



Universidad del Bío-Bío
Facultad de Educación y Humanidades
Escuela de Trabajo Social

“HISTORIA DE VIDA DE MUJERES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS INTERNAS EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE LA REGIÓN DEL BIOBÍO”

Tesis para Optar al Título de Trabajadora Social

Autoras : ESCAMILLA ROJAS, DANIELA
PARRA CARRASCO, YOHANNA

Profesora Guía : Jarpa Arriagada, Carmen Gloria

CHILLÁN, 2015

DEDICATORIAS

*A las mujeres que contribuyeron en este proceso investigativo
y que confiaron en nuestro trabajo, permitiéndonos conocer sus experiencias
significativas, recuerdos y emociones, en pos de un trabajo colaborativo
que permitió co-construir sus historias de vida.*

*“[...] las historias son siempre más grandes que nosotros,
nos ocurrieron y nosotros fuimos sus protagonistas,
pero el verdadero protagonista de la historia que hemos vivido
no somos nosotros,
es la historia que hemos vivido”
(Tabucchi, 2010:101)*

Daniela y Yohanna

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Claudia y Luis, quienes me apoyaron incondicionalmente en este largo proceso recorrido y en cada una de las etapas de mi vida, brindándome en todo momento su amor, comprensión, fortaleza y ánimo en tiempos de desaliento.

A mi bella y adorada hermana Catalina, que es el pilar fundamental de mi vida, quien me anima a continuar a pesar de las dificultades, y a superarme día a día para ser una mejor persona, entregándome el amor más puro e incondicional que se puede recibir.

A mi madre postiza Rosita por la confianza, disposición, buena voluntad y cariño infinito entregado a lo largo de mi vida.

A mi pololo Juan por su apoyo, comprensión, ánimo, paciencia, fortaleza y sobre todo amor incondicional, cuando creí que mis fuerzas se agotaban.

A mi amiga y compañera de tesis quien con su cariño, paciencia, comprensión, apoyo, colaboración y sonrisas sinceras, hizo que este largo proceso de aprendizaje fuera más llevadero.

A mis preciosas amigas Jimena, Makarena, Valeria, Carolina, Nadia y Katherine por su cariño, apoyo, palabras de aliento y sonrisas infinitas.

A mi profesora guía por su confianza, exigencia, dedicación y ánimo en este proceso de aprendizaje.

A las mujeres que permitieron llevar a cabo este proceso de aprendizaje, brindándonos en todo momento su simpatía y amabilidad, además de entregarnos la confianza de compartir con nosotras sus historias y experiencias de vida.

Daniela

A mis padres Irma y Máximo por su incondicional amor, apoyo, compañía, comprensión, voluntad, palabras de aliento en momentos difíciles y paciencia infinita.

A mis hermanos Karen y Cristian por su amor, apoyo y cariño incondicional.

A mis mejores amigas Fabiola y Susana, por su cariño, apoyo, entusiasmo, confianza, y sus contagiosas sonrisas que alegran mis días.

A mi amiga y compañera de tesis Daniela, por su apoyo, paciencia, colaboración, voluntad y sobre todo complicidad en cada momento de este largo recorrido.

A mis amigas Valeria, Makarena, Jimena, Carolina, Nadia y Katherine por su cariño, apoyo constante, entusiasmo y sonrisas cómplices.

A mi profesora guía por su confianza, colaboración, exigencia, motivación y dedicación infinita.

A cada mujer entrevistada por compartir con nosotras sus experiencias vitales, además, de su amabilidad y colaboración permanente en este proceso de co-construcción de sus historias de vida.

Yohanna

RESUMEN

La presente investigación tiene por objetivo interpretar la historia de vida de mujeres consumidoras de drogas internas en una Comunidad Terapéutica. La estrategia utilizada es la historia de vida, construida a partir de los relatos obtenidos en el proceso de producción de datos (historia oral). La aproximación se hizo mediante una historia de vida temática que incluyó el ciclo vital familiar e individual de las mujeres, el inicio, mantención y rehabilitación al que han estado expuestas y la construcción que las mujeres hacen sobre su consumo de drogas en el contexto de su inserción dentro de la Comunidad Terapéutica. La técnica de producción utilizada fue la entrevista semidirigida o semiestructurada, mientras que los corpus textuales de las mujeres entrevistadas fueron analizados a través del análisis narrativo, el modelo comprensivo y el análisis estructural del discurso, además de las categorías apriorísticas definidas desde los objetivos de investigación y las categorías emergentes configuradas en el proceso de producción de datos.

Los principales resultados apuntan a que el consumo de drogas femenino presenta particularidades, tales como, el desarrollo de conductas drogodependientes como mecanismo de enfrentamiento inadecuado ante situaciones complejas y/o traumatizantes, la pérdida de vínculos familiares y la sensación de fracaso, destrucción, culpabilidad y deterioro emocional como consecuencia de la conducta adictiva. Además, se develó la construcción de discursos evasivos y externalizantes respecto de la conducta adictiva y la presencia de motivaciones extrínsecas a la base de adoptar la decisión de iniciar un proceso de rehabilitación. Por otro lado, se identificó la reproducción de roles de género aprendidos por las mujeres en sus familias de origen, dejando patente la intensa influencia del modelo patriarcal. En efecto, se distingue en los discursos de las mujeres una potente presencia de la categoría “género” como elemento significativo en la construcción de sus patrones culturales y/o sociales. Como consecuencia de ello la configuración de roles y expectativas atribuidos a hombres y mujeres es muy diferenciado, evidenciándose discursos más críticos y exigentes hacia la mujer, específicamente respecto del rol materno.

Palabras Claves: Consumo problemático de drogas, perspectiva de género, ciclo vital individual, ciclo vital familiar, inicio, mantención y rehabilitación del consumo de drogas.

A.- ÍNDICE GENERAL

I. INTRODUCCIÓN	1
II. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2.2 JUSTIFICACIÓN	9
2.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN, PRIMARIAS Y SECUNDARIAS	10
PREGUNTA PRIMARIA:.....	10
PREGUNTAS SECUNDARIAS:	10
2.4 OBJETIVOS, GENERAL Y ESPECÍFICOS:	10
OBJETIVO GENERAL:	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	10
2.5 SUPUESTOS TEÓRICOS.....	11
2.6 CATEGORÍAS (A PRIORI O APRIORÍSTICAS).....	13
III. MARCO REFERENCIAL	15
3.1 INTRODUCCIÓN	15
3.2 TEORÍA SUSTANTIVA.....	15
3.2.1 PERSPECTIVA DE GÉNERO	15
3.2.1.1 PERSPECTIVA DE GÉNERO Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS	17
3.3 TEORÍAS GENERALES	18
3.3.1 TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE ERIKSON	18
3.3.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE ERIKSON... ..	20
3.3.1.2 ESTADIO PSICOSOCIAL	20
3.3.1.3 CRISIS	21
3.3.1.4 ESTADIO 4: LABORIOSIDAD V/S INFERIORIDAD	22
3.3.1.5 ESTADIO 5: EXPLORACIÓN DE LA IDENTIDAD V/S DIFUSIÓN DE IDENTIDAD.	22
3.3.1.6 ESTADIO 6: INTIMIDAD V/S AISLAMIENTO.	23
3.3.1.7 ESTADIO 7: GENERATIVIDAD V/S ESTANCAMIENTO	23
3.3.2 TEORÍA DEL DESARROLLO FAMILIAR	23
3.3.2.1 CICLO VITAL FAMILIAR DE PETER STEINGLASS	24

3.3.3 TEORÍA DEL ROL.....	27
3.3.4 MODELO DE DESARROLLO SOCIAL DE HAWKINS, CATALANO Y MILLER (1992)	28
3.3.5 EL MODELO DE AFRONTAMIENTO DE ESTRÉS DE WILLIS (1996).....	31
3.3.6 ENFOQUE DE TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL.....	31
IV. MARCO EMPÍRICO.....	33
V. DISEÑO METODOLÓGICO	38
5.1 ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO	38
5.2 MÉTODO	38
5.3 SUJETAS DE ESTUDIO Y CRITERIOS DE SELECCIÓN	40
SUJETAS DE ESTUDIO.....	40
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	40
5.4 TÉCNICA DE PRODUCCIÓN DE DATOS	41
5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	41
5.6 CRITERIOS DE CALIDAD	43
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	44
5.7.1 VALOR SOCIAL O CIENTÍFICO:	45
5.7.2 CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO:	45
5.7.3 CONSENTIMIENTO O APROBACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN:.....	45
5.7.4 RESPETO A LAS POSICIONES SEÑALADAS:	45
VI. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	46
6.1 TRABAJO DE CAMPO.....	46
6.2 PERFIL DE LAS ENTREVISTADAS.....	52
6.3 EL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL COMO ABORDAJE TEÓRICO EN EL ANÁLISIS DE HISTORIAS DE VIDA.....	54
6.4 EL ANÁLISIS NARRATIVO Y SU APOORTE TEÓRICO EN EL ANÁLISIS DE HISTORIAS DE VIDA	55
6.5 CONSTRUCCIÓN NARRATIVA DE LA HISTORIA ORAL.....	55
6.6 HISTORIA DE VIDA DE CAMILA	56
6.6.1 ANÁLISIS NARRATIVO: HISTORIA DE VIDA DE CAMILA.....	74

6.6.1.1 SU DISCURSO SOBRE LOS ROLES FAMILIARES	74
6.6.1.2 SU DISCURSO SOBRE EL ROL MATERNO Y PATERNO	75
6.6.1.3 SU DISCURSO SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS	77
6.6.1.4 SU DISCURSO SOBRE EL PROCESO TERAPÉUTICO	78
6.7 ANÁLISIS DE CATEGORÍAS APRIORÍSTICAS Y EMERGENTES	80
6.7.1 CATEGORÍAS APRIORÍSTICAS	80
6.7.1.1 CICLO VITAL INDIVIDUAL: CRISIS Y TRANSICIONES INDIVIDUALES	80
6.7.1.2 CICLO VITAL FAMILIAR.....	84
6.7.1.3 ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN EL INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS ...	87
6.7.1.4 ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN EL MANTENIMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS.....	89
6.7.1.5 ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN LA DECISIÓN DE INICIAR UN PROCESO DE REHABILITACIÓN	90
6.7.1.6 CONSTRUCCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS QUE CAMILA REALIZA EN EL CONTEXTO PROTEGIDO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA	91
6.7.2 CATEGORÍA EMERGENTE: TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL DE PATRONES	92
6.8 HISTORIA DE VIDA: SAMANTA.....	93
6.8.1 ANÁLISIS NARRATIVO: HISTORIA DE VIDA DE SAMANTA.....	111
6.8.1.1 SU DISCURSO SOBRE EL ROL MATERNO.....	111
6.8.1.2 SU DISCURSO SOBRE EL ROL DE MUJER TRABAJADORA.....	113
6.8.1.3 SU DISCURSO SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS.....	114
6.8.1.4 SU DISCURSO SOBRE EL PROCESO TERAPÉUTICO	115
6.9 ANÁLISIS CATEGORÍAS APRIORÍSTICAS Y EMERGENTES.....	116
6.9.1 CATEGORÍAS APRIORÍSTICAS	116
6.9.1.1 CICLO VITAL INDIVIDUAL: CRISIS Y TRANSICIONES INDIVIDUALES	116
6.9.1.2 CICLO VITAL FAMILIAR.....	118
6.9.1.3 ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN EL INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS .	121
6.9.1.4 ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN EL MANTENIMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS.....	122
6.9.1.5 ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN LA DECISIÓN DE INICIAR UN PROCESO DE REHABILITACIÓN	123

6.9.1.6 CONSTRUCCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS QUE SAMANTA REALIZA EN EL CONTEXTO PROTEGIDO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.....	124
6.9.2 CATEGORÍA EMERGENTE: TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL DE PATRONES	125
6.10 HISTORIAS DE VIDA: CAMILA Y SAMANTA	126
6.10.1 ANÁLISIS COMPRENSIVO: CAMILA Y SAMANTA.....	126
6.10.1.1 ANÁLISIS DEL CICLO DE VIDA Y ANÁLISIS DE LA VIVENCIA	127
6.10.1.2 CICLO DE VIDA INDIVIDUAL Y FAMILIAR.....	127
6.10.1.3 ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN EL INICIO Y MANTENIMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS	130
6.10.1.4 ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDAD EN LA DECISIÓN DE INICIAR UN PROCESO DE REHABILITACIÓN	131
6.10.1.5 CONSTRUCCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL CONTEXTO PROTEGIDO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.....	132
6.10.1.6 PERSPECTIVA DE GÉNERO	133
6.10.1.7 LA INTERACCIÓN EN LAS ENTREVISTAS.....	136
6.11 ANÁLISIS ESTRUCTURAL DEL DISCURSO	137
VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS Y/O PROPUESTAS.....	155
7.1 CONCLUSIONES	155
7.2 SUGERENCIAS	162
VIII. BIBLIOGRAFÍA	164
IX. ANEXOS.....	197
9.1 GLOSARIO.....	197
9.2 GUIÓN DE ENTREVISTA.....	201
9.3 CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	202

B.- ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	14
TABLA N°2 UNIDADES DE SENTIDO: CAMILA	138
TABLA N°3 UNIDADES DE SENTIDO: SAMANTA	141
TABLA N°4 CONSOLIDADO: CAMILA Y SAMANTA	144
TABLA N°5 ESTRUCTURA CRUZADA: SÍNTOMAS V/S ADICCIÓN: LA TENSIÓN DISCURSIVA EN EL RECONOCIMIENTO DE SU PROBLEMA	149
TABLA N°6 ESTRUCTURA CRUZADA: CONSECUENCIAS NEGATIVAS DEL CONSUMO DE DROGAS: DISCURSOS AUTÓNOMOS Y HETERÓNOMOS EN CONFLICTO	150
TABLA N°7 ESTRUCTURA CRUZADA: MUJERES CON CONSUMO DE DROGAS Y COMUNIDAD TERAPÉUTICA: RELACIÓN ENTRE LA MOTIVACIÓN Y LA IMPOSICIÓN.....	152
TABLA N°8 ESTRUCTURA CRUZADA: FACTORES INDIVIDUALES Y FAMILIARES: ¿CLAVES PARA UN PROCESO DE REHABILITACIÓN?	153

C.- ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

FIGURA N°1 FASES DEL TRABAJO DE CAMPO.....	48
FIGURA N°2 PLAN DE ANÁLISIS DEL PROCESO INVESTIGATIVO.....	51

I. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas en nuestro país, actualmente es considerado una problemática social que afecta igualmente a hombres como mujeres. Sin embargo, esta temática continúa siendo investigada desde el patrón de consumo masculino (García, 2010; Orpis, 2010), sin considerar las distinciones y/o diferencias que existen en las conductas drogodependientes desarrolladas en las mujeres. De acuerdo a lo planteado por García (2010), el consumo de drogas en las mujeres, se generaría en gran medida como consecuencia de la falta de apoyo emocional, la sensación de no sentirse acompañadas ni incluidas en una relación afectiva, la falta de integración, “un vacío” en las relaciones interpersonales y una “pobreza” en los vínculos que han establecido en el transcurso de su vida. Todo ello permite señalar que, efectivamente, las motivaciones de las mujeres consumidoras serían diferentes a las de los hombres (Arostegui & Urbano, 2004; Romo, 2005; Gómez, 2007; Maffia, 2011; Díaz, 2013), pues, generalmente estas motivaciones se encuentran relacionadas con carencias afectivas o situaciones traumatizantes y/o de estrés.

Por otra parte, no sólo las motivaciones del consumo de drogas son distintas en hombres y mujeres sino que, además, las características de la práctica del consumo propiamente tal es diferente, pues éstas en comparación con los hombres, preferirían consumir en solitario y en lugares privados, principalmente al interior del hogar. Lo anterior, tendría directa relación con la estigmatización social que recae con mayor fuerza en las mujeres, ya que éstas son cuestionadas moralmente bajo la etiqueta de malas madres, viciosas y/o desviadas (Romo, 2005; Leyva-Moral, 2007; Campos & Reis, 2010; Pérez & Correa, 2011; Díaz, 2013), a diferencia de los hombres a quienes se les considera enfermos. Tal estigmatización tiene un fuerte impacto en la búsqueda tardía de ayuda y en la deserción de los procesos de rehabilitación de consumo de drogas en las mujeres. Asimismo, éstas presentarían un mayor deterioro psicológico que los hombres al momento de su ingreso a un tratamiento terapéutico. Al respecto, Villatoro (2012: 25), señala que “las mujeres muestran niveles significativamente más bajos de autoestima y eficacia que los hombres y también manifiestan menores grados de auto confianza”, lo que evidencia

que a la mujer se le presentarían mayores dificultades para someterse a un proceso de rehabilitación.

Ahora bien, respecto del proceso de intervención femenino utilizado en las Comunidades Terapéuticas, es preciso aclarar que en Chile tan sólo a partir de la década del noventa se comenzaron a desarrollar trabajos científicos, que incorporaron la perspectiva de género en el estudio de la drogadicción (Guerrero, 2006). No obstante, todavía se reconoce una escasa profundización teórica respecto del consumo problemático de drogas en la mujer (Observatorio Chileno de Drogas, 2012), dificultad que también es reconocida por Villatoro (2002: 3), quien afirma que “[...] la apertura de programas de rehabilitación orientados a mujeres ha planteado nuevas dificultades para modelos de tratamiento “masculinizados”, esto es, que fueron inicialmente diseñados pensando en atender una demanda conformada casi exclusivamente por hombres”. Por lo tanto, es posible inferir que el abordaje del fenómeno de consumo problemático de drogas en mujeres, supone mayores desafíos en el desarrollo de un adecuado proceso terapéutico, siendo necesaria la integración de la perspectiva de género en los planes de intervención diseñados (Romo, 2005; Gómez, 2007; Maffia, 2011), así como la elaboración de dispositivos de intervención contextualizados a las reales necesidades de las mujeres drogodependientes, considerando al mismo tiempo, las características diferenciadas entre la drogadicción femenina y masculina.

Por consiguiente, es sumamente necesario que los programas de rehabilitación incorporen nuevas referencias teóricas para su intervención (García, 2010); por esto, el presente trabajo pretende contribuir al incremento del conocimiento que se tiene sobre la problemática en mujeres insertas en centros residenciales en la Región del Biobío, específicamente en la modalidad de Comunidad Terapéutica, planteando nuevos retos y perspectivas para la intervención de la drogadicción femenina, proponiendo la incorporación de sus historias de vida, como un elemento central de análisis, interpretación y resignificación de sus experiencias vitales, durante el tratamiento, con el propósito de lograr una mayor comprensión respecto de la conducta adictiva, considerando el

contexto sociofamiliar y cultural en el que cada usuaria de la comunidad se ha visto inmersa.

La tesis se estructura en 6 capítulos más dos apartados de referencias bibliográficas y anexos, respectivamente. En el capítulo 1, se presenta la descripción acerca del problema de investigación, abordando cuestiones relativas al consumo problemático de drogas en mujeres. En este contexto, se examinan las particularidades que presenta la mujer consumidora de drogas como objeto de estudio específico. Además, se detalla la justificación del estudio y se especifican los Objetivos Generales y Objetivos Específicos, respectivamente.

En el capítulo 2, se presenta el marco referencial, explicitando las teorías sustantivas y generales que respaldan la presente investigación, las cuales permitieron analizar y comprender las historias de vida de cada usuaria entrevistada. Específicamente, este apartado se refiere a las distinciones del consumo problemático de drogas en virtud del género, para lo cual fue incorporada la perspectiva de género como teoría sustantiva. En lo que respecta a las teorías generales, en esta investigación se han incluido la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson, otorgando especial énfasis a los estadios psicosociales y crisis propuestas por este autor, con el fin de interpretar el ciclo vital individual de las mujeres entrevistadas. Además, se incluyó la teoría del desarrollo familiar, para identificar la fase del ciclo vital familiar en la que cada mujer se encontraba. Con el propósito de comprender el inicio y mantención de una conducta adictiva fueron incorporados los modelos del afrontamiento de estrés de Willis y del desarrollo social de Hawkins, Catalano y Miller.

En el capítulo 3, se desarrolla el marco empírico donde se hace alusión a los resultados de estudios e investigaciones desarrolladas acerca del consumo problemático de drogas en mujeres, tanto a nivel nacional como internacional.

En el capítulo 4, se presenta el diseño metodológico utilizado en la investigación, donde el enfoque epistemológico corresponde al Construccinismo Social de Gergen, el método utilizado fue la historia de vida temática y como técnica

de producción de datos se utilizó la entrevista semidirigida o semiestructurada. En lo que concierne al plan de análisis de datos, se explicita que las técnicas utilizadas corresponden al análisis narrativo, el análisis comprensivo desde el planteamiento de Bertaux y el análisis estructural del discurso. En este capítulo, se presentan también los criterios de selección de la población objetivo y criterios de calidad que sustentan esta investigación.

En el capítulo 5, se explicita que luego de analizar los corpus textuales de las mujeres entrevistadas, se identificaron a través del análisis narrativo los discursos predominantes de las mujeres entrevistadas, en torno a los roles familiares, el rol materno, el rol de mujer proveedora, el consumo de drogas y el proceso terapéutico. Además, a través de las aportaciones teóricas del construccionismo social fue posible reconocer elementos tales como crisis y transiciones del ciclo vital individual, tareas y observables del ciclo vital familiar, atribución de responsabilidades en el inicio, mantenimiento del consumo de drogas y decisión de iniciar un proceso de rehabilitación. Respecto del análisis comprensivo de los corpus textuales, fue posible identificar los elementos comunes presentes en ambos relatos, en torno al ciclo vital individual y familiar, inicio, mantención y rehabilitación del consumo de drogas, como también la construcción que las mujeres entrevistadas hacen de su consumo, en el contexto protegido de la Comunidad Terapéutica. Mientras que el análisis estructural del discurso, permitió dar cuenta de las unidades de sentido que componían los discursos (composición) y de las relaciones que existen entre estas unidades en el discurso analizado (combinación).

Finalmente, en el capítulo 6 se exponen las conclusiones y sugerencias obtenidas en el desarrollo de esta investigación, las cuales pretenden ser un aporte teórico y metodológico, a los actuales modelos de intervención desarrollados al interior de las Comunidades Terapéuticas.

II. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

2.1 Planteamiento del problema

El consumo de sustancias psicoactivas en mujeres es un fenómeno escasamente estudiado en Chile. Según Orpis (2010), durante el periodo 1994-2006 el consumo de drogas entre mujeres aumentó; así, el consumo de marihuana se elevó de 1,5% a 4,2%, el consumo de cocaína se incrementó de 0,5% a 0,25% y el consumo de alcohol tuvo un crecimiento de 30,5% a un 51,4%. Como podemos observar, el fenómeno del consumo de drogas femenino en nuestro país está alcanzando cifras preocupantes, siendo necesario profundizar la aproximación a este objeto de estudio, mediante investigaciones que revelen las condicionantes particulares del fenómeno.

Maffia (2011), es categórica al señalar que existe escasez de estudios en torno al consumo de drogas en la mujer. Al respecto, agrega que este hecho ha ocultado casi completamente la situación y las necesidades genuinas de las mujeres, imponiéndoles diagnósticos y tratamientos diseñados casi exclusivamente para hombres, donde no son consideradas las múltiples diferencias biológicas y de género. Por consiguiente, es posible inferir que los modelos y planes de intervención utilizados para trabajar con mujeres están diseñados en virtud de realidades masculinas, sin considerar las características propias del consumo problemático de drogas en mujeres, por lo que se requiere el diseño e implementación de planes de intervención contextualizados a sus realidades. Teniendo en cuenta el escenario recién descrito, requerimos alcanzar un mayor grado de conocimiento sobre el consumo de drogas en mujeres, de tal forma que sea posible interpretar y abordar dicha problemática en forma eficaz y pertinente.

Como señaláramos anteriormente, gran parte de los estudios existentes en Chile sobre drogodependencia han sido desarrollados respecto del consumo problemático de drogas en hombres, jóvenes y adolescentes. En estas investigaciones se observa una tendencia a explorar la problemática desde una perspectiva cuantitativa, lo que ha permitido elaborar estadísticas en torno a determinadas variables, tales como la edad de iniciación en el consumo de drogas

según sexo, sustancias psicoactivas consumidas mayormente por la población afectada, frecuencia en el uso de tales sustancias, nivel socioeconómico de la población consumidora, entre otras, dando lugar, en su mayoría, a estudios descriptivos o comparativos entre sexos (Unger, 1996; Catalán, 2001; Ghiardo, 2003; Rodríguez *et al.*, 2007; Faúndez & Vinet, 2009; Morales *et al.*, 2011; Mosqueda & Ferriani, 2011; Rodríguez *et al.*, 2011; Sepúlveda *et al.*, 2011). Por otro lado, la mayor parte de los estudios e investigaciones realizadas en torno al consumo problemático de drogas en mujeres han sido desarrolladas en países europeos (Arostegui & Urbano, 2004; Markez, *et al.*, 2004; Romo, 2005; Leyva-Moral, 2007; Gómez *et al.*, 2008; Sánchez, 2008) o en otros países latinoamericanos tales como Brasil, Colombia y México, entre otros (Marangoni & Oliveira, 2003; Castillo, *et al.*, 2006; Musayón, 2007; Campos & Reis, 2010; Maffia, 2011; Pérez & Correa, 2011; Díaz, 2013). Dicho lo anterior, podemos concluir que efectivamente existe una escasez de información respecto del consumo de drogas en mujeres en el contexto chileno, situación que resulta paradójica, si tomamos en cuenta lo referido por Orpis (2010), en relación al aumento sustancial del consumo de diversas sustancias en las mujeres. Por lo tanto, investigar la drogodependencia femenina en nuestro país se ha convertido en un desafío y en una necesidad con miras a comprender –en mayor profundidad– el origen de su consumo, la evolución desde el uso al abuso y la dependencia de drogas, los cambios familiares, sociales y culturales que conlleva el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros aspectos relevantes. Además, parece imprescindible estudiar las implicancias que todos estos elementos tienen en la prevención, abordaje y estrategias de tratamiento o rehabilitación en las mujeres.

A pesar del aumento sustancial que ha alcanzado el consumo de drogas en mujeres, Pozo (2005), indica que la adicción continúa siendo considerada un problema de los hombres. De esta manera, los datos disponibles sobre la mujer han sido extrapolados –con ligereza– desde la realidad de los hombres, lo que ha ahondado el desconocimiento de las diferencias de género y el consumo problemático de drogas. Al respecto, Arostegui & Urbano (2004), señalan que tradicionalmente se ha asumido que los trastornos adictivos son enfermedades propias de la población masculina, develándose un imaginario en el estudio de la

drogodependencia vinculado a la masculinización del consumo problemático de drogas. Algunas consecuencias de esta forma de mirar el consumo son no incluir los nuevos roles desempeñados, los roles asignados, la dependencia afectiva, la publicidad directa e indirecta y la influencia de los medios de comunicación, la imagen corporal, las cargas sociales, las relaciones personales, la violencia directa e indirecta ejercida contra las mujeres, la salida al mercado laboral, las nuevas formas de ocio que contribuyen al inicio y mantenimiento de conductas de adicción diferenciales entre hombres y mujeres. Todas las vicisitudes recién detalladas se constituyen en verdaderas situaciones de riesgo para estas últimas.

La bibliografía existente en torno a la tematica muestra que la experiencia de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas es muy distinta a la de los varones, no sólo a nivel físico y psicológico, sino también a nivel familiar y social (Arostegui & Urbano, 2004; Gómez, 2004; Romo, 2005; Gómez, 2007; Sánchez, 2008; Campos & Reis, 2010; Romo, 2010; Maffia, 2011; Pérez & Correa, 2011; Díaz, 2013). Concretamente, desde el punto de vista físico las mujeres poseen una biología que experimenta diferentes capacidades de absorción y procesamiento químico de las sustancias, por lo que a igual nivel de consumo de drogas que los hombres se ven mayormente afectadas que estos (Arostegui & Urbano, 2004; Romo, 2005; Maffia, 2011). Desde el punto de vista psíquico son distintas las motivaciones y disparadores del consumo, así como la percepción de riesgo frente a cada sustancia y el estado de vulnerabilidad frente a ellas. Del mismo modo, son diferentes sus hábitos de consumo y las conductas que despliegan, vinculadas a dependencia de sustancias (Arostegui & Urbano, 2004). Asimismo, son distintos los costos sociales y familiares al que se ven expuestas las mujeres que experimentan adicción a las drogas, lo que estaría directamente relacionado con los roles que se le asignan socialmente (Romo, 2005; Sánchez, 2008). Al respecto, Gómez sostiene que la mujer consumidora de drogas se ve expuesta a mayores juicios morales en comparación con el que recibirían los hombres que sufren el mismo tipo de adicción, ya que a ella “no se le perdona socialmente que no cumpla su papel en la familia y en la sociedad, independientemente de su nivel cultural o clase social” (Gómez *et al.*, 2008: 240). Algunos/as especialistas en el tema afirman que las mujeres son

cuestionadas moralmente bajo la etiqueta de malas madres, viciosas y/o desviadas (Romo, 2005; Leyva-Moral, 2007; Campos & Reis, 2010; Pérez & Correa, 2011; Díaz, 2013), a diferencia de los hombres a quienes se les considera enfermos. Sobre lo anterior, Maffia (2011: 8), sostiene que “Cuando se estudia a las mujeres usuarias de drogas se les observa, normalmente, desde la “desviación”. Se las ve más desviadas y psicológicamente inadecuadas o inadaptadas que a los varones que consumen las mismas drogas”. Por consiguiente, podemos observar que las experiencias de consumo de drogas entre hombres y mujeres son totalmente diferentes, puesto que las consecuencias físicas, psicológicas y sociales a las que se exponen varían según el género.

Otro de los factores que distingue la experiencia de hombres y mujeres frente al consumo de drogas es la maternidad y la crianza de los/as hijos/as. De acuerdo a lo planteado por Gómez *et al.* (2008), la mujer es quien asume, en la mayoría de los casos, la responsabilidad de cuidado y crianza de sus hijos/as, lo que dificulta su incorporación en un proceso de rehabilitación. En consecuencia, la maternidad se configuraría en un factor restrictivo del tratamiento, principalmente cuando éste debe llevarse a cabo bajo modalidad residencial. Queda en evidencia, por tanto, la necesidad de contar con centros terapéuticos que estén adaptados para acoger a las mujeres y a sus hijos/as, principalmente cuando estos/as son menores de edad.

Como podemos suponer, si las mujeres acceden a rehabilitación, es mucho más frecuente que deban vivir este proceso a solas. Al respecto, Maffia (2011), plantea que, en la mayoría de los casos, los hombres contarían con apoyo familiar en sus procesos de rehabilitación, principalmente de una figura femenina (esposa, madre o hermana), mientras que las mujeres deben enfrentar este proceso en solitario, debido al abandono de su pareja y familia. Gómez (2006: 257-258), agrega que cuando una mujer inicia un tratamiento “se percata de inmediato de que va a afrontarlo en solitario”. Lo anterior es preocupante, si asumimos que las personas que se encuentran en tratamiento por consumo de drogas requieren gran soporte y contención. De este modo, el abandono familiar hace más doloroso el proceso, que de por sí es complejo. Por tanto, es necesario enfatizar especialmente en las

consecuencias sociales que conlleva la drogodependencia en las mujeres, pues, este elemento tiene un fuerte impacto en la búsqueda tardía de ayuda y en la deserción de los procesos de rehabilitación en consumo de drogas. Por consiguiente, investigar esta temática contribuye a profundizar la experiencia femenina del consumo y destacar elementos diferenciales e importantes de sus propios procesos, disminuyendo de algún modo, la mirada masculinizada del consumo de drogas.

En virtud de lo mencionado anteriormente, se hace imperiosa la necesidad de abordar y profundizar el consumo problemático de drogas desde una perspectiva de género.

2.2 Justificación

El desarrollo de la presente investigación tiene fundamentos teóricos y prácticos.

Desde el punto de vista teórico, el estudio contribuye a incrementar el conocimiento que se tiene de la problemática en mujeres que participan de centros residenciales en la Región del Biobío, específicamente en la modalidad de Comunidad Terapéutica. Por consiguiente, la realización de esta investigación está contribuyendo a la construcción de teoría contextualizada a la realidad de mujeres chilenas con consumo problemático de drogas.

Desde el punto de vista práctico, el conocimiento contextualizado a la realidad chilena posibilita la utilización de modelos de intervención fundados, situados y reflexivos. Como se ha señalado en el planteamiento del problema, los modelos de intervención desarrollados en mujeres siguen la lógica de los utilizados en jóvenes y/o adolescentes que tienen consumo problemático, sin considerar la perspectiva de género en sus propuestas. En suma, este estudio aporta al Trabajo Social nuevos conocimientos que pueden ser relevantes a la hora de adaptar un modelo de intervención. Este ajuste debe considerar las características propias y particulares de las mujeres con consumo problemático de drogas, que están internas en una determinada Comunidad Terapéutica.

2.3 Preguntas de investigación, primarias y secundarias

Pregunta Primaria:

¿Cómo comprenden su trayectoria de vida las mujeres consumidoras de drogas internas en una Comunidad Terapéutica, desde que iniciaron el consumo de drogas hasta el momento actual?

Preguntas Secundarias:

¿Cómo identifican las mujeres consumidoras de drogas los cambios experimentados en su ciclo vital individual y familiar?

¿Cuál es la visión subjetiva que la mujer hace de su consumo de drogas y de la atribución de responsabilidades en su inicio, mantenimiento y período de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica?

¿Cómo interpretan subjetivamente las mujeres su consumo de drogas en el contexto protegido de la Comunidad Terapéutica?

2.4 Objetivos, general y específicos:

Objetivo general:

Interpretar la trayectoria de vida de mujeres consumidoras de drogas internas en una Comunidad Terapéutica, desde que iniciaron el consumo de drogas hasta el momento actual.

Objetivos específicos:

- Comprender desde el relato de las mujeres consumidoras de drogas los cambios experimentados en su ciclo vital individual y familiar.

- Analizar la visión subjetiva que la mujer hace de su consumo de drogas y de la atribución de responsabilidades en su inicio, mantenimiento y período de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica.
- Interpretar la visión subjetiva del consumo de drogas que las mujeres realizan en el contexto protegido de la Comunidad Terapéutica.

2.5 Supuestos teóricos

Según González (2005), los supuestos teóricos son constituídos por los conceptos, principios, proposiciones, enunciados, postulados, hipótesis y explicaciones constituyentes de la matriz disciplinar compartida por los miembros de la comunidad científica.

Para efectos de la presente investigación, la construcción de supuestos se ha realizado a partir de la revisión bibliográfica existente en torno al consumo problemático de drogas en mujeres. Para ello, por cada objetivo propuesto, se ha indicado una explicación teórica tentativa, siendo estas las siguientes:

- i. Respecto del objetivo que se propone identificar en el relato de las mujeres consumidoras de drogas los cambios experimentados en su ciclo vital individual y familiar, la teoría indica que el principal cambio experimentado por las mujeres a nivel individual es la crisis de la adolescencia. De acuerdo a lo indicado por Erikson (citado por Bordignon, 2005), esta etapa se caracteriza por la confusión de roles, la inseguridad y la incertidumbre en la formación de la identidad. Según Rees & Valenzuela (2003), el consumo de alcohol y/o drogas se inicia mayoritariamente durante la adolescencia, puesto que esta etapa es crucial para el desarrollo individual y familiar, en el que las crisis normativas alcanzan grandes intensidades, aparentemente debido a que en ésta se concretan los procesos de individuación de los/as hijos/as de la familia y su separación de la misma.

En cuanto al ciclo familiar, la revisión bibliográfica da cuenta de que el principal cambio está dado por el quiebre de la estabilidad de la familia. De acuerdo a lo planteado por Arostegui & Urbano (2004), la adicción femenina contribuye en mayor medida a desorganizar a la familia, debido a que los/as hijos/as de las mujeres con consumo problemático de drogas suelen ser criados/as por los/as abuelos/as maternos, cuando no son acogidos por instancias oficiales. En consecuencia, al menos tres generaciones se ven afectadas directa o indirectamente por el problema. Por lo general, tampoco la pareja de la mujer consumidora está disponible para ejercer el rol de crianza de los/as hijos/as.

- ii. En lo que respecta al objetivo que propone analizar la visión subjetiva que la mujer hace de su consumo de drogas y de la atribución de responsabilidades en su inicio, mantenimiento y período de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica, la teoría indica que el inicio y mantenimiento del consumo en mujeres se asocia a la influencia de su contexto sociocultural. De acuerdo a lo referido por Gómez *et al.* (2010), las mujeres comienzan los contactos con las sustancias psicoactivas atraídas por una costumbre social que se desarrolla tanto en el interior de la estructura familiar, como en las relaciones con el grupo de amigas y amigos.
- iii. En cuando al objetivo que propone interpretar la visión subjetiva del consumo de drogas que las mujeres realizan en el contexto protegido de la Comunidad Terapéutica, la teoría indica que las mujeres drogodependientes atribuyen sentimientos negativos hacia sí mismas debido a su condición de mujer adicta. De acuerdo a lo mencionado por Leyva-Moral (2007), la drogadicción conduce a una inevitable sensación de fracaso, destrucción y un gran deterioro emocional. Asimismo, está patente un gran sentimiento de culpabilidad.

2.6 Categorías (a priori o apriorísticas)

Según Cisterna (2007), las categorías corresponden a un instrumento conceptual que tiene como finalidad concretizar los temas centrales de la investigación, es decir, son los tópicos a partir de los cuales se elaboran las preguntas utilizadas en entrevistas o grupos de discusión (focus group). A su vez, las categorías pueden ser divididas en sub-categorías. Estas subcategorías facilitan la recopilación de la información, pues permiten profundizar en los aspectos concretos de cada categoría.

Respecto de las categorías a priori, Cisterna (2007), refiere que el término “apriorístico” es utilizado para adjetivar las categorías y subcategorías descritas anteriormente. Ello significa que éstas son construidas por el/la investigador/a antes de realizar el proceso de recogida de la información, y por ello se contraponen a las llamadas “categorías emergentes”, que son aquellas que surgen en el proceso mismo de la investigación.

Para nuestra investigación, la construcción de categorías se ha realizado en virtud de la revisión bibliográfica existente en torno al consumo problemático de drogas en mujeres. De este modo, ha sido posible identificar tópicos, los que fueron abordados posteriormente en las entrevistas, con el propósito de concretizar el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Tabla N°1

Objetivos específicos, categorías y subcategorías

Objetivo específico	Categorías (temas)	Subcategorías (subtemas)
1. Identificar en el relato de las mujeres consumidoras de drogas los cambios experimentados en su ciclo vital individual y familiar.	Ciclo de vida individual Ciclo de vida familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Crisis y transiciones individuales - Tareas y observables de cada etapa
2. Analizar la visión subjetiva que la mujer hace de su consumo de drogas y de la atribución de responsabilidades en su inicio, mantenimiento y período de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica.	<p>Atribución de responsabilidades en el inicio del consumo</p> <p>Atribución de responsabilidades en el mantenimiento del consumo</p> <p>Atribución de responsabilidades en la decisión de iniciar una rehabilitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estrés de rol (Teoría de rol y Modelo de afrontamiento de estrés) - Contexto sociocultural (Modelo de desarrollo social)
3. Interpretar la visión subjetiva del consumo de drogas que las mujeres realizan en el contexto protegido de la Comunidad Terapéutica.	Construcción del consumo de drogas en un contexto protegido	<ul style="list-style-type: none"> - Construcción social del no consumo - Autoconcepto

III. MARCO REFERENCIAL

3.1 Introducción

A continuación exponemos la teoría sustantiva y las teorías generales, que fundamentan la investigación y que han permitido la interpretación de los resultados.

Según Padrón (2004), las teorías sustantivas son aquellas que guardan una relación directa con el contenido empírico y teórico de los datos de la investigación. En este caso, se expone como teoría sustantiva la Perspectiva de Género.

Por su parte Sautú (2005), indica que las teorías generales son aquellas que, implícita o explícitamente, involucran una visión del mundo y su naturaleza, el lugar que las personas ocupan en él y el rango de posibles relaciones entre el todo y las partes. Estas teorías guían las concepciones acerca de la naturaleza de la realidad, por lo tanto, las decisiones relativas a lo que puede o no ser investigado acerca de la realidad. Como teorías generales se desarrollan la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson, Teoría del Desarrollo Familiar, Teoría del Rol, Modelo de Desarrollo Social de Hawkins, Catalano y Miller, el Modelo de Afrontamiento de Estrés de Willis y el Enfoque de Transmisión Transgeneracional.

3.2 Teoría sustantiva

3.2.1 Perspectiva de género

Chávez (2004: 179), manifiesta que la perspectiva de género corresponde a una categoría analítica, que incluye metodologías y mecanismos destinados al “estudio de las construcciones culturales y sociales propias para los hombres y las mujeres, lo que identifica lo femenino y lo masculino”. De acuerdo a la autora, esta perspectiva supone la existencia de una desigual distribución de poder entre géneros en todas las clases sociales. Por su parte, Infante (2004), plantea que la perspectiva de género busca examinar el impacto del género en las oportunidades de las personas, sus roles sociales y las interacciones que llevan a cabo con otras. Agrega que la perspectiva de género pretende desnaturalizar, desde el punto de vista teórico y desde las intervenciones sociales, el carácter jerárquico atribuido a la

relación entre los géneros y mostrar que los modelos de varón o de mujer, son construcciones sociales que establecen formas de interrelación y especifican lo que cada persona, debe y puede hacer, de acuerdo al lugar que la sociedad atribuye a su género.

Por lo tanto, la perspectiva de género permite comprender de mejor manera cómo las construcciones sociales de los roles atribuidos a hombre y mujer y los comportamientos que se esperan de ellos/as configuran determinadas reacciones sociales frente a sus comportamientos y conductas.

Según Gómez (2002), género no es sinónimo de sexo. La autora aclara que *sexo* alude a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, mientras que *género* se refiere al significado social construido alrededor de esa diferencia, basado fundamentalmente en la división, según el sexo, de los roles y el poder. Asimismo, agrega que género tampoco equivale a mujer. Por lo tanto, el concepto de género no se aplica a la mujer en sí misma, ni tampoco al hombre, sino a las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres (o entre los ámbitos masculinos y femeninos) en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder.

Lamas (2012), considera necesario hablar de los hombres y las mujeres como sexos y dejar el término género para referirse al conjunto de ideas, prescripciones y valoraciones sociales sobre lo masculino y lo femenino. Agrega que los dos conceptos son necesarios: no se puede ni debe sustituir sexo por género, pues son cuestiones distintas. El sexo se refiere a lo biológico, el género a lo construido socialmente, a lo simbólico. Por lo tanto, el género puede ser entendido como construcción simbólica de la diferencia sexual.

En lo que respecta a esta investigación, el género se configura en una categoría analítica que permite explicar las desigualdades entre hombres y mujeres, poniendo énfasis en la noción de multiplicidad de identidades, considerando además que en la actualidad, su uso se ha ampliado, de tal forma que ha sido posible estudiar a partir de la perspectiva de género distintos fenómenos o problemáticas del

acontecer social, como es el caso del consumo problemático de drogas en mujeres (Gamba, 2008).

3.2.1.1 Perspectiva de género y consumo problemático de drogas

Rosenbaum & Murphy (1990), son categóricos en plantear que los estudios sobre drogodependencias frecuentemente han ignorado el género como factor explícito de influencia. Por defecto, agregan, la experiencia masculina ha predominado como la general. Plantean, además, que las primeras contribuciones a la investigación sobre el consumo de drogas, dominadas por las explicaciones médicas y psicológicas, han proyectado una imagen de los usos de drogas de las mujeres como una forma desviada de la feminidad “normal” y explicada con frecuencia, como una compensación de deficiencias físicas o mentales. Por tanto, se reconoce el vacío teórico en torno a la problemática, principalmente desde una perspectiva amplia y libre de prejuicios.

Según Sánchez (2008), hombres y mujeres se ven expuestos a diferentes factores que afectan su salud. Sostiene que en los últimos años, en el caso específico de las mujeres, la superación del modelo tradicional de roles, el que limitaba su presencia al ámbito estrictamente familiar, tiene una influencia diversa en la salud, provocando tanto cambios negativos como positivos sobre ella, dando lugar a la modificación del comportamiento de muchas mujeres que, para procurar ajustarse a la moderna definición del rol femenino, asumen comportamientos que conllevan riesgos para la salud, como consumir tabaco, alcohol u otras drogas, que hasta no hace mucho eran conductas características del rol masculino. Asimismo, Romo (2005), indica que dadas las diferencias fisiológicas, el grado de seguridad en el uso de una sustancia es menor para las mujeres que para los varones. La autora agrega que el cuerpo femenino contiene diferentes proporciones de grasa y de agua que el de los varones, lo que afecta a los índices de absorción y al efecto acumulado del alcohol, del cannabis y de algunas benzodiazepinas, precisamente las sustancias que más consumen las mujeres. Además, la literatura clínica señala cambios hormonales provocados por el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia como alteradores de los efectos del uso de drogas por parte de las mujeres.

Arostegui & Urbano (2004), concluyen que el sexo biológico, la posibilidad de la maternidad o la atribución de roles son cuestiones que sin duda diferencian a hombres y mujeres consumidores de drogas. La forma en que las sustancias afectan al organismo femenino, las consecuencias derivadas sobre terceros (los/as hijos/as) y las expectativas sociales sobre las conductas o las sanciones derivadas de la transgresión de estas “normas”, impactan de forma diferente a unos/as y otros/as.

Es por lo anterior Romo (2010), propone incluir el género en los estudios sobre los distintos usos de drogas y los problemas derivados de su abuso, fundamentalmente porque aportan una visión más amplia y comprensiva de las drogodependencias para todos y todas. La autora agrega que la mirada desde el género clarifica la necesidad de redefinir las políticas de drogas y visibiliza las experiencias de las mujeres en sus contextos culturales, diferentes a las de los varones. Así, es posible conocer qué sustancias eligen, cómo las usan, sus efectos y las consecuencias sociales que derivan del consumo de sustancias psicoactivas.

3.3 Teorías generales

3.3.1 Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson

La Teoría del Desarrollo Psicosocial fue planteada por Eric Erikson en el año 1963, a partir de la reinterpretación de las fases psicosexuales desarrolladas por Freud. Así, Erikson subrayó los aspectos sociales de cada una de las fases del desarrollo e introdujo los siguientes aportes (Bordignon, 2005):

a) Incrementó el entendimiento del ‘yo’ para destacar la capacidad organizadora del individuo, identificándola como facultad que nos permite solucionar las crisis que surgen de la relación con nuestro contexto cultural e histórico.

b) Extendió el concepto de desarrollo de la personalidad para comprender los cambios del ciclo vital de los/as sujetos/as.

c) Exploró el impacto sociocultural en el desarrollo de la personalidad de los/as individuos/as y profundizó en la influencia del medio sobre los/as sujetos/as.

Cloninger (1999), destaca los siguientes aspectos de la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson:

a) Diferencias individuales: Los/as individuos/as difieren en cuanto a las fuerzas internas; hombres y mujeres presentan diferencias de la personalidad debidas a las diferencias biológicas.

b) Adaptación y ajustamiento: Un 'yo' fuerte es la llave para la salud mental; deriva de una buena resolución de las ocho fases de desarrollo del "yo", con predominancia de las fuerzas positivas sobre las negativas (confianza sobre desconfianza, entre otros.)

c) Procesos cognitivos: El inconsciente es una fuerza importante en la formación de la personalidad; la experiencia es influenciada por modalidades biológicas que se expresan por medio de símbolos y juegos.

d) Sociedad: Modela la forma con que las personas se desenvuelven (de ahí el término 'desarrollo psicosocial'); las instituciones culturales dan soporte a las fuerzas del 'yo' (la religión da sustentación a la confianza y a la esperanza, entre otros).

e) Influencias biológicas: Los factores biológicos son determinantes en la formación de la personalidad; las diferencias de sexo en la personalidad son fuertemente influenciadas por las diferencias del 'aparato genital'.

f) Desarrollo del/la adulto/a: Los/las adolescentes y los/las adultos/as se desarrollan a lo largo de otras cuatro fases psicosociales; también ahí cada fase envuelve una crisis y desarrolla una fuerza específica del 'yo'.

En suma, la importancia de esta teoría para nuestra investigación radica en el énfasis que hace respecto de las influencias sociales y culturales en el desarrollo de la personalidad. Asimismo, permite comprender los cambios propios del desarrollo vital de las mujeres y las crisis asociadas a los mismos.

3.3.1.1 Características de la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson

Bordignon (2005), al estudiar la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson identifica las siguientes características esenciales:

a) La primera característica indica que cada una de las etapas vitales da pie al desarrollo de una serie de competencias. Si en cada una de las nuevas etapas de la vida la persona ha logrado la competencia, correspondiente a ese momento vital, esa persona experimentará una sensación de dominio que Erikson conceptualiza como fuerza del ego. Haber adquirido la competencia ayuda a resolver las metas que se presentarán durante la siguiente etapa vital.

b) La segunda característica, señala que cada una de las etapas se ven determinadas por un conflicto que permite el desarrollo individual. Cuando la persona logra resolver cada uno de los conflictos, crece psicológicamente. En la resolución de estos conflictos la persona halla un gran potencial para el crecimiento pero, por otra parte, también podemos encontrar un gran potencial para el fracaso (Bordignon, 2005).

A continuación, se hace referencia a dos elementos centrales de la teoría Psicosocial de Erikson (Erikson, 1998), que permiten analizar los cambios observados en el ciclo vital individual de las mujeres consumidoras de drogas, que son: Estadio psicosocial y crisis.

3.3.1.2 Estadio psicosocial

Según Bordignon (2005), el estadio psicosocial debe entenderse como el desarrollo del ciclo completo de la vida de la persona humana, desde la infancia a la vejez. Incorporando los aspectos psicosexuales y psicosociales de cada etapa, organizados en ocho estadios.

Cada estadio integra el nivel somático, psíquico y ético-social de los/as individuos/as. Los estadios son jerárquicos, esto es, integran las cualidades y las limitaciones de los estadios anteriores. Los estadios son procesales y en continuo desarrollo, implicando la transformación de las estructuras operacionales como un

todo, en la dirección de la mayor diferenciación interna, complejidad, flexibilidad y estabilidad.

3.3.1.3 Crisis

Según Erikson (1998), la crisis comprende el paso de un estadio a otro, como un proceso progresivo de cambio de las estructuras operacionales, o un proceso de estancamiento (o regresivo) en el mismo, manteniendo las estructuras operacionales. Comprende también, la relación dialéctica entre las fuerzas sintónicas (virtudes o potencialidades) y las distónicas (defectos o vulnerabilidad) de cada estadio. De la resolución positiva de la crisis dialéctica emerge una fuerza, virtud o potencialidad, específica para aquella fase. De su no resolución emerge una patología, un defecto o fragilidad específica para aquel estadio.

Los 8 estadios psicosociales descritos por Erikson (1998), son:

1. Confianza v/s Desconfianza (desde el nacimiento hasta los 18 meses de vida).
2. Autonomía v/s Vergüenza y Duda (desde los 18 meses hasta los 3 años de vida del/la niño/a).
3. Iniciativa v/s Culpa (desde los 3 hasta los 5 años de edad).
4. Laboriosidad v/s Inferioridad (desde los 6 hasta los 12 años de edad).
5. Exploración de la Identidad v/s Difusión de Identidad (tiene lugar durante la adolescencia).
6. Intimidad v/s Aislamiento (desde los 20 hasta los 40 años de edad).
7. Generatividad v/s Estancamiento (desde los 40 hasta los 60 años).
8. Integridad del yo v/s Desesperación (desde los 60 años hasta la muerte).

Para efectos de esta investigación se desarrollaron con mayor profundidad los estadios 5 y 6, basándonos en el supuesto teórico de que son los estadios evolutivos

donde es más frecuente iniciar y/o mantener un consumo de drogas. Es preciso señalar que durante el proceso analítico también fue necesario desarrollar los estadios 4 y 7, con el fin de contextualizar y profundizar el análisis de las fases del ciclo vital en la que cada entrevistada se encontraba, para asimismo, interpretar el cumplimiento de las tareas correspondientes a estadios anteriores (Rees & Valenzuela, 2003).

3.3.1.4 Estadio 4: Laboriosidad v/s Inferioridad

Este estadio tiene lugar en la edad escolar, desde los 6 hasta los 12 años de edad (Erikson, 1998).

Según Erikson en esta fase los/as niños/as se dedican a aprender cómo incorporarse en su entorno de forma productiva. Son capaces de dominar destrezas, aprenden reglas y procedimientos y la manera de conseguir el éxito. Si esto sucede los/as niños/as se sentirán productivos/as y habrán conseguido la laboriosidad, de lo contrario se sentirán inútiles e inferiores (Bordignon, 2005).

3.3.1.5 Estadio 5: Exploración de la Identidad v/s Difusión de Identidad.

Este estadio tiene lugar durante la adolescencia. En esta etapa, una pregunta se formula de forma insistente: ¿quién soy? (Erikson, 1998).

Bordignon (2005), plantea que en esta etapa los/as adolescentes empiezan a mostrarse más independientes y a tomar distancia de los padres. Prefieren pasar más tiempo con sus amigos/as y comienzan a pensar en el futuro y a decidir qué quieren estudiar, en qué trabajar, dónde vivir, entre otros.

El autor agrega que la exploración de sus propias posibilidades se produce en esta etapa. Comienzan a apuntalar su propia identidad basándose en las experiencias vividas. Esta búsqueda va a causar que en múltiples ocasiones se sientan confusos/as acerca de su propia identidad (Bordignon, 2005).

3.3.1.6 Estadio 6: Intimidad v/s Aislamiento.

Este estadio comprende desde los 20 años hasta los 40, aproximadamente (Erikson, 1998).

Según Erikson (1998), en esta etapa la forma de relacionarse con otras personas se modifica. Lo anterior, se debe a que el/la individuo/a empieza a priorizar relaciones más íntimas que ofrezcan y requieran de un compromiso recíproco, una intimidad que genere una sensación de seguridad, de compañía y de confianza.

Bordignon (2005), plantea que si se evade este tipo de intimidad, la persona puede rozar la soledad o el aislamiento, situación que puede acabar en depresión.

3.3.1.7 Estadio 7: Generatividad v/s Estancamiento

Este estadio se desarrolla desde los 40 hasta los 60 años (Erikson, 1998).

En esta fase los/as individuos/as deben preocuparse por encaminar a la generación siguiente y por perpetuarse a sí mismos/as a través de las personas que les siguen, es decir, “dejar su legado”. Por tanto, la tarea fundamental es lograr un equilibrio apropiado entre la productividad y el estancamiento (Bordignon, 2005).

Según Bordignon (2005), si no se cumplen las tareas asignadas a esta fase, los/as individuos/as no son capaces de ver los aportes que pudieran ofrecer a las siguientes generaciones, por lo tanto, se trata de personas pasivas con una actitud enormemente derrotista.

3.3.2 Teoría del desarrollo familiar

De acuerdo con Klein & White (1996), citados por Cánovas & Sahuquillo (2011), la Teoría del Desarrollo Familiar se centra en los cambios sistemáticos que experimenta la familia, a medida que va desplazándose a lo largo de los diversos estadios de su ciclo vital. De acuerdo a esta teoría, las familias atraviesan una secuencia predecible de estadios a lo largo de su ciclo vital, unos cambios que son precipitados por las necesidades biológicas, sociales y psicológicas de sus

miembros, tales como el nacimiento del/la primer/a hijo/a o la jubilación. Gracia & Musitu (2000), señalan que desde la perspectiva de desarrollo familiar, el ciclo de la vida familiar se concibe como un proceso en el que se va pasando a través de una serie de estadios. El paso de un estadio a otro ocurre cuando se producen cambios en la composición familiar, lo que provoca un cambio en la estructura familiar.

Es preciso aclarar que para los efectos de esta investigación se consideró el ciclo vital familiar de Steinglass, pues esto obedece a una concepción más amplia y flexible de la familia, diferente a la que ofrecen los ciclos de vida familiar tradicionales.

3.3.2.1 Ciclo vital familiar de Peter Steinglass

Según Suares (2011), el ciclo vital familiar de Steinglass nace como una alternativa a los ciclos de vida familiar tradicionales. En efecto, los planteamientos tradicionales han mostrado complejidad y rigidez para ser aplicados en familias numerosas, en nuevas configuraciones familiares (familias re-ensambladas, por ejemplo) o en familias sin hijos/as, ya que se basa en el supuesto ineludible de que son los/as hijos/as los que definen las fases del ciclo y sus transiciones.

Steinglass, en su libro *La familia alcohólica* (1989), decide desarrollar “un nuevo ciclo de vida de la familia”, el que realiza teniendo en cuenta el devenir familiar como una unidad, como un todo y no sobre la base de las edades de sus integrantes, a diferencia de los ciclos de vida familiar tradicionales. Suares (2011), plantea que otra diferencia primordial en este nuevo ciclo vital familiar, respecto de los tradicionales, es que los conceptos desarrollados por Steinglass tienen validez, tanto para aquellas familias “jóvenes” o “primeras familias”, como así también para las que se constituyen como familias binucleares o expandidas, o sea, las que se forman por la unión de uno o más divorciados/as y/o viudos/as. Lo anterior, confirma la amplitud y flexibilidad del ciclo de vida familiar planteado por este autor.

Steinglass establece tres fases de la vida familiar, las que se pueden vincular con las tres fases de todos los organismos vivos: nacimiento, crecimiento y

muerte. Cada una de estas fases son diferentes a las otras, además, son sucesivas y se hallan interconectadas entre sí. Estas fases de acuerdo con Suares (2011) son:

- Fase Inicial: Es el momento de las grandes negociaciones, en cuyo desenvolvimiento se constituye la identidad familiar.

- Fase Intermedia: Es el momento de crecimiento de todos los/as miembros de la familia. Los temas familiares ya han sido establecidos en la etapa anterior y la familia ya ha obtenido su identidad, pudiendo dedicar ahora todas sus energías a desarrollarla.

- Última Fase: Es una fase en la cual se cuestiona lo realizado y lo no realizado, por lo que puede ser una etapa de cambios. Sin embargo, también puede observarse resistencia a dejar la estabilidad adquirida en la fase anterior. Esto último puede producir estancamiento, rigidez y abandono del crecimiento familiar. En cambio, si la familia es capaz de aceptar esta última fase redefine su identidad, encuentra una forma de perdurar y establecer “su legado”.

Suares (2011), explica que Steinglass apoya la distinción entre estas tres fases en virtud de lo que denomina *observables* y *tareas*. Los observables son hechos o circunstancias que atraviesan todas las fases mencionadas anteriormente, estos son: Las rutinas cotidianas, los rituales de la familia (forma de festejos, vacaciones, velorios, entre otros) y las formas de solucionar los problemas. Mientras que las tareas son “deberes” que la familia debe cumplir en cada fase, siendo específicas para cada una de éstas.

Finalmente, se mencionan las tareas que Steinglass propone para cada fase (Suarez, 2011):

En la fase inicial la familia debe cumplir seis tareas:

- a) Delinear claramente sus límites exteriores e interiores.
- b) Crear y establecer nuevas relaciones con las familias anteriores.
- c) Construir creencias y valores.
- d) Definir formas de solucionar los conflictos.
- e) Establecer pautas comunicacionales y/o conversacionales.
- f) Definir rutinas familiares.

En lo que respecta a la fase intermedia, Steinglass propone tres tareas:

- a) La “especialización en las tareas”, que hace referencia a que cada integrante del grupo familiar domina una o más labores cotidianas y las desarrolla de manera autónoma.
- b) El “crecimiento y desarrollo en temas específicos”, ésta aparece como la tarea central de esta fase, asumiendo que luego de superar la primera fase, la familia ya cuenta con una base ordenada y estable que ayuda a los crecimientos individuales y de la familia como un todo.
- c) Abordar la monotonía, el aburrimiento, la estereotipia y el cercenamiento de posibilidades, asumiendo que en esta fase intermedia la familia puede alcanzar “un estado tan predecible que se peca de certeza, y esto empobrece a todos” (Suarez, 2011: 200).

En la última fase “Aclaración y Legado”, la familia debe cumplir las siguientes tareas (Suarez, 2010):

- a) Revisión de los elementos que han contribuido a la identidad de la familia, para ratificarlos o rectificarlos.
- b) Seleccionar y buscar elementos que transmitir, para que la familia no quede en el olvido.

- c) Formar el “linaje familiar”. Con esto se hace referencia a los ascendientes y descendientes de una familia, donde cada integrante de ésta se sienta identificado/a y perteneciente a la misma.

3.3.3 Teoría del rol

La teoría del rol de Eagly (1983), plantea que las personas cumplimos con roles sociales, es decir, un conjunto de funciones, normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente. Estos roles son ejercidos por un actor social y se espera su cumplimiento en virtud de su estatus social adquirido o atribuido. A cada status corresponde un rol. Por lo tanto, podemos señalar que el ser mujer u hombre configura un rol social, y en consecuencia, se espera que estos/as actúen de conformidad al mismo.

Herrera (2000), agrega que a lo largo del desarrollo de la sociedad los/las individuos/as hemos aprendido, a través del proceso de socialización, el comportamiento que cada uno debe asumir según seamos hombres o mujeres. Esta diferenciación, que abarca normas de comportamiento, actitudes, valores, tareas, entre otros, y donde lo femenino se debe supeditar a lo masculino, trasciende a todas las esferas de la vida y provoca una relación de poder donde el hombre es el dominante, mientras que la mujer desarrolla un papel y ciertas tareas más devaluadas socialmente. Por lo tanto, la mujer se ve enfrentada a exigencias sociales diferentes a las de los hombres, lo que según la autora, supone varias desventajas.

Respecto de las desigualdades de género, Sánchez (2008), plantea que una de las principales se vincula a compatibilizar la vida laboral y familiar, cuestión que tendría un impacto directo sobre la salud de las mujeres. Según esta autora, la sobrecarga de trabajo y el conflicto de roles al que se ven sometidas muchas mujeres, que siguen asumiendo la responsabilidad del cuidado del hogar mientras que luchan por participar en el mercado laboral y en la vida social, condicionan de manera negativa su salud. La autora plantea que la progresiva superación del modelo tradicional de roles, que limitaba la presencia de la mujer al ámbito

estrictamente familiar, tiene una influencia diversa en la salud, provocando tanto cambios negativos como positivos sobre ella. Desde el punto de vista negativo, las nuevas exigencias de rol producen la modificación del comportamiento de muchas mujeres que, para procurar ajustarse a la moderna definición del rol femenino, asumen comportamientos que conllevan riesgos para la salud, como consumir tabaco, alcohol u otras drogas, que hasta no hace mucho eran conductas características del rol masculino. Arostegui & Urbano (2004), coinciden en este planteamiento, agregando que muchas mujeres adictas, usan el consumo de drogas como un pretexto para evadirse de los problemas cotidianos y exigencias propias de su rol. Por lo tanto, es posible señalar que las exigencias en torno al cumplimiento del rol femenino, sería un factor determinante en el inicio y mantención del consumo de drogas, aunque también pueden estar presentes otros factores, tales como las influencias del entorno familiar o grupos de pares.

3.3.4 Modelo de desarrollo social de Hawkins, Catalano y Miller (1992)

El Modelo de Desarrollo Social pretende ser un esquema explicativo de diferentes tipos de conducta problemática, ubicando el foco de atención en el proceso de socialización y al contexto donde éste se produce, desde el nacimiento, la etapa preescolar, la escuela y aquellas etapas que le son sucesivas (Hawkins *et al.*, 1992). A partir de ello, pretende explicar y predecir el comienzo, escalada, mantenimiento, desescalada y abandono o desistimiento de conductas como la delincuencia y el uso de drogas ilegales.

En lo que respecta al consumo de drogas, Becoña (2012), señala que este modelo teórico lo considera como una conducta desviada, pues es visto fuera del consenso normativo de lo que es una conducta social aceptable, por tanto, es calificado como una conducta antisocial. Desde este punto de vista, el “no consumir drogas” sería considerado una conducta prosocial.

Al respecto, Hawkins *et al.* (1992), plantean que existe una serie de pasos o desarrollos que pueden llevar a los/as individuos/as a una conducta prosocial o antisocial. En lo que se refiere a la conducta prosocial, el primer paso es el que

denominan “oportunidades percibidas para participar en el orden prosocial”. La percepción de esta oportunidad para interactuar e implicarse prosocialmente afecta el nivel en que el sujeto se implicará en la misma. Como segundo paso, asume que la implicación e interacción precede a la formación de los apegos y compromisos. El tercero, es que el desarrollo de los apegos y compromisos hacia el mundo prosocial depende del grado en que las implicaciones e interacciones sean reforzadas positivamente. El cuarto, alude al apego y compromiso hacia otros y desarrollo de actividades prosociales. El quinto paso, indica que todo lo anterior afecta el desarrollo de la creencia en la validez moral de las reglas de conducta de la sociedad, como son las leyes y normas prosociales. Esto facilita la internalización de las mismas, lo que irá facilitando que ellas se hagan parte del sistema de valores del/la individuo/a y con ellos puede delimitar qué actividades ve como moralmente aceptables o no.

En cuanto a la conducta antisocial, Becoña (2012), señala que el modelo hipotetiza tres predictores directos que llevarían a los/as individuos/as a desarrollar este tipo de conducta: a) los refuerzos percibidos para la interacción e implicación en conductas seleccionadas antisociales, 2) el apego y compromiso con líneas de acciones y otras personas con conductas antisociales, y 3) las creencias en los valores antisociales.

Por tanto, el Modelo de Desarrollo Social de Hawkins, Catalano y Miller plantea que la conducta del/la individuo/a será prosocial o antisocial dependiendo de las conductas, normas y valores predominantes que tienen aquellos/as a los/as que el/la individuo/a está vinculado/a. En suma, la conducta antisocial resulta cuando: 1) la socialización prosocial se rompe, bien porque a la persona se le niega la oportunidad de participar en la vida prosocial o sus habilidades son inadecuadas para que sus conductas prosociales le produzcan reforzamiento o cuando el ambiente falla en reforzarle positivamente cuando lleva a cabo conductas prosociales, 2) cuando el cálculo de costes y beneficios que realiza el/la individuo/a, muestra una ganancia para la acción ilícita -incluso ante la presencia de vínculos prosociales- y 3) cuando un/a individuo/a está vinculado a una unidad de

socialización inmediata de familia, escuela, comunidad o iguales, que tienen creencias o valores antisociales. Esto les llevará a creer de una manera consistente en las normas y valores de estos grupos (Hawkins *et al.*, 1992).

En consecuencia, Hawkins *et al.* (1992), consideran que la conducta prosocial y la conducta problema se originan a través de los mismos procesos. Ambos tipos de conducta dependerán de los vínculos que se establezcan con los entornos de socialización. De este modo, cuando el/la individuo/a adquiere una fuerte vinculación con ámbitos prosociales, el resultado será un comportamiento prosocial. Cuando se genera una fuerte vinculación con entornos antisociales, aparecerá un comportamiento antisocial. Este presupuesto contradice a las teorías del control social más ortodoxas como la de Hirschi (1969), donde se plantea que los vínculos sociales (especialmente en el ámbito familiar) siempre son inhibidores de la conducta desviada. Sin embargo, es posible inferir del planteamiento de Hawkins, Catalano y Miller que una alta vinculación a la familia puede ser facilitadora del consumo de drogas, si los miembros del grupo familiar son consumidores o muestran otras conductas desviadas, por lo que se desestima la idea de que la familia siempre opera como factor protector.

Luengo *et al.* (2012), aclaran que para que se produzca la formación de los vínculos sociales, un primer requisito es que el sujeto debe implicarse en ese medio social. En segundo lugar, el/la sujeto/a ha de interactuar con ese entorno, participando en sus actividades y en su dinámica. En tercer lugar, ha de tener habilidades y recursos personales para desarrollar esas interacciones. Finalmente, deberá percibir que la implicación con ese grupo social le beneficia con algún tipo de recompensa. Por consiguiente, el resultado final en el tipo de vinculaciones que establezcan las personas dependerán de dos procesos: cuando los vínculos prosociales tienen más peso, no se desarrollan conductas antisociales. En cambio, si los vínculos antisociales son los predominantes, aparecerá una conducta desviada.

3.3.5 El modelo de afrontamiento de estrés de Willis (1996)

Este modelo sostiene que aquellas personas que usan drogas con intensidad lo hacen como respuesta al estrés de la vida, siendo el consumo un recurso de afrontamiento. Según Willis & Shiffman (1985), el estrés de la vida sería un factor de riesgo para el uso de sustancias, principalmente por parte de los/as adolescentes. Cuando estos/as tienen un alto malestar emocional, o tienen una baja percepción de control sobre la situación, se incrementaría la probabilidad de consumir sustancias. Por tanto, conforme se mantiene el estrés se incrementa más el consumo.

Los mecanismos de adaptación a este estrés serían tanto conductuales como cognitivos. Según Willis & Hirky (1996), un ejemplo de los primeros sería afrontar el problema y tomar acciones directas para resolverlo; un ejemplo de los mecanismos cognitivos sería utilizar estrategias internas para minimizar el malestar emocional. Si estas respuestas se manifiestan, se reduciría la probabilidad de escalada al solucionarse el problema y al desarrollar competencias normativas. En cambio, si la persona responde con mecanismos desadaptativos, como ira, evitación o impotencia, se incrementa la probabilidad de escalada desde su imposibilidad de solucionar el problema. Por tanto, es posible señalar que el estrés configura una situación de círculo vicioso, puesto que éste provoca el consumo inicial y luego, la imposibilidad de superar el problema genera mayor estrés en la persona adicta, lo que finalmente contribuye a la mantención del consumo.

3.3.6 Enfoque de transmisión transgeneracional

Es preciso mencionar que el enfoque de transmisión transgeneracional fue incluido en el marco referencial, a partir del reconocimiento de una temática emergente en la historia oral de las mujeres entrevistadas, específicamente la transmisión de patrones intergeneracionales de consumo problemático de drogas y dinámicas familiares heredadas.

Según Del Valle (2014), el enfoque de transmisión transgeneracional estudia cómo el mundo representacional de individuos de una generación anterior puede influir en el mundo representacional de individuos de generaciones siguientes,

estudiando cómo se repiten de una generación a otra las esencias de la vida psíquica de los antepasados, los modelos de vínculos, los patrones relacionales, las patologías parentales y la formación de otras patologías que a veces sólo podrán comprenderse con la reconstrucción de fragmentos de la historia del pasado de los/as individuos/as, a través de la transferencia. Por su parte Ordóñez (2009), plantea que de acuerdo a este enfoque, todos/as los/as individuos/as “cargamos” con dinámicas familiares en forma inconsciente y vivencias de generaciones que nos precedieron, las cuales influyen en nuestras elecciones, nuestros éxitos y fracasos. De tal forma, el enfoque transgeneracional postula que los seres humanos estamos influenciados y vivimos en una permanente tensión entre ser nosotros mismos y ser un eslabón más de una larga cadena que nos une a las familias de origen.

Eiguer (1987), aclara que la representación de objeto transgeneracional es una construcción inconsciente de sucesos a menudo traumáticos, a la cual se adhieren los miembros de una familia. Lo anterior, puede ser el origen de conflictos y síntomas individuales y familiares.

De acuerdo a Del Valle (2014), existen dos vías de transmisión, por un lado la tradición y la cultura, cuyo soporte es el aparato social que asegura la continuidad, y por otro, los procesos psíquicos que se transmiten de una generación a otra. La autora agrega que la transmisión tiene lugar cuando se conjugan dos aspectos: por un lado la recepción de la herencia de un patrón determinado y, por otro, el acto de apropiación de ella, que implica imprimirle nuestro propio sello, es decir, la transformación de lo heredado.

En virtud de lo mencionado, este enfoque nos permitió comprender cómo las mujeres replican en sus propias experiencias vitales, dinámicas familiares inconscientes positivas o negativas, puesto que éstas estuvieron presentes en sus familias de origen.

IV. MARCO EMPÍRICO

Son diversos los estudios e investigaciones existentes acerca de la drogodependencia femenina, que han asociado el consumo problemático de sustancias con situaciones de malos tratos o violencia intrafamiliar, como los principales factores gatillantes de dicho consumo (Arostegui & Urbano, 2004; Bonifaz & Nakano, 2004; Barreda *et al.*, 2005; Bastías, 2005; Llopis *et al.*, 2005; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2005; Rekalde & Vilches, 2005; Romo, 2005; Begoña, 2006; Musayón *et al.*, 2007; Castaño, 2009; Castillo *et al.*, 2009; Martínez, 2009; Matute, 2010; Maffia, 2011; Romero *et al.*, 2011). Como señala Martínez (2009), las mujeres con problemas de adicciones presentan, en muchos casos, numerosos antecedentes de violencia al interior de la familia. Asimismo, Castaño (2009), plantea que el maltrato es un factor de riesgo de padecer abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, y por último, Bonifaz & Nakano (2004), refieren que en el caso de la mujer, la situación de violencia la coloca en mayor riesgo para el uso de sustancias tóxicas incluyendo fármacos. Además, es necesario mencionar que estas situaciones de violencia no sólo ocurren al interior del hogar, sino que también, se generan en sus contextos laborales. Según Musayón *et al.* (2007), son las mujeres quienes mayoritariamente ocupan el lugar más bajo de la escala en la división de trabajo –empleadas domésticas, de limpieza, ayudantes no calificadas, entre otras– debido a que son ellas quienes necesitan en mayor medida del trabajo. Esto ocurriría sobre todo cuando viven solas o son jefas de familia y no tienen ningún soporte financiero de los padres o de sus hijos/as, por lo tanto, las situaciones de violencia laboral son más frecuentes y toleradas por ellas como naturales. En conclusión, podemos inferir que de acuerdo a nuestra realidad nacional, las mujeres afrontan factores de riesgo vinculados al consumo problemático de drogas, puesto que las estadísticas respecto de la violencia intrafamiliar hacia las mujeres no son para nada alentadoras. Según la última Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales 2012, un 31,9% de las mujeres entre 15 y 65 años, declara haber sufrido alguna forma de violencia por algún familiar, pareja o ex pareja, alguna vez en su vida. Mientras que el 74% de ellas indica que la recibió de parte de su pareja o ex pareja (SERNAM, 2014). En

cuanto a la violencia laboral, podemos mencionar que según el INE (2015), existe una baja inserción femenina en el mercado laboral, destacando además, que aquellas mujeres que ya tienen un empleo reciben salarios menores que los hombres de características similares, produciéndose una brecha salarial que bordea el 30%.

Por otro lado, la bibliografía existente también concuerda en que las mujeres se caracterizan por tener un mayor consumo de psicofármacos (Arostegui & Urbano, 2004; CONACE, 2004; Barreda *et al.*, 2005; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2005; Rekalde & Vilches, 2005; Romo, 2005; Begoña, 2006; Ochoa, 2007; Martínez, 2009; Matute, 2010; Maffia, 2011; Ramírez, 2011). Según Sánchez (2008: 137), “el consumo de tranquilizantes ha sido tradicionalmente superior entre las mujeres, cuyas prevalencias de uso en los últimos seis meses son casi el doble que entre los hombres, desproporción que se mantiene en todos los grupos de edad”. En este sentido, Romo *et al.* (2003), refieren que esta diferencia de prescripción de fármacos entre los sexos, se explicaría porque las mujeres presentan una serie de malestares psicológicos objeto de tratamiento y sus síntomas se manifiestan como parte de la vida cotidiana del desempeño de sus roles de género. Es decir, se relaciona de alguna forma con la sobrecarga física y emocional a la que se ven sometidas la mayoría de las mujeres, puesto que, deben compatibilizar el trabajo productivo fuera del hogar y las tareas domésticas, en especial en los hogares monoparentales liderados por mujeres con hijos/as menores a su cargo (Sánchez, 2008). Por su parte, Maffia (2011), indica que efectivamente existe una mayor cantidad de literatura sobre el consumo de psicofármacos en mujeres, en comparación con el resto de otras sustancias adictivas. Al respecto, Maffia (2011: 12) plantea que:

esto se relacionaría con la necesidad de evitar cierta sintomatología, como el estrés, la angustia, el nerviosismo, la tristeza o las dificultades para dormir, que se derivan de sus responsabilidades familiares y/o de la compatibilidad del trabajo dentro y fuera del hogar. Muchas de las mujeres, como el propio entorno familiar y social, consideran estas reacciones emocionales ante determinadas

circunstancias y condiciones de vida como una enfermedad que pretende ser superada con el uso de psicofármacos.

En resumen, podemos advertir que las mujeres efectivamente tienen mayores presiones sociales, debido al cumplimiento de los roles de género que les son impuestos por la sociedad. Además, el no cumplimiento de estos roles genera fuertes consecuencias sociales, pues la transgresión de la norma no es neutral y tiene diferente peso para varones y mujeres, ya que es valorada en función de los roles asignados. Del mismo modo, las mujeres y los varones no tienen tampoco las mismas oportunidades ni opciones para acceder a los recursos que les permitan desarrollarse. Por lo tanto, las mujeres se encuentran con mayores limitaciones derivadas del impacto diferencial de la transgresión (Maffia, 2011).

La literatura existente, ha considerado que efectivamente sobre las mujeres recae una mayor estigmatización social, en comparación con los hombres con consumo problemático de drogas (Arostegui & Urbano, 2004; CONACE, 2004; Barreda *et al.*, 2005; Pozo, 2005; Romo, 2005; Rekalde & Vilches, 2005; Begoña, 2006; Castaño *et al.*, 2007; Ochoa, 2007; Sánchez, 2008; Castaño, 2009; Martínez, 2009; Matute, 2010; Maffia, 2011; Romero *et al.*, 2011; Osuna, 2013). Como se ha señalado anteriormente, la transgresión de las normas establecidas por la sociedad no tienen el mismo peso para ambos sexos. Al respecto, Pozo (2005), menciona que desde los tiempos de Roma se consideraba ya el alcohol como sexualmente estimulante en la mujer, en un sentido negativo relacionado con la promiscuidad. Este estigma es arrastrado hasta la actualidad, de modo que el rechazo de la propia mujer, de su familia y de la sociedad en general a la mujer alcohólica o drogadicta es muy fuerte. Al respecto, Romo (2005: 80), afirma que:

el consumo de drogas ilegales entre las mujeres lleva consigo una carga emocional de disgusto y miedo a lo público, quizás por su rol todavía predominante en nuestras sociedades como esposa dependiente y cuidadora. Usar una sustancia ilegal supone para las mujeres no sólo ser clasificadas de desviadas por sus usos de drogas, sino también por contraponerse a la definición social de lo que debe de

ser el comportamiento «femenino». Incluso entre los propios usuarios de drogas las mujeres consumidoras generan rechazo, de manera que estos manifiestan su preferencia por parejas femeninas “libres de drogas”

Como consecuencia de lo mencionado anteriormente, las mujeres tardan más tiempo en buscar ayuda o insertarse en un proceso de rehabilitación. Según Castaño (2009), la mujer no acude a solicitar ayuda porque carga con ese “peso social” que lo obstaculiza, que se suma además, a las cuestiones atribuidas al hecho de “ser mujer” como tener hijos/as a los/as que cuidar. Por su parte, CONACE (2004), en su informe denominado “Mujeres y Tratamiento de Drogas”, indica que las mujeres normalmente no cuentan con la misma comprensión, oferta de ayuda y acompañamiento familiar que los hombres. Incluso, en algunos casos, hay oposición explícita de sus familiares y/o pareja para que reciba algún tipo de atención o tratamiento. Lo mencionado agrava aún más el aislamiento de las mujeres quienes, para evitar ser estigmatizadas, tienden a ocultar su problema, a no pedir ayuda o a postergar solicitarla. Debido a esto es que las mujeres buscan ayuda cuando ya han “tocado fondo” o se han expuesto a demasiados riesgos (Gómez & Correa, 2011). Además, según Ochoa (2007), los mayores índices de fracaso terapéutico se registran en mujeres, en parte, porque éstas acuden frecuentemente solas a tratamiento, la familia desconoce la situación, no cuentan con apoyo, o bien porque creen no poder afrontar el tratamiento ellas solas.

Tal estigmatización, es aún más potente si el consumo de drogas se relaciona con la maternidad y el cuidado de los/as hijos/as. Según lo afirma Pozo (2005), en las mujeres se genera una amenaza constante de su capacidad de cumplir su rol de madre correctamente, y el consiguiente peligro real de retirada de los/as hijos/as es una carga añadida a su condición de usuarias de drogas. Por ello, “la citada carga psicosocial añadida a la adicción presenta dos vertientes: una interna referida a la eficacia en el cumplimiento del conjunto de comportamientos sociales esperables de una madre; y la otra externa referida a las repercusiones de esa incompetencia en el cumplimiento de la función maternal; en especial, la posible retirada del hijo/a” (Pozo,

2005: 118). Arostegui & Urbano (2004), agregan como factores característicos del consumo de drogas en la mujer, los sentimientos de culpa y vergüenza, el autorreproche, la responsabilidad interna y el juicio externo de otros, respecto de ser “malas madres”. En definitiva, las mujeres tienen un mayor peso social, si se compara esta problemática con los hombres. En efecto, las mujeres drogadictas o con consumo problemático de sustancias, no tan sólo son “mal vistas” por la sociedad sino que, además, sobre ellas pesan los roles sociales que le son asociados a las mismas y que se espera que cumplan a cabalidad. Y como si no fuera suficiente con ello, se espera además que las mujeres que son madres no padezcan este tipo de problema, pues este comportamiento las transforma de forma inmediata en mujeres sin capacidades ni herramientas para ser “buenas madres”.

En suma, podemos concluir que las mujeres además de ser estigmatizadas en mayor medida por ser consumidoras de drogas, tal como se mencionó en el párrafo anterior, también lo son cuando deciden buscar ayuda. Además, habitualmente no cuentan con apoyo familiar ni de sus parejas y generalmente tienen mayores barreras para acceder a los tratamientos los cuales, por lo general, no ofrecen ayuda específica a las mujeres con problemas de adicciones. Lo descrito, se explica ya que en la actualidad no existiría una consideración de los factores de género en el tratamiento de la población drogodependiente, que se ha centrado en los varones, quienes, generalmente, son los que acuden en mayor medida a solicitar tratamiento.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Enfoque epistemológico

El enfoque epistemológico que orientó esta investigación fue el Construccinismo Social de Kenneth Gergen. Según Gergen (1985), lo que observamos del mundo no define lo que conocemos o comprendemos de él, además, las palabras que usamos para describir el mundo provienen de convenciones sociales, por lo tanto, no deben tomarse por sentadas. Los términos con que el mundo es comprendido son artefactos sociales, producto de intercambios sociales situados históricamente y además, son una acción activa y cooperativa. La mantención de conceptos y teorías no depende tanto de sus pruebas empíricas sino de procesos sociales entre los científicos (retórica, persuasión, negociación) y las descripciones y explicaciones del mundo son actos sociales que tienen efectos en éste (Inostroza, 2011).

Al construccionismo social le interesa cómo se generan los conceptos y su utilización, a través de las convenciones lingüísticas, construcciones sociales o culturales. En este proceso de análisis “deconstructivo” incorpora la historicidad, resaltando la relevancia del contexto cultural e histórico para los marcos de referencia interpretativos a través de los cuales las personas otorgamos significado (Gergen, 1985; Ibáñez, 1990). En este contexto, el construccionismo social nos permitió comprender la historia de vida de mujeres internas en una Comunidad Terapéutica, considerando que sus interpretaciones están mediatizadas por su historia, por el contexto cultural al que pertenecen y por las vicisitudes sociales que les ha correspondido vivenciar.

5.2 Método

El método utilizado en la investigación fue la Historia de Vida. Específicamente, se utilizó la Historia de Vida temática (Sarabia, 1985), que implicó situar a las entrevistadas en una etapa particular de su vida, cual es la etapa del inicio del consumo, sus experiencias personales y familiares durante ese periodo hasta el ingreso a la Comunidad Terapéutica. Según lo definido por Marinas (2007:

45), la Historia de Vida es la indagación que “tiene un sujeto plural, aunque las entrevistas se hagan de uno en uno, lógicamente, y no recorren la totalidad de la vida sino un proceso social concreto que es común a la totalidad”. Marinas (2007), llama a este tipo de historia de vida una “historia oral”.

Ruiz (2007), afirma que en la historia de vida una persona refiere, en un largo relato, el desarrollo de su vida desde su propio punto de vista y en sus propios términos. Por lo tanto, se trata de un relato puramente subjetivo –una perspectiva detallada y concreta del mundo– que eventualmente podrá resultar errónea en no poca de sus partes. Como investigadoras hemos construido una historia de vida de estas mujeres sin pretender un relato objetivamente verdadero de los hechos, sino un relato subjetivo que refleje fielmente cómo las mujeres participantes en el estudio los han vivido personalmente.

Se utilizó este método dado que, de todos los métodos de investigación cualitativa tal vez sea el que mejor permite a un/a investigador/a acceder a ver cómo los/as individuos/as crean y reflejan el mundo social que les rodea (Morgan, 1998).

Siguiendo a Ruiz (2007), los objetivos principales que justificaron el uso de la Historia de Vida como método de investigación fueron:

- Captar una experiencia biográfica: para el caso de nuestra investigación, se trabajó con una Historia de Vida temática (Sarabia, 1985), específicamente la etapa de inicio del consumo de drogas hasta el momento actual.
- Captar la ambigüedad y el cambio: para profundizar en los procesos de ambivalencia, contradicción y transformación de la experiencia de vida de las mujeres consumidoras de drogas. Siendo la historia de vida el método que facilitó sumergirse en sus discursos y comprender tales procesos.
- Captar la visión subjetiva con la que el/la sujeto/a se ve a sí mismo y al mundo: la historia de vida según Marinas (2007: 7), permite “reflexiones teóricas y filosóficas sobre la biografía, la construcción de identidad, el discurso difícil de la

intimidad”. En este sentido, nos permitió develar cómo perciben las mujeres su experiencia de consumo.

- Descubrir las claves de interpretación del fenómeno en estudio: para Ruiz (2007), la interpretación en la historia de vida se realiza desde patrones y códigos que sirven como instrumentos de simplificación y de sistematización para el contenido principal buscado, esto es, la interpretación y captación del significado. De esta manera, la interpretación es evolutiva, se enriquece progresivamente a medida que nuevas claves se aglomeran a las seleccionadas inicialmente.

5.3 Sujetas de estudio y criterios de selección

Sujetas de estudio

Las sujetas de estudio de esta investigación son mujeres en tratamiento por consumo problemático de drogas, internas en una Comunidad Terapéutica de la Región del Biobío.

Criterios de Selección

La selección de las sujetas de estudio se realizó de acuerdo a criterios de conveniencia de las investigadoras, siendo los siguientes:

1. Mujeres mayores de 18 años de edad
2. Internas en una Comunidad Terapéutica por consumo problemático de drogas
3. Que hayan constituido familia
4. Que acepten voluntariamente ser entrevistadas

5.4 Técnica de producción de datos

En esta investigación se ha utilizado la entrevista semidirigida o semiestructurada como técnica de producción de datos. Según Baeza (2002), esta entrevista es aquella en la cual el margen de libertad de la entrevistado/a no es restringido, sino lo estrictamente necesario por parte del/a entrevistador/a. Este último, cuenta con una pauta o guión de entrevista y sus intervenciones tendrán lugar en la medida en que deba ceñirse a lo establecido en ella.

La entrevista semidirigida o semiestructurada nos permitió abordar temáticas específicas de la vida de las mujeres consumidoras de drogas, proporcionando la libertad necesaria para que ellas pudieran profundizar en mayor medida en las áreas de interés para las investigadoras.

5.5 Plan de análisis de datos

El plan de análisis que se utilizó consideró una triangulación entre:

- i. Análisis comprensivo desde los planteamientos de Bertaux (Kornblit, 2007): nos centramos en la identificación de lo que este autor denomina “índices”, definidos estos como los aspectos que son reconocidos por las autoras de los relatos y/o por las investigadoras como hechos que han marcado su experiencia de vida. Otro elemento clave en el plan de análisis es lo que se ha denominado “punto de viraje”, que puede ser llamado también “momento bisagra”, “carrefour” o “punto de inflexión”. Estos términos se refieren a un momento vital identificado por la sujeta y/o por las investigadoras, como una encrucijada a partir de la cual el itinerario biográfico de la persona tomó un rumbo distinto o inició una nueva etapa. Asimismo, esta técnica fue utilizada para realizar un análisis horizontal de los relatos, es decir, permitió identificar elementos en común entre ambas historias de vida, considerando tres ámbitos de análisis: ciclo de vida, la vivencia y la interacción en la entrevista.

En esta investigación esta modalidad de análisis permitió, no sólo identificar y describir los puntos de viraje en la vida de las mujeres sino llegar a comprender

qué las llevó a adoptar ese cambio, en esa particular situación social y en ese determinado momento. Además, permitió identificar secuencias claves de la vida de las mujeres, conexiones entre una y otra zona de sus discursos, permitiendo asimismo reconocer con mayor claridad sentidos individuales y significados atribuidos.

- ii. Análisis estructural del discurso: a partir del análisis del corpus textual de la “historia oral” de las mujeres identificamos unidades de sentido que componían los discursos (composición) y las relaciones que existen entre estas unidades (combinación). Estas categorías o unidades mínimas de significado se denominan códigos y se definen a partir de relaciones de disyunción y de conjunción (Martinic, 1992, 1998).

Esta modalidad de análisis permitió identificar los discursos predominantes de cada mujer, con el objetivo de interpretar la atribución de significados a tales discursos, más allá de lo que enuncia y verbaliza el texto (Martinic, 2002).

- iii. Análisis narrativo: a través del modelo narrativo consideramos la relevancia del lenguaje en los relatos de las mujeres entrevistadas, en coherencia con la subjetividad individual de éstas, otorgando importancia al contenido de la narrativa, a la forma en que la narrativa fue construida y al contexto específico de la narración, logrando la compenetración con el texto, con el fin de entender la complejidad de significados incorporados en éste (Croosley, 2007).

Es por lo mencionado anteriormente, que el análisis narrativo permitió identificar y comprender los significados que las mujeres atribuyen a sus experiencias de vida, interpretando sus discursos en virtud del contexto social y cultural, en el cual tales experiencias tuvieron lugar.

5.6 Criterios de calidad

Los principales criterios de calidad utilizados en esta investigación, son los propuestos por Vasilachis (2006):

a) Transferibilidad: Mediante este criterio se podrían transferir los resultados del estudio de un contexto determinado a otro contexto similar para comprenderlo. Es necesario aclarar que no se propone inferir las características de la totalidad de unidades no estudiadas. Para efectos de esta investigación, la transferibilidad implica la posibilidad de extender los resultados de este estudio a otras poblaciones con características similares, es decir, que se encuentren inmersas en un proceso de rehabilitación por consumo de drogas.

En esta investigación, se ha garantizado el criterio de transferibilidad, haciendo énfasis en aquellos elementos “típicos” señalados por las propias mujeres (Rada, 2007), es decir, aquellos elementos presentados en forma reiterada en sus relatos –relacionados con el consumo problemático de drogas– que pudieran orientar el proceso de intervención en mujeres que tienen una condición similar y que podrían ser percibidos de forma equivalente por otras mujeres que se encuentren internas en un contexto terapéutico.

b) Seguridad-Auditabilidad: Se garantiza la seguridad de los procedimientos por la utilización de estándares de trabajo –pautas de escritura, registro de datos textuales, diferencias entre testimonios e interpretación del/la investigador/a– muy útiles para hacer comparable el trabajo de campo si interviene, por ejemplo, un equipo de investigadores/as. En esta investigación este criterio se cumple al permitir que todo el proceso investigativo fuera objeto de auditoría por parte de la docente que actuó como guía de esta tesis, quien ha acompañado y evaluado el desarrollo de la presente investigación.

c) Credibilidad: Supone poder evaluar la confianza, tanto en el resultado del estudio como en su proceso (Vasilachis, 2007). Rada (2007), señala que este criterio corresponde al grado o nivel en el cual los resultados de la investigación reflejan una imagen clara y representativa de una situación dada. Por tanto, el

criterio de credibilidad se refiere a cómo los resultados de un estudio son verdaderos para las personas que fueron estudiadas, y para quienes lo han experimentado, o han estado en contacto con el fenómeno investigado.

En esta investigación se ha garantizado la credibilidad a través de los siguientes procedimientos (Vasilachis, 2007):

- Compromiso con el trabajo de campo: Se realizó un trabajo de vinculación previa con las mujeres entrevistadas, que fue desarrollado en forma sistemática, responsable y coherente con los fines de la investigación.

- Validación Comunicativa: Cada entrevistada revisó la transcripción textual de su entrevista. Dicho mecanismo nos permitió evaluar la concordancia interpretativa con la historia oral, garantizar el relevamiento de las perspectivas personales de cada mujer y la expresión respetuosa de sus peculiares significados ante su historia de vida.

5.7 Aspectos éticos

La ética en la investigación responde a la moral, haciendo alusión a la manera correcta de cómo se debe actuar. La ética está vinculada con los comportamientos humanos dirigidos hacia un bien; en el contexto investigativo, siguiendo a Mondragón (2007: 26), se caracteriza por el apego a un “pensamiento ordenado, sistemático y sobre todo crítico”, que genere conocimiento representativo de la realidad empírica de investigación.

Desde el punto de vista ético, esta investigación cumple un conjunto de criterios, propuestos por Emanuel (1999). Tales criterios fueron establecidos en un documento firmado por las entrevistadas (consentimiento informado), en el que manifestaron en forma libre y voluntaria su deseo de participar en esta investigación. A continuación presentamos los requisitos éticos básicos de este estudio (Emanuel, 1999):

5.7.1 Valor social o científico:

Este criterio se visualiza en la producción de conocimiento que ha generado esta investigación sobre consumo problemático de drogas en mujeres internas en una Comunidad Terapéutica.

5.7.2 Confidencialidad y anonimato:

Esto tiene directa relación con el resguardo de la identidad de las mujeres participantes. Todo lo expuesto en la historia oral ha sido, además, explícitamente autorizado por las mujeres.

5.7.3 Consentimiento o aprobación de la participación:

Las participantes manifestaron por escrito su deseo de participar en esta investigación, siendo esto consignado en un documento de consentimiento informado.

5.7.4 Respeto a las posiciones señaladas:

El respeto a las mujeres implicó, entre otras cosas, permitir que cambiaran de opinión respecto de su participación en la investigación y también respecto de la información proporcionada en el estudio. Asimismo, se respetaron las opiniones personales y puntos de vista de las mujeres, no emitiendo juicios de valor frente a los testimonios expuestos por las sujetas de estudio.

VI. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

6.1 Trabajo de campo

Rodríguez *et al.* (1996), distinguen en el proceso de investigación cualitativa cuatro fases que se presentan de manera más o menos simultánea, éstas son: Fase Preparatoria, Fase de Trabajo de Campo, Fase Analítica y Fase Informativa.

En este caso, el trabajo de campo corresponde a la segunda fase. Monistrol (2000), define esta etapa como el periodo y el modo en que la investigación cualitativa se dedica a la generación y registro de información. A su vez, Rodríguez *et al.* (1996), agregan que esta fase involucra el acceso al campo de estudio y la recogida productiva de datos, generando como resultado la obtención de datos acumulados. Dicha recogida productiva pone énfasis en el carácter construido de éste, pues se entiende que el dato no está ahí independiente del/la investigador/a esperando a ser descubierto, sino que es el resultado de las diversas operaciones de distinción que el/la investigador/a realiza en la formulación del diseño y en su implementación.

El trabajo de campo desarrollado en esta investigación, contempló las siguientes etapas:

- a) Contacto inicial con la Comunidad Terapéutica. Este contacto se estableció con la directora de la Comunidad Terapéutica en el mes de Abril de 2015, con el fin de solicitar autorización de ingreso a la misma, para posteriormente realizar entrevistas a las usuarias.
- b) Contacto personal con las usuarias: En esta etapa se realizó la presentación de las investigadoras, en el mes de Abril de 2015, donde se informó sobre los objetivos de la investigación y se solicitó la participación de las usuarias en el estudio.

- c) Fase de inserción etnográfica: Se desarrolló un trabajo de vinculación previa a la realización de las entrevistas. En esta etapa las investigadoras se insertaron en el contexto de la Comunidad Terapéutica, con el propósito de observar la dinámica, rutina y cotidianeidad de las mujeres internas. Además, en esta fase se solicitó la firma del consentimiento informado y se les hizo entrega de un cuaderno de anotaciones personales. Este cuaderno, desde el punto de vista metodológico, tenía como objetivo que las mujeres hicieran anotaciones libres en su permanencia dentro de la comunidad. De ocurrir dichos registros espontáneos, se utilizarían en la construcción de la Historia de Vida. Sin embargo, las mujeres no hicieron uso de este instrumento complementario y no se logró el propósito esperado. Este proceso se inició en el mes Abril y se continuó hasta el mes de Agosto de 2015.
- d) Fase de entrevistas a mujeres participantes: De este proceso participaron 4 usuarias de la Comunidad Terapéutica: Camila, Samanta, Ingrid y Carolina. Es preciso señalar, que sólo con Camila y Samanta fue posible concluir el proceso de producción de datos. Con ellas se realizaron dos y cuatro sesiones de entrevista, respectivamente, destinadas a la recogida de la historia oral. Con Carolina e Ingrid no se pudo concluir el trabajo iniciado (una entrevista por cada una), ya que las mujeres desistieron de completar el proceso. Esta fase comenzó en el mes de Mayo y se extendió hasta el mes de Agosto de 2015.
- e) Fase de transcripción de historia oral: En esta fase sólo participaron Camila y Samanta, pues sólo con estas usuarias fue posible finalizar el proceso de producción de datos, lo que permitió transcribir su historia oral. Este periodo tuvo lugar durante el mes de Septiembre de 2015.
- f) Fase de construcción de historias de vida: En esta etapa se realizó una construcción narrativa de cada historia oral, con el propósito de transformar la

“historia oral” en “historia de vida”. Esta etapa se desarrolló durante el mes de Septiembre de 2015.

Las fases mencionadas anteriormente, son resumidas en la Figura N°1:

Figura N°1

Fases del trabajo de campo



Con posterioridad al proceso de producción y transcripción de datos como resultado de las entrevistas realizadas a las usuarias de la Comunidad Terapéutica, realizamos una construcción narrativa de cada historia oral, con el objetivo de transformar sus relatos en Historias de Vida (Muñoz, 2003).

En el proceso de recogida de la historia oral identificamos discursos hegemónicos predominantes en el relato de las mujeres, siendo analizados a través del análisis narrativo, el que nos permitió identificar y comprender los significados que las mujeres atribuyen a sus experiencias de vida, interpretando sus discursos en virtud del contexto social y cultural, en el que tales experiencias tuvieron lugar (Bruner, 1991; Crossley, 2007). Además, realizamos un análisis de las categorías apriorísticas y emergentes, desde el sustrato teórico proporcionado por el Construccinismo Social de Gergen, que nos permitió comprender las interpretaciones que las mujeres realizan y que configuran sus Historias de Vida, las cuales están mediatizadas por su experiencia, por el contexto cultural al que pertenecen y por las vicisitudes sociales que les ha correspondido vivenciar.

Adicionalmente, realizamos un análisis comprensivo desde los planteamientos de Bertaux, identificándose “índices” y “puntos de viraje” en la Historia de Vida de las mujeres entrevistadas. Según Kornblit (2007), los índices son definidos como aspectos reconocidos por las autoras de los relatos y/o por las investigadoras como hechos que han marcado su experiencia de vida. Mientras, que los “puntos de viraje” se refieren a un momento vital identificado por la sujeta y/o por las investigadoras, como una encrucijada a partir de la cual el itinerario biográfico de la persona tomó un rumbo distinto o inició una nueva etapa. Asimismo, esta técnica fue utilizada para realizar un análisis horizontal de los relatos, es decir, permitió identificar elementos en común entre ambas historias de vida, considerando tres ámbitos de análisis: ciclo de vida, la vivencia y la interacción en la entrevista. Por consiguiente, el análisis comprensivo permitió identificar secuencias claves en la vida de las mujeres y posibilitó el reconocimiento de sentidos individuales y compartidos, como también los significados atribuidos a determinadas experiencias vitales.

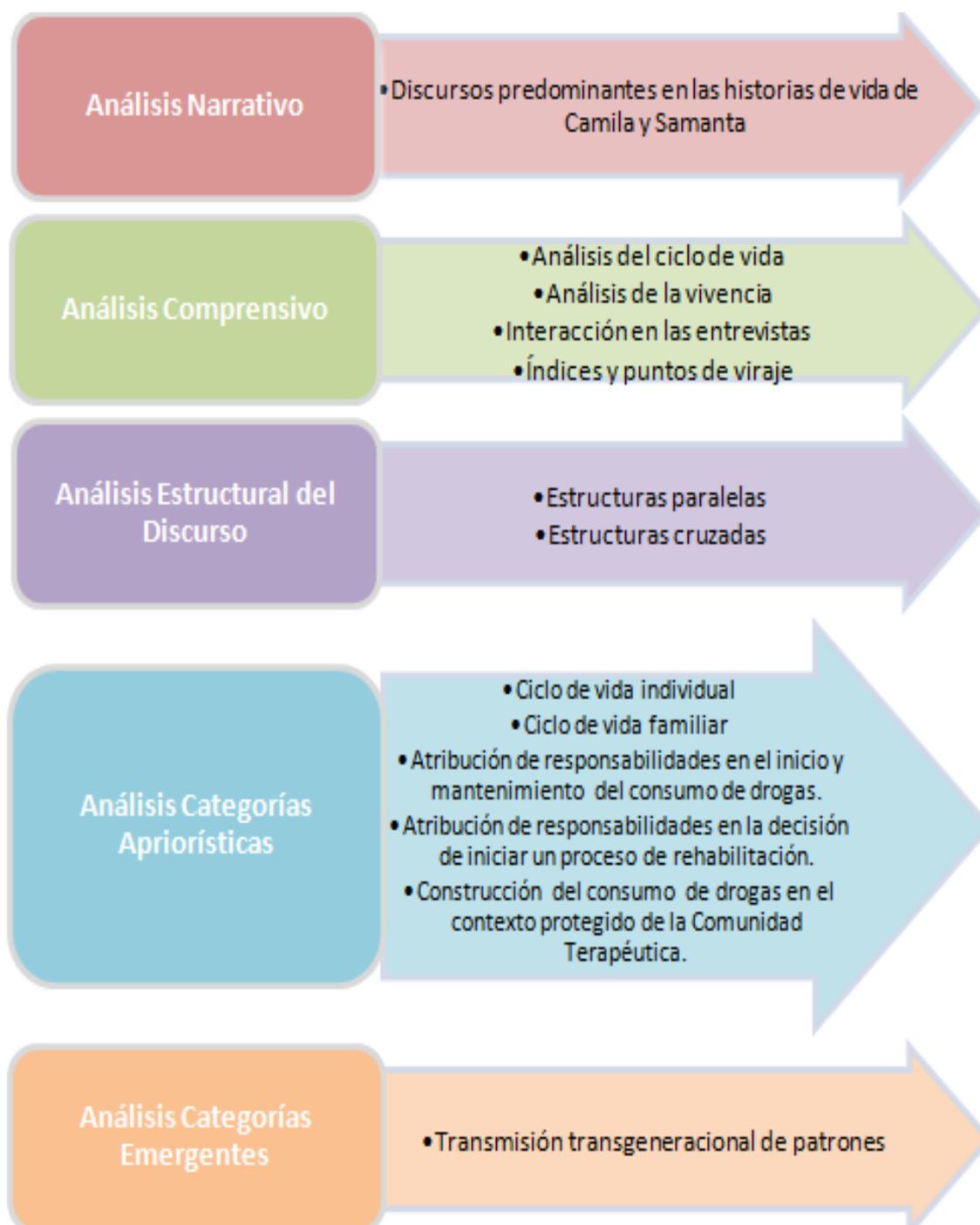
Además, realizamos un análisis estructural del discurso, a partir, del análisis del corpus textual de las Historias de Vida de las mujeres entrevistadas, con el propósito de dar cuenta de las unidades de sentido que componían los discursos (composición) y de las relaciones que existen entre estas unidades en el discurso analizado (combinación). Estas categorías o unidades mínimas de significado se denominan códigos y se definen a partir de relaciones de disyunción y de conjunción (Martinic, 1992, 1998).

Esta modalidad de análisis permitió identificar los discursos predominantes de cada mujer, con el objetivo de interpretar la atribución de significados a tales discursos, más allá de lo que enuncia y verbaliza el texto (Martinic, 2002).

El análisis de datos realizado en esta investigación es resumido en la Figura N°2:

Figura N°2

Plan de análisis del proceso investigativo



Finalmente, es preciso mencionar, que las categorías de análisis que fueron definidas apriorísticamente se mantuvieron sin alteraciones, sin embargo, se incluyeron categorías emergentes, entendidas como aquellas que surgen en el proceso mismo de la investigación (Cisterna, 2007). Tales categorías, se complementaron en el proceso analítico, dando origen a la malla temática, que tal como plantea Baeza (2002), permitió comprender la exploración realizada y ordenar los temas de interés investigativo, dando lugar a determinadas unidades temáticas, tales como: ciclo de vida individual y familiar, atribución de responsabilidades en el inicio y mantención del consumo de drogas, atribución de responsabilidades en la decisión de iniciar un proceso de rehabilitación y construcción del consumo de drogas en el contexto protegido de la Comunidad Terapéutica.

6.2 Perfil de las entrevistadas

Entrevistamos a cuatro mujeres usuarias de una Comunidad Terapéutica de la Región del Biobío que presentan consumo problemático de drogas, específicamente, consumo de alcohol y pasta base. Todas ellas han conformado familia y tienen hijos/as.

Con el objetivo de resguardar la privacidad de las entrevistadas, sus nombres fueron reemplazados por otros ficticios, elegidos por ellas mismas.

Camila: Tiene 24 años. Nació en la ciudad de Concepción, proviene de una familia biparental, dedicada al comercio. Sus padres están separados hace 6 años. Tiene 5 hermanos. En su familia de origen existen antecedentes de violencia intrafamiliar, ejercida por su madre hacia ella y consumo de drogas por parte de su padre y hermanos. Su padre tuvo problemas de alcoholismo y sus hermanos presentan consumo de marihuana. Uno de ellos, en particular, presenta consumo de pasta base. Camila es madre de 4 hijos/as, todos/as menores de edad. A los 16 años de edad fue madre de su primera hija. Tiene pareja desde hace 7 años, quien es el padre de 3 de sus hijos/as. Anteriormente, estuvo en tratamiento por consumo de pasta base en COSAM de Concepción. En Julio de 2015 ingresó a la Comunidad Terapéutica a rehabilitarse por su adicción a la pasta base. Hizo abandono del

tratamiento en Agosto de 2015. Con Camila se realizaron dos entrevistas durante el proceso de producción de datos (entrevistas semidirigidas o semiestructuradas). La Historia Oral recogida permitió construir su Historia de Vida.

Carolina: Tiene 27 años. Nació en la ciudad de Curanilahue. Proviene de una familia monoparental. Fue criada por su abuela paterna, no mantiene contacto con su madre. Tiene 2 hermanos/as. En su familia de origen existen antecedentes de violencia intrafamiliar, ejercida por su padre hacia ella y de consumo problemático de alcohol, por parte de ambos progenitores. Carolina es madre de 4 hijos/as, todos/as menores de edad. A los 17 años de edad fue madre de su primera hija. Tiene pareja desde hace 9 años, quien es el padre de 3 de sus hijos/as. Fue víctima de violencia intrafamiliar, por parte de su actual pareja. Anteriormente estuvo en tratamiento por adicción de alcohol en COSAM de Concepción. En Marzo de 2015 ingresó a la Comunidad Terapéutica a rehabilitarse por su adicción al alcohol. Hizo abandono del tratamiento en Julio de 2015. Con Carolina se realizó solo una entrevista, lo que no permitió concluir el trabajo de producción de datos. Por esta razón, no fue posible construir su Historia de Vida.

Ingrid: Tiene 44 años. Nació en la ciudad de Quirihue. Proviene de una familia monoparental. Fue criada por su madre junto a sus 3 hermanos. Es madre de 2 hijas, una de ellas adulta y la otra menor de edad. A los 17 años de edad fue madre de su primera hija. Es divorciada. En su historia familiar existen episodios de violencia intrafamiliar, ejercida por su ex marido hacia ella. En Diciembre de 2014 ingresó a la Comunidad Terapéutica a rehabilitarse por su adicción al alcohol. Actualmente se encuentra próxima a finalizar su proceso de rehabilitación. Con Ingrid sólo se realizó una entrevista, luego de la cual decide retirarse de la investigación. Cumpliendo el rigor ético de la voluntariedad, se detuvo el trabajo de producción de datos y no se realizó la construcción de esta Historia de Vida.

Samanta: Tiene 56 años. Nació en la ciudad de Concepción. Proviene de una familia biparental, sus padres se encuentran fallecidos. Tiene 4 hermanos/as. Es madre de 2 hijos/as, ambos/as mayores de edad. Separada hace 5 años. Fue víctima de abuso sexual en su adolescencia. Anteriormente estuvo en tratamiento por adicción de

alcohol en COSAM de Concepción. En Mayo de 2015 ingresó a la Comunidad Terapéutica a rehabilitarse por su adicción al alcohol. Con Samanta se realizaron cuatro entrevistas lo que permitió concluir el trabajo de producción de datos. La Historia Oral recogida con Samanta permitió construir su Historia de Vida.

A continuación se presentan dos Historias de Vida correspondientes a Camila y Samanta. El proceso desarrollado con ambas mujeres incluyó una aproximación etnográfica inicial, un denso proceso de producción de datos, la recogida de la Historia Oral y la construcción de las Historias de Vida respectivas.

6.3 El construccionismo social como abordaje teórico en el análisis de Historias de Vida

De acuerdo a lo planteado por White, citado por Magnabosco (2014), el Construccionismo Social está interesado en desentrañar cómo las personas determinan las maneras preferibles de vivir, de interactuar consigo mismas y con los demás. Asimismo, la autora agrega que:

Si lo que viven, y la manera en que viven, no es bueno para los individuos, es posible explorar otras maneras de vivir y de pensar, trayendo a tono un reservorio de historias acerca de cómo podrían vivir mejor, liberarse de los relatos negativos y dominantes que tienen sobre sí mismos, poniendo en práctica lo que los significados alternativos posibilitan (White, 2002: 236).

Tales elementos teóricos, han permitido analizar e interpretar los significados que Camila y Samanta atribuyen a diversos eventos relevantes de su experiencia vital, específicamente en lo que respecta a su ciclo vital familiar e individual, inicio y mantenimiento de una conducta adictiva, decisión de iniciar un proceso de rehabilitación y la visión que éstas tienen de su consumo de drogas en el contexto protegido de la Comunidad Terapéutica (categorías apriorísticas), además, los aportes del Construccionismo Social permitieron identificar e interpretar la transmisión de patrones intergeneracionales que han replicado desde sus familias de origen (categoría emergente).

6.4 El análisis narrativo y su aporte teórico en el análisis de Historias de Vida

La narrativa es la matriz para la organización de los significados, para dar sentido a las experiencias, el mundo, los/as otros/as y nosotros/as mismos/as, siendo concebidas las personas como narradoras de sus propias historias. Es preciso mencionar, que las narraciones que construyen los/as sujetos/as no pueden abarcar todas las riquezas de la experiencia de vida, ya que estos/as seleccionan ciertos elementos de su experiencia vital y dejan otros de lado, configurando un relato parcial y fragmentado (Bruner, 1994). Por lo anterior, en el análisis narrativo es fundamental el rol del/la investigador/a, pues éste/a es quien construye la narrativa e interpreta los significados atribuidos por el/a sujeto/a (Bernasconi, 2011).

El aporte teórico del análisis narrativo en esta investigación, permitió identificar los discursos predominantes que Camila y Samanta construyen acerca de los roles familiares, del rol materno y de mujer trabajadora, asimismo, posibilitó evidenciar los discursos hegemónicos que construyen en torno a su consumo de drogas y al proceso terapéutico, permitiendo develar los significados que Camila y Samanta atribuyen a estos discursos, en virtud del contexto social y cultural al que pertenecen.

6.5 Construcción narrativa de la Historia Oral

Con el propósito de clarificar el proceso de construcción de historia de vida de las mujeres entrevistadas, es preciso distinguir la diferencia que existe entre la historia oral y la construcción narrativa que se llevó a cabo, para transformar tales relatos.

En este sentido, Denzin (1989), define el relato de vida o historia oral como la enunciación, escrita u oral, por parte de un narrador de su vida o parte de ella. Mientras que la historia de vida es una producción distinta, pues contempla la interpretación que hace el/la investigador/a al reconstruir el relato, en función de distintas categorías conceptuales, temporales, temáticas, entre otras. En este caso, la construcción de la Historia de Vida se centró en el ciclo vital individual y familiar de las entrevistadas; el inicio, mantenimiento y rehabilitación del consumo de drogas y la construcción del consumo de drogas en un contexto protegido.

En conclusión, se realizó una construcción conjunta de relatos (Muñoz, 2003), donde Camila y Samanta compartieron sus experiencias vitales, mientras las tesisistas transformamos los significados aislados del relato de las mujeres, en unidades narrativas con mayores niveles de integralidad.

6.6 Historia de Vida de Camila

Ciclo de vida individual y familiar

Mi nombre es Camila, tengo 24 años, tengo 4 hijos, vivo con mi mamá. Estoy aquí hace 2 meses, por consumo de pasta base.

Vengo de una familia de comerciantes. Mis papás son comerciantes, 1 de mis hermanos es comerciante y yo soy comerciante. Igual he trabajado en empresas, pero me gusta más el comercio porque me da plata al tiro y nadie me manda y gano más plata. No tengo jefe, yo soy mi jefa.

No me gusta mucho el comercio, por mis hijos, porque a mis hijos les va a gustar lo mismo cuando sean grandes. Porque un niño que nace de una familia comerciante, lo más probable, es que él sea comerciante. Depende de los cuidados que le den los papás. Pero yo no pretendo darles esa educación a mis hijos, pretendo que sean más que yo, aunque sé que el comercio da plata. Igual le voy a enseñar a mis hijas cuando sean más grandes a ser comerciantes, por si algún día fracasan en su vida, pa' que sepan que nunca tienen que depender de un hombre. Porque yo tengo mis 4 hijos y de repente sí siento que con el papá de los hijos uno tiene más, pero igual pienso que una mujer sola con hijos puede salir adelante.

Mis papás me quieren hartos. Los 2 me quieren. Son separados hace 6 años. Mi papá se casó de nuevo, tiene su pareja. Me llevo bien con su pareja y también con los hijos de la pareja de él. Porque es lo que él se buscó y si a él lo hace feliz, yo igual soy feliz. Y mi mamá está sola, con mi hija mayor. Pero, están bien los 2. A los 2 los veo, a los 2 los quiero. Igual les tengo resentimiento.

Con mi papá tengo resentimiento porque siempre vi que engañaba a mi mamá. Yo cuando era chica siempre vi engaño. Y de mi mamá tengo rencor, rabia, no sé qué palabra ponerle, por el maltrato que me daba ella. Me pegaba, me gritaba. Me decía que era tonta, pero tonta no soy. Pero igual la perdono, porque quizás ella no lo quiso hacer de esa manera, o quería enseñarme algo y no lo supo hacer noma'. Pero los quiero, porque si no hubiera sido por ellos no estaría aquí. No sería nadie, no hubiera nacido.

Mi papá era alcohólico y mis hermanos fuman marihuana. Había 1 que fumaba pasta base. Mi papá tomaba alcohol en la cantina y llegaba ebrio. Cuando tomaba era aburrio', malo que hablaba, parecía cura (risas). Era bueno pa' hablar y lloraba. Sin consumo era tranquilo, cariñoso. Cuando estaba tomado me abrazaba y le colgaban los mocos. Me daba asco. Mi mamá siempre alegaba con él. Lo regañaba, porque él se gastaba la plata del día, la que se ganaban trabajando en el comercio. Siempre lo retaba, pero él nunca entendía. Pero está bien que lo retara po', si se gastaba la plata (risas). Si mi mamá trabajaba todo el día y después mi papá decía voy a comprar y llegaba todo curao' y sin plata. Cualquiera se enoja. Y él no le pegaba a mi mamá, ni a mí tampoco. Él me pegó una sola vez, pero no me pegó fuerte. Me dio una cacheta' y no le hablé como en un mes. Me pegó porque yo hice algo escondía' de él pu'.

Tengo 5 hermanos y mi relación con ellos es más o menos, porque no son hermanos, hermanos. Son hermanos por parte de mamá noma'. Pero con el más chico me llevo bien y con el mayor un poco más bien que con los otros. Con los otros me llevo más o menos, porque son alterados, agresivos. Y pienso que por eso yo igual soy agresiva desde chica. Donde me crié con puros hombres y mi misión era defenderme. Si a mí me pegaban yo pegaba más fuerte. Si a mí me decían una palabra fea yo decía el doble de fea.

Fui mamá soltera. Era muy joven, yo tenía 16 y él 17. Tuve que enfrentar la vida, trabajar. Hacerme cargo de lo que había hecho. Sacar adelante a mi hija ya que el

papá brillaba por su ausencia. Él nunca ha sido un papá presente. Lo único que ha hecho fue reconocer a mi hija ahora que tiene 8 años. No sé cómo lo hizo, pero fue al registro civil, la reconoció, le puso sus apellidos. Él ha estado toda su vida preso. A mí no me interesa que él esté preso y van a tener que pagar sus papás una pensión a mi mamá. Mi mamá necesita plata, porque mi hija estudia, es buena para comer, necesita su colación. Y aparte que ella tiene que tomar unas pastillas para mantenerse tranquila en la sala de clases. Yo creo que es deber de él como papá ayudarnos, ya que es su única hija. Independiente que tuviera más hijos tiene que hacerse cargo de sus actos, así como yo lo hice joven.

Mi hija sabe que él es su papá, pero es como que no le interesara. Yo pienso que no le interesa, pero igual lo quiere, pero más cariño le tiene a mi pareja actual que a él. A mi pareja también le dice papá. Es que él le compra cosas, la saca con sus hermanos. No hace mucho por ella, pero lo poco que hace, ella se da cuenta.

Al papá de mi hija mayor lo conocí en un velorio. Me robó un beso y ahí después al tiempo nos fuimos haciendo novios. Duré como 4 años con él. Y lo dejé cuando tenía 5 meses de embarazo. Yo no sabía que estaba embarazada y habíamos terminado. Y cuando le fui a decir él dijo que sí, que era el papá de la güagüa. Y su mamá dijo que no, que él era muy niño pa' ser papá, que no podía tener hijos. Ella dijo que no podía engendrar porque era muy chico po'. Entonces me enojé, le respondí de mala manera y me fui, porque le dije que yo igual podía sola. Y sola saqué a mi hija, bueno no sola po', mi mamá me ayudó hasta que mi hija tenía 1 año, cuando me fui con mi pareja actual. Me hubiera gustado llevármela, pero la vida da vueltas po'. No me la pude llevar.

Cuando quedé embarazada, la primera vez, mi mamá estaba contenta. Yo no estaba tan contenta, porque no esperaba una güagüa. Y a mi papá no sé lo que le pasó, pero quería reconocerla él pa' que yo no tuviera hijos tan joven. Yo le dije que no, que era mi hija. Y ahí me dejaron reconocerla. Mis hermanos le tomaron mala al papá de mi hija. Se subieron todos a la camioneta a buscar al sospechoso. Los llevé

a la casa de él y golpearon fuerte la puerta de su casa. Y le dijeron a su mamá ¿está su hijo? Ella les dijo no, anda en las máquinas. Vaya a buscarlo altiro, porque tiene que venir a dar cara, le dijeron. Igual yo pienso que él tenía miedo porque no conocía a mis hermanos, sólo 1 de mis hermanos lo conocía.

Mi familia nunca se enteró que yo estaba pololiando con él. Yo tenía miedo de decirle a mi mamá, porque me iba a pegar pu'. Si ella no me dejaba pololear, no me dejaba tener amigos, nada. Nunca hablamos de eso. Yo tenía miedo de preguntarle cosas. Siempre hacía lo que me decía noma'. Mi mamá sufrió un aneurisma, no puedo hablar con ella pu'. Yo puedo hablarle, pero no le voy a entender lo que me dice. Y ella está consciente de todo, pero no puede hablar, expresarse. Por ejemplo, si ella me dijera no puedo, porque tenía miedo de que te pasara algo, no le voy a entender. Porque no entiendo cómo habla, entiendo algunas cosas. Pero no sé, lo tomo bien. Me da lo mismo ahora, porque yo hago mi vida sola.

Yo no tenía güata, si supe que estaba embarazada por unas ganas de vomitar que tenía. Y a mi mamá cuando le dijeron que a lo mejor estaba embaraza' dijo pero si mi hija no tiene pololo (risas). Yo no sospechaba porque como estaba con regla siempre. Y mis hermanos pensaron que yo lo tenía oculto. Pero me daba lo mismo lo que pensarán mis hermanos, porque la güagüa era mía. Y si yo lo ocultaba o no lo ocultaba era problema mío. Pero no lo tuve oculto pu'. No me di cuenta noma'. Esa vez que me sentí mal me llevaron al hospital porque me había mareado, estaba pálida. Y yo le dije a mi mamá que quería ver a la matrona porque me dolían los ovarios. La matrona decía que era un tumor, que era un quiste, menos güagüa. Nunca me pillaban la güagüa (risas). Y después la pillaron cuando me pusieron una cuestión aquí (ecógrafo) y empezó el latido de la güagüa. Así puaf puaf puaf. Me puse a llorar, porque tenía a una güagüa dentro de mí. Sus latidos me llamaron la atención. Mi mamá pensó que lloraba de miedo, pero no lloraba de miedo.

En el momento que mi mamá se dio cuenta de mi embarazo me dijo que no importaba, que eran bendiciones. Pero pa' mí no era una bendición. En el momento

no era una bendición, porque era muy chica yo. Se me iban a privar mis cosas po'. No iba a poder estudiar. Quería seguir estudiando yo. Pero ahora no quiero estudiar. No me interesa. Me interesa trabajar, porque si estudio nadie le va a dar a mis hijos. Y si trabajo que trabaje yo noma' y ellos que estudien pa' que después me den (risas).

A mi pareja actual la conocí cuando íbamos en la nocturna. Él iba en un curso más grande que yo po', a mí me gustaba él. Yo no le gustaba, porque yo era muy flaite. Siempre se arrancaba de mí. No le gustaba yo, porque decía que era muy chora, que era muy insolente, muy barsúa'. Y a todos les decía que él no iba estar conmigo, porque a él no le gustaban las mujeres así. Nos acercamos para el año nuevo, nos hicimos amigos conversando. Y llegamos a amigos po'. Después decidimos que cuando nos fuéramos de nuestras casas, porque yo quería irme de mi casa y él igual, él iba a trabajar y yo iba a ser su emplea', pa' que me viera. No le gustaba yo, hasta que nos pusimos a conversar, y no sé qué le fue gustando de mí, si yo era flaite como él decía (risas) se arrancaba. Después nos hicimos amigos, cuando yo tenía problemas le contaba y él también me contaba sus problemas. Pero nunca pensamos que íbamos a ser pareja.

Llevamos 7 años ya y tenemos 3 hijos, 2 viven con mi suegra y 1 con mi tía, mientras yo estoy aquí. No a muchos les gusta mi pareja, pero yo me siento bien con él. Con él fue todo rápido, pololeamos como 1 mes y nos fuimos a vivir juntos, nos arrancamos, porque a mi mamá no le gustaba él para mí y a mí me gustaba él para mí (risas). De primera no le gustaba porque mi mamá no quería que yo me despegara del lado de ella. O sea, yo siento que pa' mi mamá era su esclava. Porque yo era la encargada de hacer el aseo, de mantener limpio, aparte de estudiar y de mi hija. Yo pa' salir a pololear tenía 1 hora de permiso. Si iba al centro no podía ir porque tenía 1 hora. Si me demoraba yo sabía que en la casa me iban a estar esperando. Si llegaba tarde mi mamá me retaba o me pegaba. Entonces decidí irme de la casa, porque no quería que me pegaran más ni que me mandaran. Me aburrí.

Me fui a vivir a Talcahuano. Me fui con lo puro puesto. Mi familia me vio solamente cuando fui a buscar a mi hija. Cuando me fui a robar a mi hija. Me la fui a robar porque siempre tuve miedo de llevármela, porque como yo era menor de edad, mi mamá me decía que siempre que tuviera una pareja ella no me iba a dejar llevármela, porque mi pareja se la podía violar, que le podía pegar. Me metía miedo. Y aparte, me decía que si yo me llevaba a mi hija, ella me la iba a quitar igual en la justicia. Porque yo era menor de edad, y ella podía inventar cualquier cosa y le iban a creer a ella en vez de a mí. Entonces por eso sentí miedo de llevarme a mi hija. Igual sé que mi hija está bien ahí, con mi mamá. Pero encuentro que no es justo que esté con mi mamá en vez de que conmigo.

Cuando estuve bien fui a pedir a mi hija. Me la prestaban un rato, con supervisión de alguien, entonces yo mandé a comprar unas toallas higiénicas a la niña que me supervisaba, aunque yo no andaba enferma, lo hice pa' que se metiera al negocio y ahí me arranqué con mi hija. Y cuando llegué a donde yo iba a vivir, con lo poco que yo iba a vivir sabía que podía tener a mi hija ahí. Sabía que era un lugar bueno y estaba mi pareja. Y me siguieron mis hermanos y mi mamá. Siguieron a mi pareja y supieron dónde estábamos. Y por miedo que le hicieran algo a mi pareja entregué a mi hija. Estuve un puro día con ella. Le tuve mala a toda mi familia en ese momento, porque me sacaron pistola, me trataron mal. Me pegaban para que soltara a mi hija, no la quería soltar po'. Mi hija lloraba y me abrazaba noma'.

Después de eso, mi pareja actual planeó que yo fuera a buscar a mi hija porque yo lloraba todos los días, porque no la veía. Y sabía que si la iba a ver no iba a poder estar con ella. (Se llenan sus ojos de lágrimas) pero ella sabe lo que pasó po', sabe todo lo que he pasado yo por ella (en este momento se emociona hasta las lágrimas). Yo siempre le doy lo que puedo. Cuando ella me pide algo yo se lo compro si tengo plata.

Pasaron como 2 años y yo decidí con mi pareja tener otro hijo. Yo lo decidí porque él me veía que lloraba. Que echaba de menos a mi hija. Y, pa' no echarla tanto de

menos. Y ahí nos pusimos de acuerdo y tuvimos otra hija. Y a nuestra tercera hija no la planeamos, llegó sola. Y mi hijo menor yo lo quería, porque yo quería tener un hombre. Quería tener un hombre y a él yo lo quería, pero no estaba en los planes de nosotros tener otro hijo, otra güagüa. Quedé embarazada con las inyecciones. Y siempre me dijeron que era mujer mi güagüa y era hombre. Hasta la última eco creí que era mujer. Cuando la fui a tener le había llevado pura ropa de mujer. Yo no sabía cambiarle paños a mi hijo. Porque para limpiarlo es diferente de limpiar a una güagüa mujer. Yo estaba acostumbrada a limpiar niñitas noma'. No sabía cómo tenía que limpiarlo bien. Y después aprendí po'. Pero igual es diferente (risas). Cuando lo vi de primera no lo quería. Siempre estuvo en mis planes tener un hombre, pero cuando lo tuve no lo quería, porque me habían dicho que era mujer po'. No tenía nombre de niñito, no le había buscado nombre. Y no le había comprado ropa como para él, había comprado puras cosas de niñita.

Mi suegra siempre ha estado conmigo. Siempre me ha ayudado, ahora me cuida a mis hijos. De primera nos llevábamos bien, pero después se transformó en mal, porque yo andaba en consumo y a ninguna suegra le va a gustar una nuera que consume. Y ahí había sus roces con ella, pero es entendible.

A mí igual me gusta estar con mi mamá, pero lo que yo le cuente ella no me puede aconsejar. Igual estoy tiempo con ella, cosa que antes no hacía. Antes trataba de no estar con ella. Ahora trato de llevar las cosas mejor con ella. Igual borrando heridas pu'. No se puede borrar todo en un día lo que uno vive. Porque si yo me pongo a analizar mis cosas, yo pienso que la persona que a mí más me hizo daño fue mi mamá.

La gente que más me hizo daño fue mi familia, mis hermanos y mi mamá, en quitarme a mi hija. Porque aunque yo hubiera sido menor de edad, no tenían derecho a quitarme a mi hija. Era mi hija. Yo menor de edad o mayor tenía el derecho de aprender a ser mamá. Aprender a cuidarla, a ver sus lágrimas, a hacer sus tareas con ella. Entonces a mí eso me duele (se llenan sus ojos de lágrimas). Me duele que

mi mamá sea mi mamá. A lo mejor ella lo quiso pa' bien pa' mí, para que a mi hija no le pasara nada. Yo entiendo eso. Pero no me dejó ser mamá. Mi hija sabe que yo soy su mamá. Pero yo nunca he podido demostrarle lo que yo siento a mi hija. Si analizo las cosas pienso que mi mamá fue la que más me ha hecho daño. Desde chica, cuando me pegaba igual. Eso igual me dejó marcá'. Igual pienso que ella me quería y no lo supo hacer como mamá (suspira). Pero las cosas que más me marcaron fue eso. Y de que mi papá la engañara igual me afectó. Pero ya no me afecta, porque como soy grande entiendo más. Antes no, antes yo lloraba, corría por mi papá. Ahora no. Entiendo que si él tiene otra pareja es lo que él decidió. Se casó y yo le dije: papi yo acepto a tu señora porque escogiste bien.

Cuando voy a visitar a mi papá, todavía no estoy ni entrando y su pareja me dice ¿Camila queri' un tesito?, ¿Camila queri' comer?, esto y esto. Entonces me llevo bien con ella. Y mi mamá como no le entiendo mucho, es como que yo tengo que hacer las cosas. Y si yo cocino ella come, si yo no cocino ella no cocina. Entonces no po'. Yo pienso que ella no tiene que depender de mí, porque yo ya salí de su nido ya. Mi nido ahora son mis hijos y mi pareja. Y, aunque no tenga mi pareja, mi nido soy yo y mis hijos. Porque el nido se va, se arma y después se vuelve a armar.

Inicio y mantención del consumo de drogas

Empezamos a consumir los 2 con mi pareja, por amistades. Caímos los 2 en el mismo hoyo, y de ahí quedamos pegados. Estábamos con unos amigos compartiendo. Yo estaba fumándome un cigarro, conversando, cuando sacaron ese polvito blanco, en papeles chicos. Lo empecé a probar en cigarro como los tabacazos. A los tabacazos se les bota la mitad del cigarro y se reemplaza por pasta base y se mezcla y ahí. Hace menos efecto que con la pipa, pero igual hace algo. Y ahí empecé con el consumo los 15 y los 30 de cada mes, porque ahí teníamos plata pa' comprar. Y después ya me hice más adicta. Empecé a fumar todos los días. Dormía todo el día y salía.

Al comienzo comprábamos 5 pa' cada uno y lo consumíamos en 1 día, en un rato. Yo no veía nada. Él veía cosas, veía duendes, veía gente pasar, sombras. Yo lo único que escuchaba eran voces, puras voces de mi familia, de mis hermanos, o sentía miedo. Pero nunca vi nada, como un duende o escuchaba noma' que andaban hablando. Después de consumir me quedaba maria' con gana de dormir o con ganas de seguir consumiendo. No me daba hambre. Yo no comía ni tomaba agua, fumaba no más. Después cuando ya estaba lúcida me daba hambre, me venía el bajón. Cuando estaba fumando me sentía con miedo. Miedo a que me pegaran. Siempre en mi miedo estuvo mi mamá y mis hermanos. Pero no sé por qué.

Cuando consumía les dejaba mis hijos a mi suegra, o se los prestaba a una vecina que me los cuidara un rato, para que no les pasara nada, porque yo me desorbitaba. No me gustaba el boche, me perseguía con el boche. Entonces era más para que no estuvieran cerca de mí, porque si se caía uno, o si le caía el termo, o prendían fuego. Entonces era más para sacarlos de ahí. Esa era la precaución de que ellos no me vieran. Yo le pagaba a mi suegra por dejárselos ahí un rato. Pero le mentía a ella, le decía que iba al súper, o que iba donde una amiga y si me los puede cuidar un rato. Le decía por último le pago 3 luquitas. Y después cuando tenía que ir a buscarlos no los iba a buscar, porque sabía que ahí estaban bien. Esperaba que se me acabara el efecto, y los iba a buscar al otro día. Cuando mi suegra me llamaba apagaba el teléfono y le decía que se me descargó el teléfono y que no podía ir a buscarlos. Pero después se empezó a dar cuenta, porque me decía andai' puro webiando (risas). Ella me dijo vo' te andai' volándote. Y yo le dije a 'onde, ¿quién le dijo eso? es mentira. Siempre negué.

A mi hijo menor me lo quitaron. Ya me habían quitado a mis 2 hijas por consumo ya pu', por posible consumo, porque habían dicho que yo consumía, pero yo siempre lo negué. Pero cuando me quitaron a mis hijas asumí un poco y cuando me quitaron a mi hijo asumí más. De que me quitaron a mi hijo pasaron como 4 meses que yo seguí fumando, fumando, fumando, fumando, fumando, fumando, fumando. Puro fumar, fumar, fumar, fumar. Pero después ya no podía fumar. Escuchaba la voz de

mi hijo cuando fumaba. Escuchaba su llanto o empecé a ponerme como depresiva, no sé qué me había pasado. Empecé a ponerme como triste. Me pegaba un pipazo y me daban ganas de llorar o de matarme. Y de ahí me vine para acá. Decidí buscar ayuda, porque en cualquier momento iba a acabar con mi vida. Intenté suicidarme una sola vez. Estaba ahorcándome cuando me sacó un amigo de consumo, que me pilló. No tengo muchos recuerdos de ese día, y no me quiero acordar.

Cuando me quitaron a mi hijo, yo andaba consumiendo. No estaba con él en ese momento, estaba mi mamá y se lo quitaron a mi mamá. Por un lado siento que está bien. Siento que está bien que me hayan quitado a mi hijo, porque así toqué fondo y me di cuenta de lo que estaba pasando. De primera lo tomé mal, porque como andaba en consumo, uno no piensa bien. Pero por un lado, lo tomo bien. Lo tomo bien, y no me gustan las reglas que me ponen a veces, pero tengo que acatarlas, porque es para el bienestar de ellos. Probablemente a uno de ellos le hubiese podido pasar algo. Porque uno nunca sabe lo que puede pasar. A lo mejor Dios lo quiso así para arreglar las cosas.

Antes de consumir, con mi pareja teníamos hartas cosas. No cosas valiosas, pero igual hacían feliz. Teníamos nuestra casa forma', con todas nuestras cosas, sillones, todo. Y después los 2 fuimos vendiendo las cosas, no tanto por consumo. Mi pareja y yo más nos perjudicamos cuando nos quitaron a nuestros hijos. Ahí empecé yo más a consumir. Aunque él me dijera que no, yo consumía más noma', porque quería olvidarme que no estaba con mis hijos. Y después, ya cuando me quitaron mi hijo más chico ahí quedó la embara'. Ahí, quedó la embara', porque yo me distorsioné. No quería que nadie me dijera nada, y si me decían algo no me interesaba. No me interesaba el mundo, no me interesaba nada. Pero ahora sí me interesa. Ahora no me interesa lo que el mundo piense, me interesa saber que yo puedo recuperar a mis hijos. Estando fuera o dentro del programa lo puedo hacer igual. Porque afuera puedo pedir ayuda en el COSAM. Y aquí le puedo pedir ayuda a mi gestora.

Me di cuenta que el consumo se agravaba porque después el cuerpo me pedía po', más de la cantidad que fumaba. Si tenía plata me empezaba a doler el estómago o me daban ganas de vomitar. Eran síntomas pa' mí. Y después si tenía \$5.000 me gastaba 2 lucas o a veces cocinaba con 3 pu'. Yo consumía más que mi pareja, porque él trabajaba pu' y cuando él llegaba a la casa a mí ya se me quitaba el efecto. Pasaba piola (risas). Yo consumía a escondidas. Aunque yo después le he dicho a él que me fumaba la plata (risas). Yo le digo las cosas que había hecho, pero él no me dice nada, porque no dejo que me reclame, porque ya pasó ya.

Proceso de Rehabilitación en la Comunidad Terapéutica

En el momento en que supe que iba a llegar acá seguí fumando, pa' despedirme, como una despedía'. Yo le decía a mis amigos que quería seguir fumando porque después no iba a fumar más. Y yo pienso que así fue po'. Porque he tenido plata pa' fumar y no he querido fumar. Cada vez que salgo de pase tengo plata, pero no quiero fumar. No he recaído ninguna vez gracias a Dios. Gracias a Dios porque él me ayuda. Y me han venido síntomas sí. Antes de venirme pa'ca', delante me vinieron síntomas. Pero no los inflo los síntomas. Me dieron ganas de vomitar, me dolía la güata.

Antes estuve en el COSAM y estuve 2 meses y medio sin consumir, después recaí y la recaída fue peor. Recaí consumiendo el doble de lo que consumía antes. Haciéndome más adicta de lo que fumaba. Pero llegué a estar mal, mal, mal en estado físico y psicológico. Decidí venirme. Decidí buscar una cura pa' mí, porque yo soy alguien, yo me considero valiente y considero que yo valgo más, aunque digan que no valgo, yo valgo.

Cuando iba a ingresar a la comunidad, tenía miedo. Unas personas me decían, vai' a estar todo el día dopa'. Yo pensaba eso, pero no ando dopa' po'. Incluso tomo menos pastillas que las que tomaba antes. Así que pa' mí es un logro. Yo me imaginaba en la Comunidad Terapéutica tomando pastillas, acostá', viendo tele, relajándome, pero

no es así po'. Tengo que hacer mis cosas, el aseo. Pero no encuentro algo pesao' porque es algo que uno hace en su casa. Sería muy floja si dijera: no, sabe que no me gusta barrer. A todos nos gusta barrer, mopear, lavar loza, lavar su ropa, ordenar. Hay compañeras más desordenadas que las otras, pero no todas somos iguales.

Cuando tomé la decisión de entrar acá se lo conté a mi mamá noma'. A ella y a la Directora de la Comunidad Terapéutica. Pero yo pienso que ahí mentí, porque yo le dije que quería hacerlo más por mi mamá. Pa' no hacerla sufrir, porque ella igual sufría harto, en verme a mí como yo andaba. Pero yo pienso que no voy a hacerlo por mi mamá, ni por nadie. Lo voy a hacer por mí y por mi vida.

Ya voy a cumplir 2 meses en la comunidad, y yo decidí ingresar acá porque yo me aburrí de lo que estaba viviendo. Me aburrí de andar en consumo. Me aburrí de hacer sufrir a mi familia, hacer sufrir a mis hijos.

A diferencia de un tratamiento ambulatorio esto lo encuentro mejor. Siento que están más pendiente de mí, si me pasa algo tengo a alguien, tengo mi médico, mi paramédico también. Tengo personas como ustedes, como los talleres. Es ma' entretenio' que afuera po'. Afuera no hay tanta atención. Afuera es poco, te dicen cómo estai', cómo te sentí', ya te vamo' a darte pastilla. Y ahí no ven cómo está una del corazón, de pensamiento. Y uno puede mentir, y ellos no se dan cuenta. Y aquí no, porque la gente lo conoce, aunque sea una mentira bien chiquitita la pillan igual.

La primera semana acá fue fea, fea, fea, fea, fea, fea. Estaba muy triste, quería irme, quería quedarme. No sabía lo que quería. Quería irme, pero no quería fracasarle a mi hijo, no quería decepcionarlo. Pero como no soy chica, preferí quedarme por mí, por mí, porque tengo que hacer las cosas bien pa' tener a mis hijos, y si las hago mal, voy a seguir en el camino que estaba antes. Pero, de primera fue mala la semana, quería puro dormir, descansar, tenía el cuerpo delicado. Llegué con mi mamá, mi hija mayor y una funcionaria de la comunidad. Y de la última

persona, que nunca me voy a olvidar que me despedí, que yo pensé que nunca más iba a estar con él, fue el papá de mi hijo.

Tenía que venirme en la mañana yo y en la noche me fui a despedirme de todos mis hijos y yo me puse seria y le dije a mi pareja que no quería estar nunca más con él, que quería recuperarme, que no sabía si lo quería. Sabía que me venía, pero sabía que lo quería un poco, no tenía nada así fijo. Lo único que le dije fue chao porque voy apura' con mi hijo, con el hijo de nosotros. Le dije, me voy, ya chao despídete de la güagüa. Y después iba como una cuadra, y me dijo, Camila, no me olvidi' nunca. Y se puso a llorar y eso me dejó (suspira). Me vine todo el camino llorando, pensando que dejaba al amor de mi vida, al papá de mi hijo y aquí me doy cuenta que todavía lo quiero, lo echo mucho de menos y me gusta su forma de ser cuando lo he ido a ver pu', nos estamos conociendo de nuevo yo creo (se ríe), pero las cosas se irán dando con el tiempo, así como lo puedo estar conociendo de nuevo, me puedo decepcionar. Así que, si me decepciono, tengo que seguir adelante noma'.

Antes los dos nos tratábamos mal, yo le decía a mi pareja puras insolencias. Lo trataba de la manera más baja que uno puede tratar a un hombre. Yo le decía que no valía nada, que era cualquier wea menos un papá, que era un parásito, que estaba pegado a las faldas de su mamá. Lo trataba muy mal. Así me trataba él, mal igual, así nos tratábamos. Pero gracias a estar en la Comunidad Terapéutica estoy aprendiendo lo que tenía al lao' y él está aprendiendo de la mujer que perdió. Y estamos tratando de recuperarno', a echarle pa' adelante no ma'. Él me dice que nos casemos pero después que termine mi proceso y tengamo' una casa.

Aquí en la Comunidad me negaron la visita de mi pareja, porque según ellos no es apto para estar conmigo, porque es factor de riesgo para mí. Es un factor de riesgo porque yo fumaba con él. Y por mí creen un poco que yo no consuma, porque yo estoy aquí. Pero de él no creen, porque él se está haciendo un tratamiento ambulatorio. Pero no me interesa lo que piensen mis gestoras, porque él es el papá de mis hijos pu'.

Siento que mi pareja me está apoyando dentro de lo que se puede. No sé si estaré equivocada o no, pero lo siento así. Me puse muy contenta el domingo, porque lo llamé y él había ido a ver a mi hijo. Hablé con mi tía y escuché la voz de mi hijo y quedó la embarra'. Me dio tanta pena. Sentí tanto no estar en ese momento con él, me sentí mal. Pero son cosas de la vida. Sí lloré, porque tenía que llorar, pero más allá no. Ahora sí ando pensativa, pero por mis culpas yo pienso, por mis culpas de lo malo que hice, por el daño que hice. Antes no me daba cuenta. Y ahora sí. Dejé la embarra' antes. Sí dejé la embarra' y perdí a mis hijos, porque no los tengo. Pero no están perdidos, porque los puedo recuperar, eso depende de mí. Yo quiero poner todo mi entusiasmo. Pero sí tengo en claro que si algún día me llevo a ir de aquí mis esperanzas no se van a ir. Sé que si me llevo a ir, sigo en el COSAM. Y aunque me pidan que vaya 100 veces en el mes, voy a ir las 100 veces porque es por mí. Y si me mejoro yo y estoy bien voy a recuperar a mis hijos, que es lo que más quiero.

Mi pareja se preocupa por mí, no quiere que consuma, tiene miedo. Yo pienso que tiene miedo, porque siempre anda encima de mí pa' que no consuma. Y si fuera un factor de riesgo, como aquí le llaman, él me diría fumemos o vamos a comprar un poco. Pero, él siempre que salimos los dos me cuida y trata de evitar que pase por donde yo pasaba cuando fumaba.

Lo que piensan aquí yo pienso que está mal, porque él hace las cosas diferentes afuera. Me da lo mismo lo que piensen las funcionarias del programa. Me da lo mismo que ellas piensen que mi pareja es un factor de riesgo para mí. Son mis sentimientos, a lo que sienten ellas, porque ellas no sienten nada. Yo sí siento por él. Yo siento igual pu', que lo tengo que ayudar, porque si nos metimos los 2 al consumo, no es justo que yo esté saliendo y que él quede en el consumo, porque los 2 nos metimos en el mismo hoyo. Si puedo salir a flote y lo puedo ayudar, lo voy a hacer. Los 2 queremos salir adelante, porque queremos recuperar nuestros hijos, y las cosas que teníamos antes.

Él ahora está haciéndose el tratamiento, pero no creen en él porque ha faltado al tratamiento. Pero, las funcionarias de aquí no entienden eso. Pero yo entiendo, porque si él está recién trabajando, lleva menos de 2 meses, uno en un trabajo no va a llegar el primer mes a pedir permiso pa' hacer trámites de consultorio y de drogadicción. Da vergüenza. Yo pienso que aquí le ponen mucho color, porque él me dice a mí que no está consumiendo y que él no ha ido al COSAM por problemas del trabajo, porque llega tarde. Pero aquí lo tienen considerado como que él no hace nada por nosotros. Pero me da lo mismo, si a lo que salga de acá igual lo voy a ir a ver.

En el programa me dijeron que yo tengo que quedarme con mi mamá cuando salga de pase, pero no lo voy a hacer, porque yo me siento mejor quedándome con mis hijos y mi pareja, antes que con mi mamá y mi otra hija. Igual las quiero a las 2. Pero comparto con 1 sola hija y mi mamá. En cambio allá comparto con mis 2 cabezonas chicas, que siempre estuvieron al lado mío y mi pareja y mi suegra igual. Hay más gente a mí alrededor. Entonces estoy con ella, pero un rato y en la noche me quedo con mi pareja. Y cuando me vengo pa'ca mi mamá me viene a dejar. Si acá me dijeran que tengo que estar todo el día con mi mamá o si no tiene que irse del programa, me dolería irme del programa porque yo quiero estar aquí. Pero si me dijeran que no puedo estar cerca de las personas que quiero tendría que irme.

Estando acá pienso mucho en cómo lo puedo hacer, para en el corto tiempo, estar con mis hijos. Y quiero esforzarme lo que más pueda pa' volver a estar con ellos. Por ejemplo, he pensado, estando aquí, que me gustaría trabajar y tener plata pa' ir guardando. Pa' cuando ya llegue el momento de irme ya tenga plata pa' comprarme mis cosas y que me entreguen rápido a mis hijos. Siento que perdí mucho tiempo.

Le voy a escribir yo a cada uno de mis hijos lo que pasó, por cada uno de ellos. No es con la intención de que lo lean, es para que yo esté mejor. Siempre lo voy a leer, porque siempre me voy a acordar lo que pasé. Pa' nunca más volver a perderlos pu'.

Que me motive a salir adelante. Porque pa' mí estar aquí sin ellos es harto sacrificio. Pero el mejor sacrificio es estar bien, pa' ser una mamá nueva.

Cuando salí de pase conversé con mi hija mayor. Le di a entender que yo la quiero igual que a todos sus hermanos. Que yo siempre voy a estar con ella. Que si yo no estoy un rato con ella no piense que es porque no la quiero, que no la voy a dejar sola. Que si algo le pasa que ella me lo diga. Que yo soy amiga y su mamá. Que todo me lo puede contar, que a mí nada me va a molestar. Pa' ganarme su confianza. Y le dije que no voy a dejar que nadie más la humille, ni le hagan cosas, que a ella la traten mal. Porque de repente mi sobrino le dice: ay qué, si tu mamá es aquí. Y yo me quedaba siempre calla'. Entonces ahora pretendo no dejar que nadie más le diga algo, o que le digan vai' a ser igual que tu mamá. Porque yo soy yo y mi hija es otra persona. Y no tienen por qué decir que mi hija va a hacer igual que yo, porque mi hija es diferente a mí. Porque juzgan a mi hija, por lo que debieran juzgarme a mí.

Y decirle igual a mis hermanos, al que escuche diciéndole algo así a mi hija, que si él tiene algo contra mí, que me lo diga a mí y no a mi hija. Aunque tenga que reaccionar de otra forma, porque mis hermanos son sublevaos', hablan de otra forma. Y si ellos me alzan la voz más fuerte, yo les voy a decir ¡no!, teni' que respetar a mi hija. Yo nunca les pedí nada, nunca les pedí nada a ellos. Ni ahora mi mamá les ha pedio' nada pa' criar a mi hija. Y pienso que nadie debe faltarle el respeto a ella. Nadie debe decirle lo que sí y lo que no debe hacer, a menos que sea mi mamá o yo. No sé si estaré bien o equivoca', pero es lo yo que pienso. Que nadie más tiene derecho a llamarle la atención. Sí de llamarle la atención cuando juega y se está ensuciando. Ahí sí, pero de cosas más así, no.

También le dije a mi hija mayor que a ninguno de mis hijos los quiero más, ni a ninguno quiero menos. Son todos iguales, pero los cargos de conciencia son diferentes yo pienso. Porque yo quiero a todos mis hijos y eso he trabajado. Porque antes yo decía quiero más al chiquitito, a ese lo quiero más que a todos, pero no es

así. Yo los quiero a todos, pero de él tengo más cargo de conciencia. Más cosas malas que hice con él, porque él todavía no sabía de la vida y yo estaba drogándome con él adentro. Él nació flaquito, pero fue mi culpa. Pero no nació enfermo. Pero esas son culpas, que no debí haberlo hecho y ahora que es tarde me doy cuenta. No es tan tarde porque lo puedo remediar, pero él ya lleva la droga en su cuerpo. Yo le puse la droga en su cuerpo. Pero, lo que sí sé es que si él lleva la droga en su cuerpo lo voy a cuidar hartito cuando grande, para que no la consuma.

Yo antes consumía por no estar con mi hijo. Eso me causaba ganas de consumir, de consumir, de consumir, porque yo cuando estaba así yo pensaba mucho en él. Y ahora no, ahora sé que si estoy lúcida es por él y mientras más lúcida esté, más orgullo le voy a dar a mi hijo. Me siento más fuerte. Antes no sabía mucho de una rehabilitación, así como aquí. Llegué como en las nubes no ma'. Aunque todavía no he pensado qué significa rehabilitarme.

Antes de entrar acá no tenía ningún plan, quería puro entrar aquí pa' olvidarme de toda la gente. Como me decían que iba a estar dopa', quería puro estar dopa', no saber de na'. Pero aquí sé de todo, lo único que no sé es cómo están mis hijos.

En el futuro me veo con mi hijos, con mi casa y me veo bien, cuidando a mi hijo, llevándolo al jardín, preocupándome de ellos, haciendo la comía', lavando y esperando que llegue mi mario'. Y si no me toca así, pido ayuda a mi suegra, mientras mis hijos vuelven del colegio, dejaría el aseo hecho en la mañana, me levantaría bien tempranito y le diría a mi suegra que me retire a mi hijo, y trabajaría pa' ellos. Me pongo en los dos lados.

También me han pasado hartas cosas estando aquí en la comunidad. Detalles y más detalles. Pero ya no lo enfrento como antes. Por ejemplo, si me alegran, antes me gustaba gritar, ahora no. Agacho el moño. Sé que voy a ganar más quedándome calla' que insultando a otra persona. Le va a doler más que yo la ignore, pienso yo. Por ejemplo, antes yo no sabía hablar sin groserías, ahora ya puedo. ¡Y me carga!

detesto cuando alguien dice alguna insolencia, o escuchar muchas insolencias juntas. Y antes me encantaba escuchar las insolencias. También, me llevo mejor con mi suegra, cosa que antes no podía hacer. Me quedé un fin de semana con mi suegra y el fin de semana pasado dormí con mis hijos, así que bonito.

En el proceso han cambiado hartas cosas. Siento que no he tenido mucho apoyo aquí de mis terapeutas. Pero sí he tenido logros. Sí me siento apoyada, pero no en momentos en que yo lo necesito, porque yo no pido ayuda. Por ejemplo, yo puedo andar seria y ahí ando triste, o ando pensativa. Soy rara (risas). Pero igual me he desahogado harto y he botado cosas.

He aprendido harto estando aquí. Pero estoy desespera' por ir afuera. No por ganas de consumir, ni por ganas de ver a mis amigos, mis amistades. Tengo ganas de ver a mis hijos, dormir con ellos, jugar con ellos, ir a la iglesia, porque este domingo no fui a la iglesia. Yo voy los sábados o los domingos, una vez a la semana. Y es cierto que perdí un día de llevar a mis hijos a la iglesia, porque nunca antes los llevé. Y ahora los llevo, aunque se pongan porfiados, pero igual (risas).

Igual tengo cosas que cambiar, pero las espero hacer de a poco. Como las mentiras pu'. Uno nunca quiere mentir y hace una mentira pequeña, piadosa, pero es una mentira igual. Eso quiero tratar, de no decir mentiras. De ya no mentir más, aunque sea muy chiquitita. Decir la verdad. Eso lo estoy trabajando igual.

6.6.1 Análisis narrativo: Historia de Vida de Camila

6.6.1.1 Su discurso sobre los roles familiares

En el relato de Camila se advierte un discurso dominante respecto de los roles de género atribuidos socialmente a hombres y mujeres al interior de la familia. Su concepción es que el hombre debe ser el proveedor y administrador del hogar, mientras que la mujer debe hacerse cargo de las responsabilidades domésticas, cuidado y crianza de sus hijos/as, visión que es aceptada por ella y que pretende reproducir en el momento que logre conformar su propio grupo familiar. Según Ortega *et al.* (2005), esto se explicaría porque tradicionalmente se le ha otorgado al hombre la responsabilidad de proveedor en un sentido económico y la de no involucramiento en el cuidado y desarrollo temprano de los/as hijos/as, por considerarse esto como una responsabilidad propia de las mujeres. Por otro lado, Caamaño (2010), plantea que socialmente se sobrevalora el papel de la mujer como esposa y madre, limitando sus competencias a las actividades domésticas, los cuidados y la educación de los/as hijos/as al interior del hogar.

Sin embargo, Camila manifiesta que en caso de que la mujer no cuente con apoyo económico de su pareja, es posible desarrollar autonomía económica, por tanto, a pesar de aceptar un modelo patriarcal de los roles familiares, no descarta la idea de que la mujer pueda lograr independencia económica e inserción laboral. En consecuencia, advertimos en su discurso una crítica superficial respecto del modelo tradicional de los roles familiares. Si bien Camila es partidaria de la independencia económica de la mujer, sólo la considera como una salida alternativa de subsistencia, de no contar con apoyo económico masculino. En suma, si bien Camila mantiene una intención de cambiar ciertos patrones machistas observados al interior de su núcleo familiar, la fuerte influencia del modelo patriarcal la llevan a naturalizar y/o replicar estereotipos de género (Zapata, 2012), tales como la dependencia económica femenina respecto del hombre y la realización de labores domésticas como actividad exclusiva de la mujer.

6.6.1.2 Su discurso sobre el rol materno y paterno

En lo que respecta al rol materno, el relato de Camila devela una concepción centrada en el cuidado y protección hacia sus hijos/as. Lo anterior nos permite reconocer la construcción de discursos donde al género femenino se le atribuyen responsabilidades asociadas a la esfera privada y doméstica, asignándoles socialmente a las mujeres la responsabilidad de crear lazos afectivos y preocuparse de las necesidades subjetivas de las personas que integran su núcleo familiar (Carrario, 2008). A pesar de ello, en su propia experiencia de vida, Camila no logró la concordancia discurso-acción que le permitiera dar cumplimiento a su imaginario del rol materno.

Según el relato de Camila, cuando nace su primera hija, es su progenitora (abuela materna) quien asume la responsabilidad de cuidado y crianza de la niña. Camila atribuye esta decisión a la percepción por parte de su madre de la escasa preparación o débiles competencias para asumir a los 16 años el pleno ejercicio de su rol materno. En este contexto, Camila responsabiliza a su progenitora del incumplimiento de su rol materno, argumentando que ella quería y tenía el derecho de asumir su responsabilidad, independientemente de que fuera menor de edad. Sin embargo, cuando Camila se entera que estaba embarazada, manifiesta una actitud de rechazo hacia la maternidad, señalando que ésta le habría truncado sus planes futuros. Además, Camila declara abiertamente que cuando tiene la oportunidad de dedicar tiempo a su hija mayor (cuando tiene salidas en la Comunidad Terapéutica), prefiere pasar tiempo con sus otros hijos/as y su pareja, a quienes reconoce como parte importante de su familia.

Podemos observar, por tanto, una conducta de externalización de la responsabilidad atribuida al incumplimiento del rol materno, puesto que en su discurso, Camila culpabiliza a terceras personas, creando una narrativa que pretende justificar sus acciones, prevaleciendo el locus de control externo. En este contexto, sus conductas habrían sido determinadas por fuerzas externas y no por decisiones voluntarias, lo que la habría llevado a actuar en función de un referente externo (Pérez & Delgado, 2002).

Tal como señala Magnabosco (2014), lo que las personas enfatizan u omiten de las historias contadas tiene efectos reales sobre sus vidas, puesto que el significado de los sucesos vividos se construye en el lenguaje y se captura por medio de las narrativas. Por tanto, desde el momento en que Camila sostiene un discurso basado en el locus de control externo, construye su propia realidad, abriendo paso a la posibilidad de liberación de la carga negativa que ella ha impuesto en su autoconcepto de madre.

Además, en el discurso de Camila, es posible identificar una contradicción respecto de su supuesta intención de cumplir su rol materno, principalmente con su hija mayor, ya que actualmente mantiene una relación distante con ella, no mostrando mayor interés en construir una relación de cercanía con su primogénita.

En cuanto a sus otros tres hijos/as, el cumplimiento del rol materno se habría visto imposibilitado cuando Camila agudiza la dinámica de consumo de drogas, lo que en sus propias palabras terminó por alejarla de sus hijos/as. Esta experiencia vital ha generado en Camila un sentimiento de culpabilidad y autorreproche, que se amplifica como resultado de su participación en el proceso terapéutico de rehabilitación de drogas. En efecto, Arostegui & Urbano (2004), señalan que las mujeres drogodependientes se ven expuestas a sentimientos de culpa y vergüenza, el autorreproche, la responsabilidad interna y al juicio externo de otros, respecto de ser “malas madres”. En la historia de Camila advertimos profundos sentimientos de culpabilidad influenciados por el peso social que implica ir en contra del discurso dominante acerca del adecuado cumplimiento del rol materno y de lo que ella cree que significa ser buena madre, idealizando este rol.

En lo que concierne al rol paterno Camila manifiesta que, independientemente de que una relación de pareja concluya, los padres siempre deben ser una figura presente para sus hijos/as. Sin embargo, en su relato existe una incongruencia en este planteamiento, dado que ella ha estado presente sólo parcialmente en la vida de sus hijos/as, no responsabilizándose en forma absoluta del cuidado y crianza de estos/as. Por tanto, lo mencionado por Camila permite evidenciar en su relato, un discurso divergente respecto de lo que ella piensa, declara y finalmente concreta con

sus acciones. Al respecto, Arellano *et al.* (2003), proponen que en el discurso de los/las sujetos/as, es frecuente que exista incoherencia entre lo dicho y el campo experiencial, puesto que los/as individuos/as replican discursos circulantes y hegemónicos que se sustentan en valores y conocimientos aceptados socialmente, aunque no necesariamente corresponden con su experiencia vital.

Es preciso aclarar, que las ideas que Camila posee sobre ser un padre presente no están orientadas hacia la construcción de relaciones de afecto, compañía, seguridad y protección, sino más bien, se centran en la obligación de cubrir las necesidades económicas de los/as hijos/as, lo que nuevamente devela en su discurso la visión de un padre proveedor. Bajo este contexto, es comprensible que Camila mantenga con su hija mayor una relación basada en la compra de regalos, con la intención de suplir las carencias afectivas y el escaso tiempo que pasa con ella. Ciertamente, el discurso de Camila asocia el estar presente en la crianza de los/as hijos/as con la responsabilidad de cubrir las necesidades básicas de estos.

6.6.1.3 Su discurso sobre el consumo de drogas

De acuerdo al planteamiento de Magnabosco (2014), los/as individuos/as dependen del lenguaje para generar sus propias narrativas y de este modo dar sentido a los significados de sus experiencias. Por su parte, Muñoz (2011), indica que al inicio de un proceso terapéutico los/as sujetos/as utilizan construcciones narrativas en sus discursos que les permiten evadir responsabilidad y rechazar las definiciones del consumo como problema.

Si aplicamos estas ideas al discurso de Camila, podemos advertir su atribución de significado a las consecuencias negativas que el consumo de drogas causó en su vida, pero no directamente a la conducta drogodependiente. En otras palabras, su relato no devela un mensaje de reconocimiento a su situación adictiva como consumidora de pasta base, pero sí al daño que ésta habría ocasionado en su entorno familiar.

Además, según el relato de Camila, el consumo de drogas se habría agravado luego de haber sido separada de su hijo menor, justificando tal consumo como un

mecanismo de evasión de ese evento, que ella relata como traumático. Al respecto, González (1993), plantea que el/a adicto/a es un convencido en el poder mágico de la droga, ya que le atribuye la solución de todas sus carencias emocionales, por lo que Camila asigna a su consumo de drogas la búsqueda de sensaciones placenteras “y la vivencia omnipotente de un mundo fantástico carente de frustraciones” (González, 1993: 12).

Por otra parte, Camila elabora un discurso donde afirma que su consumo es “controlado”. Por “controlado” connota que, a pesar de haber tenido posibilidades y oportunidades de consumir, no ha sentido la necesidad de hacerlo, destacando especialmente su voluntad como un recurso que permite rechazar la conducta adictiva, posicionándose como sujeta con autonomía; en definitiva, no dependiente de la sustancia psicoactiva (Muñoz, 2011). Se puede añadir que Camila externaliza los síntomas de su adicción, entendiendo esto como “la acción de tomar mágicamente control sobre lo incontrolable” (González, 1993: 5), dado que señala poseer autocontrol sobre sus síntomas, de tal forma que puede ignorarlos. Asimismo, en su discurso atribuye los efectos de la droga a estados depresivos, con lo que evade el reconocimiento de la adicción como un problema, asociando tales síntomas a una enfermedad.

6.6.1.4 Su discurso sobre el proceso terapéutico

Desde el punto de vista de Camila, su pareja es considerado un elemento significativo en su proceso de rehabilitación, puesto que él la apoyaría y motivaría a continuar en ésta. Sin embargo, desde el punto de vista terapéutico, la actual pareja de Camila sería considerada como un factor de riesgo para su proceso de rehabilitación, dado que se habrían iniciado juntos en el consumo de pasta base. De tal forma, los/as profesionales de la Comunidad Terapéutica, le habrían impuesto la obligación de permanecer con su progenitora mientras dure el proceso terapéutico, alejándose de su pareja, opinión que no es compartida por Camila.

Lo mencionado anteriormente, se relaciona directamente con lo propuesto por Muñoz (2011), quien sostiene que los/as sujetos/a que inician un proceso de

rehabilitación pueden oponerse a las definiciones de los/as terapeutas, de una forma pasiva. Es así como, hemos identificado en el relato de Camila un discurso parcialmente contrario al propuesto por sus gestoras¹, en lo que concierne a la definición de factores de riesgo para su tratamiento. A pesar de ello, Camila no ha manifestado tal opinión en forma explícita a las funcionarias del programa.

De acuerdo a lo planteado por Muñoz (2011), las negociaciones de significados están presentes durante toda la terapia, pero resultan de especial importancia durante la definición del problema, proceso que sería resultado de la interacción y negociación de significados y de la importancia de las experiencias. Debido a que las definiciones realizadas por el/la terapeuta requieren de la aprobación del/la sujeto/a, siempre existe la posibilidad de que se produzca oposición o rechazo hacia la versión de éste/a, lo que sin duda podría afectar negativamente la construcción que los/as individuos/as realizan sobre su proceso terapéutico.

Por lo anterior, consideramos relevante incluir la opinión de la sujeta de intervención en la definición del problema, proponiendo la hipótesis de que al interior de la Comunidad Terapéutica existe escasez de profundización en torno a las expectativas e intereses de Camila y conciliación en la estructuración del plan de trabajo terapéutico. Cabe mencionar que Camila hizo abandono del tratamiento, debido a que no habría estado de acuerdo con la idea de alejarse de su actual pareja en pos de su recuperación.

¹ Gestora es la profesional capacitada para desempeñarse como asistente de equipos profesionales especializados en la atención biopsicosocial de la población drogodependiente, desarrollando actividades que contribuyan al mantenimiento de las capacidades autónomas de este grupo y al mejoramiento de su calidad de vida.

6.7 Análisis de categorías apriorísticas y emergentes

6.7.1 Categorías apriorísticas

6.7.1.1 Ciclo vital individual: Crisis y transiciones individuales

De acuerdo con la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson (Bordignon, 2005), desde el punto de vista cronológico, Camila se encontraría en el estadio 6, denominado Intimidad v/s Aislamiento, el cual corresponde al rango etario de 20 a 40 años de edad. De acuerdo a Erikson en esta fase los/as individuos/as comienzan a modificar las formas de relacionarse con otras personas, priorizando relaciones más íntimas que generen una sensación de seguridad, de confianza y de compañía en los/as individuos/as. Para el caso de Camila consideramos que tiene deberes pendientes de estadios anteriores, que han influido en el desarrollo de las tareas a cumplir en los estadios sucesivos. No obstante, según González (2001: 44), “es difícil encontrar personas que hayan triunfado o fracasado totalmente en alguna etapa del desarrollo, siendo lo habitual haber alcanzado un cierto grado de maestría en casi todas ellas”.

Específicamente, en el ciclo vital individual de Camila, hemos identificado elementos por desarrollar de los estadios 4 y 5, denominados Laboriosidad v/s Inferioridad (5 a 13 años de edad) e Identidad v/s Difusión de Identidad (13 a 20 años de edad), respectivamente. En cuanto al estadio 4, Erikson propone el aprendizaje de reglas, lo cual en el caso de Camila sí se habría cumplido, pero inadecuadamente, puesto que en su relato se evidencian imposiciones estrictas por parte de su progenitora, lo que habría creado en ella inseguridades que afectaron negativamente su autoestima y autoconcepto. Esto se vislumbra en su discurso, pues en reiteradas ocasiones intenta reforzar aspectos positivos de su personalidad, que no habrían sido reconocidos por su núcleo familiar.

Por otro lado, en la historia de vida de Camila, es posible evidenciar una **crisis** de transición de un estadio a otro, específicamente del estadio 5, denominado Exploración de la Identidad v/s Difusión de la identidad, que tiene lugar durante la

adolescencia, hacia el estadio 6, denominado Intimidad v/s Aislamiento, que comprende desde los 20 a los 40 años de edad (Bordignon, 2005).

Según Bordignon (2005), la teoría del desarrollo psicosocial indica que durante la adolescencia los/as individuos/as deberían adquirir mayor independencia y distanciamiento respecto de los padres, puesto que comenzarían a construir su propia identidad. No obstante, en el caso de Camila, tal independencia se habría visto truncada, limitando la posibilidad de entablar relaciones interpersonales con otras personas de su edad. Esto se debe a que habría sido Camila la encargada de preocuparse de las labores domésticas de su hogar, motivo que ocasionó en ella escasa independencia. Por esta razón, Camila decide a temprana edad abandonar el hogar nuclear, con el propósito de formalizar su actual relación de pareja, dando lugar al normal y esperado distanciamiento de los padres, propio de la adolescencia. Este episodio lo hemos identificado como un **punto de viraje** en la historia de vida de Camila, puesto que a contar de este momento ella inició una nueva etapa, intentando una vida independiente.

Por consiguiente, Camila a sus 24 años de edad aún debe realizar tareas correspondientes a fases anteriores. Su transición de un estadio a otro se ha visto ralentizada, generando un cierto estancamiento en la etapa infantil, caracterizada por la búsqueda constante de atención y afecto, la externalización como mecanismo de evasión de sus responsabilidades y una actitud dependiente hacia terceras personas, tanto en su vida familiar como en su proceso de rehabilitación. Este pensamiento infantil, se ha evidenciado también en su rol materno, pues Camila habría planificado un segundo embarazo con el propósito de reemplazar el vacío emocional que le provocaba la ausencia de su hija mayor. En consecuencia, podemos hipotetizar que el camino hacia su plena madurez, dependerá de la correcta resolución de las tareas y/o desafíos correspondientes a cada estadio, en forma autónoma y responsable, valiéndose de motivaciones intrínsecas en tal cumplimiento, es decir, buscando el fundamento para el cambio en sus propias decisiones y no en los mandatos provenientes de figuras externas (Delgado, 2013).

Actualmente, Camila se encuentra en una fase de su ciclo vital donde ha comenzado a modificar la forma de relacionarse con su círculo más cercano, principalmente con sus progenitores y su actual pareja. Lo anterior, se evidencia en su intento por priorizar relaciones más íntimas, seguras y positivas con aquellas personas que ella reconoce como un pilar de apoyo y contención a lo largo de su vida.

En lo que respecta a su madre, Camila reconoce una relación conflictiva con ella, caracterizada por episodios de violencia física y psicológica, siendo víctima, por parte de su progenitora, de malos tratos y reglas estrictas, tales como prohibición de mantener amigos(as)/pareja y la obligación de hacerse cargo de las labores domésticas desde que era adolescente. Tales episodios habrían ocurrido en el transcurso del estadio 5, denominado Identidad v/s Difusión de Identidad. Estos episodios han sido identificados por Camila como **índices**, ya que según su relato, marcaron negativamente su vida, reconociendo que fue su madre la persona que más daño le hizo.

Esta dinámica conflictiva con su progenitora se mantuvo, incluso cuando Camila fue madre adolescente. Según el relato de Camila, su progenitora le habría impedido llevar a cabo el rol materno, muestra de ello es que hasta el día de hoy es la abuela materna quien se hace cargo del cuidado y crianza de su hija mayor, a pesar de que Camila declara interés en asumir esta responsabilidad. Tal evento, lo hemos identificado como un **punto de viraje** en la vida de Camila. En efecto, luego de que se viera “imposibilitada” de cumplir su rol materno se habrían generado cambios significativos en su vida, tomando la decisión de entablar una relación de pareja estable y ser madre otra vez, expresando la intención de conformar un nuevo hogar.

A pesar de todo lo descrito anteriormente, Camila reconoce el propósito de reconstruir la relación que ha mantenido con su madre, pues ella es consciente del apoyo que recibió por parte de ésta durante su período de embarazo y nacimiento de su hija, refiriendo una sensación de seguridad en torno a su madre y el cuidado que ella demuestra hacia su primogénita.

En la relación con su padre, Camila manifiesta que a pesar de las constantes infidelidades que ella pudo observar, por parte de él hacia su madre, actualmente mantiene una actitud de comprensión y de aceptación hacia él, reforzando una sensación de confianza y compañía con su progenitor. Tales infidelidades han sido identificadas por Camila como **índices**, afirmando que estos episodios le afectaron durante su infancia y adolescencia, pero en menor grado que la violencia que habría sufrido por parte de su madre.

Ahora bien, en el relato de Camila existen trazos que describen una relación con su pareja caracterizada por episodios de violencia psicológica recíproca, sin embargo, en la actualidad Camila relata una transición hacia una relación más sana, respetuosa, de apoyo, redescubrimiento y con proyección. Este cambio en su relación de pareja constituiría un **punto de viraje**, dado que la ruptura amorosa que se generó entre ellos, antes de ingresar a la Comunidad Terapéutica, habría dotado a su actual relación de madurez, valoración mutua y compromiso recíproco, elementos inexistentes en su anterior dinámica de pareja.

Por otro lado, Camila reconoce recibir apoyo de la pareja durante su proceso de rehabilitación, mencionando que es él quien la motiva a continuar al interior de la Comunidad Terapéutica. Este elemento se contrapone a lo propuesto por Gómez (2006) y Maffia (2011), quienes postulan que un elemento distintivo del consumo de drogas femenino, es que en la etapa de rehabilitación la mayoría de las mujeres deben enfrentar este proceso en solitario, debido al abandono de sus parejas.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, Camila se encuentra en un proceso de establecimiento de relaciones íntimas, sin embargo, aún no es posible asegurar que ella ha logrado a cabalidad la superación del aislamiento, al que debe enfrentarse en este estadio, denominado Intimidad v/s Aislamiento. Tal como se mencionó anteriormente, Camila aún debe superar desafíos propios de etapas anteriores, lo que ha impedido que ella logre la madurez suficiente, para continuar avanzando en los subsecuentes estadios de desarrollo propuestos por Erikson (Bordignon, 2005).

En virtud de lo propuesto por Erikson (Bordignon, 2005), nuestra hipótesis de trabajo es que al priorizar relaciones íntimas, los/as individuos/as realizan un proceso reflexivo para evaluar con quiénes desean continuar relaciones que perduren en el tiempo. Es por ello que Camila no mantiene intención de mejorar, ni reconstruir la relación conflictiva que ha entablado con sus hermanos durante años, existiendo claridad respecto del distanciamiento que busca sostener con ellos. Lo mencionado, obedece al reconocimiento del daño que sus hermanos habrían ejercido sobre ella, afectando negativamente su autonomía y desarrollo personal. Camila señala, además, que como consecuencia de esa relación conflictiva, ella ha configurado una personalidad agresiva. Tal situación ha sido identificada como un **índice** en su historia de vida.

6.7.1.2 Ciclo vital familiar

De acuerdo al ciclo vital familiar de Steinglass (Suarez, 2011), Camila se ubicaría en la fase inicial, dado que se encuentra en proceso de formación de su familia. En la actualidad, trabaja junto a su pareja por lograr la construcción de una identidad familiar. Desde su punto de vista ello implica, en primer lugar, recuperar a sus hijos/as, principalmente los/as tres menores, dado que con ellos/as existe una relación de mayor cercanía. Lo anterior, permite identificar en el discurso de Camila la concepción de un modelo tradicional de familia, conformado por madre, padre e hijos/as, atribuyendo determinadas expectativas de roles a los padres, en virtud del género (Eagle, 1983; Herrera, 2000). De acuerdo a su relato, es ella quien debe encargarse del cuidado y crianza de sus hijos/as y su pareja es quien debe proveer el sustento económico del hogar.

En cuanto a las **tareas** propias de esta fase, Suarez (2011), plantea que la familia debe delinear claramente sus fronteras, límites o bordes interiores y exteriores. La autora agrega que en esta etapa se debe definir quiénes constituyen la familia y quiénes no. En este sentido, es posible indicar que Camila y su grupo familiar han cumplido esta tarea sólo parcialmente, ya que Camila tiene claridad en cuanto a los integrantes que ella reconoce como parte de su familia, sin embargo, aún no existe una definición evidente respecto de los límites interiores y exteriores

del sistema familiar. Entre los miembros que Camila reconoce como integrantes de su familia, podemos mencionar a su pareja, su padre, su suegra y principalmente a sus hijos/as. Es necesario aclarar que Camila en su relato no reconoce explícitamente a su madre como un integrante significativo de su núcleo familiar, debido a los episodios de violencia física y psicológica ocurridos en dicha relación. No obstante, Camila reconoce una intención de afianzar lazos con su progenitora, contrario a lo que ocurriría respecto de la relación que mantiene con sus hermanos, con quienes no tiene el propósito de mantener una relación cercana.

Suares (2011), añade que en esta fase las familias deben definir qué puede hacer cada miembro o hasta dónde pueden entremezclarse los integrantes de la misma. En relación a esto, es posible mencionar que en el grupo familiar de Camila aún no existe claridad respecto del establecimiento de reglas y normas hacia los hijos/as, siendo éstas impuestas por diversos miembros de la familia extensa, específicamente por aquellos/as familiares que actualmente se hacen cargo del cuidado y crianza de los/as niños/as. Del relato de Camila, se podría hipotetizar que actualmente se encuentra desarrollando pautas claras respecto de quiénes pueden ser partícipes en la crianza de su hija mayor.

En cuanto a la creación y establecimiento de nuevas relaciones con las familias anteriores, es posible mencionar que Camila y su grupo familiar mantienen una relación de dependencia con determinados miembros de la familia extensa, específicamente, con la madre de ella quien se hace cargo del cuidado de su hija mayor, además de su tía, quien se hace cargo de su hijo menor y de la madre de su pareja, quien se hace cargo del cuidado de sus otros/as dos hijos/as. Según afirma Camila, existe intención de mantener una relación estable y duradera con estos y otros/as integrantes de la familia extensa, no descartando la posibilidad de que ellos/as sigan contribuyendo al cuidado de sus hijos/as, no obstante, la intención de Camila y su pareja es hacerse cargo en forma exclusiva del cuidado de ellos/as en el futuro.

Respecto de la construcción de creencias y valores, Camila manifiesta claridad acerca de determinadas enseñanzas y aprendizajes que pretende transmitir

a sus hijos/as. Entre ellas, es posible mencionar, la valoración positiva hacia la continuidad de estudios superiores, el trabajo, la protección en torno al consumo de drogas y la independencia económica de la mujer. Específicamente, respecto a este último punto, se ha identificado en el discurso de Camila un rechazo hacia la dependencia económica femenina, manifestando una postura de autonomía económica respecto de los hombres. Esta situación se contradice con lo vivenciado durante su niñez, puesto que ella habría sido educada bajo la concepción del hombre como principal administrador del sustento económico del hogar, lo que explica de algún modo que ella no quiera replicar esa misma enseñanza a sus hijas. Según Carrario (2008), en la medida en que la mujer intenta compatibilizar el papel de reproductora y productora, se modificaría el modelo tradicional de familia, donde el hombre cumple un rol exclusivo de proveedor y la mujer de dueña de casa. No obstante, en el discurso de Camila, se aprecia una intención superficial de modificar el modelo tradicional de los roles familiares, pues ésta considera la independencia económica de la mujer, sólo como una salida alternativa de subsistencia, de no contar con apoyo económico masculino. En efecto, si bien Camila mantiene una intención de cambiar ciertos patrones machistas observados al interior de su núcleo familiar, consideramos que la fuerte influencia del modelo patriarcal la llevan a naturalizar y/o replicar estereotipos de género (Zapata, 2012), tales como la dependencia económica femenina respecto del hombre y la realización de labores domésticas como actividad exclusiva de la mujer.

En relación a la definición en la forma de solución de conflictos y al establecimiento de pautas comunicacionales y/o conversacionales, Camila indica que se encuentra en un proceso de aprendizaje, evitando las descalificaciones y ataques personales, en contextos de discusión, especialmente con su pareja, con quien describe una anterior relación conflictiva y de violencia psicológica recíproca.

En lo que concierne a la definición de rutinas familiares, se logra evidenciar que el grupo familiar aún no logra establecer con claridad una rutina estable. Ello se debe a que gran parte de su tiempo, Camila permanece en la Comunidad Terapéutica y sólo comparte con su familia los fines de semana. Sin embargo, ella

visualiza a futuro, una dinámica familiar, en la cual destine tiempo a compartir con sus hijos/as y con su pareja y también a la realización de labores domésticas, a su vez, tiene intenciones de trabajar para sus hijos/as.

Esto último permite evidenciar una concepción del rol femenino basada en el cumplimiento de responsabilidades asignadas exclusivamente a la mujer, tales como la crianza de los/as hijos/as, cuidado de su pareja y cumplimiento de labores domésticas (Eagle, 1983; Chávez, 2004; Carrario, 2008), las que se habrían visto imposibilitadas por su proceso de rehabilitación al interior del Centro Terapéutico.

En cuanto a los **observables**, propuestos por Steinglass en esta etapa familiar (Suares, 2011), no ha sido posible identificar en el relato de Camila rituales de la familia. Sin embargo, sí se ha identificado una rutina familiar, la cual consiste en asistir semanalmente a la iglesia. Ahora bien, respecto de las formas de solucionar los problemas, en la familia de origen se ha identificado una dinámica familiar caracterizada por la aceptación de violencia física y psicológica. En lo que concierne a la relación de pareja, cabe destacar que, anteriormente, se habría caracterizado por la presencia de violencia verbal, por parte de ambos.

6.7.1.3 Atribución de responsabilidades en el inicio del consumo de drogas

Al analizar el relato de vida de Camila, es posible determinar que su inicio en el consumo de drogas podría ser explicado en virtud del proceso de socialización y al contexto sociocultural significativo en su infancia y adolescencia.

De acuerdo al modelo de desarrollo del modelo social propuesto por Hawkins *et al.* (1992), la conducta adictiva es considerada antisocial y la configuración de la misma se debería en el caso de Camila a que:

- i. La oportunidad de socialización prosocial de Camila fue imposibilitada por su dinámica familiar, puesto que durante su crianza habría sido sometida a reglas y normas estrictas, que incluían la prohibición de entablar una sana relación con otras personas de su edad. Además, se incluyen antecedentes de violencia psicológica y física hacia Camila al interior de su familia.

Este último antecedente es relevante al analizar el inicio del consumo de drogas en Camila, pues tal como refieren Bonifaz & Nakano (2004), Castaño (2009) y Martínez (2009), las mujeres que son víctimas de algún tipo de violencia intrafamiliar tienen mayor prevalencia de padecer abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Se confirma así que la familia, en tanto agente de socialización, puede configurarse en un factor de riesgo predominante en el acercamiento al consumo de drogas.

Por otro lado, el modelo del desarrollo del modelo social propone que la falta de reforzamientos positivos, también influye en el inicio del consumo de drogas. En el caso de Camila, ella no habría recibido reforzamientos positivos hacia la conducta prosocial por parte de su familia, ni hacia el fortalecimiento de sus habilidades personales. Por el contrario, las críticas constantes y los ataques personales por parte de su madre y hermanos, habrían contribuido a que se acercara a un grupo de pares consumidor de sustancias ilícitas, como mecanismo para sentirse incluida y conseguir un grupo de pertenencia.

- ii. Camila tuvo como unidades de socialización inmediata (familia y grupo de pares), sistemas que acumulaban creencias o valores antisociales. En su entorno familiar, específicamente su padre y hermanos, registran antecedentes de consumo de alcohol, marihuana y pasta base. Camila, por tanto, manifestaría un patrón repetitivo de consumo de sustancias ilícitas, configurando un flujo de ansiedad vertical. Además, su pareja, también habría sido consumidor de pasta base, iniciándose juntos en el consumo de esta sustancia, configurando un flujo de ansiedad horizontal.

En este sentido, adquiere relevancia lo que plantean Hawkins, Catalano y Miller, sobre la vinculación que existiría entre los entornos antisociales y la configuración de una conducta antisocial. De acuerdo a estos autores, la familia puede ser facilitadora del consumo de drogas (Hawkins *et al*, 1992), lo que desestimaría la idea de la familia como un factor protector, en torno a este consumo.

6.7.1.4 Atribución de responsabilidades en el mantenimiento del consumo de drogas

De acuerdo a Krause *et al.* (1999), el principal elemento que contribuye al mantenimiento de la conducta adictiva es la dependencia física. Según este autor, tal dependencia es entendida como una necesidad corporal, que implica el aumento de la tolerancia, es decir, un aumento en las dosis consumidas. Al respecto, Camila reconoce la dependencia física como un factor importante en la mantención de su consumo de pasta base, refiriendo que cuando no consumía experimentaba síntomas físicos, tales como dolor de estómago y náuseas. Tales indicios eran entendidos por ella, como señales corporales que daban cuenta de la necesidad de retomar el consumo de pasta base.

Camila no sólo reconoce una dependencia física en su consumo, sino también dependencia psicológica, entendida como “la búsqueda compulsiva de la droga que se consume, pues experimenta un estado de placer que le exige la administración regular de esta sustancia y le hace sentir que no puede dejar de consumir” (Binasss, 2010: 394). El autor agrega, que esta dependencia también se genera cuando la persona siente que con la droga puede evadir situaciones traumáticas de su vida. En efecto, este último punto es trascendente en el mantenimiento del consumo de Camila, pues en su relato manifiesta que su principal motivación para continuar su conducta adictiva, es evadir la ausencia de sus hijos/as. Inferimos, por tanto, que Camila mantuvo una conducta adictiva como consecuencia del incumplimiento de las expectativas sociales atribuidas a la mujer, pues ella asigna una carga negativa al hecho de delegar a terceras personas el cuidado y crianza de sus hijos/as, asumiendo que ésta es una responsabilidad que le corresponde exclusivamente a la mujer (Arostegui & Urbano, 2004; Gómez, 2007; Sánchez, 2008; Romo, 2010; Maffia, 2011).

6.7.1.5 Atribución de responsabilidades en la decisión de iniciar un proceso de rehabilitación

Según lo señalado por Basso (2011), el factor de mayor importancia en la decisión de la suspensión del consumo de drogas, está relacionado con la pérdida de los vínculos familiares y afectivos. Existirían eventos específicos de la vida del/la sujeto/a o circunstancias externas frente a las cuales, la persona se logra dar cuenta de su situación problemática, "el tocar fondo", en el que se viven profundas experiencias personales. En el caso de Camila, ella reconoce que tomó la decisión de ingresar a un proceso terapéutico, luego de haber perdido la custodia de su hijo menor, reconociendo este acontecimiento como un hecho traumático en su vida, que la habría llevado a agravar su consumo de pasta base.

De acuerdo a lo que indica Camila, el consumo llegó a un punto en el que no pudo controlar las cantidades y frecuencias, aumentándolo día a día, reconociéndolo, por tanto, como una necesidad. Además, los efectos de la droga, generaron en ella episodios de alucinaciones relacionados con la ausencia de sus hijos/as, especialmente el menor, aumentando sus sentimientos de culpa y remordimientos, por no haber cumplido adecuadamente su rol materno. Lo anterior, evidencia la pérdida de episodios placenteros y gratificantes derivados del consumo de drogas (Basso, 2011), provocando intentos suicidas por parte de Camila, siendo éste el punto de inflexión que habría motivado su incorporación en la Comunidad Terapéutica.

El autoconcepto negativo en torno al rol materno, configura un elemento distintivo del consumo de drogas femenino, puesto que las mujeres se sentirían mayormente presionadas a cumplir un rol impuesto socialmente, y cuando el incumplimiento de éste se debe a una conducta adictiva se reconocen en la mujer sentimientos de culpa, reproche y autocrítica (Arostegui & Urbano, 2004).

La incorporación de Camila, al proceso terapéutico, ha sido identificado como un **punto de viraje** en su historia de vida, puesto que ello supuso un cambio en el transcurso de su experiencia vivencial, ya que a partir de este acontecimiento Camila

se propuso modificar su conducta adictiva, intentando mejorar su calidad de vida, con el objetivo de cumplir las responsabilidades que ella atribuye al rol materno.

6.7.1.6 Construcción del consumo de drogas que Camila realiza en el contexto protegido de la Comunidad Terapéutica

Tal como plantea Leyva-Moral (2007), hemos evidenciado en el discurso de Camila que el consumo de drogas genera en el/la individuo/a adicto/a una sensación de fracaso, destrucción y un gran deterioro emocional, al mismo tiempo, está patente un gran sentimiento de culpabilidad. Además, las mujeres drogodependientes atribuyen sentimientos negativos hacia sí mismas, debido a su condición de mujer adicta.

Durante su proceso de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica, Camila manifiesta haber identificado las consecuencias negativas que su consumo de drogas conllevó en su entorno familiar cercano, evidenciándose culpabilidad, frustración y enojo respecto de su rol materno, lo que habría configurado un autoconcepto negativo acerca de su desempeño como madre, puesto que al estar lejos de sus hijos/as, Camilla contradice los mandatos sociales que le exigen a la mujer estar cerca de sus hijos/as, para criarlos, protegerlos y cuidarlos. Ciertamente, Romo (2004), plantea que el consumo de drogas en las mujeres lleva consigo una carga emocional de disgusto y miedo a lo público, asociado a su rol predominante en nuestras sociedades como esposa dependiente y cuidadora de su núcleo familiar.

Si bien, Camila reconoce haber ingresado a la Comunidad Terapéutica sin tener un conocimiento realmente claro de lo que implicaba participar de un proceso de rehabilitación, sí era consciente de que su consumo de drogas había llegado a niveles incontrolables, manifestando en el transcurso de su relato un compromiso y actitud positiva hacia el tratamiento.

Lo anterior, permite señalar que de acuerdo al modelo transteórico del cambio de Prochaska y Di Clemente (Díaz, 2001), Camila se encontraría en un estadio del cambio denominado preparación, caracterizado por ser la etapa en la que el adicto/a toma la decisión y se compromete a abandonar la conducta adictiva, realizando

pequeños cambios conductuales. Por ejemplo, Camila afirma haber suprimido el consumo de drogas, asimismo, habría experimentado un cambio en la forma de relacionarse con los/as demás, tanto en su entorno familiar, como al interior de la comunidad.

6.7.2 Categoría emergente: Transmisión transgeneracional de patrones

En la historia familiar de Camila se evidencian antecedentes de violencia intrafamiliar y consumo de drogas, los que hemos reconocido como patrones repetitivos de transmisión transgeneracional. De acuerdo a lo propuesto por Ordóñez (2009), todos/as los/as individuos/as “cargamos” con dinámicas familiares en forma inconsciente y vivencias de generaciones que nos precedieron, que influyen en nuestras elecciones, nuestros éxitos y fracasos. Según la autora, lo anterior puede ser estudiado desde la perspectiva del enfoque transgeneracional, el que postula que los seres humanos estamos influenciados y vivimos en una permanente tensión entre ser nosotros mismos y ser un eslabón más de una larga cadena que nos une a las familias de origen.

El enfoque transgeneracional, por tanto, permite comprender que en su propia experiencia vital, Camila haya replicado conductas que han estado presentes al interior de su familia, como la violencia psicológica que habría ejercido hacia su pareja, puesto que ella habría sufrido violencia física y psicológica por parte de su progenitora, durante su infancia y adolescencia. Siguiendo este planteamiento, Ulloa (1996), añade que el/la niño/a que vive la violencia, aprende el modo agresivo de interacción y resolución de conflicto, lo que permite comprender que Camila haya naturalizado esta conducta y considerado adecuado el uso de ésta.

Por otra parte, en la familia de origen de Camila existiría la presencia de conductas drogodependientes, por parte de su padre y hermanos. Por un lado, su padre tuvo problemas de alcoholismo y sus hermanos presentan consumo de marihuana. Uno de ellos, en particular, presenta consumo de pasta base. Tal conducta adictiva, habría sido reproducida por Camila, quien actualmente se

encuentra en un proceso de rehabilitación por su consumo problemático de pasta base.

En efecto, Ramírez (2003), plantea que la transmisión intergeneracional de patrones puede ser un factor importante en la reproducción de la violencia y la adicción, pues el hecho de que una persona haya sido expuesta a patrones desadaptativos de comportamiento, en su temprana infancia, aumenta la probabilidad de que esta persona repita tales patrones de acción en su edad adulta.

Por otro lado, en lo que respecta a su dinámica familiar, es preciso mencionar que Camila ha replicado patrones del modelo patriarcal, observados en su familia de origen, donde se atribuyen determinadas responsabilidades a cada miembro de la familia en virtud del género, de tal forma que en su núcleo la responsabilidad de cuidado y crianza y realización de labores domésticas son actividades asignadas exclusivamente a la mujer. Mientras que sería su pareja quien asume la jefatura de hogar y la responsabilidad de proveer sustento económico al mismo.

6.8 Historia de Vida: Samanta

Ciclo de vida individual y familiar

Yo me llamo Samanta, tengo 56 años. Soy madre de dos hijos. Mi hijo tiene 32 años, es periodista, pero no ha trabajado en periodismo y mi hija, en realidad no ha estudiado nada, pero su idea es ser artista. Ella tiene 28 años, pero para mí son como mis güagüas.

En mi familia de origen somos 4 hermanos, dos mujeres y dos hombres y mis papás están muertos los dos. Mi mamá era hija única. Mi abuelo venía de Alemania, era agricultor y por parte de papá eran dos hermanos. Así que vengo de una familia súper chica.

Mi mamá tuvo un cáncer de mama, le sacaron una mama. A ella se la llevaron a Santiago, yo era chica, no me acuerdo mucho. Pero, ella sufrió mucho con eso. En

ese tiempo el cáncer de mamas no se comentaba, era algo escondido. Entonces parece que mi papá no pudo soportar este cambio físico, pero por ignorancia no más. Antes de esto yo creo que la relación de mis papás era mejor. Eso los separó mucho. Mi mamá se sintió muy dejada de lado, o sea, no es la palabra dejada de la lado, como despreciada, podría ser la palabra.

Ella no había trabajado antes, y se puso a trabajar y se metió en eso. Como pa' evadir yo creo. Ella antes era de la casa, después se dedicó a trabajar y abandonó la casa. Nos dejó solos, nos dejó con mi abuelita y una tía, pero no era nuestra mamá. No me acuerdo mucho, pero yo creo que sentimos ese abandono de madre y mi papá no era muy comunicativo. Mi mamá empezó a viajar, a ganar plata, empezó a vivir en otro mundo, pero no con nosotros. Tampoco nos faltaba nada, o sea de plata, a nivel económico. La parte familiar se echó a perder mucho.

Entonces empecé a hacer mi vida sola, sin preocupación de la mamá porque ella andaba en otra cosa. Y a crecer así sola, sin dirección. Entonces había peleas entre mi papá y mi mamá. No eran de violencia física, pero sí de violencia verbal. Peleas no todo el día, ni mucho menos, pero hubo peleas en la casa. Debí haberme sentido abandonada. Ahí también vino la esquizofrenia de mi hermano y se pone más difícil la situación, atención de psiquiatra en psiquiatra, sobre todo en Santiago, porque acá no había muchos conocimientos psiquiátricos. Después de todo esto cada uno fue formando su mundo aparte. Pero fui a la que quizás le resultó más, más duro aún, creo yo, aunque todos igual tienen problemas. O sea igual mis hermanos sufrieron abandono de padre y madre.

Cuando estaba en el colegio, debo haber tenido 13, una cosa así. Con un amigo de mi hermano fuimos a la universidad, a la laguna de los patos, fuimos a tomarnos un trago, o sea yo ya tenía un poco de tendencia a tomar. Y ahí me drogaron y ahí quedó la escoba, porque ahí me violaron. Me subieron a un auto y me llevaron para otra parte, a un campo. Y había harta gente conocida mía. Regresé a mi casa en

micro, con esta persona. Yo entré y me acosté. Y de ahí yo quedé bloquea'. Yo no sé más, porque yo me bloqueé. Y me bloqueé hasta el día de hoy.

Cuando me violaron nunca pedí ayuda, nunca nadie lo supo. Hasta ahora, recién ahora. No le conté nada a mi familia y ellos estaban metidos en su mundo, cada uno. Ahora ya lo he contado, porque ahora recién estoy viendo el tema, antes nunca lo ví. Lo hablaba muy pocas veces, pero muy por encima, no era mío. De repente lo hablaba con alguna buena amiga, pero poco. No lo podía profundizar, porque lo tenía bloqueado. Pero ahí empezó todo lo del consumo de alcohol, por un problema no tratado, de no haberlo comunicado quizás a mis papás, no sé, debí haber pedido ayuda. No la pedí, porque no sabía, me escondí, me dio miedo, no sé. Y ahí me refugié en otro mundo, en el acercamiento al alcohol.

Después de haber sufrido esa violación me aislé, me aislé, me aislé y no podía conversar con las personas, tenía mucho miedo, y nunca lo conté a nadie. Yo no podía conversar con un hombre, porque tiritaba así entera. Hasta el día de hoy. Con mi marido no, porque él me causaba protección. A él no le tenía miedo, era muy caballero, muy respetuoso. Entonces no le tuve miedo. Él me infundía protección, respeto. Hasta que se perdió el respeto después, por los quiebres económicos, no saber salir adelante, no saber reconstruirse, no saber cómo enfrentar las cosas difíciles.

Yo llevaba 29 años de casada con él, pero ahora estoy separada hace 5 años. Mientras estábamos casados él de repente salía, se portaba mal. Pero no era muy a menudo, era de repente, tenía hartos amigos que eran desordenados, pero igual era normal. Se van, dicen voy a comprar algo, y no vuelven hasta el otro día. La separación con él fue brutal, el abandono que hizo mi marido, se fue con otra mujer de plata, que lo mantiene, pero es sumamente infeliz. Él ahora está pidiendo el divorcio. Pero yo estoy preparada, ahora ya no importa, me da lo mismo divorciarme.

Un poco antes de separarme quedé endeudada por una negligencia médica que sufrí, por esta razón, quedé en situación de calle y me fui a vivir a la casa de mi hermano, pero también viví un tiempo con mi hermana. Ellos se hicieron cargo de mí, en el sentido de que yo vivía con ellos, pero porque ahí yo no estaba tan mal. Pero hubo un periodo que estuve re mal. Yo no me podía hacer cargo de mí, empezaba un trabajo y yo misma me lo boicoteaba. Estaba muy cansada. No tenía las herramientas, o las tenía y no las sabía usar, para hacer una mejor vida, una vida más ordenada, más próspera. Tenía muchos elementos, pero los destruía al final.

En la casa de mi hermana fui cacho, porque yo estaba con depresión y una persona con depresión es muy, pero muy fome. Mi hermana ahora no me contesta el teléfono, pero yo sé que vamos a estar juntas hasta que se le pase, hasta que ella me requiera y yo esté bien. En el último tiempo mi hermana fue siempre un apoyo, pero ahora ya no.

Ella el año pasado me pagó una casa, una mini casa, era una pieza con un baño y me dijo tú me lo pagas después. Y yo nunca se lo he podido pagar, y ella está muy choreada también por la plata. Y también les doy lata a mis hermanos y está el egoísmo no más. Yo no pretendo que me hagan la vida, ni ser un apéndice de ellos, no quiero, yo quiero salir sola de esto. De repente yo pido mis ayudas no más, porque no tengo ningún auspicio de nadie, entonces igual de repente uno necesita algo. Entonces no tengo familiares que me puedan ayudar. Mis hijos tampoco me pueden ayudar. No tengo ayuda de nadie entonces. De repente llamo a mi hermano y él me pasa a dejar diez mil pesos cuando puede.

Yo fui diseñadora, muchos años de ropa, pero muy exitosa. No podría haberlo estudiado, en ese minuto pensaba que no, porque me salía solo. Es que yo nací con eso, o sea, yo tuve la oportunidad de estudiar, incluso podría haber ido hasta afuera. Había plata, pero no veía más allá. Podría haber estudiado diseño, no sé, haberme ido pa' fuera, a Argentina, estaban los medios. Ahora analizo que me perdí una excelente oportunidad. Yo podría haber estudiado cómo ser una buena empresaria,

cómo manejar los dineros, cómo dosificar mis tiempos, cómo manejar el sistema nervioso, el estrés. Son cosas que tú aprendes; si no las sabes, tienes que aprenderlas. Yo nunca supe que se podían aprender, o si las supe no las tomé.

Bueno, por mi trabajo me tocó viajar mucho, a Italia a Europa, viajaba mucho a Estados Unidos, a Brasil a Argentina. Pero era infeliz, por esta sobre exigencia. Me iba muy bien, gané mucha plata con eso, pero era una mujer sumamente infeliz. Además de que trabajaba tanto, tanto, tanto, tanto de que me pasó eso la cuenta. No supe equilibrar mi sistema y nadie me enseñó, yo no busqué ayuda. Yo trabajaba, trabajaba, y el fin de semana ya estaba trabajando de nuevo. Me obligaba mucho sin que nadie me obligara.

Además, tengo un nivel de frustración muy rápida. Si no va a resultar algo como yo quiero, me frustro y me voy, y dejo todo botado. Y no analizo que esto hay que pensarlo, que hay que esperar. Porque como soy inmediatista, o es malo o es bueno. Por mi inseguridad. Cuando hago algo siempre tiene que ser lo mejor, porque la opinión ajena me destruye, entonces eso significa tener la autoestima baja. Te destruye el primer viento que viene fuerte en contra tuya. Porque si tuviera la autoestima más alta, diría no me importa lo que opinen, yo sigo adelante, hay gente a la que le gustará y a otra no. Entonces yo andaba siempre estresada.

Yo creo que ahora yo no miro ropa, quedé como sobrepasada con esa vida de la moda y odiaba la moda, porque además de que me estreso, no quiero trabajar en eso, por ahora. Porque en ese minuto, yo no sabía que tenía que aprender a dosificar. A dosificar que no sea tan extremo el trabajo. Porque yo si tomaba un diseño estaba desde la mañana hasta la noche trabajando en un diseño y a la mañana siguiente, entonces esta cuestión era como fundirme ya. Me pasaba la cuenta.

En el 2000, yo estuve un año en un hospital en Santiago, en la Universidad Católica, por una negligencia médica del Hospital Regional. Estuve como un año hospitalizada

y salió como \$180.000.000 mi estadía en Santiago. Ahí perdimos la casa, el trabajo, se generaron muchas deudas. Y nos endeudamos y ahí no pudimos seguir trabajando, nos cerraron la cuenta del banco, nos quedamos sin cheque. Yo trabajaba todo con cheque. Por esta razón, yo quedé en situación de calle.

Entré al hospital porque no sabía lo que tenía, y supusieron que era apendicitis, pero estaba súper escondido mi apéndice, estaba envaginada y me pasaron a cortar los intestinos. Me desahuciaron en el hospital, con reunión clínica total. Y ahí me llevaron a la Católica, donde me salvaron. Pero costó toda esa parte económica. Y ahí vino una depresión muy grande para mí y mi marido. Yo entré en otra depresión, no cachaba na', no entendía na' lo que pasaba. Si pasamos de tener mucha plata, a no tener nada y no saber defendernos. Y ahí mi marido no pudo ayudar en nada más y se puso a trabajar de forma independiente en otras cosas, pero ya nunca con las mismas platas, nunca ha sabido generar lo que generaba el motor que era yo.

Mi hija está enojada conmigo, pero igual me quiere. Ella tiene como un enojo de antes, también por otras cosas de niñez, que vienen de ella. Por el abandono que hice, como madre, porque yo no estuve presente en su vida, ni de niña, ni de mujer. Entonces, ella dice, mamá si tú nunca estuviste al lado mío, no esperes que yo te cuente las cosas así de golpe y porrazo. Porque ella tiene una herida ahí, de abandono. Porque me dediqué a trabajar, y pa' mí el trabajo era mi obsesión. Entonces hice mal las cosas, pésimo. Entonces con los dos lo hice igual, lo que pasa es que con mi hijo yo pude estar más. Con él conversamos mucho de eso. Yo siempre he tenido más contacto con él, me he llevado mejor con él. Aunque mi hijo igual siente esa bronca, pero me ha tocado en la vida estar mejoradamente más con él. Aunque yo sé que me podría llevar súper bien con mi hija, pero ella es más chispita, en cambio, mi hijo es más pasivo. Entonces él me tiene más paciencia. Y a ella le cuesta estar conmigo, yo sé qué hace un esfuerzo. Ella es rápida, yo soy lenta pa' hacer todo. Ella se desespera conmigo. También se da una cosa entre mujeres a veces, entre personalidades.

Yo le he escrito mucho a mi hija para que me perdone, que yo realmente no me di cuenta lo malo que lo estaba haciendo. Si me hubiera dado cuenta no lo habría hecho, estaba actuando pésimo y lo hice mal, yo ya no puedo volver atrás po'. Yo ya le pedí perdón a ella, más que le he pedido. Ya no se lo voy a pedir más tampoco. O sea, quizás se lo voy a pedir. No es por orgullo, quizás las cosas se van dando solas.

Inicio y mantención del consumo de drogas

Yo creo que mi relación con el consumo de alcohol, tiene que ver con los problemas que hubo en mi casa y también producto de la violación, bastante brutal, que sufrí cuando era chica.

Después, estando casada era un tema el consumo, yo tomaba vino o cerveza, todo lo que no fuera fuerte. Pero yo seguía funcionando de forma profesional igual, exitosamente, no me afectaba eso. Pero también me fui hacia el lado del trabajo, como que no podía equilibrar las dos cosas. Yo tenía que hacerme cargo de muchas más cosas, porque ahí yo estaba con mi marido y mis hijos y yo era el motor de todo.

Mi marido y yo teníamos hartas amistadas, y todos tomaban. Algunos más, otros menos, otros normales, pero yo siempre era del grupo que tomaba más. Pero lo mío llegó a un punto más notorio, porque yo quería seguir la fiesta y ellos no. Yo quería seguir al otro día, pero ellos no.

A veces me gustaba tomar sola, o con mi marido. Después con mi marido, empecé a tomar sola; mi marido no tenía ganas. Esto duró harto tiempo, no fue así de un día. Después se puso ya grave, cuando yo estaba mal, después cuando ya había perdido la casa, cuando estaba enferma, me puse a tomar así, sola, no con mi marido. Yo consumía para sentirme bien, sentir que estaba todo bien, olvidarme un poco de las preocupaciones, las tensiones, era descansar.

Veía si había quedado algo en la casa, y yo seguía tomando sola. Cuando esto pasaba mi marido me retaba, pero no me retaba tan, tan violento. No me pegaba. Claro, se preocupaba. Es que él no sabía qué hacer. Y él nunca fue violento conmigo, es que se escapó de sus manos qué hacer conmigo. Él se iba a trabajar, después se acostaba, ya no hallaba qué hacer, porque no me podía alegrar, no me podía echar de la casa, o sea, estaba desesperado. Él me retaba, me decía por favor que no tomara más, me llamaba todo el día, le daba miedo salir a trabajar. Pero yo estaba en consumo, así que no me importaba nada, lo único que me interesaba era consumir. Es que en consumo uno se pone sumamente porfiada. Estaba mal. Ese era el periodo último ya.

Al principio el alcohol nunca te atrapa tanto, o sea, es muy controlado. Después, yo creo que se te hace un hábito. Después te empieza a gustar el efecto, empiezas a tomarlo como un amigo, una compañía, casi como una costumbre, a tenerlo como un refugio de escape, de evasión. Eso de sentirse entre comillas bien, que está todo bien, no hay nada malo, estoy como encubrada en puras cosas buenas. Es eso más que nada, olvidarse también. Pero después el alcohol te agarra. Empecé a tomar por días y días, ya no quería despertar. Antes no, antes era el fin de semana o una salida de repente.

Lo que te produce el alcohol, es que puedes ser agresivo, o también, puedes ser otro tipo de agresividad en la que uno empieza a ser 100% egoísta con quienes te rodean. Yo tenía en la mente sólo tomar. Una se pone más floja, no quiere hacer las cosas. Como que entras en una dinámica mucho más lenta. Bueno, ahí estaba con depresión, habíamos perdido la casa, no estaba haciendo nada, estábamos mal como pareja, no había conversación, diálogo, o sea, habían hartos motivos para consumir. Yo veía que mis hijos ya estaban grandes, incluso, ya estaba hecho el abandono, porque ellos ya hacían su vida, así como yo lo había hecho antes no más. Hacían sus cosas y no me incluían, como yo no los había incluido en las mías. Entonces ya no sabía cómo arreglar este desapego, yo estaba mal, seguía tomando. Yo no alcanzaba como a sentir mucho la pena, porque ahí me ahogaba en el alcohol,

para no ver lo que estaba ocurriendo, que era bastante malo. Era un círculo vicioso que iba a terminar mal.

Luego de mi separación, empecé a desganarme, a desmotivarme. Bueno, antes de la separación en realidad, a no encontrar nada que me motivara, entonces ahí me evadía en el alcohol. Después dejé el trabajo, entonces ya no me supe reconstruir, tampoco a pedir ayuda, estaba con depresión. Siempre es por no pedir ayuda, por quedarme callada y no estar con las herramientas.

Cuando tomaba me encerraba en una pieza, generalmente sola y sin llamar a nadie, para que no me cacharan que estaba tomando. Fumando, pensando en no sé, cualquier lesera. Pero no hablando con nadie, no teniendo contacto con ninguna persona. Después, lo malo es que tú despertabas muy, muy atro', entonces seguía consumiendo para no sentir eso. Y seguía de nuevo arriba de la pelota, aunque fuera sola. Siempre al final era sola, sola, en una pieza encerrada. Me sentía mal, y decía voy a seguir de nuevo y después me volvía a quedar dormida.

Una vez entré al psiquiátrico. Eso fue hace 4 años. Y estuve 3 días ahí. Creí que me volvía loca en esos 3 días. Me había abandonado hace poco mi marido, y yo estaba viviendo en una casa, donde no estaba pagando el arriendo y por esa razón me iban a echar. Entonces llegó la carta del desalojo. Y bueno, yo tengo tendencia de alcoholismo, y me encerré en la casa a tomar vino. Me debo haber tomado tres litros de vino, pero podía caminar, no estaba botada ni nada. Y tomaba en el fondo para evadirme de la realidad, porque tenía que irme de esa casa y no sabía a dónde, no tenía plata ni nada. No tenía quién me ayudara. Mi hermana que vivía cerca fue a verme con dos jefas que yo tenía en ese tiempo y no les abrí la puerta, no le abrí a nadie.

Ellas me llevaron al hospital, pa' que me pusieran suero. Y yo en mi desesperación que me sacaran del hospital me saqué el suero y saltó sangre. Pero, yo estaba

media con la caña, entonces no me molestó, porque o sino yo no hago eso. Y de ahí me pescaron y me llevaron a la fuerza al psiquiátrico.

Pa' mí fue una experiencia del terror, porque el psiquiátrico es lo más terrorífico, es como entrar a una película de terror, macabro. O sea, yo no sé cómo sobrevives, o teni' que estar muy loco, o te trastornai' ahí adentro, porque el cuidado es mortal, o sea, es una cosa que es inhumana. Es aguantar todo el día que no tienes ninguna terapia, no tienes nada, tú estai' ahí solamente enpastillado, no hay terapias ahí. Te encierran y te empastillan y tú andai' dando vueltas ahí, algo macabro. Y nada, no hay ninguna terapia, no puedes salir al patio. Es horrible, horrible, horrible. Y yo a los tres días hablé con la doctora, y le dije me sacan de aquí, esto fue un error y no sé cómo la convencí, debo haber estado tan desesperada y me sacaron altiro. Era pa' morirse, es siniestro, o sea, una película de terror queda corta. Sólo te dejan salir con suerte al jardín, a fumar. Están encerrados todos como animales. Eso es terrible porque más te vuelve loca po'. Era espantoso. Esta cuestión es de locos, o sea, cero aporte para la sociedad.

Yo no soy violenta, no soy de gritar, ni de hablar, soy tomadora solitaria. Tuve buenos y malos momentos, mientras estaba en consumo. Después te quedas con ese gusto que es como la droga o como el alcohol. Que son flashes, como que de repente está todo bien pero después pasó a depresión. Lo que pasa después de consumir es que, generalmente o te ve alguien, aunque tú estés sola o no contestaste el teléfono, o dejaste de hacer algo. Entonces tienes todos esos sentimientos, que son malos po'.

Bueno, también cuando tú estás en consumo tienes mala conducta. Conductas adquiridas. Después de una caña me puedo comer algo que no me corresponde, o invadir espacios, no sé. Hacer cosas que no corresponden, o tomarme el vino que era pal' marido de mi hermana, ponte tú, cosas que le dan mucha lata a ella, o fumarme un cigarro.

Yo pasaba tiempos en que no tomaba, y andaba súper bien, y ahí la gente me decía oh que andas súper bien. Podían pasar 6 meses y me veían súper bien, pero se me quitaban esas energías y volvía a tomar. Se volvía eso porque no tenía una motivación. O sea, yo trataba de dejar el alcohol, porque me hacía re mal, me quitaba las energías, pero no tenía una motivación real de vida. Un trabajo, no había buscado un trabajo. Andaba como sobreviviendo no más, viviendo el día. Estuve yendo a la iglesia, buscaba, siempre había algo. La iglesia podía ser, nuevos amigos, nuevas amigas. Pero no había algo de profundidad en lo mío. Si no hay algo profundo que a mí me llegara se me acababan las energías, entonces volvía el alcohol.

Yo nunca he tenido síntomas de abstinencia, de dolor de estómago, de dolores, o de que necesito, de que se me seca la boca. Nunca. Yo paro de tomar. Yo tomo cuando yo quiero, no porque yo sienta el olor, o porque yo vea alcohol. Cuando yo me preparo, voy y tomo sola. Ahora más de mayor las resacas son más grandes. Mi nivel de recuperación es mucho más lento, lógico, antes era más rápido. No me gusta tener esos síntomas de sentirme muy decaída, desganada, con sueño, avergonzada, con la autoestima más baja, todo negro, todo oscuro, las malas caras, el desaliento de los demás.

Yo no soy tomadora de mucho, pero cuando tomo, tomo. Pero pueden pasar 6 meses y no tomo. Ahora ya llevo 6 o 7 meses sin tomar, el cuerpo a mí no me pide, pero si me veo muy, muy afligida, sin expectativas, sin nada que me motive tomo. Consumía también porque estaba muy sobreexcitada, porque son los dos lados, en el sentido que también consumía alcohol cuando estaba con mucha energía. Son los dos extremos en realidad, que es súper normal eso.

El año pasado me atropellaron, y estuve un mes y medio en el Hospital Regional y de ahí me vine pa'ca al programa. Después de ese atropello, y antes de venirme para acá, me llamaron para un trabajo, y yo dije que no. Yo no vuelvo a trabajar, o si no voy a boicotear de nuevo todo. Dije no quiero eso, recién capté que no estaba bien.

Que no podía seguir en otra cosa no más, me venía para acá. Y dije no más. Estoy cansada, no quiero más, no podía más. No quiero, estoy desmotivada, quiero saber qué me pasa, por qué soy así, por qué llegué a tomar. Entonces pensé en una modalidad de tratamiento residencial porque creí que era mejor. Además, que ya no tenía donde vivir y dije esto va a ser algo más profundo.

Además, cuando yo tomaba dejé chata a muchas personas, en el sentido que hay gente que me quería ayudar, pero yo recaía, entonces ¿qué pasa con las personas que te quieren ayudar y tú recaes? Se cansan. Como ocurre con todas las personas que tienen algún tipo de consumo de sustancias. Entonces yo opté por la comunidad.

Proceso de Rehabilitación en la Comunidad Terapéutica

Me derivaron del COSAM, ellos trataron de ingresarme a este programa, costó harto. Porque entrar aquí cuesta mucho. Bueno de partida, tú tienes que estar sobria, desintoxicada. Después viene el periodo de las entrevistas. Hay mucha gente que se quiere venir pa'acá o para evadir la justicia o porque no tienen donde vivir o porque las han echado de las casas.

Yo tomé la decisión de ingresar al programa por mi consumo de alcohol, recién ahora, este verano. Bueno, me lo habían propuesto hace 3 años en el COSAM donde yo recibía un tratamiento ambulatorio. A pesar de eso, al COSAM yo no lo siento como tratamiento, siento como que me dan pastillas y chao. No por culpa de ellos, yo creo que no puedo echarles la culpa a ellos, sino que yo no hablaba mis problemas sinceramente. Y mientras tú no hablas sinceramente, no pueden entrar sinceramente. Además, que era una sola vez al mes con el psicólogo, de repente 3 o 2 veces con suerte. Entonces para mí no era significativo que una psicóloga te cite una vez al mes, para mí era importante tenerla. Por eso a mí no me sirvió, quizás pa' otro tipo de persona sí. Yo encuentro que ahora el tratamiento ha sido bueno, antes en el COSAM no había sido bueno. He notado el cambio, por la disciplina y la preocupación dentro del programa.

Y estoy aquí por mi proceso de reintegración a la sociedad. Llevo 1 mes y 7 días en la comunidad y todavía no hemos descubierto el motivo de por qué yo empecé a tomar. Hubo algo que me hizo dissociarme que todavía no descubro qué, porque no he trabajado con psicólogo. Estoy esperando eso. Aunque yo creo que todavía es muy pronto.

Dos de mis hermanos saben que yo estoy acá en el programa, pero ellos están enojados conmigo, por esta situación del alcohol. No están enojados porque esté acá, están felices. Lo que pasa es que ellos ya tuvieron una mala experiencia conmigo, al final de mi problema con el alcohol.

Todavía hay gente que me apoya, por ejemplo, mi amiga y mi hijo, que siguen al lado mío. Ellos siempre han estado ahí. Cuando salgo de pase me quedo con mi hijo. Es que mi hijo arrienda una pieza, una pensión. Él hace su vida normal y yo trato de no molestarlo. Cuando mi hijo está en la casa tomamos desayuno, conversamos hartito, nos reímos, vemos películas juntos. Luego hago almuerzo y después si él sale, yo leo, salgo a dar una vuelta, voy a la biblioteca viva, esas cosas.

A mi hija no la veo mucho, porque ella está de paso en la ciudad. Está viviendo en la casa de una amiga, como ya no tenemos ninguna casa pa' recibir. Mi hijo es el único que tendría su pequeña pieza, pero no tenemos más.

Mi hijo está fascinado con que yo esté acá en la Comunidad, y mi hija también encuentra fantástico que yo esté en este proceso, que no es solamente el consumo, es más allá, es un problema psicológico, ella lo veía. Pero no me viene a ver, porque no tenemos una relación de cercanía. Pero ella está contenta que yo esté acá y que siga. Ella quiere que yo esté acá. Y me dice igual te quiero mamá, y le cuesta estar conmigo, pero yo sé que ella me desea lo mejor, y yo igual a ella. Y con mi hijo lo que pasa es que tenemos muchos aspectos parecidos. Pero a mi hija yo la quiero exactamente igual, me encanta ella igual.

Mi hija, a pesar de todo, yo sé que está conmigo, no todavía, no al cien por ciento, pero ella está feliz de que yo esté acá. Ella no ha asumido, lo que pasa es que yo le hice mucho daño y ella está pasando un minuto difícil también, porque igual como que hay un quiebre, no hay unión, pero si estuviéramos bien yo sé que ella estaría al lado mío. A ella le va a costar más perdonar.

En cuanto al proceso, no solamente se busca abstinencia, aquí es llegar al por qué. Porque la abstinencia es una parte, pero si tú no tienes consciencia puedes salir, y vas a seguir tomando.

En el programa hay 15 días que son de adaptación. No tenemos salida. Yo estuve 20 días sin salir, porque justo a los 15 días cuando me correspondía salir, ingresó una usuaria y se fue otra. Ahí quedó la grande y me dijeron que no me iban a dejar salir y pagué los platos rotos de las otras. Y ahí estuve súper mal, porque yo encontraba que no era justo, porque a todas las demás les habían respetado los 15 días. Pero ya pasó, entonces yo ahora sé que debo defender mis derechos, porque las funcionarias pueden ser las que te mandan y todo, pero tenemos derechos también nosotras, esto no es una cárcel.

Al ingresar a este programa nos dicen todas las reglas que debemos cumplir, pero a una se le olvidan todas. Yo me acuerdo de 4 que eran para no echarme: no consumir adentro, no tener pololeo, o sea con los hombres, no pelear entre nosotras, a las manos digamos y la otra me parece mucho que es la agresión a las tutoras, a las que trabajan acá y los horarios que uno tiene que cumplir. Esas son las principales.

En cuanto a la regla del pololeo, a mí no me complica porque yo no me comunico con los hombres. No me interesa para nada. O sea, no se me ocurriría meterme con una persona que tiene los mismos problemas que yo. A mí me bastan con los míos ¿Es que cómo me puede ayudar si está todavía en proceso? Quizás ya, si llevara un año afuera y está bien, pero si están acá es porque tienen un problema, no se han podido ir. Entonces imagínate dos personas igual. No tenemos nada que hacer

juntos, encuentro. Para mí sería conversar algo de amistad, pero como no te dejan tampoco (risas). Por ejemplo, tú empiezas a mirar por casualidad a alguien del frente, pero qué pasa, ¿por qué te prohíben?, porque tú te desvías del programa, del proceso, al estar encantado con una persona. Pero, más que eso, es porque un ciego no puede guiar a otro ciego, porque generalmente eso va ir a algo malo. Porque si dos personas acá se enamoran y están con proceso es porque los dos no están bien. Entonces, yo cómo me voy a meter con una persona, que tiene problema de consumo, si yo no me puedo ayudar a mí, y el otro está acá porque necesita ayuda, o sea generalmente va a llevar a un fracaso, por eso más que nada. Es porque tú pierdes tu norte, andai' preocupao' del chiquillo del frente o del hombre o del caballero.

En otras reglas puede que esté fallando, pero no en las principales. Pero estoy súper, súper contenta de estar acá. Aquí estoy aprendiendo a seguir las reglas, porque si me voy en contra me sale muy pesado, no me puedo ir en contra, a no ser que sea por un derecho por el que estoy peleando. Entonces me di cuenta que puedo seguir bien las reglas y es más agradable vivir. Me cuesta igual, cuesta mucho eso de seguir las reglas. Tengo que controlarme, me gusta ir contra las reglas, desde siempre, desde que era chica, del colegio.

Con respecto a las tareas que me designan acá adentro, éstas son hacer los baños, hacer la entrada. Siempre tener limpiecito. Éstas van cambiando una vez a la semana, 15 días. Yo creo que son buenas, hacen bien, a mí me gustan. Me cuestan (risas). Todo me cuesta, pero igual me gustan, encuentro que es positivo hacerlo. Si esto es gratuito, bueno, es como mínimo. Además, hace súper bien, para mí esa disciplina es súper buena porque yo nunca lo hice. Yo me crié con nana y todo mi matrimonio tuve nana. Y bueno llevaba 5 años sin nana. Pero me gusta hacer estas cosas, no tengo problema. Lo único que tengo que trabajar que no me gusta a mí, son dos cosas: Salir al comedor como a las 9, estoy siempre acostada. Esa es la lucha. Y levantarme a las 7 al baño. Y siempre luchar contra el sueño.

Todavía no llego a las respuestas de por qué comencé a tomar alcohol, pero todos los días, o casi todos los días aparece una lucecita y por eso me canso mucho, porque pienso mucho aquí. Es mucho el agotamiento que siento. Si me miro al espejo y parezco como una ancianita y estéticamente digo pucha que lata, pero yo sé que es porque tengo agotamiento pero atroz, un estrés muy grande, que se me pasa aquí funcionando, mientras yo no tenga las respuestas. Entonces como mi proceso es aquí, estoy obligada a estar acá. Afuera yo puedo hacerme un mundo rápido, de una u otra forma, pero aquí es obligación trabajar con uno y yo quiero trabajar con uno. Eso es lo que quiero. Yo no estoy aquí por pasar las horas, ni por pasar el tiempo, no me interesa.

En este proceso entiendo el consumo como algo que te auto destruye, destrucción, evasión, pero siempre es con daño. Generalmente es porque te hicieron daño, tienes una historia de abandono, falta de amor, falta de cariño. En mi caso es abandono, en la casa, después de esa violación. Ahí hay hartos motivos, después de nuevo abandono. Entonces es como normal por el no tener las herramientas de esta forma de actuar mía.

Y la rehabilitación para mí es como regenerarme, re componerme, armarme de nuevo. Entender por qué llegué a eso, qué hizo, qué me hizo tanto daño. Creo que para mantenerse en un proceso de rehabilitación hay que estar súper madura, no importa la edad, no tiene nada que ver la edad. Puede que otra tenga 20 y sea más madura que yo. Porque hay tanta deserción en el proceso de rehabilitación. Hay algo, es porque la persona no quiere cambiar. Hay que conocerse, estar consciente. Si tú estás usando tú inconsciente no puedes, aunque sea que por iniciativa propia llegaste acá. Y ser una persona normal entre comillas, pero no hacerse esa auto destrucción. En el proceso la idea que tenía de rehabilitación se ha ido profundizando más, que es más completo, mucho más. O sea igual sabía, pero es mucho más completo acá, porque te van dando mucha información que tú no sabes. Información psicológica, de cómo manejar las balanzas decisionales, cómo protegerte, auto protegerte. Cosas así que uno no sabe, esas herramientas, o sea, a veces las sabes,

pero después se te van en las ganas no más, no sabes detener no más. Aquí te enseñan cómo detenerte. Aunque yo no tengo psicóloga en este minuto, y me ha hecho mucha falta, todo lo he tenido que hacer con la gestora y nadie más, yo nomás.

Mi expectativa en este tratamiento es sanarme, pero no sabía mucho en qué iba a consistir. Aunque, yo creo que siempre me hago más expectativas en todo, porque pensé que iba a ser más rápido, pero es un proceso lento. Ahora mis expectativas han ido cambiando. Ahora quiero tener mi vivienda social, nunca lo hago, siempre lo dejé botao'. Tener un empleo, que no sé cuál es, tener una casita, un gato y un perro, ojalá una pareja, mis hijos al lado, no viviendo conmigo, porque no quieren vivir conmigo, tienen su vida. Pero sí que me vayan a ver, tener cómo recibirlos. Una vida tranquila. Yo me estoy comprometiendo de adentro, o sea estoy haciendo cosas. Y lo que me motiva a continuar en este proceso es mi hijo, es lo más importante, mis hijos igual. Más que mis hijos, soy yo, porque lo demás viene por añadidura.

Yo creo que a la mujer es la que más le cuesta este proceso de rehabilitación, porque es más enrolla'. Por los hijos, por las parejas. Es que somos más enrolladas, más complicadas. Por las temáticas, porque los hombres son más prácticos, las mujeres estamos más enrolladas con cosas del pasado, que las arrastramos. El hombre es más concreto.

Además, la mujer borracha es muy mal vista también. Está bien visto que un hombre se emborrache, que sea promiscuo con las mujeres. Pero no es bien visto que una mujer tenga más hombres o que sea drogadicta. Es un sistema machista. Siempre te van a mirar como algo feo, como algo malo. Por el asunto de que tú eres mamá, tienes hijos, por responsabilidad. Las personas te miran como raro, las personas que no te aceptan. Son actitudes que te tienen así, hasta ahí nomás. Por el hecho de ser mamá, por el hecho de ser esposa, por todo. Está mal visto que las mujeres hagamos este tipo de cosas, por la sociedad. Pero es que es lógico, teni'

responsabilidades generalmente de las madres a los hijos. Entonces, estas cometiendo una violencia. También he sentido eso, un poco, pero no tan profundo. De que había un abandono hacia mis hijos y un abandono es violencia.

Me he dado cuenta que el consumo te lleva a adquirir hábitos, puedes llegar a robar, a mentir, a manipular, porque tú quieres seguir consumiendo y se te acaba la plata, te echan de algunas partes porque ya no estás cumpliendo normas. Entonces al final, bueno, ¿qué hace uno? teni' que robar no más, porque a ti no te importa nada. Te haces muy egoísta, el consumo te hace muy egoísta, pensar solamente en tí y en tu consumo. Entonces es muy malo, muy, muy malo, porque tú te adhieres de puras cosas malas, no de cosas buenas. Yo también aprendí estos hábitos, a mentir siempre. De repente también a sacar cosas que no debía. Incluso de repente yo me robé botellas de casas, porque yo no tenía pa' consumir y encontraba en la cocina una botella de pisco y me la echaba a la cartera. Se hace eso. Igual te tomas el trago a escondidas de una casa donde vas. Hábitos mal adquiridos, entonces empiezas a hacer una persona donde la corrección no cuenta mucho.

Pero estamos en un trabajo interno, por lo menos yo, bien fuerte, porque yo quiero que esto me sirva, porque no quiero que esto sea sólo para mí. Yo no pienso vivir con mis hijos, ni ellos conmigo. Ya son muy grandes. O sea, yo lo tengo claro. Yo creo que por edad ya no funcionaríamos. Ellos tienen que ser independientes, y está bien. Y yo también, al final también me gusta ser independiente. Yo le digo a mi hijo que en la parte económica él tiene que hacerse cargo de las cosas. Yo lo puedo ayudar en todo lo que quiera, puede estar un par de días conmigo, pero él tiene que salir adelante. Ahora mi posición es esa. Es que antes quizás me sentía culpable, entonces como que quería pagar yo, con comprarles ropa cuando tenía plata, o darles plata. Ahora la mejor enseñanza es que ellos tienen que salir adelante, ya son grandes ya. Yo no voy a poder mantenerlos toda una vida. Si yo tuviera plata, les haría un daño, si ellos tienen que salir adelante solos, así como yo voy a salir adelante sola. Antes tenía plata, entonces yo pensaba que la plata hacía y la plata no

hacía nada, la plata tiene que uno generarla. Y ellos son jóvenes, tienen energía. Si no la generan, aunque uno les regale todo, se la van a gastar.

Acá en el programa estoy encontrando herramientas, me estoy entreteniendo conmigo, descubrirme a mí misma. Pero, yo sé que tengo que volver a luchar, a trabajar, pero ya de otra forma. Yo sé que éste no es mi hábitat. Éste es mi centro de terapia para sanación, pero yo después tengo que salir al mundo. Aunque el proceso me cuesta, peleo, me duele, hay veces que lo paso pésimo, hay veces que lo paso bien, a veces más o menos. Pero estoy entretenida con mi proceso, me gusta. Aunque no me gustan muchas cosas. Si a mí me carga andar con una campana que me traigan pa'lla, pa'ca, pa'lla, pa'ca (risas). Pero es un sacrificio agradable, para algo bueno.

6.8.1 Análisis narrativo: Historia de Vida de Samanta

6.8.1.1 Su discurso sobre el rol materno

En la historia de vida de Samanta habría existido un episodio de abandono, por parte de ambos progenitores, quienes se habrían dedicado mayormente al trabajo y al cuidado de su hermano, cuando éste fue diagnosticado con esquizofrenia. En su relato, Samanta destaca especialmente la ausencia de la madre, quien se habría dedicado en forma exclusiva a su desarrollo profesional, advirtiendo en su discurso la atribución de la responsabilidad de cuidado y crianza, como rol asignado exclusivamente a la mujer.

A pesar de que ambos padres no habrían cumplido adecuadamente sus roles parentales, Samanta demuestra una actitud crítica hacia el rol de su progenitora, pues según afirma, era su madre la responsable del cuidado y protección de ella y sus hermanos/as, atribuyéndole responsabilidad, sólo parcialmente, a su padre respecto del abandono mencionado. Lo anterior, responde al discurso dominante que socialmente se construye respecto del rol materno. En efecto, según Inciarte *et al.* (2010), a nivel social, las madres sufren una fuerte estigmatización debido al no

cumplimiento de las expectativas del rol materno. Desde los planteamientos de León & Roldán (2007), la mujer es considerada educadora, dadora de vida y fortaleza económica de sus hogares; cuando llegan a faltar en su papel por alguna razón, decepcionan a sus familiares siendo sometidas a la estigmatización y al abandono por parte de ellos/as.

Es preciso aclarar, que Samanta ha replicado conductas de abandono hacia sus hijos/as, contradiciéndose con la visión de protección y cuidado que declara atribuir a la mujer. Ella, al igual que su madre, privilegió su desarrollo laboral y la estabilidad económica de la familia, creando distancia en la relación con sus hijos/as. Por tanto, se observa en el sistema familiar de Samanta un patrón intergeneracional de flujo vertical, que de acuerdo a Quirós (2006), corresponden a pautas de relación y funcionamiento familiar que son transmitidas históricamente de una generación a otra.

Cabe mencionar, que la construcción lingüística utilizada por Samanta, para hacer referencia a este episodio de abandono hacia sus hijos/as, permite identificar una conducta evasiva respecto de su responsabilidad en el mismo, pues durante el transcurso de su relato, logramos evidenciar que ella otorga una connotación personificada de “el abandono”. En este sentido, Lakoff & Johnson (1991), citado por Arias (2008), definen la personificación como la atribución de características y/o cualidades humanas a lo que no es humano. De esta forma, el problema se convierte en una entidad separada, externa, tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía (Murgas, 2009). Una consecuencia del proceso de personalización es, justamente, la externalización del problema, con los indeseados efectos de escasa autonomía frente a lo relatado como problema y una débil responsabilidad frente a los acontecimientos vitales experimentados.

6.8.1.2 Su discurso sobre el rol de mujer trabajadora

Samanta connota en su discurso, una valoración positiva del trabajo femenino, lo que tendría directa relación con su familia de origen. En efecto, su madre también habría logrado desarrollo laboral, contribuyendo de manera significativa al sustento del hogar. Además, Samanta se reconoce como la principal proveedora en su grupo familiar, manifestando en reiteradas ocasiones que, desde el punto de vista económico, ella fue el “motor” de su familia. Por tanto, su experiencia de mujer proveedora se contrapone al mandato social predominante, donde en familias biparentales es el hombre quien mayoritariamente asume el rol de proveedor al interior del núcleo familiar. Al respecto, Manni (2010), sostiene que aún cuando la incorporación de la mujer al mundo laboral ha comenzado a cambiar la asignación de algunos roles en el hogar, se mantiene la tendencia a considerar al hombre como principal proveedor y a la mujer en su rol de reproductora de la familia. Lo anterior, a pesar de que actualmente la mujer tenga responsabilidades laborales en condiciones muy similares a las del hombre.

Interpretamos que Samanta ha construido un discurso centrado en el locus de control externo, cuando afirma que su rol como mujer trabajadora habría influido negativamente en el cumplimiento de su rol materno, responsabilizando a la sobrecarga laboral el distanciamiento de sus hijos/as, entendiendo su conducta como menos controlable, ya que los factores que la generan no dependen de su persona (Penhall, 2001).

En lo que respecta a la conciliación del rol materno y de mujer trabajadora, Gómez (2014), plantea que las mujeres se ven exigidas socialmente a desarrollar adecuadamente ambas funciones, aunque el principal mandato social que se percibe es el del cuidado familiar. La concomitancia del rol materno con el trabajo se configura, por tanto, como un aspecto relevante a la hora de construir proyectos personales en las mujeres. En consecuencia, el hecho de que Samanta privilegiara su desarrollo laboral, va en contra de los mandatos sociales predominantes, dado que a pesar de los cambios experimentados en las familias actuales, se continúa

depositando en las mujeres la responsabilidad de tener y cuidar niños/as, lo que genera tensión en las mujeres a nivel individual (Ansoleaga, 2011).

6.8.1.3 Su discurso sobre el consumo de drogas

En el relato de Samanta, es posible identificar un discurso evasivo, en torno al reconocimiento de su consumo de alcohol, dado que recurre constantemente a la personificación de la droga, construyendo narrativas que externalizan su conducta adictiva. Desde el punto de vista lingüístico, no se reconoce abiertamente como “adicta”, pero sí como una persona que tiene “problemas con el alcohol”, y que por tanto, requiere tratamiento y ayuda psicológica, entendiendo su consumo como un comportamiento incorrecto, pero que queda justificado al construirlo como una cuestión problemática (Muñoz, 2011).

Samanta, al articular un discurso donde el alcoholismo es entendido como enfermedad, se libera de los juicios y críticas sociales en torno a la conducta adictiva. Como señala Guimelli (2004), citado en Castellanos (2014), los/as adictos al descontextualizar “las drogas como vicio” y reestructurar su discurso connotando “las drogas como enfermedad”, construyen un discurso protector en torno a los juicios sociales que conlleva la conducta adictiva, debido a que quienes se asumen como adictos/as se exponen a segregación, rechazo y castigo social. Por otro lado, Muñoz (2011), sostiene que los discursos que construyen los adictos/as acerca de la drogadicción como una enfermedad, tienen el propósito de legitimar la externalización, evadiendo la responsabilidad de su comportamiento y atribuyéndolo a factores que están fuera de su control.

Además, es posible añadir que Samanta en determinados fragmentos de su relato, pareciera estar haciendo alusión al consumo de alcohol de una tercera persona y no a su propia experiencia de consumo. Utilizar un lenguaje indirecto u oblicuo podría indicar un mecanismo narrativo para “no hacerse cargo”, en el contexto de una pseudoexternalización.

Respecto de su conducta adictiva, Samanta asocia su consumo a la evasión de situaciones complejas y traumatizantes de su experiencia vital. El planteamiento

de Arostegui & Urbano (2004), coincide en que muchas mujeres adictas, usan el consumo de drogas como un pretexto para evadirse de los problemas cotidianos y exigencias propias de su rol, considerando tal situación como un factor distintivo del consumo de drogas femenino. En el caso de Samanta, la ingesta de alcohol se habría agravado cuando se ve superada ante eventos complejos, como por ejemplo, el abandono que habría sufrido por parte de su marido, sobreendeudamiento por negligencias médicas, pérdida de bienes patrimoniales, fracaso laboral y distanciamiento de sus hijos/as. Así, el alcohol es visto como un mecanismo de escape, incluso de compañía ante tales situaciones.

Samanta en su discurso afirma que ella controla su consumo de alcohol, pues planifica la instancia, el lugar y momento adecuado para consumir. Además, señala que tiene la capacidad de controlar la cantidad y frecuencia de su ingesta de alcohol. Asimismo, señala no haber presentado síntomas de abstinencia, por lo que no reconoce el alcohol como una necesidad. En este sentido, Basso (2011), plantea que el/la adicto/a establece un diálogo de superioridad entre un ego que cree que puede controlar el uso de drogas y los intervalos de consumo.

6.8.1.4 Su discurso sobre el proceso terapéutico

En su discurso, Samanta devela dependencia respecto de los/as profesionales que orientan su proceso de rehabilitación, específicamente de los/as psicólogos/as, pues hace especial énfasis en la necesidad de que estos/as guíen su proceso terapéutico, como un elemento importante para encontrar una solución a su “enfermedad”. Por otro lado, Samanta manifiesta compartir el mecanismo de trabajo de la Comunidad Terapéutica, asimismo, aceptar los planes de intervención y las reglas impuestas al interior de la institución. Sin embargo, se advierte en el relato de Samanta la intención de transmitir un discurso políticamente correcto, respecto de las pautas a seguir al interior de la comunidad, pues señala que su incumplimiento tendría consecuencias negativas en su proceso de recuperación, exponiéndose a la expulsión del Centro Terapéutico. Este mecanismo discursivo podría indicar que su motivación para mantenerse en el proceso de rehabilitación es de carácter extrínseca.

Además, lo anterior connota que, por un lado, Samanta externaliza la responsabilidad de su recuperación a terceras personas, y por otro lado, obedece las normas impuestas por la comunidad, aunque no las comparta totalmente por temor a las repercusiones que esto tendría, develándose en su discurso una moralidad heterónoma, la que es definida por Barra (1987), como aquella moral que lleva al/la individuo/a a someterse a las reglas de autoridad externa, con el propósito de evitar daños y/o consecuencias negativas.

En relación a lo mencionado, proponemos como hipótesis que para que el sujeto/a adicto/a tenga éxito en su proceso de rehabilitación, se requiere que el plan de intervención incluya el desarrollo de una moralidad autónoma y responsable.

6.9 Análisis categorías apriorísticas y emergentes

6.9.1 Categorías apriorísticas

6.9.1.1 Ciclo vital individual: Crisis y transiciones individuales

Identificamos en la historia de vida de Samanta el incumplimiento de tareas comprendidas en el estadio 6, denominado Intimidad v/s Aislamiento. Específicamente aquella que hace alusión con la forma de relacionarse con otras personas, pues Erikson propone que el/la individuo/a debe priorizar relaciones más íntimas que ofrezcan y requieran de un compromiso recíproco (Bordignon, 2005). En el caso de Samanta, se identifica una escasa intención de reconstruir las relaciones distantes que mantiene con sus hermanos/as, de quienes se habría alejado cuando se agrava su consumo de alcohol, y con su hija, cuya relación se habría deteriorado cuando privilegió su desarrollo laboral, situando en ellos/as la responsabilidad de mejorar tales relaciones, manifestando, además, que en el transcurso del tiempo restablecería lazos de afecto con estos miembros de su núcleo familiar. Lo anterior, indica que Samanta no ha superado aún el aislamiento al que se enfrentan los/as individuos/as en este estadio, pues, actualmente ha evadido las responsabilidades que tiene respecto del quiebre de estas relaciones, develándose en su discurso un

locus de control externo (Penhall, 2001), debido a que atribuye a terceras personas la reestructuración de sus deterioradas relaciones interpersonales.

Ahora bien, de acuerdo a la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson (Bordignon, 2005), Samanta cronológicamente se encontraría en el estadio 7, denominado Generatividad v/s Estancamiento, el cual comprende el rango etario de los 40 hasta las 60 años de edad. Según Bordignon (2005), esta fase se caracteriza por el cuidado y la inversión en la formación y la educación de las nuevas generaciones, de los/as propios/as hijos/as. Además en esta etapa, el/la individuo/a tiene el desafío de desarrollar la capacidad de la productividad y de la creatividad, esto es, la generación de nuevas ideas para el bienestar de las nuevas generaciones. Sin embargo, consideramos que Samanta durante el transcurso de su historia vital no ha cumplido con las tareas que contemplan el cuidado y crianza de sus hijos/as, pues ella misma relata un episodio de abandono hacia estos/as, privilegiando su desarrollo laboral. Este evento es considerado como **índice** en su experiencia de vida, puesto que Samanta reconoce tal situación como un acontecimiento significativo de su experiencia. Como consecuencia del abandono hacia sus hijos se habría generado una relación distante con ellos, especialmente con su hija, a quién ve solo esporádicamente.

Por otro lado, en cuanto a la productividad que se debe lograr en esta fase, Samanta en su discurso afirma encontrarse en un periodo de paralización, dado que estar inserta en un proceso de rehabilitación le impediría desarrollar actividades laborales que ella considera productivas. Ello permite formular la hipótesis de que Samanta se encontraría enfrentando una **crisis** de estancamiento, caracterizada por desmotivación y frustración, respecto de las metas alcanzadas en su vida y que se habrían visto opacadas por su consumo problemático de alcohol, la cual de no ser superada obstaculizaría el paso al estadio subsecuente (Bordignon, 2005). Sin embargo, cabe mencionar que Samanta anteriormente habría logrado la capacidad de desarrollar sus propias habilidades, reconociéndose como una mujer

independiente, proactiva, creativa y exitosa desde el punto de vista financiero cuando se desempeñaba como diseñadora de ropa.

Por tanto, la pérdida de este empleo, lo hemos considerado como un **punto de viraje**, puesto que, luego de quedar en situación de cesantía, Samanta perdió su independencia económica y estatus social, manifestando que ello ha afectado negativamente su autoconcepto.

6.9.1.2 Ciclo vital familiar

De acuerdo al ciclo vital familiar de Peter Steinglass (Suarez, 2011), Samanta se ubicaría en la fase intermedia, dado que en la fase anterior (fase inicial) el grupo familiar ya habría establecido reglas estables y coherentes. Asimismo, habrían definido las formas de solucionar sus conflictos, los límites y roles que caracterizan su dinámica familiar.

En lo que concierne a su hija, Samanta mantiene una relación donde se presentan límites rígidos, caracterizados por interacciones en la que los miembros de la familia son independientes y desligados, no mostrando demasiada lealtad ni pertenencia al grupo familiar (Trujano, 2004). Con su hija no se advierte predisposición mutua a reconstruir el quiebre afectivo, al contrario, habrían decidido vivir su vida de forma separada, estableciendo implícitamente en qué medida cada una de ellas puede inmiscuirse en la vida de la otra.

En tanto, con su hijo mayor Samanta sostiene una relación con límites difusos, la que hace referencia a que los miembros de la familia no saben con precisión quién debe participar, cómo y en qué momento; estos se aglutinan mostrando excesiva lealtad entre ellos, existiendo invasión de subsistemas (Trujano, 2004). En el relato de Samanta, se vislumbra que es su hijo quien asume una posición de responsabilidad y protección hacia su madre, proveyéndole un hogar y sustento económico en la actualidad. Lo mencionado anteriormente, se traduce en el desarrollo de una conducta dependiente de Samanta en torno a su hijo, donde no existe claridad sobre quién debe cumplir el rol parental. Además, es posible

mencionar que respecto de su hijo, ella se muestra dispuesta a fortalecer una relación de confianza y cercanía con él, permitiéndole la posibilidad de ser partícipe de su vida. En el relato de Samanta, se puede identificar que solamente su hijo tiene la facultad de aconsejarla y acompañarla en su actual proceso de rehabilitación.

Cabe mencionar que el hecho de que el delineamiento de límites sea distinto con cada uno/a de sus hijos/as, da cuenta de que como grupo familiar ya han definido cómo relacionarse, cuándo y con quién desean hacerlo. Esto permite señalar que la dinámica familiar es predecible y monótona, pues cada integrante de la misma tiene claridad respecto de las reglas, normas y límites familiares, además, de las funciones que cada uno cumple al interior del núcleo familiar.

Es posible inferir que Samanta en la fase anterior del ciclo vital familiar (fase inicial), definió las relaciones que mantendría con su familia de origen. Al respecto se puede señalar que mantiene distancia hacia su familia extensa, mostrando una actitud pasiva ante la posibilidad de retomar contacto con los integrantes de ésta, con quienes anteriormente habría sostenido un vínculo de afecto y cercanía, específicamente con su hermano y hermana. Tal lazo afectivo se habría dañado luego del agravamiento del consumo de alcohol de Samanta. De acuerdo a su relato, depende de ellos/as reconstruir nuevamente la relación.

Ahora bien, en lo que respecta a la primera **tarea** propuesta por Steinglass (Suarez, 2011), consistente en la especialización de las tareas, se puede evidenciar en el relato de Samanta que cada miembro de su familia sabe lo que tiene que hacer, manteniendo claridad respecto de la tarea que cumple al interior de la familia. Por un lado, su hijo cumple un rol protector, proveyéndole sustento económico y un hogar donde vivir. Mientras que Samanta es la encargada de realizar las tareas domésticas del hogar que comparte con su hijo, las cuales desarrolla de forma autónoma. Se evidencia por tanto, la construcción de una dinámica familiar basada en patrones patriarcales, en torno a las tareas que hombres y mujeres deben cumplir al interior del núcleo familiar (Zapata, 2012).

De acuerdo a su relato, Samanta igualmente desarrolla la tarea de transmitir determinadas enseñanzas a sus hijos/as, tales como la valoración positiva hacia el trabajo, la autonomía, la independencia económica y el esfuerzo, como fundamento para el alcance de metas personales. Es preciso mencionar que Samanta se ha propuesto transmitir estas enseñanzas, a partir de los aprendizajes que ha adquirido a través de sus experiencias y fracasos personales, pues antes de esto, no habría reflexionado en torno a tales valores. En cuanto a la importancia que atribuye a la autonomía, es posible vislumbrar una contradicción en su discurso, ya que Samanta ha desarrollado dependencia hacia su hijo y anteriormente hacia sus hermanos/as.

En lo que concierne a su hija, no es posible referirse con certeza a las tareas que cumple al interior del núcleo familiar, puesto que Samanta no proporcionó mayores detalles al respecto.

En cuanto a la tarea de crecimiento y desarrollo en temas específicos, Samanta estaría concentrada mayormente en su crecimiento personal, pues declara abiertamente estar preocupada de encontrar respuestas, en torno al inicio de su consumo problemático de alcohol, lo que permite inferir que Samanta se ha propuesto solucionar primeramente sus conflictos personales, para luego concentrarse en el crecimiento familiar, enfatizando que pretende promover la autonomía e independencia de sus hijos/as. Ahora bien, en lo que respecta al desarrollo de temas específicos, es posible señalar que Samanta y su familia sí han cumplido esta tarea, puesto que ya han definido claramente cómo relacionarse, los roles que cada miembro de la familia cumple y hasta qué punto inmiscuirse en la vida de los otros/as.

En cuanto a los **observables** propuestos por Steinglass en esta etapa familiar, (Suarez, 2011) no ha sido posible identificar en el relato de Samanta rituales de la familia. Ahora bien, respecto de las formas de solucionar los problemas, se ha identificado una dinámica familiar caracterizada por la evasión de situaciones problemáticas presentando una actitud pasiva, de negación y dependencia de Samanta hacia terceras personas en pos de la solución de sus conflictos, sin responsabilizarse en la búsqueda de soluciones para enfrentarlos.

Por otro lado, se ha observado la construcción de un discurso atenuante, por parte de Samanta, respecto del abandono que habría realizado hacia sus hijos/as, su propio consumo problemático de alcohol y la distante relación que mantiene con sus hermanos/as y su hija. Albelda & Briz (2010), proponen que la atenuación es una categoría pragmática cuya función consiste en minimizar la fuerza ilocutiva de los actos de habla, con el objetivo de regular la relación interpersonal y social entre los participantes de la enunciación. En consecuencia, a nuestro juicio, Samanta construye un discurso atenuante con la intención de suavizar su mensaje, regulando así las relaciones interpersonales que mantiene con su entorno, puesto que de este modo evita ser categorizada, etiquetada y/o enjuiciada por sus acciones. En cuanto a la definición de rutinas familiares, Samanta reconoce como tal, el tomar desayuno junto a su hijo cada fin de semana y ver películas juntos.

6.9.1.3 Atribución de responsabilidades en el inicio del consumo de drogas

Al analizar el relato de vida de Samanta es posible determinar que su inicio en el consumo de alcohol podría ser explicado en virtud del modelo del afrontamiento de estrés de Willis. Este modelo sostiene que aquellas personas que usan drogas con intensidad lo hacen como respuesta al estrés de la vida, siendo el consumo un recurso de afrontamiento ante tales situaciones (Willis & Shiffman, 1985).

En el caso de Samanta, el consumo de alcohol se configura como un mecanismo de evasión ante situaciones de su vida que le generaron malestar emocional y estrés, entendiendo este último como un estímulo ante situaciones o elementos externos, que exigen una fuerte demanda al/la individuo/a (Cano *et al.* 1994). Entre estas situaciones se pueden mencionar: haber sido víctima de abuso sexual en su adolescencia, la sobreexigencia laboral, las negligencias médicas, la crisis económica posterior a la negligencia médica y la separación con su marido. Este último evento ha sido considerado como un **punto de viraje** en su experiencia vital, pues a partir de esta separación Samanta enfrentó de forma solitaria las dificultades económicas, episodios de depresión descritos en su relato y su propio consumo problemático de alcohol.

En el discurso de Samanta, se logra evidenciar, por tanto, un inadecuado enfrentamiento a tales situaciones respondiendo con mecanismos desadaptativos frente al estrés, (Willis *et al.* 1996), principalmente con conductas evasivas en las cuales se habría refugiado en el consumo de alcohol.

6.9.1.4 Atribución de responsabilidades en el mantenimiento del consumo de drogas

De acuerdo al relato de Samanta, el mantenimiento de su conducta adictiva, igualmente, podría ser explicado en virtud del modelo del afrontamiento del estrés de Willis (Willis & Shiffman, 1985), dado que el inadecuado enfrentamiento de sus problemas configuró un círculo vicioso de consumo de alcohol. El autor añade que el estrés facilita el desarrollo de un círculo vicioso, puesto que, la imposibilidad de solucionar el problema genera mayor estrés en la persona adicta, lo que finalmente contribuye a la mantención del consumo.

Podemos identificar en el discurso de Samanta una conducta evasiva ante las dificultades que se han presentado en el transcurso de su vida, puesto que en su discurso no manifiesta haber adoptado acciones para solucionarlas. En este sentido, el consumo de alcohol es utilizado por Samanta como un mecanismo de evasión y olvido, pero también como un mecanismo de divertimento y búsqueda de momentos placenteros. Según Ghiardo (2003), para el/la adicto/a el efecto de la sustancia consumida significa una fuga, una anulación del sentir y el pensar que permite evadir una realidad que angustia. Por otro lado, el efecto del alcohol también implica una desinhibición de la psiquis, una liberación que crea estados de excitación y jolgorio que le dan al uso de drogas un sentido festivo. Ciertamente, según el relato de Samanta, el consumo de alcohol no sólo era utilizado como mecanismo de evasión ante situaciones complejas, sino que también recurría a su consumo cuando se sentía con energía o sobreexcitada.

6.9.1.5 Atribución de responsabilidades en la decisión de iniciar un proceso de rehabilitación

De acuerdo al relato de Samanta su principal motivación para ingresar a un proceso de rehabilitación es la búsqueda de respuestas, sobre todo, respecto de las causas de su conducta adictiva. Además, declara querer lograr la recuperación definitiva de su consumo problemático de alcohol, alcanzando la abstinencia. Sin embargo, no asume su condición de adicta y externaliza la responsabilidad de su rehabilitación en el equipo terapéutico, especialmente en la psicóloga de la Comunidad Terapéutica. Lo anterior, permite identificar un locus de control externo en su discurso.

Según el CONACE (2008), cuando un/a individuo/a ya se ha iniciado en el consumo de una droga, y lleva tiempo consumiendo, puede enfrentar situaciones límites que lo/a llevan a reflexionar sobre la necesidad de controlar el consumo, disminuyéndolo, manejando mejor sus efectos o definitivamente abandonándolos. Samanta en su relato, no identifica un acontecimiento puntual que la llevara a tomar la decisión de rehabilitarse. A pesar de esto su relato da cuenta de haber experimentado situaciones límites que la habrían llevado a tomar la decisión de rehabilitarse, tales como la separación de su marido y las dificultades económicas que la habrían llevado a perder su hogar.

Si bien Samanta, no se reconoce abiertamente como adicta, sí reconoce la necesidad de “sanarse”, debido a las consecuencias negativas que el consumo de alcohol habría ocasionado en su vida, principalmente en el ámbito laboral, puesto que su adicción la habría llevado a perder su trabajo, y por consiguiente, su estabilidad económica y estatus social.

La incorporación de Samanta, al proceso terapéutico ha sido identificado como un **punto de viraje** en su historia de vida, puesto que ello supuso un cambio en el transcurso de su experiencia vivencial, ya que a partir de este acontecimiento Samanta se propuso modificar su conducta adictiva, intentando encontrar los motivos que habrían gatillado su consumo problemático de alcohol.

6.9.1.6 Construcción del consumo de drogas que Samanta realiza en el contexto protegido de la Comunidad Terapéutica

Se puede evidenciar en el discurso de Samanta, un escaso reconocimiento hacia su condición de “adicta”, sin embargo, se percibe un reconocimiento hacia las consecuencias negativas que “su consumo” de alcohol habría ocasionado en su vida. Desde el punto de vista lingüístico, al término consumo sí le atribuye una carga negativa, puesto que según relata, el consumo de alcohol conllevaría destrucción, evasión y daño. Esto permite identificar en el relato de Samanta un discurso divergente, donde se contraponen su experiencia vital y el discurso circulante que socialmente se ha construido, en torno a la conducta adictiva, ya que generalmente se le atribuye a ésta una valoración negativa (Arellano *et al.*, 2003).

Samanta reconoce haber ingresado a la Comunidad Terapéutica, teniendo nociones de lo que significaría ser parte de un proceso de rehabilitación, donde el principal objetivo de ingresar a éste sería, además de lograr abstinencia, descubrir las causas de su consumo, apoyada obligatoriamente por un equipo terapéutico. Lo anterior, denota nuevamente una externalización de sus responsabilidades personales, construyendo un discurso basado en el locus de control externo (Penhall, 2001).

Por otro lado, Samanta manifiesta que su proceso terapéutico la ayudará a sanarse, lo que permite identificar en su discurso el reconocimiento de la adicción como una enfermedad. Lo anterior ha sido identificado como la construcción de un discurso atenuante (Albelda & Briz, 2010), por parte de Samanta, dado que al connotar el consumo de alcohol como una enfermedad, existe la posibilidad de evitar juicios de valor negativos en torno a su conducta. Según Muñoz (2011), los/as sujetos/as articulan el discurso terapéutico sobre el consumo problemático de alcohol como enfermedad crónica, posicionándose como un/a buen/a paciente, donde el sujeto/a tiene conocimientos sobre lo que es el alcoholismo, pero no tiene ninguna responsabilidad sobre este comportamiento, ni sobre la forma de cambiarlo, es decir, se posiciona como un/a paciente pasivo/a.

Considerando todo lo mencionado anteriormente, es posible precisar que de acuerdo al modelo transteórico del cambio de Prochaska y Di Clemente (Díaz, 2001), Samanta se encontraría en un estadio del cambio denominada contemplación, caracterizada por ser la etapa en la que el/la adicto/a es consciente de que existe un problema y está considerando seriamente la posibilidad de cambiar, pero sin haber desarrollado un compromiso firme de cambio. En esta fase se encuentran más abiertos/as a la información sobre su comportamiento adictivo. Esto se debe a que Samanta, si bien no reconoce la adicción como un problema, sí reconoce la presencia de problemas psicológicos que estarían asociados a su consumo de alcohol, por lo que manifiesta requerir información y orientación constante para superarlos.

Destaca en el relato de Samanta, la apropiación del discurso terapéutico, recurriendo a él cada vez que pretende explicar características de “la conducta adictiva”, no necesariamente de “su conducta adictiva”. Al respecto, Muñoz (2011), plantea que cuando se aceptan las definiciones dadas desde el programa, comienza la constitución del/la individuo/a como sujeto/a de tratamiento, mediante la aprehensión de los discursos oficiales, construyendo una visión de su comportamiento como incorrecto, pero que queda justificado al construirlo como enfermedad.

6.9.2 Categoría emergente: Transmisión transgeneracional de patrones

En la historia familiar de Samanta se evidencia un antecedente de abandono, de parte de su progenitora hacia ella y sus hermanos/as, conducta que ella ha replicado en su propia historia familiar, puesto que reconoce haberse distanciado de sus hijos/as, al igual que su madre, para privilegiar su desarrollo laboral. Esto es explicado desde el enfoque transgeneracional, el que plantea que existe una concordancia intergeneracional en los patrones de relación, en donde el vínculo temprano con la madre es aprehendido y se activa posteriormente cuando se construyen relaciones con los/as propios/as hijos/as (Harsch, 1988).

Es preciso mencionar, que en el discurso de Samanta se identifica una mayor exigencia hacia la mujer en el cumplimiento de su rol parental en comparación con el hombre, puesto que a pesar de que ambos padres la habrían abandonado, era su madre quien debía asumir el rol de cuidado y protección hacia sus hijos/as. Lo anterior, se asocia a la construcción de roles de género atribuidos exclusivamente a la mujer (Eagle, 1983; Herrera, 2000).

6.10 Historias de Vida: Camila y Samanta

6.10.1 Análisis comprensivo: Camila y Samanta

A continuación se presenta un análisis comprensivo horizontal de las dos historias de vida construidas, en virtud de los elementos comunes presentes en cada relato. Es preciso señalar que según Pretto (2011), este análisis se descompone en tres fases:

i. Análisis del ciclo de vida: Éste contempla la trayectoria seguida por las mujeres, en torno a determinados ejes temáticos. En el caso de esta investigación los ejes temáticos centrales contemplan: ciclo de vida individual, ciclo de vida familiar, atribución de responsabilidades en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas, atribución de responsabilidades en la decisión de iniciar un proceso de rehabilitación, construcción del consumo de drogas en el contexto protegido de la Comunidad Terapéutica y perspectiva de género.

ii. Análisis de la vivencia: Consiste en la consideración del cómo y por qué del relato, identificando opiniones, interpretaciones y percepciones de las narradoras y/o de las investigadoras.

iii. La interacción en las entrevistas: Corresponde a todos aquellos elementos que caracterizan la situación del encuentro entre las narradoras y las investigadoras.

6.10.1.1 Análisis del ciclo de vida y análisis de la vivencia

6.10.1.2 Ciclo de vida individual y familiar

En la historia de vida familiar tanto de Camila como de Samanta es posible identificar presencia de violencia verbal. Sin embargo, se evidencia un elemento distintivo en ambas historias. En efecto, Samanta habría sido una víctima indirecta de este tipo de violencia al interior de su núcleo familiar, mientras que Camila habría sido víctima directa, tanto de violencia verbal como física, por parte de su progenitora.

Luego de analizar ambos relatos, es posible inferir que tales episodios de violencia intrafamiliar habrían influido en el acercamiento al consumo de drogas, tanto en Camila como en Samanta. En el caso de Camila, los episodios de violencia física y verbal habrían imposibilitado una socialización familiar prosocial, lo que según Hawkins *et al.* (1992), puede contribuir en el inicio de una conducta adictiva. En cambio en Samanta, los episodios de violencia observados en su familia, según refiere, la habrían acercado al consumo de alcohol como un mecanismo de evasión.

Por otra parte, tanto en la familia de Camila como en la de Samanta existió una relación conflictiva entre los padres. En la historia familiar de Camila habrían existido episodios de infidelidad de su padre hacia su madre, además de una relación conflictiva, lo que conllevó a la disolución del subsistema conyugal, puesto que sus progenitores se encuentran actualmente separados. En cuanto a Samanta, sus padres igualmente se habrían distanciado, sin embargo, no disolvieron el vínculo conyugal formalmente. Es preciso señalar, que la relación distante entre los padres de Samanta habría afectado la relación que estos mantenían con ella y sus hermanos/as, puesto que cada progenitor hizo su vida en forma independiente.

Al respecto, cabe mencionar que Samanta expresa mayor crítica ante el abandono realizado por su madre, no así el que habría ejercido su padre hacia ella y sus hermanos/as. Ella pone un mayor énfasis en que su progenitora no habría cumplido adecuadamente el rol parental, asignando primordialmente a la mujer el rol de protección y cuidado de los/as hijos/as. Se advierte una sobrevaloración del papel

de la mujer como esposa y madre, donde sus principales competencias están relacionadas con las actividades domésticas, los cuidados y la educación de los/as hijos/as al interior del hogar (Caamaño, 2009).

Samanta manifiesta que el abandono de sus padres, especialmente el de su progenitora, habría influido en su acercamiento hacia el consumo de alcohol, lo que permite reafirmar el planteamiento de que su conducta adictiva obedecería a un mecanismo de evasión. Al respecto, Ghiardo (2003), plantea que el efecto de la droga significa una fuga, una anulación del sentir y el pensar que permite evadir una realidad que angustia, por lo que Samanta habría adoptado un mecanismo de enfrentamiento inadecuado ante situaciones de estrés. Por otra parte, Díaz & García (2008), plantean que el consumo de sustancias está asociado significativamente con la desorganización, falta de apoyo y control familiar, la separación de los padres, la baja cohesión familiar, así como el involucramiento o el distanciamiento excesivo.

A diferencia de Samanta, la separación de los padres de Camila, no habría generado distanciamiento respecto de la relación que ella mantiene actualmente con sus progenitores. No obstante, Camila expresa que mantiene una relación de mayor cercanía con su padre, mientras que con su progenitora sostiene una relación distante, producto de los episodios de violencia de los que fue víctima por parte de ésta. Camila manifiesta que ambos progenitores le habrían hecho daño. Por un lado, su madre la habría violentado tanto física como psicológicamente, mientras que su padre, la habría dañado emocionalmente con sus conductas de infidelidad hacia su madre. Sin embargo, se observa en el discurso de Camila mayor crítica y cuestionamiento hacia su progenitora, en comparación con su padre, con quien manifiesta un discurso de comprensión y perdón.

Por consiguiente, este discurso crítico hacia el rol materno es compartido por ambas mujeres, lo que según Carter (1999), citado en Sinclair & Martínez (2006), se explica porque existe una visión culpabilizadora estrechamente relacionada con las expectativas sociales de una madre perfecta, que por un lado es capaz de proteger a sus hijos/as de cualquier peligro, daño o sufrimiento, y por otro es quien tiene mayor influencia en todo lo que ocurre al interior de su familia. De este modo, la expectativa

de madre perfecta sobrecarga a la mujer con una responsabilidad casi exclusiva respecto de la seguridad y bienestar de sus hijos/as.

Destaca en el discurso de Camila y Samanta una contradicción respecto de sus expectativas acerca del rol materno, pues si bien ambas mantienen una actitud crítica hacia el abandono y/o negligencia de sus progenitoras, han replicado tales patrones familiares en sus propias experiencias vitales.

Respecto de su propio rol materno, tanto en Camila como en Samanta se identifica un distanciamiento en la relación que han construido con sus hijos/as. En lo que concierne a Samanta, ésta se habría distanciado de sus hijos/as, principalmente de su hija, por privilegiar su desarrollo laboral. Mientras que en Camila, tal distanciamiento se habría generado como consecuencia de su conducta adictiva, lo que concuerda con lo planteado por Castellanos (2014), quien afirma que como consecuencia de la drogodependencia es frecuente que se genere una ruptura de las relaciones familiares. Ciertamente, al agravarse el consumo de pasta base de Camila, ésta habría ejercido conductas negligentes hacia sus hijos/as, no cumpliendo la responsabilidad de cuidado y crianza de los/as mismos/as, por lo que actualmente se hacen cargo de sus hijos/as algunos miembros de su familia extensa.

Sin embargo, Camila expresa que su intención futura es reconstruir la relación que mantiene con sus hijos/as menores, además, de asumir totalmente la responsabilidad de cuidado y crianza de ellos. No obstante, en su discurso se puede evidenciar que respecto de su hija mayor, Camila ha delegado la responsabilidad de crianza en la abuela materna de la niña.

De acuerdo a lo anterior, se observa que tanto Camila como Samanta han replicado patrones intergeneracionales, en lo que respecta al cuidado y crianza de sus hijos/as. Por un lado, Samanta habría repetido conductas de abandono hacia éstos/as, al igual que su progenitora con ella y sus hermanos, mientras que Camila habría desarrollado conductas negligentes hacia sus hijos/as, como lo habría hecho su madre, respecto de ella. Lo anterior, puede ser explicado desde el enfoque transgeneracional, que plantea que los/as individuos/as replicamos dinámicas

familiares en forma inconsciente y vivencias de generaciones que nos precedieron, influyendo éstas en nuestras elecciones, nuestros éxitos y fracasos (Ordóñez, 2009).

También, se reconoce como un punto de encuentro el hecho de que tanto Camila como Samanta se distanciaron de algunos integrantes de su familia a lo largo de su experiencia vital. En el caso de Camila, esto habría obedecido específicamente a la relación conflictiva que mantenía con sus hermanos, por lo que habría tomado la decisión de alejarse de ellos. Mientras que Samanta se distanció de sus hermanos como consecuencia de su conducta adictiva al alcohol, lo que es explicado porque el consumo problemático desborda los límites del individuo/a adicto, afectando su núcleo relacional, conduciéndolo/a a una ruptura de sus lazos familiares y laborales (Antunes, 2009).

6.10.1.3 Atribución de responsabilidades en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas

Tanto en el relato de Camila como en el de Samanta, se evidencia un primer acercamiento al consumo de drogas durante la etapa de la adolescencia. En el caso de Camila, tal consumo se habría iniciado y agravado en esta fase del ciclo vital individual. Mientras que en el caso de Samanta tal consumo habría empeorado en su etapa de adultez.

Samanta construye un discurso minimizador respecto de su consumo de alcohol, dando a entender que éste habría sido ocasional y controlado, pero reconociendo que ingería alcohol como un mecanismo de evasión. La construcción de un discurso de consumo controlado es compartido por Camila, puesto que igualmente afirma autocontrol en su consumo y en los síntomas del mismo. Lo anterior, concuerda con lo planteado por Basso (2011), quien señala que los/as adictos/as construyen un diálogo de superioridad entre un ego que cree que puede controlar el uso de drogas y los intervalos de consumo.

Al igual que Samanta, Camila refiere haber consumido drogas con la intención de olvidar la ausencia de sus hijos/as. Sin embargo, en su discurso reconoce la

mantención de su consumo como consecuencia de la dependencia física y psicológica que éste le generaba.

Por otro lado, tanto Camila como Samanta inicialmente consumían en compañía de sus parejas en contextos festivos, pero posteriormente su consumo de drogas se habría realizado en forma solitaria. Es preciso aclarar, que Camila habría iniciado su consumo de pasta base en forma simultánea a su pareja, generándose en ambos adicción a esta sustancia. Mientras que en el caso de Samanta, según se desprende de su discurso, sólo ella habría desarrollado dependencia al alcohol.

Lo descrito anteriormente, se contrapone a lo propuesto por Pérez (2003), quien señala que las mujeres en su mayoría son inducidas por sus parejas al consumo de drogas, compartiendo con éstas la sustancia consumida. Según este autor, el consumo solitario es más característico en los hombres que en las mujeres, a diferencia de lo que habría ocurrido con Camila y Samanta, pues ambas manifiestan que preferían consumir en solitario, a medida que se agravaba su consumo.

En lo que concierne a sus anteriores procesos terapéuticos, tanto Camila como Samanta se habrían sometido previamente a un tratamiento de modalidad ambulatoria (COSAM), sin obtener éxito en la rehabilitación, señalando que prefieren una modalidad de tratamiento residencial, pues en ésta existiría mayor preocupación, atención y disciplina durante el proceso.

6.10.1.4 Atribución de responsabilidad en la decisión de iniciar un proceso de rehabilitación

En los relatos de Camila y Samanta es posible identificar discursos que manifiestan una supuesta motivación intrínseca para la rehabilitación, sin embargo, de acuerdo al análisis de ambas historias de vida es posible precisar que sus motivaciones son extrínsecas. Por un lado, Camila manifiesta haber iniciado un proceso de rehabilitación con la intención de recuperar a sus hijos/as. Samanta, en tanto, pone de relieve la importancia de contar con determinados profesionales de la Comunidad Terapéutica durante todo su proceso de rehabilitación, para encontrar las

respuestas en torno a su adicción, mostrando un cierto grado de dependencia emocional hacia los/as funcionarios/as de la comunidad.

Al respecto, podemos hipotetizar que el éxito de un proceso de rehabilitación depende mayormente del desarrollo de una motivación intrínseca, pues ésta es la que promueve en los/as individuos/as reflexiones internas, que los/las llevan a buscar razonamientos y motivaciones de cambio reales (Delgado, 2013).

De acuerdo al relato de Camila y Samanta, ambas contarían con apoyo familiar, reconociendo esto como un elemento significativo en la mantención del tratamiento, lo que se contrapone a lo propuesto por Maffia (2011), quien plantea que las mujeres generalmente deben enfrentar su proceso de rehabilitación en solitario, debido al abandono de su pareja y familia.

6.10.1.5 Construcción del consumo de drogas en el contexto protegido de la Comunidad Terapéutica

En lo que concierne a la construcción del consumo de drogas en un contexto protegido, no fue posible identificar puntos de encuentro en los relatos de Camila y Samanta, puesto que sólo esta última manifiesta una connotación negativa al consumo de alcohol, mientras que Camila sólo reconoce las consecuencias negativas que éste conllevó a nivel familiar e individual en su vida, sin embargo, no otorga una valoración positiva o negativa al consumo propiamente tal.

Es preciso aclarar que si bien Samanta le otorga una connotación negativa al alcohol, en determinados fragmentos de su discurso personifica y externaliza su consumo, refiriéndose “al consumo” y no “mi consumo”. De esta forma, el problema se convierte en una entidad separada y externa al/la individuo/a, evadiendo de este modo la responsabilidad en el proceso de rehabilitación (Murgas, 2009).

6.10.1.6 Perspectiva de género

En lo que respecta al consumo problemático de drogas, hemos podido evidenciar elementos distintivos del consumo femenino de Camila y Samanta en virtud del género. En el caso de Camila, el consumo de pasta base habría ocasionado la pérdida de vínculos afectivos con sus hijos/as, lo que ha generado en ella un sentimiento de fracaso y crítica hacia su rol materno. Mientras que en el caso de Samanta, se presentan sentimientos de fracaso ante la pérdida de su trabajo, como consecuencia de su consumo de alcohol, lo que configura en ella sentimientos de frustración, respecto de su desarrollo laboral. Lo anterior, coincide con lo planteado por Leyva-Moral (2007), quien señala que la drogadicción en la mujer conduce a una inevitable sensación de fracaso, destrucción, culpabilidad y gran deterioro emocional.

En lo que concierne al proceso de rehabilitación, según Gómez *et al.* (2008), el hecho de que sea la mujer quien asume en la mayoría de los casos la responsabilidad de cuidado y crianza de sus hijos/as, dificulta su incorporación en un proceso de rehabilitación. Ello concuerda con la experiencia de Camila, donde hemos identificado la maternidad como un factor restrictivo para el adecuado desarrollo de su proceso terapéutico, pues según se devela en su discurso, el estar lejos de sus hijos/as, delegando en terceros la responsabilidad de cuidado y crianza de estos, genera en Camila distracción respecto del proceso y pérdida de interés por permanecer al interior de la Comunidad Terapéutica. Es preciso señalar, que Camila desertó del tratamiento terapéutico en Agosto de 2015, lo que nos permite inferir que el deseo de estar cerca de sus hijos/as habría sido determinante en la decisión de abandonar la comunidad.

En lo que respecta al costo social asignado a la mujer drogodependiente, es preciso aclarar que sólo Samanta atribuyó en su discurso una carga negativa a la mujer consumidora de drogas, refiriendo que éstas son mayormente enjuiciadas que los hombres, principalmente por el incumplimiento en la responsabilidad de cuidado de los/as hijos, como consecuencia de una conducta adictiva. En efecto, Leyva-Moral (2007), indica que las mujeres son cuestionadas moralmente bajo la etiqueta de

malas madres, viciosas y desvidas, a diferencia de los hombres a quienes se les considera enfermos. Asimismo, otro costo al que se exponen las mujeres consumidoras es la pérdida de vínculos familiares (Basso, 2011). Ciertamente, tanto Camila como Samanta reconocen un quiebre de las relaciones familiares, luego de haberse agravado su consumo de drogas.

Por otro lado, a diferencia de lo que plantean Gómez (2006) y Maffia (2011) respecto de que el proceso de rehabilitación en la mujer generalmente se desarrollaría en solitario, es posible mencionar que tanto Camila como Samanta cuentan con apoyo familiar para enfrentar el proceso terapéutico.

Ahora bien, la incorporación de la categoría de género no sólo ha posibilitado la identificación de particularidades del consumo problemático de drogas en la mujer, sino que igualmente ha sido considerada para comprender las experiencias vitales de Camila y Samanta, puesto que el género determina las oportunidades de las personas, sus roles sociales y las interacciones que llevan a cabo con otras personas (Infante, 2004).

En la familia de origen de Camila es al hombre a quien se le atribuye la responsabilidad de sustento y administración de los recursos económicos del hogar, de tal forma, que en su familia de origen es su padre quien asumía tales responsabilidades. Por otro lado, a las mujeres de la familia se le asignan implícitamente las labores domésticas, cuidado y crianza de los/as hijas/as. Según afirma Camila, era ella quien debía preocuparse del orden y limpieza del hogar, mientras que su madre se habría hecho cargo del cuidado y crianza de su nieta mayor, cuando Camila fue madre adolescente. Lo anterior, se explicaría según Caamaño (2010), porque socialmente se sobrevalora el papel de la mujer como esposa y madre, limitando sus competencias a las actividades domésticas, los cuidados y la educación de los/as hijos/as al interior del hogar. En efecto, tanto Camila como Samanta, manifiestan en su discurso la atribución de responsabilidades de cuidado y crianza de los/as hijos/as en forma exclusiva a la mujer, mostrando expectativas más exigentes hacia el rol materno, pues según refieren serían éstas

quienes deben velar por la protección de sus hijos/as, no otorgándoles tal responsabilidad a los hombres.

Por otro lado, en lo que respecta al ámbito laboral, tanto Camila como Samanta connotan positivamente el trabajo femenino, sin embargo, el discurso de Camila permite vislumbrar que el empleo de la mujer sólo es considerado un apoyo al sustento masculino, lo que permite inferir que ella asigna una valoración mayormente positiva hacia el trabajo masculino. Según Ortega *et al.* (2005), esto se explicaría porque tradicionalmente se le ha otorgado al hombre la responsabilidad de proveedor en un sentido económico y la de no involucramiento en el cuidado y desarrollo temprano de los/as hijos/as, por considerarse esto una responsabilidad propia de las mujeres.

En cambio, en la familia de origen de Samanta, su madre habría cumplido el rol de proveedora del hogar, patrón que habría sido replicado por ella en su propia familia, pues según refiere, ella se reconoce como el principal motor económico de su hogar, situación que se contradice a los discursos predominantes asociados al modelo patriarcal, donde se naturalizan y/o replican estereotipos de género (Zapata, 2012), tales como la dependencia económica femenina respecto del hombre y la realización de labores domésticas como actividad exclusiva de la mujer. Sin embargo, en la familia de Samanta, el hecho de que su madre lograra independencia económica y éxito laboral, habría generado conflicto al interior de su familia de origen. En efecto, Samanta señala que su padre no habría estado de acuerdo con que su madre no cumpliera en forma exclusiva con la responsabilidad de cuidado y crianza de los/as hijos/as. Lo anterior, permite inferir que a pesar de que en el núcleo familiar de Samanta se aceptara el desarrollo laboral e independencia económica femenina, el modelo patriarcal igualmente generaba una fuerte influencia en las relaciones e interacciones familiares, pues en su progenitora recaía mayormente la expectativa de cuidado, crianza y protección de los/as hijos/as.

6.10.1.7 La interacción en las entrevistas

Tal como se ha mencionado en el apartado sobre el Trabajo de Campo, para llevar a cabo el proceso investigativo fue necesario realizar una aproximación previa de inserción etnográfica, vinculándonos con las usuarias de la comunidad con el propósito de generar lazos de confianza y rapport con las mismas. Esto tuvo lugar durante los meses de Abril y Mayo de 2015.

En este proceso pudimos relacionarnos en mayor medida con Samanta, no así con Camila quien se incorporó durante el mes de Julio a la Comunidad Terapéutica. Paradójicamente, con Camila fue menos complejo el proceso de producción de datos, puesto que la construcción de lazos de confianza se dio en forma natural y espontánea lo que la motivó a compartir desde la primera entrevista información íntima respecto de su experiencia vital. Por el contrario, con Samanta el proceso de construcción de confianza se fue dando en forma gradual, por lo que también la entrega de información fue paulatina, mostrando en las primeras entrevistas una actitud constantemente evasiva respecto de los temas relacionados con su consumo de alcohol, no así respecto de situaciones cotidianas de su diario vivir. Lo anterior, hizo necesario desarrollar un mayor número de entrevistas con Samanta, realizándose un total de 4 entrevistas. Mientras que con Camila en sólo 2 encuentros (entrevistas semidirigidas o semiestructuradas), se abordaron todas las temáticas centrales de la Historia de Vida, mostrando una actitud de disposición a participar de las entrevistas, profundizando respecto de los temas consultados.

Desde el punto de vista de su comunicación no verbal, se observó en Camila el uso constante de ademanes para enfatizar ciertos aspectos de su discurso, utilizándolos como un medio de refuerzo en la emisión de mensajes verbales (Díaz, 2005). En lo que concierne a los elementos paralingüísticos de su comunicación, pudimos observar seguridad en su voz y fluidez en su discurso.

Samanta en cambio, se mostró mayormente evasiva a las temáticas relacionadas con su consumo de alcohol, aclarando que esta conducta no se manifestaba de manera explícita a través de su narrativa, sino más bien a través de

su corporalidad y de determinados elementos paralingüísticos de su comunicación. Cada vez que Samanta pretendía evadir un determinado tema, bajaba su tono de voz a un nivel casi imperceptible, igualmente mostraba variación en el ritmo de su narrativa, hablando cada vez más pausado. A pesar de que su voz nunca denotó nerviosismo, su corporalidad demostraba lo contrario, pues constantemente movía sus pies.

En lo que respecta a la entonación de su voz, Samanta mostró todo el tiempo escasa inflexión en sus discursos, acompañándolos de una corporalidad que expresaba desánimo y desinterés. Por otro lado, pudimos entablar escaso contacto visual con Samanta durante las entrevistas, pues recurrentemente bajaba su mirada, a diferencia de Camila, con quien sí logramos un contacto visual permanente. Otro elemento a destacar es que Camila, a diferencia de Samanta, mostró durante las entrevistas mayor emocionalidad ante temas complejos.

Es preciso señalar que desde el punto de vista actitudinal, tanto Camila como Samanta siempre se mostraron cordiales, respetuosas y dispuestas a participar del proceso investigativo. A pesar de que con Samanta el proceso de establecimiento de confianzas fue más pausado. Con ambas mujeres fue posible construir rapport, lo que favoreció el proceso de producción de datos.

6.11 Análisis estructural del discurso

A continuación, se presentan los resultados del análisis estructural del discurso que se realizó con el corpus textual de las historias de vida de las mujeres entrevistadas. La primera aproximación al corpus textual fue descriptiva y se orientó a dar cuenta de las unidades de sentido que componían los discursos (composición) y de las relaciones que existen entre estas unidades en el discurso analizado (combinación). Estas categorías o unidades mínimas de significado se denominan códigos y se definen a partir de relaciones de disyunción y de conjunción (Martinic, 1992, 1998). Posteriormente, se establecieron los índices de valorización de los códigos, especificando si el discurso fue explícito o implícito; en este último caso se hizo uso de paréntesis. Finalmente, definimos relaciones entre códigos a través de

estructuras paralelas y cruzadas (Martinic, 1992, 1998). En la última etapa, hemos interpretado estas estructuras a la luz del marco referencial.

Tabla N°2

Unidades de sentido: Camila

CICLO VITAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR		
A (+)	B (-)	T
(Ser madre es una bendición)	Ser madre no es una bendición	Valoración de la maternidad
Pretendo que mis hijos sean más que yo Quiero que mis hijos/as sean independientes	(Quiero que mis hijos sean lo mismo que yo) (No quiero que mis hijos/as sean independientes)	Expectativas respecto de los/as hijos/as
Es deber de los padres ayudar económicamente a los/as hijos/as	(No es deber de los padres ayudar económicamente a los/as hijos/as)	Responsabilidad atribuida a los roles parentales
(Mi familia me ayudó) (Mi familia me dejó criar a mi hija) (Mi mamá me dejaba pololear y tener amigos) (Mi mamá no me pegaba ni gritaba) (Mi familia aprueba a mi pareja) Mi familia me dejó ser madre	Mi familia me hizo daño Mi familia me quitó a mi hija Mi mamá no me dejaba pololear, ni tener amigos Mi mamá me pegaba y me gritaba A mi familia no le gusta mi pareja (Mi familia no me dejó ser madre)	Familia como factor iatrogénico
ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN EL INICIO DEL CONSUMO		
(No empecé a consumir por influencia de amistades)	Empecé a consumir por amistades	Atribución de responsabilidades en el inicio del consumo
(En mi familia no había consumo de alcohol y drogas)	En mi familia había consumo de alcohol y drogas	Familia como factor de riesgo

ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN EL MANTENIMIENTO DEL CONSUMO		
(El cuerpo no me pedía continuar consumiendo) (No quería olvidar que no estaba con mis hijos/as)	El cuerpo me pedía continuar consumiendo Quería olvidar que no estaba con mis hijos/as	Atribución de responsabilidades en el mantenimiento del consumo
(No ignoro los síntomas de abstinencia) (No empecé a ponerme depresiva)	Ignoro los síntomas de abstinencia Empecé a ponerme como depresiva	Reconocimiento de los síntomas del consumo
(No me quitaron a mis hijos cuando andaba en consumo) (Cuando me quitaron a mi hijo menor no toqué fondo) Me siento mal por no estar con mis hijos	Cuando andaba en consumo me quitaron a mis hijos/as Cuando me quitaron a mi hijo menor toqué fondo (No me siento mal por no estar con mis hijos)	Reconocimiento de las consecuencias negativas del consumo de drogas
ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN LA DECISIÓN DE INICIAR UN PROCESO DE REHABILITACIÓN		
Busqué ayuda porque podía acabar con mi vida Me interesa rehabilitarme por mí Me aburrí de andar en consumo	(No busqué ayuda a pesar de que podía acabar con mi vida) (No me interesa rehabilitarme por mí) (No me aburrí de andar en consumo)	Atribución de responsabilidades en la decisión de rehabilitarse
Quiero recuperar a mis hijos/as Quiero ser una mamá nueva No quiero defraudar a mi hijo Quiero esforzarme para volver a estar con mis hijos/as	(No quiero recuperar a mis hijos/as) (No quiero ser una mamá nueva) (Quiero defraudar a mi hijo) (No quiero esforzarme para volver a estar con mis hijos/as)	Motivación para mantenerse en un proceso de rehabilitación
Mi pareja me apoya Mi suegra me apoya	(Mi pareja no me apoya) (Mi suegra no me apoya)	Familia como apoyo a la rehabilitación

CONSTRUCCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN UN CONTEXTO PROTEGIDO		
(Me gustan las reglas de la Comunidad Terapéutica)	No me gustan las reglas de la Comunidad Terapéutica	Valoración de las decisiones terapéuticas de la Comunidad
(Me interesa lo que piensen mis gestoras, acerca de mi pareja)	No me interesa lo que piensen mis gestoras, acerca de mi pareja	
Mi pareja no un factor de riesgo para mí	(Mi pareja es un factor de riesgo para mí)	
No he recaído, gracias a Dios	(He recaído, Dios no me ha ayudado)	Atribución de responsabilidad en la abstinencia

El análisis estructural del corpus textual de Camila devela un potente y macizo discurso de valorización negativa, hacia aspectos relacionados con el ciclo vital familiar: una maternidad connotada como negativa y la familia vista como factor iatrogénico.

Asimismo, se observa una valoración negativa en torno a aspectos relacionados con la construcción del consumo de drogas en un contexto protegido: connotación negativa de las consecuencias del consumo de drogas y una valoración negativa hacia las decisiones terapéuticas de la comunidad (Tabla N°2).

Por otro lado, se develan en menor medida discursos de valoración positiva. Estos se construyen principalmente en relación a las expectativas respecto de los/as hijos/as (ciclo vital familiar) y el apoyo familiar en el proceso de rehabilitación (atribución de responsabilidad en la decisión de iniciar un proceso de rehabilitación).

En la totalidad o conjunciones advertimos elementos sustanciales: una atribución negativa a la familia; una visión externalizadora respecto de su responsabilidad en el inicio y mantenimiento del consumo de pasta base, e incluso respecto de su abstinencia al interior de la comunidad. Además, se reconoce una motivación extrínseca en su decisión de iniciar un proceso de rehabilitación, como asimismo, en la decisión de continuar su tratamiento. Por otro lado, se identifica en su discurso una percepción de autocontrol en torno a su consumo y los derivados de éste.

Tabla N°3

Unidades de sentido: Samanta

CICLO VITAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR		
A (+)	B (-)	T
(Mi mamá no se dedicó a trabajar) (Mi mamá no nos dejó solos/as) (Mi papá era comunicativo) (Mi mamá se preocupaba de mí) (En mi casa no había violencia verbal)	Mi mamá se dedicó a trabajar Mi mamá nos dejó solos/as Mi papá no era muy comunicativo Mi mamá no se preocupaba de mí En mi casa había violencia verbal	Percepción de la dinámica familiar
El motor económico de mi familia era yo	(El motor económico de mi familia no era yo)	Percepción del rol de mujer proveedora
(Yo estuve presente en la vida de mis hijos/as) (No le hice daño a mi hija)	Yo no estuve presente en la vida de mis hijos/as Le hice mucho daño a mi hija	Reconocimiento del daño hacia sus hijos/as
Mis hijos/as deben ser independientes	(Mis hijos/as no deben ser independientes)	Expectativas respecto de los/as hijos/as
ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN EL INICIO DEL CONSUMO		
(Los problemas familiares, no influyeron en mi consumo de alcohol) (Yo no tomaba para olvidarme de las preocupaciones) (La sobre exigencia laboral no me generaba infelicidad) (El abuso que sufrí no influyó en mi acercamiento al alcohol)	Los problemas familiares, influyeron en mi consumo de alcohol Yo tomaba para olvidarme de las preocupaciones La sobre exigencia laboral me generaba infelicidad El abuso que sufrí influyó en mi acercamiento al alcohol	Atribución de responsabilidades en el inicio del consumo

<p>(Durante mi matrimonio no consumía alcohol)</p> <p>(No consumía alcohol en contextos de festejos)</p> <p>(No consumía en estados depresivos y de sobreexcitación)</p> <p>(Yo no consumía sola)</p>	<p>Durante mi matrimonio consumía alcohol</p> <p>Consumía alcohol en contextos de festejos</p> <p>Consumía en estados depresivos y de sobreexcitación</p> <p>Yo consumía sola</p>	<p>Caracterización del consumo</p>
<p>ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN EL MANTENIMIENTO DEL CONSUMO</p>		
<p>(Tenía motivaciones reales para consumir)</p> <p>(No tenía motivos para consumir)</p> <p>(El alcohol no se hace hábito)</p>	<p>No tenía una motivación real para dejar de consumir</p> <p>Tenía muchos motivos para consumir</p> <p>El alcohol se hace un hábito</p>	<p>Atribución de responsabilidades en la mantención del consumo</p>
<p>(El cuerpo me pide consumir)</p> <p>(No tenía depresión)</p> <p>(El alcohol no me quitaba las energías)</p>	<p>El cuerpo no me pide consumir</p> <p>Tenía una depresión brutal</p> <p>El alcohol me quitaba las energías</p>	<p>Reconocimiento de los síntomas del consumo</p>
<p>ATRIBUCION DE RESPONSABILIDADES EN LA DECISIÓN DE INICIAR UN PROCESO DE REHABILITACIÓN</p>		
<p>Mis hermanos/as me apoyaron</p> <p>(Continúo teniendo contacto con mi hermana)</p> <p>(Tengo familiares que me ayudan)</p> <p>Mi hijo me apoya</p>	<p>(Mis hermanos/as no me apoyaron)</p> <p>Ahora no tengo contacto con mi hermana</p> <p>No tengo familiares que me ayuden</p> <p>(Mi hijo no me apoya)</p>	<p>Familia como apoyo a la rehabilitación</p>
<p>Quiero encontrar el por qué de mi consumo</p> <p>No necesito al psicólogo para encontrar respuestas</p>	<p>(No quiero encontrar el por qué de mi consumo)</p> <p>Necesito al psicólogo para encontrar respuestas</p>	<p>Motivación para mantenerse en un proceso de rehabilitación</p>
<p>Quiero encontrar el por qué de mi consumo</p> <p>(Me gustan los sentimientos que conlleva el consumo)</p>	<p>(No quiero encontrar el por qué de mi consumo)</p> <p>No me gustan los sentimientos malos que conlleva el consumo</p>	<p>Atribución de responsabilidades en la decisión de rehabilitarse</p>

CONSTRUCCIÓN DEL CONSUMO EN UN CONTEXTO PROTEGIDO		
(Cuando yo estaba en consumo nada me era indiferente) (No boicoteaba mis propios trabajos) (No dejé chata a muchas personas)	Cuando yo estaba en consumo todo me era indiferente Boicoteaba mis propios trabajos Dejé chata a muchas personas	Reconocimiento de las consecuencias negativas del consumo de drogas
(El consumo de alcohol no genera sentimientos negativos) (Con el consumo de alcohol no adquieres malos hábitos)	El consumo de alcohol genera sentimientos negativos Con el consumo de alcohol adquieres malos hábitos	Valoración del consumo de alcohol
Hay disciplina y preocupación dentro del programa No me complican las reglas de la comunidad	(No hay disciplina ni preocupación dentro del programa) (Me complican las reglas de la comunidad)	Valoración de las decisiones terapéuticas de la Comunidad
Mi expectativa es sanarme La idea que tenía de rehabilitación se ha ido profundizando	(Mi expectativa no es sanarme) (La idea que tenía de rehabilitación no se ha ido profundizando)	Expectativas del proceso terapéutico

El análisis estructural del corpus textual de Samanta devela un discurso donde predomina una valorización negativa, respecto de aspectos relacionados con el ciclo vital familiar: una dinámica familiar connotada como negativa y una percepción negativa de su rol de madre (Tabla N°3).

Igualmente, se identifica una valoración negativa a aspectos relacionados con el inicio del consumo de drogas y la atribución de responsabilidades en la decisión de iniciar un proceso de rehabilitación: una atribución negativa al consumo de alcohol y un escaso apoyo familiar para la rehabilitación.

Asimismo, se evidencia una connotación negativa a la categorización social de la mujer consumidora (construcción del consumo de drogas en el contexto protegido de la comunidad).

Por otra parte, se identifican en menor medida discursos de valoración positiva. Principalmente se le otorga una connotación positiva al rol de la mujer como proveedora (ciclo de vida individual) y las normas de la Comunidad Terapéutica (construcción del consumo de drogas en el contexto protegido de la comunidad).

En la totalidad o conjunciones advertimos aspectos sustanciales: una atribución negativa a la familia; una visión externalizadora respecto de su responsabilidad en el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol. Asimismo, se reconoce una motivación extrínseca en su decisión de iniciar un proceso de rehabilitación, como asimismo, en la decisión de continuar su tratamiento. Por lado, se identifica un discurso justificador respecto del inicio de su conducta adictiva y dependencia del equipo terapéutico.

Tabla N°4

Consolidado: Camila y Samanta

CICLO VITAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR		
A (+)	B (-)	T
(Ser madre es una bendición)	Ser madre no es una bendición	Valoración de la maternidad
Pretendo que mis hijos sean más que yo	(Quiero que mis hijos sean lo mismo que yo)	Expectativas respecto de los/as hijos/as
Quiero que mis hijas sean independientes	(No quiero que mis hijas sean independientes)	
Mis hijos/as deben ser independientes	(Mis hijos/as no deben ser independientes)	

(Mi familia me ayudó)	Mi familia me hizo daño	Familia como factor iatrogénico
(Mi familia me dejó criar a mi hija)	Mi familia me quitó a mi hija	
(Mi mamá me dejaba pololear y tener amigos)	Mi mamá no me dejaba pololear, ni tener amigos	
(Mi mamá no me pegaba ni gritaba)	Mi mamá me pegaba y me gritaba	
(Mi familia aprueba a mi pareja)	A mi familia no le gusta mi pareja	
Mi familia me dejó ser madre	(Mi familia no me dejó ser madre)	
Mi pareja me apoya	(Mi pareja no me apoya)	
Mi suegra me apoya	(Mi suegra no me apoya)	
El motor económico de mi familia era yo	(El motor económico de mi familia no era yo)	Percepción del rol de mujer proveedora
Es deber de los padres ayudar económicamente a los/as hijos/as	(No es deber de los padres ayudar económicamente a los/as hijos/as)	Responsabilidad atribuida a los roles parentales
ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN EL INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS		
(Durante mi matrimonio no consumía alcohol)	Durante mi matrimonio consumía alcohol	Caracterización del consumo
(No consumía alcohol en contextos de festejos)	Consumía alcohol en contextos de festejos	
(No consumía en estados depresivos y de sobreexcitación)	Consumía en estados depresivos y de sobreexcitación	
(Yo no consumía sola)	Yo consumía sola	
(En mi familia no había consumo de alcohol y drogas)	En mi familia había consumo de alcohol y drogas	Familia como factor de riesgo
(No empecé a consumir por influencia de amistades)	Empecé a consumir por amistades	Atribución de responsabilidades en el inicio del consumo
(Los problemas familiares, no influyeron en mi consumo de alcohol)	Los problemas familiares, influyeron en mi consumo de alcohol	
(Yo no tomaba para olvidarme de las preocupaciones)	Yo tomaba para olvidarme de las preocupaciones	
(La sobre exigencia laboral no me generaba infelicidad)	La sobre exigencia laboral me generaba infelicidad	

ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN EL MANTENIMIENTO DEL CONSUMO		
(No ignoro los síntomas de abstinencia) (No empecé a ponerme depresiva)	Ignoro los síntomas de abstinencia Empecé a ponerme como depresiva	Reconocimiento de los síntomas del consumo
(El cuerpo no me pide consumir) (No tenía depresión) (El alcohol no me quitaba las energías) (El consumo de alcohol no genera sentimientos negativos) (Con el consumo de alcohol no adquieres malos hábitos)	El cuerpo no me pide consumir Tenía una depresión brutal El alcohol me quitaba las energías El consumo de alcohol genera sentimientos negativos Con el consumo de alcohol adquieres malos hábitos	
(El cuerpo no me pedía continuar consumiendo) (No quería olvidar que no estaba con mis hijos/as)	El cuerpo me pedía continuar consumiendo Quería olvidar que no estaba con mis hijos/as	Atribución de responsabilidades en el mantenimiento del consumo
(Tenía una motivación real para dejar de consumir) (No tenía motivos para consumir) (El alcohol no se hace un hábito)	No tenía una motivación real para dejar de consumir Tenía muchos motivos para consumir El alcohol se hace un hábito	

ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN LA DECISIÓN DE INICIAR UN PROCESO DE REHABILITACIÓN		
<p>Busqué ayuda porque podía acabar con mi vida</p> <p>Quiero recuperar a mis hijos/as</p> <p>Me interesa rehabilitarme por mí</p> <p>Me aburrí de andar en consumo</p> <p>Quiero ser una mamá nueva</p> <p>No quería defraudar a mi hijo</p> <p>Quiero esforzarme para volver a estar con mis hijos/as</p>	<p>(No busqué ayuda a pesar de que podía acabar con mi vida)</p> <p>(No quiero recuperar a mis hijos/as)</p> <p>(No me interesa rehabilitarme por mí)</p> <p>(No me aburrí de andar en consumo)</p> <p>(No quiero ser una mamá nueva)</p> <p>(Quería defraudar a mi hijo)</p> <p>(No quiero esforzarme para recuperar a mis hijos/as)</p>	<p>Atribución de responsabilidades en la decisión de rehabilitarse</p>
<p>Quiero encontrar el por qué de mi consumo</p> <p>(Me gustan los sentimientos que conlleva el consumo)</p>	<p>(No quiero encontrar el por qué de mi consumo)</p> <p>No me gustan los sentimientos malos que conlleva el consumo</p>	
<p>Mi expectativa es sanarme</p> <p>La idea que tenía de rehabilitación se ha ido profundizando</p>	<p>(Mi expectativa no es sanarme)</p> <p>(La idea que tenía de rehabilitación no se ha ido profundizando)</p>	<p>Expectativas del proceso terapéutico</p>
<p>Quiero recuperar a mis hijos/as</p> <p>Quiero ser una mamá nueva</p> <p>No quiero defraudar a mi hijo</p> <p>Quiero esforzarme para volver a estar con mis hijos/as</p>	<p>(No quiero recuperar a mis hijos/as)</p> <p>(No quiero ser una mamá nueva)</p> <p>(Quiero defraudar a mi hijo)</p> <p>(No quiero esforzarme para volver a estar con mis hijos/as)</p>	<p>Motivación para mantenerse en un proceso de rehabilitación</p>
<p>Quiero encontrar el por qué de mi consumo</p> <p>(No necesito ayuda del psicólogo para encontrar respuestas)</p>	<p>(No quiero encontrar el por qué de mi consumo)</p> <p>Necesito ayuda del psicólogo para encontrar respuestas</p>	

<p>Mis hermanos/as me apoyaron</p> <p>(Continúo teniendo contacto con mi hermana)</p> <p>(Tengo familiares que me ayudan)</p> <p>Mi hijo me apoya</p>	<p>(Mis hermanos/as no me apoyaron)</p> <p>Ahora no tengo contacto con mi hermana</p> <p>No tengo familiares que me ayuden</p> <p>(Mi hijo no me apoya)</p>	<p>Familia como apoyo a la rehabilitación</p>
CONSTRUCCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN UN CONTEXTO PROTEGIDO		
<p>No he recaído, gracias a Dios</p>	<p>(He recaído, Dios no me ha ayudado)</p>	<p>Atribución de responsabilidad en la abstinencia</p>
<p>(No me quitaron a mis hijos cuando andaba en consumo)</p> <p>Cuando me quitaron a mi hijo menor toqué fondo</p> <p>Me siento mal por no estar con mis hijos</p>	<p>Cuando andaba en consumo me quitaron a mis hijos/as</p> <p>(Cuando me quitaron a mi hijo menor no toqué fondo)</p> <p>(No me siento mal por no estar con mis hijos)</p>	<p>Reconocimiento de las consecuencias negativas del consumo de drogas</p>
<p>(Cuando yo estaba en consumo nada me era indiferente)</p> <p>(No boicoteaba mis propios trabajos)</p> <p>(No dejé chata a muchas personas)</p>	<p>Cuando yo estaba en consumo todo me era indiferente</p> <p>Boicoteaba mis propios trabajos</p> <p>Dejé chata a muchas personas</p>	
<p>(Me gustan las reglas de la Comunidad Terapéutica)</p> <p>(Me interesa lo que piensen mis gestoras, acerca de mi pareja)</p> <p>Mi pareja no es un factor de riesgo</p>	<p>No me gustan las reglas de la Comunidad Terapéutica</p> <p>No me interesa lo que piensen mis gestoras, acerca de mi pareja</p> <p>(Mi pareja es un factor de riesgo)</p>	<p>Valoración de las decisiones terapéuticas de la Comunidad</p>
<p>Hay disciplina y preocupación dentro del programa</p> <p>No me complican las reglas de la comunidad</p> <p>(No son mal vista las mujeres consumidoras)</p>	<p>(No hay disciplina ni preocupación dentro del programa)</p> <p>(Me complican las reglas de la comunidad)</p> <p>Son mal vista las mujeres consumidoras</p>	<p>Categorización social de la mujer consumidora</p>

El análisis de estructuras paralelas permitió identificar discursos recurrentes y compartidos en ambos corpus textuales, específicamente en lo que respecta a la atribución de responsabilidades en el inicio, mantenimiento y rehabilitación del consumo de drogas. En lo que concierne al ciclo de vida individual y familiar no se identifican puntos de encuentro.

Respecto del inicio y mantenimiento del consumo de drogas predominan aquellos discursos externalizantes. Además, se identifica una negación de la conducta adictiva y de sus síntomas.

Por otro lado, se evidencia la construcción de un discurso justificador donde el consumo de drogas sería utilizado como un mecanismo de evasión ante situaciones estresantes y/o traumatizantes, por lo que la responsabilidad del consumo se fundamentaría en el locus de control externo. También, se evidencia una motivación extrínseca en las decisiones de iniciar un proceso de rehabilitación y mantenerse en el mismo.

Tabla N°5

Estructura Cruzada:

Síntomas v/s adicción: la tensión discursiva en el reconocimiento de su problema

A1 (+) Alto reconocimiento de los síntomas del consumo			
A2 (-) Bajo reconocimiento de la adicción	A (+-) externalización de la adicción	B (++) aceptación de la adicción	B2(+) Alto reconocimiento de la adicción
	C (- -) negación de la adicción	D (+-) aceptación parcial de la adicción	
B1 (-) Bajo reconocimiento de los síntomas del consumo			

Es posible identificar discursos similares en el relato de ambas entrevistadas, en lo que respecta al reconocimiento de los síntomas del consumo y el reconocimiento de la adicción. Tales discursos se posicionan en el cuadrante A (+-). En ambas historias de vida se identifican discursos que atribuyen los síntomas del consumo de drogas a un estado depresivo, por lo que no existiría un reconocimiento de su condición de mujeres adictas, configurándose una negación de la adicción. Según Muñoz (2011), al definirse como víctimas de la enfermedad los discursos posicionan a los/as sujetos/as como personas sin responsabilidad sobre su comportamiento, inhabilitándolas como protagonistas de su proceso en relación al consumo.

Además, en ambos corpus textuales se evidencian discursos que justifican la conducta adictiva como un mecanismo de evasión ante episodios traumatizantes. Lo anterior, permite identificar nuevamente una externalización de la conducta adictiva.

Tabla N°6

Estructura Cruzada:

Consecuencias negativas del consumo de drogas: discursos autónomos y heterónomos en conflicto

A1 (+) Alta decisión autónoma a rehabilitarse			
A2 (-) Bajo reconocimiento de las consecuencias negativas del consumo de drogas	A (++) rehabilitación superficial	B (++) motivación para la rehabilitación	B2 (+) Alto reconocimiento de las consecuencias negativas del consumo de drogas
	C (- -) fracaso en la rehabilitación	D (+-) motivación paradójal para la rehabilitación	
B1 (-) Baja decisión autónoma de rehabilitarse			

Se identifican discursos predominantes similares en lo que respecta a la autonomía en la decisión de rehabilitarse y en el reconocimiento de las consecuencias negativas del consumo de drogas. En ambos corpus textuales, se vislumbran discursos que dan cuenta de un reconocimiento negativo de la droga, siendo causante de situaciones que generan daño a nivel individual y familiar. Asimismo, en ambos relatos se observan discursos que atribuyen la decisión de iniciar un proceso de rehabilitación a la intención de superar una etapa negativa de la vida. Sin embargo, se identifican motivaciones extrínsecas en tal decisión.

Por un lado, en uno de los discursos se identifica la necesidad de orientación terapéutica, como elemento fundamental en la búsqueda de respuestas a la adicción. Mientras, que otro discurso atribuye la decisión de iniciar el proceso de rehabilitación con el principal objetivo de recuperar vínculos familiares, lo cual concuerda con lo planteado por López (2009), quien señala que un porcentaje importante del grupo que consulta por problemas de dependencia al alcohol o drogas, lo hace por motivaciones externas, ya sea imposición legal (situaciones judiciales), vías formales (petición del lugar de trabajo o asistencia social) o vías informales (solicitud de familiares y amigos/as).

Por lo anterior, se puede señalar que los discursos predominantes se sitúan en el cuadrante D (+-), denominado motivación paradójal para la rehabilitación, puesto que a nuestro juicio es fundamental someterse a un proceso de rehabilitación donde prime la motivación intrínseca. Según Delgado (2013), la motivación intrínseca del/la individuo/a es la que promueve la reflexión interna para que éste/a tenga la capacidad de ofrecer argumentos y razones favorables al cambio, sin que estos sean impuestos de forma coercitiva por el/la terapeuta.

Tabla N°7

Estructura Cruzada:

Mujeres con consumo de drogas y Comunidad Terapéutica: relación entre la motivación y la imposición

A1 (+)			
Alta motivación para mantenerse en un proceso de rehabilitación			
A2 (-) Valoración negativa de las decisiones terapéuticas de la Comunidad	A (++) deserción al tratamiento	B (++) adherencia al tratamiento	B2 (+) Valoración positiva de las decisiones terapéuticas de la Comunidad
	C (- -) rechazo al tratamiento	D (+-) frustración respecto al tratamiento	
B1 (-)			
Baja motivación para mantenerse en un proceso de rehabilitación			

Es posible identificar discursos diferentes en ambas historias de vida, respecto a la motivación para mantenerse en un proceso de rehabilitación y la valoración de las decisiones terapéuticas. Por un lado, uno de los discursos se posiciona en el cuadrante A (+-), donde existe una alta motivación para mantenerse en el proceso de rehabilitación y una valoración negativa de las reglas, normas y decisiones internas de la comunidad. A nuestro juicio, este último punto influye negativamente en el tratamiento, pues al no compartir las decisiones terapéuticas se genera un rechazo al tratamiento lo que podría conllevar a la deserción.

Por el contrario, en otros discursos existe acuerdo con las reglas y normas de la Comunidad Terapéutica, además de poseer una alta motivación para continuar en el proceso, por lo que tal discurso se sitúa en el cuadrante B (++) denominado adherencia al tratamiento.

Tabla N°8

Estructura Cruzada

Factores individuales y familiares: ¿claves para un proceso de rehabilitación?

A1 (+)			
Alta motivación intrínseca para mantenerse en un proceso de rehabilitación			
A2 (-) Bajo apoyo familiar en la rehabilitación	A (+-) adherencia inestable al tratamiento	B (++) adherencia al tratamiento	B2 (+) Alto apoyo familiar en la rehabilitación
	C (- -) tratamiento superficial	D (+-) tratamiento frustrado	
B1 (-)			
Baja motivación intrínseca para mantenerse en un proceso de rehabilitación			

Se pueden identificar discursos predominantes y disímiles en las historias de vida, en lo que respecta al apoyo familiar. Uno de los discursos señala la presencia de apoyo de su entorno cercano, mientras que el otro connota escaso apoyo familiar.

Por otra parte, en ambos corpus textuales se identifican discursos que dan cuenta de una motivación extrínseca en el mantenimiento del proceso de rehabilitación. Lo anterior sitúa uno de los discursos en el cuadrante D (+-), configurándose la hipótesis de una rehabilitación frustrada. En efecto, al centrar la motivación sólo en la recuperación de vínculos familiares se infiere que no existiría compromiso y voluntad orientado a superar la adicción. Lo anterior permite evidenciar discursos donde predomina una motivación extrínseca, no vislumbrándose en ellos interés por trabajar a nivel interno la adicción.

Respecto del discurso de Samanta, se configura una narrativa que da cuenta de asimilación superficial del tratamiento, ubicado en el cuadrante C (- -), puesto

que al no contar con apoyo familiar y tampoco con una motivación intrínseca, se generaría una adherencia superficial al tratamiento ya que la conjugación de ambos factores contribuyen a profundizar en mayor medida el proceso de rehabilitación. Ciertamente, Delgado (2013), plantea que la motivación intrínseca del/la individuo/a es importante en la reflexión interna que promueve el desarrollo de conductas favorables al cambio. Por otro lado, Díaz & Villaverde (1997), citados en López *et al.* (2003), señalan que el apoyo familiar es un buen predictor de éxito terapéutico.

VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS Y/O PROPUESTAS

7.1 Conclusiones

Las conclusiones se presentan según los objetivos propuestos y la constatación de los supuestos teóricos planteados.

Respecto del primer objetivo específico, que proponía “Identificar en el relato de las mujeres consumidoras de drogas los cambios experimentados en su ciclo vital individual y familiar”, podemos concluir lo siguiente:

i. Según la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson, Camila y Samanta se encontrarían en el estadio del ciclo vital 6, denominado Intimidad v/s Aislamiento que comprende el rango etario de los 20 a los 40 años de edad y el estadio 7, llamado Generatividad v/s Estancamiento, comprendido entre los 40 y los 60 años de vida, respectivamente (Bordignon, 2005). En ambas historias de vida fue posible identificar incumplimiento de las tareas asignadas para cada fase del ciclo vital, conllevando una crisis de transición de un estadio a otro (Erikson, 1998). Tales crisis se relacionan específicamente con la ocurrencia de acontecimientos complejos y/o traumatizantes que provocaron cambios significativos en sus experiencias vitales. Estas situaciones habrían acercado a Camila y Samanta hacia una conducta drogodependiente durante la adolescencia, recurriendo al consumo de drogas como un mecanismo de evasión ante tales situaciones, siendo esto uno de los elementos característicos del consumo de drogas femenino, puesto que las mujeres son quienes mayormente inician una conducta adictiva con el propósito de olvidar eventos que les han causado daño emocional (Arostegui & Urbano, 2004; Maffia, 2011).

ii. En lo que concierne al ciclo vital familiar, las mujeres se encuentran entre la etapa inicial e intermedia, según la clasificación de Steinglass (Suarez, 2011). En ambas historias de vida existe incumplimiento de tareas asociadas a cada etapa del ciclo familiar. Asimismo, se observa morfogénesis en sus

respectivos sistemas familiares y pérdida de lazos afectivos, como consecuencia del consumo problemático de drogas.

iii. En la historia de vida de Camila y Samanta se ha identificado la transmisión de patrones intergeneracionales de flujo vertical, específicamente en lo que concierne al desarrollo de una conducta negligente y/o de abandono hacia sus hijos/as, contradiciéndose con la visión de protección y cuidado que declaran atribuir al rol materno. Igualmente, hemos identificado la transferencia de roles de género aprendidos en su familia de origen, donde se observa una fuerte influencia del modelo patriarcal en sus respectivas dinámicas familiares (Zapata, 2012).

iv. Tanto Camila como Samanta, elaboran discursos donde es posible identificar el género como elemento significativo en la construcción de patrones culturales y sociales y la configuración de roles y expectativas atribuidos a hombres y mujeres, construyendo discursos más críticos y exigentes hacia la mujer, específicamente respecto de rol materno.

v. En los corpus textuales de ambas mujeres, se identifican discursos externalizantes respecto de la responsabilidad atribuida al incumplimiento del rol materno, pues tanto Camila como Samanta han creado narrativas que pretenden justificar sus acciones, prevaleciendo el locus de control externo.

vi. Tanto en Camila como en Samanta se evidencia una contradicción respecto de sus expectativas acerca del rol materno, pues si bien ambas mantienen una actitud crítica hacia el abandono y/o negligencia de sus progenitoras, han replicado tales patrones en sus propias experiencias vitales.

vii. En la historia familiar de Camila y Samanta se evidencia presencia de violencia al interior de sus núcleos familiares de origen.

viii. Tanto en la historia de vida de Camila como en la de Samanta existió una relación conflictiva entre sus progenitores, identificados como índices en sus

respectivas experiencias vitales, puesto que se configuraron en experiencias que marcaron negativamente sus vidas.

ix. En la historia de vida de Camila y Samanta hemos identificado quiebres significativos en la relación que han construido con sus hijos/as y/o con su familia de origen.

Respecto del segundo objetivo específico que proponía “Analizar la visión subjetiva que la mujer hace de su consumo de drogas y de la atribución de responsabilidades en su inicio, mantenimiento y decisión de iniciar un proceso de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica”, podemos concluir lo siguiente:

i. En ambas historias de vida los episodios de violencia intrafamiliar observados en sus núcleos de origen, habrían influido en el acercamiento hacia el consumo de drogas.

ii. Camila y Samanta inicialmente consumían en compañía de sus parejas, es decir, de acuerdo a patrones masculinos y posteriormente su consumo de drogas se habría realizado en forma solitaria.

iii. Camila y Samanta han construido un discurso justificador y externalizante respecto de la responsabilidad del inicio y mantención del consumo de drogas, no reconociendo su adicción, pero sí las consecuencias negativas del consumo. Además, se identifica la construcción de un discurso de autocontrol del consumo de drogas.

iv. En ambas historias de vida se identifican discursos que atribuyen los síntomas del consumo de drogas a un estado depresivo, por lo que no existiría un reconocimiento de su condición de mujeres adictas, configurándose una negación de la adicción.

v. Tanto Camila como Samanta, atribuyen un poder mágico a la droga, pues ambas le asignan a ésta la solución de sus carencias emocionales, buscando

con su conducta drogodependiente sensaciones placenteras, carentes de frustraciones (González, 1993).

vi. En ambos corpus textuales se evidencian discursos que justifican la conducta adictiva como un mecanismo de evasión ante episodios traumatizantes.

vii. En lo que concierne a la decisión de iniciar un proceso de rehabilitación se identifican motivaciones extrínsecas en sus discursos, aun cuando refieren motivaciones intrínsecas basadas en la superación de una etapa negativa de la vida.

viii. Ambas mujeres reconocen un punto de inflexión en su consumo de drogas, asociado a sentimientos de pérdida afectiva y material, que las habría llevado a “tocar fondo” (Basso, 2011), razón por la cual habrían decidido iniciar un proceso de rehabilitación.

ix. Tanto Camila como Samanta han contado con apoyo familiar en sus procesos de rehabilitación, proveniente de sus núcleos de procreación. Lo anterior se contrapone con la idea generalizada de que las mujeres deben enfrentar el proceso de rehabilitación en solitario (Maffia, 2011). Ambas mujeres reconocen este apoyo familiar como un elemento significativo en la mantención del tratamiento.

x. Tanto Camila como Samanta habrían participado previamente de un tratamiento con modalidad ambulatoria (COSAM), sin obtener mayor éxito, razón que influyó en el inicio de un tratamiento de carácter residencial.

Respecto al tercer objetivo específico planteado que buscaba “Interpretar la visión subjetiva del consumo de drogas que las mujeres realizan en el contexto protegido de la Comunidad Terapéutica”, podemos concluir lo siguiente:

- i. Camila y Samanta construyen un discurso de negación de la conducta adictiva, no obstante, reconocen las consecuencias negativas del consumo de drogas, principalmente en lo que respecta a la pérdida de vínculos familiares.
- ii. Tanto Camila como Samanta atribuyen una connotación negativa “al consumo de drogas”, pero no necesariamente a su propia conducta adictiva, construyendo un discurso atenuante y externalizante respecto de su consumo. De esta forma, el problema se convierte en una entidad separada y externa a ellas, evadiendo de este modo la responsabilidad en el proceso de rehabilitación (Murgas, 2009).
- iii. Camila y Samanta no reconocen su condición de mujeres adictas, construyendo un discurso del consumo de drogas como enfermedad, posicionándose como sujetas sin responsabilidad sobre su comportamiento, inhabilitándose como protagonistas de su proceso en relación al consumo (Muñoz, 2011), para de este modo, liberarse de los juicios y críticas sociales en torno a la conducta adictiva (Guimelli, 2004).
- iv. En ambos corpus textuales, se vislumbran discursos que dan cuenta de un reconocimiento negativo de la droga, siendo causante de situaciones que generan daño a nivel individual y familiar.
- v. Tanto en Camila como en Samanta habría existido un superficial y/o nulo conocimiento previo respecto del proceso terapéutico del cual serían partícipes, sin embargo, ambas sitúan en éste la responsabilidad de generar un cambio positivo en sus vidas.

En lo que respecta a la contrastación de supuestos teóricos, es posible señalar lo siguiente:

i. Respecto del objetivo que se propone identificar en el relato de las mujeres consumidoras de drogas los cambios experimentados en su ciclo vital individual y familiar, la teoría indica que el principal cambio experimentado por las mujeres a nivel individual es la crisis de la adolescencia (Bordignon, 2005). Este supuesto se cumplió sólo en el caso de Camila. Si bien Samanta igualmente experimentó una crisis de transición de un estadio a otro, en su ciclo vital, sólo Camila habría vivenciado una crisis de transición durante la adolescencia, específicamente desde el estadio 5, denominado Exploración de la Identidad v/s Difusión de la Identidad hacia el estadio 6, denominado Intimidad v/s Aislamiento.

Según Rees & Valenzuela (2003), el consumo de alcohol y/o drogas se inicia mayoritariamente durante la adolescencia, puesto que, esta etapa es crucial para el desarrollo individual y familiar, en el que las crisis normativas alcanzan grandes intensidades, aparentemente debido a que en ésta se concretan los procesos de individuación de los/as hijos/as de la familia y su separación de la misma. En efecto, tanto Camila como Samanta, habrían iniciado un acercamiento hacia el consumo de drogas durante la adolescencia, aun cuando, existirían distinciones respecto de la fase del ciclo vital donde tal consumo de drogas se habría configurado como problemático. Por un lado, el consumo de Camila se habría iniciado y agravado en esta etapa de su ciclo vital, mientras que en el caso de Samanta, habría existido un primer acercamiento al consumo de alcohol durante su adolescencia, pero éste se habría agravado en su etapa de adultez.

En cuanto al ciclo vital familiar, la revisión bibliográfica da cuenta de que el principal cambio a nivel familiar está dado por el quiebre de la estabilidad de la familia (Arostegui & Urbano, 2004). Este supuesto teórico sí se cumpliría en ambos casos, puesto que tanto en la historia de vida de Camila como en la de

Samanta se habría generado como consecuencia del consumo de drogas una desorganización familiar, distanciamiento de la familia de origen y pérdida de lazos afectivos.

ii. En lo que respecta al objetivo que propone analizar la visión subjetiva que la mujer hace de su consumo de drogas y de la atribución de responsabilidades en su inicio, mantenimiento y período de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica, la teoría indica que el inicio y mantenimiento del consumo en mujeres se asocia a la influencia de su contexto sociocultural (Gómez et al., 2010). Este supuesto se cumple, pero sólo en una de las mujeres entrevistadas, pues sólo Camila reconoce el inicio de su conducta adictiva a raíz de influencias sociales por parte de sus pares. En lo que respecta a la mantención del consumo de drogas, en ambas mujeres éste se habría utilizado como un mecanismo de evasión ante situaciones complejas y/o traumatizantes.

Según lo señalado por Basso (2011), el factor de mayor importancia en la decisión de la suspensión del consumo de drogas, está relacionado con la pérdida de los vínculos familiares y afectivos. Este supuesto se cumple en ambas mujeres, pues Camila y Samanta reconocen implícita y/o explícitamente la intención de reconstruir una relación cercana con sus núcleos familiares.

iii. En cuando al objetivo que propone interpretar la visión subjetiva del consumo de drogas que las mujeres realizan en el contexto protegido de la Comunidad Terapéutica, la teoría indica que las mujeres drogodependientes atribuyen sentimientos negativos hacia sí mismas debido a su condición de mujer adicta (Leyva- Moral, 2007). Este supuesto sí se cumple, pues en sus discursos ambas mujeres refieren sentimientos de fracaso y autocrítica a las consecuencias negativas que el consumo de drogas ha conllevado en su ciclo vital individual y familiar.

En virtud de todo lo mencionado anteriormente, es posible concluir respecto del Objetivo General que proponía “Interpretar la trayectoria de vida de mujeres consumidoras de drogas internas en una Comunidad Terapéutica, desde que iniciaron el consumo de drogas hasta el momento actual” que la trayectoria de vida de ambas mujeres se caracteriza por un inicio del consumo de drogas durante la etapa de la adolescencia, una historia familiar con presencia de violencia, pérdida de lazos afectivos, carencias emocionales y abandono. En lo que respecta al inicio y mantención de la conducta adictiva, se evidencia un patrón de consumo masculino, para posteriormente desarrollar un patrón en solitario. A su vez, la mantención de esta conducta adictiva es utilizada como un mecanismo de evasión, ante situaciones complejas, traumatizantes y que les han causado daño emocional. En cuanto a la decisión de iniciar un proceso de rehabilitación, se identifica una negación de la condición de mujer adicta, motivaciones extrínsecas y sentimientos de pérdida como factores decisivos para ingresar a la Comunidad Terapéutica. Finalmente, es preciso mencionar que existe en ellas un riesgo de recaídas y deserción temprana del proceso de intervención, debido al desajuste observado entre las necesidades profundas de carácter terapéutico que ellas evidencian y el dispositivo de rehabilitación diseñado en la Comunidad Terapéutica.

7.2 Sugerencias

- i. Incluir la perspectiva de género en los procesos de intervención terapéutica del que participen mujeres con consumo problemático de drogas, aparece como una interpelación directa a los programas que trabajan con este fenómeno. Esta perspectiva permitiría identificar las distinciones del consumo problemático de drogas femenino y la generación de intervenciones situadas.
- ii. Incorporar la opinión de la sujeta de intervención en la definición del problema y en la estructuración del plan de trabajo terapéutico, para de este modo construir una alianza entre la usuaria y el equipo profesional en pos del proceso de rehabilitación.

iii. Desarrollar dispositivos de intervención que busquen promover la motivación intrínseca de las usuarias, puesto que el éxito de un proceso de rehabilitación depende mayormente del desarrollo de una motivación intrínseca, ya que ésta es la que promueve en las sujetas de intervención reflexiones internas que las llevan a buscar razonamientos y motivaciones de cambio reales (Delgado, 2013).

iv. Construir alianzas entre el equipo terapéutico y las familias, donde éstas participen de un proceso educativo en torno al consumo problemático de drogas, puesto que en la medida en que los/as integrantes de la familia comprendan las características del proceso pueden contituirse en reales redes de apoyo para la usuaria.

v. Incorporar las historias de vida de las usuarias en los procesos de intervención resulta necesario, si consideramos que son sus experiencias vitales las que permiten adentrarse en la comprensión del desarrollo de conductas drogodependientes y a partir de ello elaborar un plan de intervención personalizado en virtud de la experiencia vital de cada usuaria. Esto permitiría a cada mujer resignificar el sentido de su propio proceso de intervención, facilitando el desarrollo de intervenciones personalizadas y contextualizadas a la realidad de éstas.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Albelda, M. & Briz, A. (2010). Aspectos Pragmáticos. Cortesía y atenuantes verbales en las dos orillas a través de muestras orales. *La lengua española en América. Normas y Usos Actuales*, pp. 237-260. Recuperado el 10 de Octubre de 2015, de <http://www.uv.es/aleza/Cap.%205.%20EA%20Prag.pdf>

Ansoleaga, E. (2011). *Mujer, Trabajo, Maternidad, Salud: Tensiones no resueltas del siglo XX y propuestas para el bicentenario*. Santiago: Universidad Diego Portales. Recuperado el 05 de Octubre de 2015, de <https://workfamily.sas.upenn.edu/wfrn-repo/object/nr2oj0o1yt581t1z>

Antunes, E. (2009). Lógica cultura y lógica terapéutica en alcohólicos anónimos. Una etnografía en la periferia de la ciudad de Sao Paulo, Brasil. *Desacatos*, pp. 69-88, vol. 29. Recuperado el 05 de Octubre de 2015, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-92742009000100005

Arellano, M. (2003). Cannabis: Imágenes, sujetos, discursos y contextos. Análisis discursivo. *Última Década*, pp. 125-151, vol. 19. Recuperado el 04 de Septiembre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071822362003000200009&script=sci_arttext

Arias, E. (2008). *Manifestación sociocultural de un grupo de desplazados de Bogotá expresada en el discurso narrativo y en metáforas de la vida diaria de sus historias de vida*. Bogotá: Facultad de Educación de la Universidad Nacional de Colombia. Recuperado el 10 de Octubre de 2015, de http://www.humanas.unal.edu.co/linguistica/index.php/download_file/view/108/

Arostegui, E. & Urbano, A. (2004). *La Mujer Drogodependiente especificidad de género y factores asociados*. Madrid: Universidad de Deusto. Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de https://apps.euskadi.eus/r85-ckdrog11/eu/contenidos/informacion/publicacions_ovd_otras_investi/eu_9061/adjuntos/mujerdrogodependiente.pdf

Asociación de Psiquiatría de EE.UU. (1994). *Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales*. Washington, D.C.: Mason S.A. En SENDA. (2015). *Glosario de Términos, Senda*. Recuperado el 21 de Abril de 2015, de <http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/>

Azzollini, S. & Bail, V. (2010). La relación entre el locus de control, las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos. *Anuario de Investigaciones*, pp. 287-297, vol. 17. Recuperado el 08 de Octubre de 2015, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862010000100028&script=sci_arttext

Baeza, M. (2002). *Diseño y uso de instrumentos en la producción de sentidos*. Concepción: Universidad de Concepción.

Barboza, L. (2012). Consumo de crack: Repercusiones en la estructura y en la dinámica de las relaciones familiares. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería [online]*, pp. 139-149, vol. 11 (25). Recuperado el 19 de Mayo de 2015, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100009&lng=es&nrm=iso

Barra, E. (1987). El desarrollo moral: Una introducción a la teoría de Kohlberg. *Revista Latinoamericana de Psicología*, pp. 7-18, vol. 19 (1). Recuperado el 08 de Octubre, de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80519101.pdf>

Barreda, M. *et al.* (2005). *Mujer y Adicción*. Madrid: Instituto de Adicciones "MADRID SALUD". Recuperado el 21 de Abril de 2015, de http://www.fsyc.org/malva/wp-content/uploads/02_Mujer_y_adiccion_InstitutoAdiccionesMadrid.pdf

Basso, L. (2011). La vivencia de la dependencia en un consumidor de drogas psicoactivas. *Index de enfermería*, pp. 61-65, vol. 20 (1). Recuperado el 24 de Agosto de 2015, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100013

Bastías, C. (2005). *Mujeres drogadictas autopercepción y efectos en la familia*. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Escuela de Trabajo Social. Recuperado el 22 de Abril de 2015, de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/786/ttraso119.pdf;jsessionid=66067E0302C92342E02838E88C8610E0?sequence=1>

Becoña, E. (2007). *Teorías y modelos explicativos en prevención de drogodependencias*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado el 15 de Mayo de 2015, de <http://www.fundacioncadah.org/cpanel3/API/download.php?id=97&account=j289e ghfd7511986>

Becoña, E. (2012). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado el 15 de Mayo de 2015, de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf>

Begoña, M. (2006). *Estudio comparativo de la problemática presentada por mujeres consumidoras de alcohol y otras drogas ilegales en un centro de tratamiento. Una perspectiva de género*. Zaragoza: Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/73.pdf>

Bernasconi, O. (2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: Principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica*, pp. 9-36, vol. 56. En Capella, C. (2013). Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo. *Psicoperspectivas*, pp. 117-128, vol. 12 (2). Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242013000200012&script=sci_arttext

Berruecos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, pp. 61-81, vol. 17 (49). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592010000200005&lng=es&tlng=es

Binasss. (2010). *Consumo de drogas legales e ilegales*. San José: Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social de Costa Rica. Recuperado el 06 de Septiembre de 2015, de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/todas/Consumo%20de%20drogas.pdf>

Bonifaz, R. & Nakano, A. (2004). La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, pp. 433-8, vol. 12. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1984/2058>

Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, pp. 50-63, vol. 2 (2). Recuperado el 13 de Mayo de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>

Bruner, J. (1991). The narrative construction of reality. *Critical inquiry*, pp. 1-21, vol. 18 (1). En Capella, C. (2013). Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo. *Psicoperspectivas*, pp. 117-128, vol. 12 (2). Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242013000200012&script=sci_arttext

Bruner, J. (1994). *Realidad mental y mundos posibles: Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Barcelona: Gedisa. En Capella, C. (2013). Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo. *Psicoperspectivas*, pp. 117-128, vol. 12 (2). Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242013000200012&script=sci_arttext

Caamaño, E. (2009). Los efectos de la protección a la maternidad para la concreción de la igualdad de trato entre hombres y mujeres en el trabajo. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, pp. 175-214, vol. 33. Recuperado el 15 de Octubre, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512009000200004

Caamaño, E. (2010). Mujer y trabajo: Origen y ocaso del modelo del padre proveedor y la madre cuidadora. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, pp. 179-209, vol. 34. Recuperado el 06 de Septiembre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-68512010000100005&script=sci_arttext

Calvo, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: La familia. *Salud y Drogas*, pp. 45-56, vol. 7 (1). Recuperado el 15 de Octubre de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/839/83970104.pdf>

Campos, E. & Reis, J. (2010). Representaciones sobre el uso de alcohol en las mujeres en tratamiento en un centro de referencia en Sao Paulo - Brasil. *Interface – Comunicación, Salud, Educación*, pp. 539-550, vol. 14 (34). Recuperado el 28 de Marzo de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000300006&script=sci_abstract&tlng=es

Cano, A. *et al.* (1994). El afrontamiento de ansiedad en las drogodependencias. *Anuales de psicología*, pp. 145-156, vol. 10 (2). Recuperado el 05 de Octubre de 2015, de http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/05-10_2.pdf

Cánovas, P. & Sahuquillo, P. (2011). *El desarrollo de competencias parentales como factor de resiliencia*. Barcelona: Universidad de Barcelona. Recuperado el 15 de Mayo de 2015, de <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/Familias/122.pdf>

Capella, C. (2013). Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo. *Psicoperspectivas*, pp. 117-128, vol. 12 (2). Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242013000200012&script=sci_arttext

Carrario, M. (2008). Los retos de las mujeres en tiempo presente: ¿Como conciliar la vida laboral y la vida familiar? *Aljaba [online]*, pp. 161-173, vol. 12. Recuperado el 05 de Noviembre de 2015, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-57042008000100011

Carter, J. (1999). Who's to blame? Child sexual abused and nonoffending mothers. Toronto: University of Toronto Press. En Sinclair, C. & Martínez, J. (2006). Culpa o responsabilidad: Terapia con madres de niños y niñas que han sufrido abuso sexual. *Psykhe*, pp. 25-35, vol. 15 (2). Recuperado el 12 de Septiembre de 2015, de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/309/289>

Castaño, M. et al. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesalud/docs/Intervdrogodep.pdf>

Castaño, V. (2009). *La atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres*. Madrid: Fundación Atenea Grupo GID. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/216.pdf>

Castellanos, G. (2014). Del vicio a la enfermedad: Representaciones sociales de la adicción en la cárcel. *Alternativas en Psicología*, pp. 17-31, vol. 17 (29). Recuperado el 15 de Octubre de 2015, de <http://alternativas.me/attachments/article/42/2.%20Del%20vicio%20a%20la%20enfermedad%20-%20representaciones%20sociales%20de%20la%20adicci%C3%B3n%20en~.pdf>

Castillo, A. et al. (2006). Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres que trabajan, un estudio multicéntrico: México, Perú, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, pp. 155-162. Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a02.pdf>

Castillo, M. *et al.* (2009). Violencia contra la mujer y su relación con el consumo de drogas en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, pp. 1164-1168, vol. 13 (2). Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/110.pdf>

Catalán, M. (2001). El adolescente y sus usos de drogas en una sociedad de riesgos. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, pp. 1-14, vol. 1 (2). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de <http://polis.revues.org/7951>

Chárriez, M. (2012). Historias de Vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, pp. 50-67, vol. 5. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://revistagriot.uprrp.edu/archivos/2012050104.pdf>

Chávez, J. (2004). *Perspectiva de Género*. México D.F.: Plaza y Valdés.

Cisterna, F. (2007). *Manual de metodología de la investigación cualitativa*. Concepción: Universidad del Bío-Bío. Recuperado el 05 de Junio de 2015, de <http://www.educagratis.org/moodle/mod/resource/view.php?id=21904>

Cloninger, S. (1999). *Teorías de Personalidad*. Sao Paulo: Martins Fontes. Recuperado el 04 de Mayo de 2015, de <http://angelicahr.com/wp-content/uploads/2015/02/Teorias-de-la-Personalidad.pdf>

Comas, D. (2011). *La metodología de la comunidad terapéutica*. Madrid: Fundación Atenea Grupo Gid. Recuperado el 15 de Mayo de 2015, de [http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/Fundacion_Atenea_Grupo_Gid_\(2010\)_La_metodologia_de_la_Comunidad_Terapeutica.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/Fundacion_Atenea_Grupo_Gid_(2010)_La_metodologia_de_la_Comunidad_Terapeutica.pdf)

CONACE. (2004). *Mujeres y Tratamiento de Drogas*. Santiago: Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://es.scribd.com/doc/123841818/CONACE-2004-Mujeres-y-tratamiento-de-drogas-Guia-de-asesoria-clinica-para-programas-de-tratamiento-y-rehabilitacion-en-drogas-en-poblacion-especi#scribd>

CONACE. (2008). *Representaciones sociales sobre el consumo de drogas de la(s) juventud(es) chilena*. Santiago: Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. Recuperado el 12 de Octubre de 2015, de http://www.terapia-ocupacional.cl/documentos/miscelaneo/2008_CONACE_2008.pdf

Crossley, M. (2007). *Narrative analysis*. Philadelphia: Open University Press. En Capella, C. (2013). Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo. *Psicoperspectivas*, pp. 117-128, vol. 12 (2). Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242013000200012&script=sci_arttext

Del Valle, M. (2014). Transmisión transgeneracional y situaciones traumáticas. *Temas de Psicoanálisis*, pp. 1-28, vol. 7. Recuperado el 28 de Octubre de 2015, de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/transmision-transgeneracional-y-situaciones-traumaticas/>

Delgado, M. (2013). *¿Tiene sentido una intervención rehabilitadora con internos no motivados al cambio?* Barcelona, Cataluña: Universitat Pompeu Fabra. Recuperado el 04 de Septiembre de 2015, de https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/20980/MarcDelgado_Duran_TFG_.pdf?sequence=1

Denzin, N. (1989). *Interpretative biography*. London: Sage. En Muñoz, D. (2003). Construcción narrativa en la historia oral. *Nómadas*, pp. 95-102, vol. 18. Recuperado el 08 de Septiembre de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105117890011>

Díaz, B. & García, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación médica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, pp. 223-232, vol. 24 (4). Recuperado el 08 de Octubre de 2015, de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n4/v24n4a01.pdf>

Díaz, G. (2005). *La entrevista cualitativa*. Quetzaltenango: Universidad Mesoamericana. Recuperado el 11 de Octubre de 2015, de <http://www.geiuma-oax.net/cursos/entrevistacualitativa.pdf>

Díaz, J. (2001). El modelo de los estadios del cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de Psicología*, pp. 21-35, vol. 5. Recuperado el 22 de Agosto de 2015, de http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num5/escritospsicologia5_analisis2.pdf

Díaz, M. (2013). Estigma social en madres puertorriqueñas usuarias de heroína: Una exploración de las voces femeninas y su entorno social. *Revista Puertorriqueña de Psicología* [online], pp. 01-18, vol. 24. Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1946-20262013000100005&lng=pt&nrm=iso

Díaz, M. & Villaverde, P. (1997). *La incidencia del barrio en las drogodependencias*. Madrid: Fundación Crefat. En López, F. (2003). Factores familiares que inciden en las drogodependencias. *Revista Internacional de las Ciencias Sociales y Humanidades, Sociotan*, pp. 203-230, vol. 13 (1). Recuperado el 12 de Octubre de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/654/65413107.pdf>

Duerst-Lahti, G. (2007). *Gender Ideology: Masculinism, Feminalism, and Options in the Gray Zone*. Washington, D.C.: American Political Science Association. En Gamba, S. (2008). ¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género? *Mujeres en Red. El periódico feminista*, pp. 1-5. Recuperado el 25 de Mayo de 2015, de <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1395>

Eagly, A. (1983). Gender logical analysis and social influence: A social psych. *American Psychologist*, pp. 971-981, vol. 38. En Rabbani, R. (2010). *Maternidad y trabajo: Conflictos por resolver*. Madrid: Icaria editorial S.A.

Eagly, A. & Steffen, V. (1984). Gender stereotypes stem from the distribution of women and men into social roles. *Journal of Personality and Social Psychology*, pp. 735-754, vol. (46). En Rabbani, R. (2010). *Maternidad y trabajo: Conflictos por resolver*. Madrid: Icaria editorial S.A.

Eiguer, A. (1987). El objeto transgeneracional en terapia familiar: El ancestro, su circulación, la estructura acogedora, el efecto patológico. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, pp. 91-107, vol. 1 (10). En Del Valle, M. (2014). Transmisión transgeneracional y situaciones traumáticas. *Temas de Psicoanálisis*, pp. 1-28, vol. 7. Recuperado el 28 de Octubre de 2015, de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/transmision-transgeneracional-y-situaciones-traumaticas/>

Emanuel, E. (1999). ¿Qué hace que la investigación sea ética? Siete requisitos éticos. *Investigaciones en sujetos humanos: Experiencia Internacional. OPS/OMS Serie Publicaciones*, pp. 33-46. Recuperado el 14 de Mayo de 2015, de <http://www.hsjd.cl/web/wp-content/uploads/Requisitos-%C3%89ticos-para-la-Investigaci%C3%B3n-de-Exequiel-Emanuel..pdf>.

Erikson, E. (1971). *Infancia y Sociedad*. Río de Janeiro: Zahar Editores. En Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, pp. 50-63, vol. 2 (2). Recuperado el 13 de Mayo de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>

Erikson, E. (1987). *Identidad, Juventud y Crisis*. Río de Janeiro: Guanabara. En Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, pp. 50-63, vol. 2 (2). Recuperado el 13 de Mayo de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>

Erikson, E. (1998). *Ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artmed. En Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, pp. 50-63, vol. 2 (2). Recuperado el 13 de Mayo de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>

Erikson, E. (2000). *Ciclo vital completado*. Paidós Ibérica: Barcelona. En Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, pp. 50-63, vol. 2 (2). Recuperado el 13 de Mayo de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>

Ettorre, E. (1992). *Women and substance abuse*. New Brunswick: Rutgers University Press. En Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista española de drogodependencias*, pp. 269-272, vol. 35 (3). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/22455/v35n3_ed.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Faúndez, X. & Vinet, E. (2009). Tipología empírica de adolescentes consumidores de drogas según el MACI. *Psykhe (Santiago)*, pp. 19-35, vol. 18 (2). Recuperado en 25 de Marzo de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282009000200002&lng=es&tlng=es

Florenzano, R. (2008). *Curso salud y desarrollo del adolescente: Universidad Católica de Chile*. Recuperado el 03 de Abril de 2015, de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion14/m3l14leccion.html>

Gamba, S. (2008). ¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género? *Mujeres en Red. El periódico feminista*, pp. 1-5. Recuperado el 25 de Mayo de 2015, de <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1395>

García, D. (2004). *Cruzando los umbrales del secreto: acercamiento a una sociología de la sexualidad*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado el 14 de Mayo de 2015, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/48686/1/958683686X.pdf>

García, A. (2010). *Las mujeres y las Drogas*. Centro de documentación especializado en la temática del uso indebido de drogas y control del tráfico ilícito. Buenos Aires: Presidencia de la Nación de la República de Buenos Aires. En Guerrero, R. & Jeria, R. (2006). *Comunidades Terapéuticas Femeninas*. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Recuperado el 24 de Octubre de 2015, de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1490/TTRASO%20165.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Garmendia, M. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista Médica de Chile*, pp. 169-178. Recuperado el 11 de Octubre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000200005&script=sci_arttext

Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, pp. 266-275, vol. 40. En Inostroza, C. (2011). *Construccionismo y Post-Construccionismo*. Cipro: *Círculo de Psicoterapia Cognitivo Constructivista*. Recuperado el 12 de marzo de 2015, de <http://www.cipra.cl/documentos/Construccionismo-InostrozaRovegno.pdf>

Ghiardo, F. (2003). Acercándonos al sentido del uso de drogas y la prevención desde los jóvenes. *Última década* [online], pp. 123-151, vol. 11 (18). Recuperado el 25 de Marzo, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362003000100007&lng=es&nrm=iso

Gomariz, E. (1992). *Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas*. *Periodización y perspectivas*. Santiago: ISIS Internacional. Recuperado el 11 de Mayo de 2015, de <http://www.generoy sociedad.com/geso/wp-content/uploads/2013/Libros/los%20estudios%20de%20genero%20y%20sus%20fuentes....pdf>

Gómez, A. & Correa, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo. *Liberabit*, pp. 211-222, vol. 17 (2). Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a10v17n2>

Gómez, C. (2014). Trabajo y flexibilidad laboral en el Estado chileno: Experiencias de mujeres a la luz del feminismo laboral. *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad*, pp. 41-51. Recuperado el 07 de Octubre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242014000300005

Gómez, J. (2000). La construcción del alcoholismo como un problema social: lecciones desde la experiencia del trabajo social. *Revista española de drogodependencias*, pp. 45-64, vol. 159. Recuperado el 13 de Junio de 2015, de <http://www.siiis.net/es/buscar/Record/101528>

Gómez, J. (2004). Algunas reflexiones sobre el alcoholismo femenino. *Revista española de drogodependencias*, pp. 83-98, vol. 17. Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS0404110083A/7608>

Gómez, J. (2006). El alcoholismo femenino, una verdad oculta. *Revista española de drogodependencias*, pp. 251-260, vol. 8 (4). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de <http://www.cedro.sld.cu/bibli/a/a3.pdf>

Gómez, J. (2007). Diferencias de género en los procesos de adicción y rehabilitación de personas cocainómanas. *Revista española de drogodependencias*, pp. 81-95, vol. 80. Recuperado el 15 de Mayo de 2015, de <http://www.siiis.net/es/buscar/Record/155998>

Gómez, J. (2007). El alcoholismo desde una perspectiva de género: un discurso que permanece a lo largo de 30 años. *Revista española de drogodependencias*, pp. 126-130, vol. 2. Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v32n2_1.pdf. Recuperado el 13 de Octubre de 2015, de <http://roderic.uv.es/handle/10550/22349?show=full>

Gómez, J. *et al.* (2006). Una aproximación a los problemas de adicción y violencia de las mujeres a través de los profesionales. *Revista española de drogodependencias*, pp. 147-159, vol. 6 (2). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:w0JNpRV2OgAJ:rabida.uh.u.es/dspace/bitstream/handle/10272/523/b1520262.pdf%3Fsequence%3D1+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=cl>

Gómez, J. *et al.* (2008). Cocaína, violencia y género desde el punto de vista de los profesionales. *Revista española de drogodependencias*, pp. 180-194, vol. 2. Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v33n2_4.pdf

Gómez, J. *et al.* (2008). Mujeres dependientes de alcohol o cocaína, un estudio comparativo desde una perspectiva cualitativa. *Revista española de drogodependencias*, pp. 237-244, vol. 20 (3). Recuperado el 25 de Marzo, de <http://www.adicciones.es/files/gomez%20moya.pdf>

Gómez, J. *et al.* (2010). Mujeres y uso de alcohol en sociedades contemporáneas. *Revista española de drogodependencias*, pp. 273-284, vol. 3. Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v35n3_1.pdf

González, F. (2005). ¿Qué es un paradigma? Análisis teórico, conceptual y psicolingüístico del término. *Investigación y Postgrado*, pp. 13-54, vol. 20 (1). Recuperado el 05 de Junio de 2015, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-00872005000100002

González, J. (1993). Psicopatología psicodinámica de la drogodependencia. *Psiquis*, pp.1-12, vol. 14 (2). Recuperado el 28 de Agosto de 2015, de http://www.psicoter.es/art/93_A126_12.pdf

González, J. (2001). Psicoterapia de la crisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, pp. 35-53, vol. 79. Recuperado el 22 de Septiembre de 2015, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352001000300004&script=sci_arttext

Gracia, F. & Misitu, O. (2000). *Psicología Social de la Familia*. Madrid: Paidós Ibérica.

Guerrero, R. & Jeria, R. (2006). *Comunidades Terapéuticas Femeninas*. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Recuperado el 24 de Octubre de 2015, de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1490/TTRASO%20165.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Guimelli, C. (2004). El pensamiento social. México D.F: Ediciones Coyoacán. En Castellanos, G. (2014). Del vicio a la enfermedad: Representaciones sociales de la adicción en la cárcel. *Alternativas en Psicología*, pp. 17-31, vol. 17 (29). Recuperado el 15 de Octubre de 2015, de <http://alternativas.me/attachments/article/42/2.%20Del%20vicio%20a%20la%20enfermedad%20-%20>

Harrsch, C. (1988). Transmisión transgeneracional de un modelo vincular madre-hija. El amor helado entre cinco generaciones. *Círculo Psicoanalítico Mexicano*, pp. 1-11. Recuperado el 12 de Octubre de 2015, de http://www.kaimh.org/Websites/kaimh/images/Documents/TRANSMISION_TRANSGENERACIONAL_.pdf

Hawkins, J. *et al.* (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, pp. 64-115, vol. 112. En Luengo, L. *et al.* (2012). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado el 04 de Mayo de 2015, de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/preve.pdf>

Hernández, T. *et al.* (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Intervención Psicosocial* [online], pp. 199-212, vol. 18 (3). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300002&lng=es

Herrera, A. *et al.* (2014). Caracterización del consumo de drogas psicoactivas por jóvenes y adolescentes atendidos en el Centro de Deshabitación de Adolescentes del Municipio de Playa . *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, pp. 61-69, vol. 33 (1). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubinbio/cib-2014/cib141g.pdf>

Herrera, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Rev. Cubana Med.*, pp. 568-573, vol. 16 (6). Recuperado el 12 de Mayo de 2015, de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_6_00/mgi08600.pdf

Hirschi, T. (1969). *Causes of Delinquency*. Berkeley, California: University of California Press. En Luengo, L. *et al.* (2012). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado el 04 de Mayo de 2015, de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/preve.pdf>

Ibáñez, T. (1990). *Aproximaciones a la Psicología Social*. Barcelona: Sendai.

Inciarte, A. *et al.* (2010). Consecuencias psicosociales en niños cuyas madres se encuentran cumpliendo pena privativa de libertad. *Revista de Ciencias Sociales*, pp. 154-165, vol. 16 (1). Recuperado el 11 de Octubre de 2015, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-95182010000100014&script=sci_arttext

INE. (2015). *Mujeres en Chile y mercado del trabajo: Participación laboral femenina y brechas salariales*. Santiago: Departamento de Estudios Laborales, Departamento de Estudios Sociales. Recuperado el 22 de Abril de 2015, de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/genero/pdf/participacion-laboral-femenina.pdf

Infante, V. (2004). *La masculinidad desde una perspectiva de género*. Madrid: Paidós.

Inostroza, C. (2011). *Construccionismo y Post-Construccionismo*. Cibra: *Círculo de Psicoterapia Cognitivo Constructivista*. Recuperado el 02 de Mayo de 2015, de <http://www.cibra.cl/documentos/Construccionismo-InostrozaRovegno.pdf>

Kaufmann, J. (2004). *L' invention de soi: Une théorie de l'identité*. París: Armand Colin. En Rabbani, R. (2010). *Maternidad y trabajo: Conflictos por resolver*. Madrid: Icaria editorial S.A.

Klee, H. (2001). *Drug misuse and motherhood*. London and New York: Routledge. En Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista española de drogodependencias*, pp. 269-272, vol. 35 (3). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/22455/v35n3_ed.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Klee, H. (2001). Women, family and drugs. Klee H., Jackson M., Lewis S. eds. *Drug misuse and motherhood*. London and New York: Routledge. En Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista española de drogodependencias*, pp. 269-272, vol. 35 (3). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/22455/v35n3_ed.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Klein, D. & White, J. (1996). *Introducción a las teorías de familia*. Londres: Sage. En Cánovas, P. & Sahuquillo, P. (2011). *El desarrollo de competencias parentales como factor de resiliencia*. Barcelona: Universidad de Barcelona. Recuperado el 15 de Mayo de 2015, de <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/Familias/122.pdf>

Kornblit, A. (2007). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos. Recuperado el 22 de Julio de 2015, de <https://books.google.cl/books?isbn=9507864156>

Krause, M. (1999). *Significados asociados a las drogas y al consumo de drogas en jóvenes*. Santiago: INJUV, Instituto Nacional de la Juventud. Recuperado el 09 de Septiembre de 2015, de <http://biblioteca.uahurtado.cl/ujah/reduc/pdf/pdf/8702.pdf>

Lakoff, R. & Johnson, M. (1991). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra: Colección teorema. En Arias, E. (2008). *Manifestación sociocultural de un grupo de desplazados de Bogotá expresada en el discurso narrativo y en metáforas de la vida diaria de sus historias de vida*. Bogotá: Facultad de Educación de la Universidad Nacional de Colombia. Recuperado el 10 de Octubre de 2015, de http://www.humanas.unal.edu.co/linguistica/index.php/download_file/view/108/

Lamas, M. (1999). *Género, diferencia de sexo y diferencia sexual*. México, D.F.: Debate feminista. En Gamba, S. (2008). ¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género? *Mujeres en Red. El periódico feminista*, pp. 1-5. Recuperado el 25 de Mayo de 2015, de <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1395>

Lamas, M. (2012). *La tarea: Revista de Educación y Cultura*. Recuperado el 14 de Marzo de 2015, de <http://www.latarea.com.mx/articu/articu8/lamas8.htm>

Leite, A. (2009). El proceso de construcción de las historias de vida. Re-visitando el camino metodológico recorrido. Oporto: Facultad de Psicología de la Universidad de Oporto. Recuperado el 26 de Octubre de 2015, de http://www.fpce.up.pt/iiijornadashistoriasvida/pdf/1_el_processo_de_construcion.pdf

León, M. & Roldán, M. (2007). *Una voz en silencio: Condición social de las mujeres en prisión*. Buenos Aires: Elaleph.

Leyva-Moral, J. (2007). Diario de una vida que no pudo ser: Estudio fenomenológico sobre la drogodependencia. *Index. Enferm.* [online], pp. 18-22, vol. 16 (57). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200004&lng=es

Llopis, J. *et al.* (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y drogas*, pp. 137-157, vol. 5 (2). Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83905208>

Llorens, N. *et al.* (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, pp. 1-6, vol. 16 (4). Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://www.adicciones.es/files/NOELIA.pdf>

López, C. (2006). La adicción a sustancias químicas: ¿puede ser efectivo un abordaje psicoanalítico? *Psykhé*, pp. 67-77, vol. 15 (1). Recuperado el 15 de Septiembre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000100006

López, C. (2009). La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: Motivación propia e influencia de terceros. *Terapia Psicológica*, pp. 119-127, vol. 27 (1). Recuperado el 12 de Septiembre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000100012&script=sci_arttext

López, E. (1991). *Fundamentación de la ética cristiana*. Madrid: Ediciones Paulinas.

López, F. *et al.* (2003). Factores familiares que inciden en las drogodependencias. *Revista Internacional de las Ciencias Sociales y Humanidades, Sociotan*, pp. 203-230, vol. 13 (1). Recuperado el 11 de Septiembre de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/654/65413107.pdf>

Luengo, L. *et al.* (2012). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado el 04 de Mayo de 2015, de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/preve.pdf>

Maffia, D. (2011). *El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires: Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones. Recuperado el 05 de Junio de 2014, de <http://dianamaffia.com.ar/archivos/El-ocultamiento-de-la-mujer-en-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas.pdf>

Magnabosco, M. (2014). El construccionismo social como abordaje teórico para la comprensión del abuso sexual. *Revista de Psicología*, pp. 220-242, vol. 32 (2). Recuperado el 07 de Agosto de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337832618002>

Manni, L. (2010). Cambios en las representaciones sociales e identidades genéricas de mujeres profesionales. *Aljaba [online]*, pp. 135-146, vol. 14. Recuperado el 11 de Octubre de 2015, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1669-57042010000100008&script=sci_arttext

Marangoni, S. & Oliveira, M. (2003). Factores desencadenantes del uso de drogas en mujeres. *Texto y Contexto Enfermagem*, pp. 662-670, vol. 22 (3). Recuperado el 25 de Marzo de Junio de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000300012&script=sci_abstract&lng=es

Marinas, J. (2007). *La escucha en la historia oral*. Madrid: Síntesis.

Markez, I. *et al.* (2004). Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online]*, pp. 37-61, vol. 91. Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300004&lng=es

Martínez, C. (2012). El muestreo de investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciec. Saúde Colectiva [online]*, pp. 613-619, vol. 17 (3). Recuperado el 12 de Mayo de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300006&script=sci_arttext

Martínez, P. (2009). *Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en las redes de atención*. Madrid: Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente, UNAD. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de http://www.bizkaia.net/Gizartekintza/Genero_Indarkeria/blt18/documentos/UNAD_investigacion.pdf

Martinic, S. (2002). *Análisis Estructural: Presentación de un método para el estudio de lógicas culturales*. Santiago: Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE). Recuperado el 11 de Octubre de 2015, de http://www.worldcat.org/title/analisis-estructural-presentacion-de-un-metodo-para-el-estudio-de-logicas-culturales/oclc/222880735&referer=brief_results

Matute, A. (2010). *La violencia hacia las mujeres las relaciones de pareja en la población drogodependiente que recibe tratamiento de deshabituación en los centros específicos de atención a las drogodependencias y otras adicciones en Andalucía: Incidencia, tipología y propuesta de programa de intervención educativa*. Andalucía: Universidad de Granada. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://www.ugr.es/~erivera/PaginaDocencia/Posgrado/Documentos/MatuteAmelia.pdf>

Mena, M. *et al.* (2000). Drogadicción embriofetal por abuso de pasta base de cocaína durante el embarazo. *Revista Médica de Chile* [online], pp. 1093-1100, vol. 128 (10). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000001000003&lng=es

Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2008). *Glosario de Términos de Alcohol y Drogas*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Recuperado el 15 de Mayo de 2015, de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Molina, A. (2012). Aplicaciones de la obra de Jon Elster en los tratamientos de rehabilitación de personas con problemas de adicciones: Mecanismos, emociones y la toma de decisiones en los límites de la irracionalidad. *Revista Adicción y Ciencia*, pp. 1-12, vol. 2 (1). Recuperado el 15 de Octubre de 2015, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3879932>

Mondragón, L. (2007). Ética de la investigación Psicosocial. *Salud Mental*, pp. 25-31, vol. 20. Recuperado el 12 de Mayo de 2015, de <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3006/sm300625.pdf>

Monistrol, O. (2000). Trabajo de campo y los métodos cualitativos. Necesidades, nuevas reflexiones desde las geografías latinoamericanas. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, pp. 57. Recuperado el 11 de Mayo de 2015, de <http://www.ub.edu/geocrit/sn-57.htm>

Morales. I. *et al.* (2011). Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año. *Revista Médica de Chile*, pp. 1573-1580, vol. 139 (12). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001200006&lng=es&tlng=es

Morgan, D. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. *Qualitative Health Research*, pp. 362-376. En Ruiz, J. (2007). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Mosqueda, A. & Ferriani, M. (2011). Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, pp. 789-795, vol. 19. Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700017&lng=en&nrm=iso

Munne, F. (1993). Pluralismo Teórico y Comportamiento Social. *Psicothema*, pp. 53-64, vol. 5. Recuperado el 05 de Mayo de 2015, de <http://www.psicothema.com/pdf/1128.pdf>

Muñoz, D. (2003). Construcción narrativa en la historia oral. *Nómadas*, pp. 95-102, vol. 18. Recuperado el 08 de Septiembre de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105117890011>

Muñoz, E. (2011). Constitución de subjetividades en el contexto terapéutico: Los discursos de la adicción en acción. *Revista de Psicología*, pp. 25-52, vol. 20 (2). Recuperado el 22 de Septiembre de 2015, de <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17931/18744>

Murillo, L. (2009). Expresiones de la persona adolescente sobre consumo de drogas ilícitas. *Revista de Ciencias Sociales*, pp. 119-137. Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de <http://163.178.170.74/wp-content/revistas/123-124/08-MURILLO.pdf>

Murgas, D. (2009). *La terapia narrativa como posibilidad subversiva a los discursos de género y poder en la violencia de género*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2015, de Psicopedia: psicopedia.com/terapia-narrativa-violencia-de-genero/

Musayón, Y. et al. (2007). Mujer, drogas y violencia: complejidades de un fenómeno actual. *Investigación y Educación en Enfermería*, pp. 84-95, vol. 25 (2). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000200008&lng=en&tlng=es

Observatorio Chileno de Drogas. (2012). *Décimo estudio nacional de drogas en población general de Chile, 2012*. Santiago: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA. Recuperado el 02 de Marzo de 2015, de http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04/2012_Decimo_EstudioNacional.pdf

Ochoa, E. (2007). *Aspectos diferenciales en trastornos por consumo de sustancias psicoactivas*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://www.drogasextremadura.com/archivos/Aspectos-diferenciales-trastornos-consumo-sustancias-psicoactivas.pdf>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2005). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf

Ordóñez, L. (2009). *Aplicación del "enfoque transgeneracional" como recurso terapéutico en las familias que sufren maltratos y son atendidas en el centro de protección de derechos de la parroquia baños*. Cuenca: Universidad de Cuenca. Recuperado el 12 de Septiembre de 2015, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2680/3/TESIS.pdf>

Orpis, J. (2010). *Situación de la droga en Chile: Un diagnóstico, un análisis, una respuesta*. Corporación La Esperanza. Recuperado el 05 de Marzo de 2015, de http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2010/SEMINARIO_PREVENCION_DE_ALCOHOL_Y_DROGAS_DE_LA ESTRATEGIA NACIONAL_A_LA_INTERVENCION_LOCAL_SANTIAGO/PPT17.pdf

Ortega, M. et al. (2005). *Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamérica*. Managua: UNFPA-CEPAL. Recuperado el 01 de Septiembre de 2015, de <http://www.eclac.org/mexico/publicaciones/sinsigla/xml/4/22434/Final-ago2005a.pdf>

Osborne, R. & Molina, C. (2008). Evolución del concepto género. *Empiria, Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, pp. 147-182, vol. 15. Recuperado el 15 de Mayo de 2015, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2686277>

Osuna, M. (2013). Estigma social en madres puertorriqueñas usuarias de heroína: Una exploración de las voces femeninas y su entorno social. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, pp. 01-18, vol. 24. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233227551005>

Padrón, J. (2004). Aspectos clave en la investigación de teorías: Copérnico. *Revista Arbitrada de Divulgación Científica*, pp. 71-82, vol. 1. Recuperado el 05 de Junio de 2015, de <http://padron.entretemas.com/AspectosClaveEvalTeorias.htm>

Payá, B. & Castellano, G. (2014). *Consumo de sustancias. Factores de riesgo y factores protectores*. Santander: Programa de Psiquiatría Infantojuvenil. C.H. padre Menni. Recuperado el 12 de Marzo de 2015, de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Consumo%20de%20sustancias.pdf>

Penhall, A. (2001). *Rotter's locus of control Scale*. Sidney: University of Ballarat. En Azzollini, S. & Bail, V. (2010). La relación entre el locus de control, las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos. *Anuario de Investigaciones*, pp. 287-297, vol. 17. Recuperado el 08 de Octubre de 2015, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862010000100028&script=sci_arttext

Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Puls*, pp. 147-173, vol. 32. Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3130577.pdf>

Pérez, A. & Correa, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas: Un estudio cualitativo. *Liber [online]*, pp. 211-222, vol. 17 (2). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a10v17n2>

Pérez, A. & Delgado, D. (2002). *Codependencia en familias de consumidores y no consumidores: Estado del arte y construcción de un instrumento*. Bogotá: Programa presidencial para afrontar el consumo de drogas "Rumbos". Recuperado el 08 de Agosto de 2015, de <http://www.nuevosrumbos.org/documentos/La%20codependencia%20en%20familias%20de%20consumidores%20y%20no%20consumidores%20de%20drogas.pdf>

Pérez, G. (1990). *Investigación cualitativa, retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla.

Pérez, J. (2003). Clínica a la adicción a pasta base de cocaína. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, pp. 55 - 63, vol. 41 (1). Recuperado el 09 de Septiembre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272003000100007&script=sci_arttext

Pozo, J. (2005). Retos y perspectivas sobre las drogodependencias y género. *Salud y drogas*, pp. 117-135, vol. 5 (2). Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/839/83905207.pdf>

Pretto, A. (2011). Analizar las historias de vida: Reflexiones metodológicas y epistemológicas. *Tabula Rasa*, pp. 171-194, vol. 15. Recuperado el 12 de Agosto de 2015, de <http://www.revistatabularasa.org/numero-15/09pretto.pdf>

Quirós, P. (2006). *Comparación de las dinámicas familiares en familias que presentan abuso sexual con otros tipos de familia*. Santiago: Universidad de Chile. Recuperado el 15 de Agosto de 2015, de http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2006/quiros_p/sources/quiros_p.pdf

Rada, D. (2007). El rigor de la investigación cualitativa: Técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. *Revista Venezolana de Investigación Educativa*, pp. 17-26, vol. 7 (1). Recuperado el 12 de Abril de 2015, de <http://www.capacidad.es/sica09/Comunicaciones/C202%20Credibilidad.doc> .

Ramírez, C. (2003). La transmisión intergeneracional, la clase del vínculo y los factores intrapersonales como predictores de la co-ocurrencia de comportamientos violentos y adictivos en jóvenes. *Acta Colombiana de Psicología*, pp. 51-69, vol. (9). Recuperado el 12 de Septiembre de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79800904>

Ramírez, C. (2008). *Concepto de género: Reflexiones*. Alicante: Universidad de Alicante. Recuperado el 12 de Mayo de 2015, de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3003530.pdf>

Ramírez, N. (2011). Experiencia de las mujeres consumidoras de drogas en el posparto inmediato. Atención obstétrica a la luz de Imogine King. *Enfermería en Costa Rica*, pp. 3-10, vol. 32 (1). Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n1/art2.pdf>

Rebolledo, N. & Costa, M. (2005). Significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: drogas lícitas e ilícitas en Chile. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, pp. 903-911, vol. 13. Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700019&lng=en&nrm=iso

Rees, R. & Valenzuela, A. (2003). Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, pp. 173-186, vol. 41 (3). Recuperado el 12 de Abril de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272003000300002&script=sci_arttext

Rekalde, A. & Vilches, C. (2005). *Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAPV*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de https://apps.euskadi.eus/r45-contdr/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena16.pdf

Revilla, L. & Fleitas, L. (2003). *Enfoque familiar de los problemas psicosociales. Atención longitudinal: Ciclo vital familiar*. Madrid: Elsevier. Recuperado el 15 de Mayo de 2015, de http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II_EMF_178-192.pdf

Rodríguez, G. *et al.* (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Aljibe. Recuperado el 20 de Mayo de 2015, de <http://www.albertomayol.cl/wp-content/uploads/2014/03/Rodriguez-Gil-y-Garcia-Metodologia-Investigacion-Cualitativa-Caps-1-y-2.pdf>

Rodríguez, J. *et al.* (2007). Descripción del consumo de drogas lícitas e ilícitas por género a través de la metodología de pares. *Revista Médica de Chile* [online], pp. 449-456, vol. 135 (4). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000400006&lng=es&nrm=iso

Rodríguez, J. *et al.* (2011). Comparación del consumo de drogas en una población escolar de género masculino utilizando la metodología de pares y el cuestionario auto registrado estándar. *Terapia psicológica*, pp. 159-165, vol. 29 (2). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000200002&lng=es&tlng=es

Rojas, M. & Romo, N. (2002). Peruanas y españolas que consumen drogas: un estudio desde la perspectiva de género. *Revista de Psicología de la PUCP*, pp. 253-281, vol. 20 (2). Recuperado el 25 de Marzo, de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4531326.pdf>

Romani, O. (1999). *Las Drogas: Sueños y razones*. Barcelona: Ariel. Recuperado el 15 de Mayo de 2015, de <http://antropologia.urv.es/dafits-urv/images/web/ORIOL%20ROMANI%20Las%20drogas%20S%20y%20R.pdf>

Romero, M. *et al.* (2011). *Mujeres y Adicciones*. México D. F.: CENADIC. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de https://www.academia.edu/3629796/Mujeres_y_Adicciones_Libro_

Romo, N. (2005). Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres. *DIGIBUG: Repositorio Institucional de la Universidad de Granada*, pp. 69-83. Recuperado el 01 de Marzo de 2015, de <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono5/Articulos/articulo4.pdf>

Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista española de drogodependencias*, pp. 269-272, vol. 35 (3). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/22455/v35n3_ed.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Romo, N. *et al.* (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista española de drogodependencias*, pp. 372-379, vol. 28 (4). Recuperado el 15 de Abril de 2015, de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v28n4_5.pdf

Rosenbaum, M. & Murphy, S. (1990). *Women and addiction: process, treatment and outcome*. Washington D.C.: US Department of Health and Human Services. En Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista española de drogodependencias*, pp. 269-272, vol. 35 (3). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/22455/v35n3_ed.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ruiz, J. (2007). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Salazar, T. (2008). Delincuencia femenina por drogas: Una aproximación a su realidad educativa. Centro Penitenciario "Región Los Andes" Mérida, Venezuela. *Educere*, pp. 603-614, vol. 12 (42). Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/356/35614569021.pdf>

Sánchez, L. (2008). Guía Informativa: Drogas y Género. Galicia. Recuperado el 02 de Mayo de 2015, de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GyD_GuiaInformativa.pdf

Sánchez, M. (1991). Drogodependencias: aspectos terminológicos y taxonómicos. *Anuario de Psicología*, pp. 5-18, vol. 49. Recuperado el 15 de Mayo de 2015, de <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/64653/88680>

Sarabia, B. (1985). Historias de Vida. *Revista Española de Investigaciones Sociales*, pp. 165-186, vol. 29. En Chárriez, M. (2012). Historias de Vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, pp. 50-67, vol. 5. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://revistagriot.uprrp.edu/archivos/2012050104.pdf>

Sautú, R. (2005). *Todo es teoría: Objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Editorial Lurniere S.A. Recuperado el 05 de Junio de 2015, de <http://redin.upel.edu.ve/file/download/2497>

Scott, J. (1990). *El género, una categoría útil para el análisis histórico*. Barcelona: Ediciones Alfons el Magnanim. Recuperado el 25 de Abril de 2015, de <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/sexualidad/UNIDAD%20II/scott.pdf>

Secades, R. & Fernández, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción. *Psicothema*, pp. 365-380, vol. 13 (3). Recuperado el 14 de Mayo de 2015, de <http://www.psicothema.com/pdf/460.pdf>

SENDA. (2015). *Glosario de Términos, Senda*. Recuperado el 21 de Abril de 2015, de <http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/>

Sepúlveda, J. *et al.* (2011). Estudio cuantitativo del consumo de drogas y factores sociodemográficos asociados en estudiantes de una universidad tradicional chilena. *Revista Médica de Chile [online]*, pp. 856-863, vol. 139 (7). Recuperado el 13 de Abril de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000700005 BIBLIOGRAPHY \ 13322

SERNAM. (2014). Las dramáticas cifras del femicidio en Chile. Recuperado el 20 de Abril de 2015, de <http://portal.sernam.cl/?m=com&i=35>

Sinclair, C. & Martínez, J. (2006). Culpa o responsabilidad: Terapia con madres de niños y niñas que han sufrido abuso sexual. *Psykhe*, pp. 25-35, vol. 15 (2). Recuperado el 12 de Septiembre de 2015, de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/309/289>

Suares, M. (2011). *Mediando en sistemas familiares*. Buenos Aires: Paidós SAICF.

Tabucchi, A. (2010). Viajes y otros viajes. Roma: Anagrama. En Leite, A. (2009). El proceso de construcción de las historias de vida. Re-visitando el camino metodológico recorrido. Oporto: Facultad de Psicología de la Universidad de Oporto. Recuperado el 26 de Octubre de 2015, de http://www.fpce.up.pt/iiijornadashistoriasvida/pdf/1_el_processo_de_construcion.pdf

Trujano, R. *et al.* (2004). Análisis sistémico de familias con hijo adolescente drogadicto . *Psicología y Ciencia Social*, pp. 3-12, vol. 6 (2). Recuperado el 12 de Septiembre de 2015, de http://www.academia.edu/11471374/Redalyc._An%C3%A1lisis_sist%C3%A9mico_de_familias_con_un_hijo_adolescente_drogadicto._Psicolog%C3%ADa_y_Ciencia_Social

Unger, G. (1996). *Características del consumo de drogas entre jóvenes de la comuna de la Florida (Santiago de Chile): Un estudio exploratorio de las opciones de un grupo de jóvenes escolarizados*. Santiago: Anuario de la Universidad Internacional Sek. Recuperado el 12 de Abril de 2015, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1196653>

Ulloa, F. (1996). Violencia familiar y su impacto sobre el niño. *Revista Chilena de Pediatría*, pp. 183-187, vol. 4. Recuperado el 12 de Septiembre de 2015, de <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v67n4/art06.pdf>

Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: Nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la Educación Superior*, pp. 119-139. Recuperado el 12 de Mayo de 2015, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3945773>

Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Villatoro, P. (2012). *Un análisis comparativo de la situación de ingreso de jóvenes a programas de rehabilitación de drogas según el género*. Santiago: Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo, Unidad de Desarrollo. En Guerrero, R. & Jeria, R. (2006). *Comunidades Terapéuticas Femeninas*. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Recuperado el 24 de Octubre de 2015, de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1490/TTRASO%20165.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

White, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevistas y Ensayos*. Barcelona: Gedisa.

Willis, T. *et al.* (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. *M. Zeichner & N. S. Eudler*, pp. 279-302. En Llorens, N. *et al.* (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, pp. 1-6, vol. 16 (4). Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://www.adicciones.es/files/NOELIA.pdf>

Willis, T. & Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. *M. Zeichner & N. S. Eudler*, pp. 3-24. En Llorens, N. *et al.* (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, pp. 1-6, vol. 16 (4). Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://www.adicciones.es/files/NOELIA.pdf>

Zambrano, A. & Pérez-Luco, R. (2004). Construcción de identidad en jóvenes infractores de ley, una mirada desde la psicología cultural. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, pp. 115-132, vol. 12 (1). Recuperado el 12 de Mayo de 2015, de <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17491/18262>

Zapata, A. (2012). *Influencia de los estereotipos de género en la construcción de la identidad del niño*. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Recuperado el 10 de Septiembre de 2015, de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/701/ttraso%20374.pdf?sequence=1>

IX. ANEXOS

9.1 Glosario

A continuación se expondrán una serie de conceptos relevantes para la investigación, que contribuyen a la interpretación de los datos obtenidos en la misma.

1. Drogas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la droga como cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y el funcionamiento del organismo. Se entiende por drogas ilícitas aquellas cuya producción, porte, transporte y comercialización está legalmente prohibida o que son usadas sin prescripción médica. Se distinguen según su origen en drogas naturales (provenientes de alguna planta) o sintéticas (elaboradas a partir de sustancias químicas) (SENDA, 2015).

Por su parte, el Glosario de Términos de Alcohol y Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2008), aclara que se trata de un término de uso variado. De este modo, en medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Sin embargo, las teorías profesionales intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, al menos en parte, por sus efectos psicoactivos.

Romani (1999), agrega que drogas son sustancias químicas, que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de éste, pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre

todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan.

2. Consumo problemático de drogas

Drogadicción o drogodependencia, concepto que actualmente ha sido reemplazado por el de “consumo problemático de drogas”, es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado psíquico y algunas veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un producto psicoactivo, que se caracteriza por producir modificaciones de la conducta y otras reacciones que incluyen siempre un deseo incontrolable de consumir droga, continua o periódicamente, a fin de experimentar nuevamente sus efectos psíquicos y evitar a veces el malestar de su privación (SENDA, 2015).

Por su parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2008), define el consumo problemático como el patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales. Se señala, además, que un uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente -en forma ocasional o crónica- a una o más áreas de la persona, a saber:

1. Su salud física o mental;
2. Sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos/as);
3. Sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio);
4. Sus relaciones con la ley.

3. Drogodependencia o Síndrome de Dependencia

Según Sánchez (1991), la drogodependencia es aquel síndrome bio-psicosocial que se manifiesta a través de un patrón conductual. En éste se presenta una clara prioridad al uso de una droga psicoactiva, en relación con otras conductas que habían sido mejor valoradas anteriormente. Aclara que el término síndrome se

utilizaría para significar que se trata de un fenómeno en el que contribuyen diversos componentes, sin que sea necesario que todos ellos se hallen siempre presentes, ni que lo hagan siempre con la misma intensidad.

Romani (1999), agrega que la intensidad del síndrome se valoraría por las conductas generadas en relación con el uso de la droga, así como por conductas secundarias al uso de la droga. En el extremo del síndrome de dependencia se hallaría la conducta compulsiva de búsqueda de droga. Por otro lado, el hecho de que en la dependencia se hallen implicados fenómenos cognitivos, conductuales y fisiológicos, conlleva la necesidad de múltiples criterios para su valoración. La evidencia de neuroadaptación sería uno de tales criterios pero no el más importante.

4. Mujeres drogodependientes

Para los efectos de esta investigación, son aquellas mujeres que presentan un síndrome de dependencia a sustancias psicoactivas, descrito anteriormente.

5. Abstinencia, síndrome (o privación)

SENDA (2015), basándose en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación de Psiquiatría de EE. UU, 1994) define la abstinencia como aquel cambio desadaptativo del comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias. El síndrome específico de la sustancia provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto. Agrega, además, que la abstinencia va asociada con frecuencia, aunque no siempre, a la dependencia de sustancias. La gran mayoría de los sujetos con abstinencia por sustancias presentan una necesidad irresistible de volver a consumir la sustancia para reducir los síntomas.

Por su parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2008), define la abstinencia como la privación del consumo de drogas o (en particular) de bebidas

alcohólicas, ya sea por cuestión de principios o por otros motivos. Las personas que practican la abstinencia del alcohol reciben el nombre de “abstemios”, “abstinentes totales”.

6. Comunidad terapéutica

El Glosario de Términos de Alcohol y Drogas Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2008), define comunidad terapéutica como aquel entorno estructurado en el que viven personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas para lograr su rehabilitación. Estas comunidades están a menudo diseñadas expresamente para personas drogodependientes; operan bajo normas estrictas, están dirigidas principalmente por personas que se han recuperado de una dependencia y suelen estar en zonas aisladas geográficamente. Las comunidades terapéuticas se caracterizan por ofrecer una combinación de “pruebas de realidad” (mediante la confrontación del problema personal con las drogas) y de apoyo para la recuperación prestado por el personal y los/as compañeros/as.

Comas (2011), agrega que una Comunidad Terapéutica es un centro residencial, en el que se permanece la mayor parte o todo el día (aunque siempre se pernocta ya que “se reside” en la misma) y donde los/as internos/as conviven de forma continua con miembros del equipo técnico. Hay centros en los que se requiere un cierto aislamiento para evitar la irrupción de acciones o prácticas disruptivas, pero en general la propia metodología prevé diversas formas de “participación progresiva en la sociedad externa”. Sin embargo el equipo profesional no reside en el Centro, pero siempre (a cualquier hora) hay miembros del equipo técnico presentes en el centro. La presencia continua del equipo, no tiene por finalidad “controlar a los residentes”, sino que forma parte del desarrollo de las tareas técnicas que de forma continua (es decir las 24 horas del día) debe realizar el equipo técnico.

9.2 Guión de Entrevista

1. Ciclo de vida individual
2. Ciclo de vida familiar
3. Atribución de responsabilidades en el inicio del consumo
4. Atribución de responsabilidades en el mantenimiento del consumo
5. Atribución de responsabilidades en la decisión de iniciar una rehabilitación
6. Construcción social del consumo en un contexto protegido



Universidad del Bío Bío
Facultad de Educación y Humanidades
Escuela de Trabajo Social
Sede Chillán

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Daniela Escamilla Rojas y Yohanna Parra Carrasco. Reconociendo que:

- 1) Puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.
- 2) He sido informada de que el objetivo de este estudio es interpretar la trayectoria de vida de mujeres consumidoras de drogas internas en Comunidades Terapéuticas, desde que iniciaron el consumo de drogas hasta el momento actual.
- 3) Acepto la modalidad de entrevistas semi – dirigidas con una duración de 1 hora, que se realizarán semanalmente, las que serán grabadas. Y que, además, se me entregará un cuaderno de campo que será utilizado para ser analizado por las investigadoras.
- 4) Entiendo que la información que yo provea en el curso de esta investigación será estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio, sin mi consentimiento.
- 5) En este acto se me ha hecho entrega de una copia del consentimiento informado.

Firma

18 de Mayo de 2015



Universidad del Bío Bío
Facultad de Educación y Humanidades
Escuela de Trabajo Social
Sede Chillán

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, [redacted] acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Daniela Escamilla Rojas y Yohana Parra Carrasco. Reconociendo que:

- 1) Puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.
- 2) He sido informada de que el objetivo de este estudio es interpretar la trayectoria de vida de mujeres consumidoras de drogas internas en Comunidades Terapéuticas, desde que iniciaron el consumo de drogas hasta el momento actual.
- 3) Acepto la modalidad de entrevistas semi – dirigidas con una duración de 1 hora, que se realizarán semanalmente, las que serán grabadas. Y que, además, se me entregará un cuaderno de campo que será utilizado para ser analizado por las investigadoras.
- 4) Entiendo que la información que yo provea en el curso de esta investigación será estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio, sin mi consentimiento.
- 5) En este acto se me ha hecho entrega de una copia del consentimiento informado.

[redacted]
Firma

[redacted] 08 de Junio de 2015



Universidad del Bío Bío
Facultad de Educación y Humanidades
Escuela de Trabajo Social
Sede Chillán

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, [redacted] acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Daniela Escamilla Rojas y Yohanna Parra Carrasco. Reconociendo que:

- 1) Puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.
- 2) He sido informada de que el objetivo de este estudio es interpretar la trayectoria de vida de mujeres consumidoras de drogas internas en Comunidades Terapéuticas, desde que iniciaron el consumo de drogas hasta el momento actual.
- 3) Acepto la modalidad de entrevistas semi – dirigidas con una duración de 1 hora, que se realizarán semanalmente, las que serán grabadas. Y que, además, se me entregará un cuaderno de campo que será utilizado para ser analizado por las investigadoras.
- 4) Entiendo que la información que yo provea en el curso de esta investigación será estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio, sin mi consentimiento.
- 5) En este acto se me ha hecho entrega de una copia del consentimiento informado.

[redacted]

Firma

[redacted] 03 de Agosto de 2015