Humanitas, Argentina, 1982.
- Ávila Baray, H.  
(2006) *"Introducción a la metodología de la investigación"*  
Universidad de Guadalajara, México.
- Becoña, E. y Oblitas, L.  
(2006) *"Promoción de estilos de vida saludables"*  
Psicología de la salud y calidad de vida.  
(2 ed., pp. 83-109). México
- Brown, S.  
(1985). *"Treating the Alcoholic: a developmental model of recovery."*  
New York, EUA: Johnson Wiley & Sons.
- Calvo H.; Botella A.;  
De Luca A.  
(2007) *"Manual Intervención con familias desde los Centros de día"*  
Presentación en la delegación del plan nacional sobre drogas, Madrid.
- Carrasco, S.  
(2009) *"Metodología de investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación"*  
Lima, Ed. San Marcos.
- Cermak, T.  
(1986) *"Diagnosing and Treating Co-Dependence"* Minnesota,  
EUA: Johnson Institute.

- CONASET  
(2010) *"Accidentes de tránsito ocurridos en Chile asociados a la presencia de alcohol en conductores, pasajeros o peatones"*  
Diagnóstico año 2010.
- Cosam La Granja (2014) *"Programa Terapéutico de Adicciones Cosam La Granja 2014"*  
La Granja, Chile.
- Deza. S.  
(2013) *"Violencia Familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombres que ejercen violencia"*  
Publicaciones revista de Psicología, Santiago de Chile.
- Di Clemente, Prochaska y  
Norcross (1992) *"Modelo Transteórico del cambio de conducta"*  
(Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992)  
American Psychologist, 47, 1102-1114. (1992).
- ENUSC  
(2009) *"Encuesta Nacional de Seguridad Ciudadana"*  
Santiago de Chile.
- Estruch R.  
(1995) *"Efectos cardiovasculares del alcohol"*  
Medicina Clínico, Barcelona.
- Estruch R.  
(2002) *"Efectos del alcohol en la fisiología humana"* Volumen 14.  
Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico, Barcelona.
- Fiestas, Rojas, Gushikeny  
Gozzer. (2012) *"Quién es la víctima y quién el agresor en la violencia física entre parejas Estudio epidemiológico en siete ciudades del Perú"* Revista Peruana de Medicina Experimental en Salud Pública.
- Gayo R.  
(1999) *"Apego"* Monografía  
Universidad de Concepción, Chile.

- Heredia, R.  
(1999) *"Codependencia esa Adicción Oculta"*  
Revista Española de Drogodependencias Vol. 24,  
Nº4, p. 401-425.
- Ilustre Municipalidad De La Granja.  
(2010) *"Plan De Desarrollo Comunal 2004 – 2010"*.  
Ilustre Municipalidad de La Granja, Chile.
- Ilustre Municipalidad De La Granja.  
(2006) *SECPLAC La Granja (2006)*  
Ilustre Municipalidad de La Granja, Chile.
- Main & Cassidy, J. (1988) *"Categories of response to reunion with the parent at age six: Predicted from infant attachment classifications and stable over a one-month period."*  
Developmental Psychology.
- Mansilla, F  
(2001). *"Codependencia y psicoterapia interpersonal"* Rev.  
Asociación Esp. Neuropsiquiatría, vol. XXI, Nº 80, p.  
6.
- Mansilla, F. (2002). *"Un Enfoque de la Codependencia"*  
Revista de la Asociación Española de  
Neuropsiquiatría N.81.
- Mellody P.  
(1994) *"La codependencia: ¿qué es?, ¿de dónde procede?, ¿Cómo sabotea nuestras vidas?"*  
Paidós Ibérica
- McGue, Sharma, Benson  
(1996) *"Parent and sibling influences on adolescent alcohol use and misuse: evidence from a U.S. adoption cohort."*  
Department of Psychology, University of  
Minnesota, Minneapolis, USA.
- MInsal  
(2006) *"Norma General Administrativa Nº 16,  
Interculturalidad en los servicios de salud"*

- Minsal  
(2008) *"Informe mundial de situación sobre alcohol y salud"*  
Manual de apoyo Minsal.
- Olabuenaga J.  
(1996) *"Metodología de la investigación cualitativa"*  
Universidad de Deusto.
- Organización Mundial de la Salud.  
(2014) *"Informe Mundial de situación sobre Alcohol y Salud."*  
Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud.  
(1980) *"Problems related to alcohol consumption. Report of a WHO Expert Committee".*  
Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Serie de Reportes Técnicos de la OMS, No.650).
- Organización Mundial de la Salud.  
(1992) *"The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines."*  
Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OPS  
(2001) *"Violencia contra la mujer: un problema de Salud Pública"*  
Memoria del Primer Seminario Subregional sobre Violencia contra la Mujer, Managua, Nicaragua.
- Previene La Granja (2011-2012) *"Diagnostico Drogas La Granja 2011-2012"*  
Santiago de Chile.
- Revista Española de Drogodependencias *"Codependencia esa Adicción Oculta"*  
Revista Española de Drogodependencias  
Vol. 24, N°4, p. 401-425.
- Senda  
(2011-2014) *Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol Senda (2011-2014)* Santiago de Chile.

- SERNAM  
(2012) *“Plan Nacional de Acción para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar en Chile”*  
Unidad de Prevención de violencia intrafamiliar.  
Programa Chile Acoge.
- Stubbs M.  
(1987) *“Análisis del discurso. Análisis sociolingüístico del lenguaje natural.”*  
Madrid, Alianza Editorial, 1987.
- Subby, R.  
(1984) *“Inside the chemically dependent marriage: Denial and manipulation.”*  
En J. Woititz, S.
- Tamayo y Tamayo, M.  
(1997) *“El Proceso de la Investigación científica”*  
Editorial Limusa S.A. México.
- Wegscheider- Cruse, S  
(2009) *“Another Chance, Hope and Help for the Alcoholic Family”*  
Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Washton A.; Boundy D.  
(1991) *“Querer no es poder, como comprender y superar las adicciones”*  
Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Whitfield C. (1991) *“Co-dependence: healing the human condition: the new paradigm for helping professionals and people in recovery.”*  
Deerfield Beach, Fla: Health Communications.

## FUENTES BIBLIOGRAFICAS

- ANCORA UC  
(2013) Hacia un nuevo modelo de atención primaria en salud. <http://web.minsal.cl/portal/url/item>.
- Alvarado, S  
(2000) La Codependencia y la familia Adictiva. Artículo online  
[www.crublap.org/html/codependencia.html](http://www.crublap.org/html/codependencia.html).
- Aznar Rivera  
(2011) Etapas comunes en las familias con problemas de alcohol. <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/alcoholismo/etapas.htm>
- Conaset  
(2015) Ley Emilia [www.conaset.cl/ley-emilia](http://www.conaset.cl/ley-emilia).
- Guell, A.  
(2007) “El Trabajo Social en las transformaciones sociales y estatales contemporáneas” resumen de ponencia.  
<http://trabajosocial.or.cr/congreso/ponen>
- Senda <http://www.senda.gob.cl/prevencion/familiar>.
- Senda [www.senda.gob.cl/prevencion/consumo](http://www.senda.gob.cl/prevencion/consumo) en trabajo, 2014:1

## ANEXOS

## Operacionalización de variables

- Contribución de la incorporación de la familia al tratamiento.

Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Participación e implicancia de los miembros de la familia en el proceso de tratamiento, lo cual facilita la adherencia del usuario/a y minimiza los abandonos.	Participación de la familia en el tratamiento del usuario que asiste al programa de adicciones de Cosam La Granja, considerando asistencia en actividades e identificando logros que los usuarios alcanzan en el tratamiento.	Logros de los usuarios que participan con sus familias en el programa.  Actividades en las que participa la familia.	Disminución del consumo de alcohol. Control de recaídas. Control de síndrome de abstinencia.  Asistencia de la familia a entrevistas. Asistencia a encuentros familiares. Asistencia de la familia a talleres grupales. Asistencia a terapias de pareja. Asistencia a terapia de familia. Cambios en la asignación de tareas al interior de la familia. Cambios en la comunicación

			<p>familiar.</p> <p>Cambios en la relación de pareja.</p> <p>Cambios en la relación con los hijos.</p> <p>Cambios en las actividades recreativas que realiza la familia.</p> <p>Pensamientos y opiniones sobre:</p> <p>Numero de sesiones.</p> <p>Horario Profesionales.</p> <p>Apoyo.</p>
--	--	--	--

- Importancia que la familia otorga al tratamiento.

Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
Perspectiva de la familia sobre la recuperación del usuario tras haber ingresado a tratamiento.	Significación social que la familia otorga al tratamiento de adicciones de Cosam La Granja.	Cambios en la dinámica familiar.	Disminución de víf. Cambios en el cumplimiento de límites al interior de la familia. Infraestructura. Sugerencias y

			cambios al tratamiento. Opinión de la familia sobre el tratamiento.
--	--	--	--

- Valoración de la incorporación familiar por parte del equipo profesional.

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Importancia que el equipo le otorga al trabajo realizado con las familias de usuarios/as en tratamiento.	Forma en la que el equipo del programa de adicciones de Cosam La Granja, mide las acciones que realiza con la familia, tanto a nivel de acompañamiento, adherencia y disminución de recaídas.	Significado que el equipo le otorga a las actividades que realiza con la familia.  Efectividad de la incorporación de la familia al programa.	Importancia de la motivación. Importancia del cumplimiento. Importancia del acompañamiento.  Adherencia al tratamiento. Lograr disminución de recaídas. Disminución de la problemática familiar. Cambios, sugerencias y modificaciones al programa.

## INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

### Cuestionario para familiares de los usuarios

Nombre:

Edad:

Sexo:

1.- ¿Qué relación tiene usted con el usuario/a del programa?

\_\_\_ Padre/Madre

\_\_\_ Esposo/esposa

\_\_\_ Pareja

\_\_\_ Hijo/a

\_\_\_ Otro Familiar

\_\_\_ Amigo/a

2.- ¿Por qué decidió acompañar a su familiar en este tratamiento?

---

3.- ¿Cuáles son sus expectativas del tratamiento?

---

4.- ¿Se ha entrevistado con alguno de los profesionales del equipo terapéutico?

\_\_\_ Si ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

      ¿Con quién? \_\_\_\_\_

\_\_\_ No ¿Por qué? \_\_\_\_\_

5.- ¿Ha participado en los encuentros familiares?

\_\_\_ SI                    \_\_\_ No

¿Qué opinión tiene de ellos? \_\_\_\_\_

6.- ¿Asiste a los talleres familiares que se realizan los días lunes?

\_\_\_ SI                    \_\_\_ No

¿Qué opinión tiene de ellos? \_\_\_\_\_

7.- ¿Ha participado en terapias de familia?

\_\_\_ SI                    \_\_\_ No ¿Por qué? \_\_\_\_\_

8.- ¿Ha notado cambios o disminución en el consumo de alcohol de su familiar?

¿Puede describir estos cambios?

---

9.- ¿Su familiar ha tenido “recaídas” en el proceso? Comente.

\_\_\_\_\_ SI                      \_\_\_\_\_ No

---

10.- ¿Su familiar ha tenido “síndrome de abstinencia”?, ¿Cómo ha podido enfrentarlo?

\_\_\_\_\_ SI                      \_\_\_\_\_ No

---

11.- Me puede comentar como son las relaciones al interior de su familia.

---

12.- ¿Cómo definiría usted la comunicación al interior de la Familia?

---

13.- ¿Ha mejorado la relación de pareja, tras el ingreso a tratamiento?

---

14.- ¿Ha mejorado la relación con los hijos, tras el ingreso al tratamiento?

---

15.- ¿Qué opinión tiene del horario de atención del programa?

---

16.- ¿Qué opina de la frecuencia de las atenciones?

---

17.- ¿Qué opina del tiempo de duración del tratamiento?

---

18.- ¿Qué opina del número de profesionales que participan en el tratamiento?

---

19.- ¿Cuál es su opinión sobre las instalaciones con las que cuenta el Cosam?

---

20.- ¿Existe alguna sugerencia o comentario que usted realizaría al programa?

---

## ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO

NOMBRE: \_\_\_\_\_

PROFESION: \_\_\_\_\_

CARGO QUE DESEMPEÑA EN EL EQUIPO: \_\_\_\_\_

1.- ¿Cuál es la importancia que usted le otorga a la incorporación de la familia en el tratamiento de adicciones?

\_\_\_\_\_

2.- ¿A su juicio, cuál es el papel que juega la familia en la motivación al tratamiento?

\_\_\_\_\_

3.- ¿A su juicio, cuál es el papel que juega la familia en la adherencia del usuario al tratamiento?

\_\_\_\_\_

4.- ¿Es la familia un mecanismo de control de recaídas del usuario?

\_\_\_\_\_

5.- ¿Qué efectos produce en la problemática familiar, la incorporación de la familia en el tratamiento?

\_\_\_\_\_

6.- ¿Qué cambios o modificaciones considera necesarios realizar en el programa, al momento de intervenir con la familia?

\_\_\_\_\_