



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Facultad de Jurisprudencia de Ciencias Sociales y Políticas

Carrera de Trabajo Social y Desarrollo Humano

Tema:

Historias de vida e influencia familiar en las personas en situación de consumo de sustancias psicoactivas en un centro de salud integral

Autores:

Briones Rivas Steven Paúl

Villamar Ronquillo Néstor José

Trabajo de Titulación previo a la obtención del grado de Licenciado en Trabajo Social

Tutora:

Vilma St.Omer Navarro, Mgs

Guayaquil, Ecuador

12 de marzo de 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Briones Rivas, Steven Paúl y Villamar Ronquillo, Néstor José** como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciado en Trabajo Social**.

TUTOR (A)

f. _____

St.Omer Navarro, Vilma Noemi, Mgs

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Quevedo Terán, Ana Maritza, Mgs

Guayaquil, 26 de febrero del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Briones Rivas, Steven Paúl** y **Villamar Ronquillo, Néstor José**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, “**Historias de vida e influencia familiar en las personas en situación de consumo de sustancias psicoactivas en un centro de salud integral**” previo a la obtención del Título de **Licenciado en Trabajo Social** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 26 de febrero del 2018

LOS AUTORES

f. _____

Briones Rivas, Steven Paúl

f. _____

Villamar Ronquillo, Néstor José



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Briones Rivas, Steven Paúl y Villamar Ronquillo, Néstor José**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“Historias de vida e influencia familiar en las personas en situación de consumo de sustancias psicoactivas en un centro de salud integral”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 26 de febrero del 2018

LOS AUTORES:

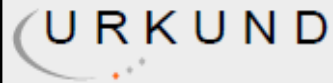
f. _____

Briones Rivas, Steven Paúl

f. _____

Villamar Ronquillo, Néstor José

REPORTE DE URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: Tesis final Briones_Villamar.docx (D35933717)
Submitted: 2/26/2018 4:18:00 PM
Submitted By: andradevelezv@gmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/2012_plan_preveni%C3%B3n.pdf
http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
<http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/AM-080-CONTROL-ESTAD.pdf>
<http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2017/05/REGLAMENTO-GENERAL-A-LA-LEY-ORG-U%CC%88NICA-DE-PREVENCI-O%CC%82N-INTEGRAL-DEL-FEN-O%CC%82MENO-SOCIO-ECONOMICO-DE-LAS-DROGAS.pdf>
<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/septimo-dia/51/el-39-de-consumidores-probo-mas-de-una-droga>

Instances where selected sources appear:

10

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a mi mamá, papá y hermanos que de diversas maneras siempre me han apoyado en todo tipo de iniciativas que he tenido, primordialmente en este proceso de estudio.

A mis compañeros/as y amigos/as con los que compartí diversas experiencias, los que siempre me dejaron marcado un aprendizaje.

A mis docentes que fueron parte fundamental en el proceso de estudios, y principalmente a nuestra tutora Vilma St.Omer, que con mucha dedicación nos orientó y confió en nosotros para la elaboración de este trabajo.

A mi amigo y compañero Néstor, con el que a lo largo de años, hemos compartido diversas experiencias y trabajos universitarios que nos han permitido desarrollar a pesar de las altas y bajas.

Briones Rivas Steven Paúl

Quiero agradecer a todos mis profesores por compartir sus conocimientos y brindarnos los valores necesarios para nuestro estudio y a superarnos cada día, especialmente a mi Tutora Vilma St.Omer quien compartió sus conocimientos y nos brindó todo el apoyo para cumplir con nuestras metas y agradezco a Dios por darme la salud que tengo y poder aprovechar esta oportunidad de cumplir con un sueño de ser una persona profesional y de bien gracias a las enseñanzas de la Universidad.

Villamar Ronquillo Néstor José

DEDICATORIA

Dedicada para toda mi familia, que siempre han sido un gran referente y medio de inspiración en cada etapa en que he estado, siempre apoyándome de diversas maneras, siendo principalmente fuente de apoyo y escucha.

También se la dedico a mis amistades y a cada persona que por medio de un consejo y ejemplos de vida, sirvieron como motivación para poder continuar en mi proceso de estudio.

Briones Rivas Steven Paúl

Mi tesis la dedico con todo cariño a mi familia, a mi mama Betty Ronquillo, papa Néstor Villamar y mis hermanas María Villamar y Lisette Villamar, quienes me dieron la oportunidad de tener una carrera para nuestro futuro, por creer en mis capacidades y depositar la confianza en mí, para cumplir una meta que nos propusimos como familia. A pesar de haber tenido momentos difíciles, siempre están brindándome amor, cariño y apoyo que me ha ayudado darlo todo en este proceso de formación profesional. También la dedico a mi hija Luciana Villamar con todo mi amor por ser la principal inspiración, motivación y esfuerzo de superación para que la vida nos depara un mejor futuro, a mis compañeros en especial a mi diada Steven Briones por ser parte de este proceso y de compartir bajas y altas pero que siempre me apoyó en este sueño que empezamos.

Villamar Ronquillo Néstor José



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Quevedo Terán, Ana Maritza, Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

St.Omer Navarro, Vilma Noemi, Mgs
TUTOR (A)

f. _____

José Gregorio Salazar Jaramillo, Mgs
OPONENTE

f. _____

Jesenia Patricia León Cercado, Mgs
DELEGADA DE DIRECCIÓN DE LA CARRERA

FACULTAD FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLITICAS
CARRERA TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
PERIODO UTE BQ2017

**ACTA DE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN
TRABAJO DE TITULACIÓN**

En sesión del día 13 de Marzo de 2018, el Tribunal de Sustentación ha escuchado y evaluado el Trabajo de Titulación denominado "HISTORIAS DE VIDA E INFLUENCIA FAMILIAR EN LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN UN CENTRO DE SALUD INTEGRAL.", elaborado por el/la estudiante STEVEN PAUL BRIONES RIVAS, obteniendo el siguiente resultado:

Nombre del Docente-tutor	Nombres de los miembros del Tribunal de sustentación		
VILMA NOEMI ST.OMER NAVARRO	ANA MARITZA QUEVEDO TERAN	JESENIA PATRICIA LEON CERCADO	JOSE GREGORIO SALAZAR JARAMILLO
Etapas de ejecución del proceso e Informe final 8.36 / 10	8.19 / 10	8.44 / 10	8.06 / 10
	Total: 20 %	Total: 40 %	Total: 40 %
Parcial: 70 %	Parcial: 30 %		
Nota final ponderada del trabajo de título: 8.32 / 10			

Para constancia de lo cual los abajo firmantes certificamos.

Miembro 1 del Tribunal

Miembro 2 del Tribunal

Oponente

Docente Tutor



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLITICAS
CARRERA TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
PERIODO UTE B/2017

**ACTA DE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN
TRABAJO DE TITULACIÓN**

En sesión del día 13 de Marzo de 2018, el Tribunal de Sustentación ha escuchado y evaluado el Trabajo de Titulación denominado "HISTORIAS DE VIDA E INFLUENCIA FAMILIAR EN LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN UN CENTRO DE SALUD INTEGRAL.", elaborado por el/la estudiante NESTOR JOSE VILLAMAR RONQUILLO, obteniendo el siguiente resultado:

Nombre del Docente-tutor	Nombres de los miembros del Tribunal de sustentación		
VILMA NOEMI ST.OMER NAVARRO	ANA MARITZA QUEVEDO TERAN	JESENIA PATRICIA LEON CERCADO	JOSE GREGORIO SALAZAR JARAMILLO
Etapas de ejecución del proceso e Informe final 7.86 / 10	7.50 / 10 Total: 20 %	7.44 / 10 Total: 40 %	7.25 / 10 Total: 40 %
Parcial: 70 %	Parcial: 30 %		
Nota final ponderada del trabajo de título: 7.71 / 10			

Para constancia de lo cual los abajo firmantes certificamos.

Miembro 1 del Tribunal

Miembro 2 del Tribunal

Oponente

Docente Tutor

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
ANTECEDENTES	3
CONTEXTUALES	3
INVESTIGATIVO	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	21
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
JUSTIFICACIÓN	23
CAPITULO II.....	26
REFERENTE TEÓRICO, CONCEPTUAL, NORMATIVO Y ESTRATÉGICO.....	26
REFERENTE TEÓRICO	26
TEORÍA DE CONSTRUCCIONISMO SOCIAL	26
INTERACCIONISMO SIMBÓLICO	27
MODELO TRANSTEÓRICO	29
TEORÍA ECOLÓGICA	31
REFERENTE CONCEPTUAL	34
REFERENTE NORMATIVO	44
REFERENTE ESTRATÉGICO	51
CAPÍTULO III.....	57
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	57
ENFOQUE METODOLÓGICO	57
NIVEL DE INVESTIGACIÓN	57
MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	58
UNIVERSO	59
MUESTRA	59
MUESTREO	60
FORMA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
TIPO DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	61
CATEGORÍAS ESTABLECIDAS	62
CAPITULO IV.....	69

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	69
CARACTERIZACIÓN GENERAL	69
RECONSTRUCCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA DE PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	70
CARACTERIZACIÓN LAS INTERACCIONES FAMILIARES Y DEL ENTORNO EN EL QUE HAN VIVIDO LOS PACIENTES ANTES Y DURANTE DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN	93
IDENTIFICACIÓN DE LAS REDES DE APOYO QUE LOGRARON LOS JÓVENES PARA EL PROCESO DE SU RECUPERACIÓN	105
CAPÍTULO V	111
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	111
CONCLUSIONES	111
RECOMENDACIONES	116
BIBLIOGRAFÍA	118
ANEXOS	125
ANEXO # 1	125
ANEXO # 2	126
ANEXO # 3	128
ANEXO # 4	131
ANEXO # 5	133
ANEXO # 6	135

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio sobre “Historias de vida e influencia familiar en las personas en situación de consumo de sustancias psicoactivas en un centro de salud integral”. Se ha realizado la búsqueda de factores tanto personales, familiares y externos que hayan sido influyentes para que adultos hayan sido influido en el uso y abuso de drogas, de igual forma se hizo énfasis en los aspectos que hayan sido influyentes para que algunos pacientes hayan recaído nuevamente, esta investigación se la realizó en un centro de salud integral de la ciudad de Guayaquil.

El trabajo de tipo cualitativo se desarrolló en un nivel descriptivo y comprensivo, con una muestra de 6 pacientes adultos jóvenes, dentro de un programa de tratamiento de recuperación de tipo residencial u hospitalario, la recogida de información se la realizó mediante la aplicación de entrevistas en profundidad durante tres sesiones por cada paciente, la ejecución de un grupo de discusión y visitas domiciliara a familiares con el fin de encontrar aspectos claves de la investigación.

Dentro de los principales hallazgos se encontró que la influencia no sólo ha sido determinada por situaciones familiares conflictivas, también un aspecto ha sido la tendencia a la experimentación, a querer conocer qué se siente estar bajo efectos de psicoactivos y también las concepciones que se manejaban antes de conocer las drogas, además de que se descubre cómo los pacientes llegan a acceder al apoyo que han tenido para entrar en un proceso de recuperación integral.

***Palabras claves:** historias de vida, consumo, resiliencia, apoyo, recaída, aspectos positivos.*

ABSTRACT

The present work is a study on "Stories of life and family influence in people in situation of psychoactive substance consumption in a comprehensive health center". The search for personal, family and external factors that have been influential for adults has been influenced in the use and abuse of drugs, in the same way emphasis was placed on aspects that have been influential for some patients have relapsed again, this research was carried out in a comprehensive health center in the city of Guayaquil.

The work of qualitative type was developed in a descriptive and comprehensive level, with a sample of 6 young adult patients, within a recovery treatment program of residential or hospital type, the information was collected through the application of interviews in depth during three sessions for each patient, the execution of a discussion group and home visits to relatives in order to find key aspects of the investigation.

Among the main findings was found that the influence has not only been determined by conflicting family situations, also one aspect has been the tendency to experiment, to want to know what it feels to be under the effects of psychoactive and also the conceptions that were handled before of knowing the drugs, in addition to discovering how patients get to access the support they have had to enter a process of integral recovery.

Keywords: *life stories, consumption, resilience, support, relapse, positive aspects.*

INTRODUCCIÓN

El tema que hemos seleccionado para este trabajo de titulación se denomina historias de vida e influencia familiar de las personas en situación de consumo de psicoactivos en un centro de salud integral, ubicada en la ciudad de Guayaquil, investigación que tiene como finalidad la creación de conocimiento en relación a aspectos cualitativos de pacientes de un centro de recuperación.

Se puede observar que el consumo de psicoactivos es una realidad muy latente, que está inmersa en todo tipo de estratos sociales, situación que generalmente se la percibe como el resultado de conflictos o carencias familiares, que además puede ser percibida como el inicio de múltiples situaciones que afectan la relación consigo mismo, la familia y el medio.

El tema que se ha escogido cobra importancia por dos razones; la primera que se considera necesario que la carrera de Trabajo Social aborde estas problemáticas ya que tienen mucha repercusión familiar y social, y es necesaria una acción transformadora dentro de estos sistemas donde se debe fomentar la cohesión social y promoción de múltiples redes de apoyo, enfocándose en el bienestar integral. Segundo, que es imperioso no sólo orientarnos hacia la búsqueda de datos cuantitativos, sino también hacer descripciones y comprensiones de tipo cualitativo, donde se pueda reconstruir información a partir de la subjetividad de las personas, aquellas que han vivido una realidad que si no se la aborda fenomenológicamente no la podríamos entender en sus múltiples situaciones, de esta manera, aquellos datos de tipo cualitativo aportan insumos para la creación de estrategias de intervención social en la situación de consumo, y así trabajar de manera integral.

Esta investigación se centra en el estudio de adultos varones en situación de consumo que se encuentran en un proceso de tratamiento en un centro de recuperación con modalidad hospitalaria, del mismo modo también se aborda la

familia como factor clave en el proceso de tratamiento, las mismas que también participan en terapias familiares.

En el presente trabajo de investigación, se busca reconocer aspectos de las historias de vida de los pacientes que han sido influyentes para el consumo de sustancias, además de poder entender cómo se han caracterizado las relaciones familiares y cómo han influido las redes de apoyo más cercanas en el proceso de recuperación, todo esto con una visión subjetiva, donde los pacientes han sido los mismos que han detectado cuáles han sido las principales marcas en sus respectivas historias, y de igual manera han reconocido factores personales y familiares que han sido influyentes, todo esto como resultado de un proceso de internamiento de pacientes que estuvieron en una etapa de dependencia en el consumo de drogas.

En los momentos de recolección de información se realizó la aplicación de entrevistas en tres sesiones a pacientes en proceso de recuperación, así mismo a sus familiares, mediante una sola sesión tipo visita domiciliaria, y también la creación de un grupo de discusión.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

ANTECEDENTES

CONTEXTUALES

Antes de mencionar como se encuentra nuestro contexto, es importante analizar el alcance del problema, ya que con frecuencia el fenómeno suele ser entendido desde una de sus dimensiones y no de manera integral. Es de señalar que para abordar el análisis del impacto que genera el consumo de droga en la sociedad, son muchos los aspectos que se involucran, ya sea desde la salud, lo económico y social. Un aspecto relevante a considerar es que el consumo de estas sustancias psicoactivas.

Aumenta los costos de atención a la salud debido a que aumenta el riesgo de muchas condiciones, lesiones relacionadas con la intoxicación (accidentes y violencia), enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B y C) y crónicas (cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, entre otras). (OEA, El problema de drogas en las Americas: Estudios, 2013)

Son muchas las determinantes que genera esta problemática, por tal motivo se dará énfasis a la parte social intentando llegar a la profundidad de los factores causales que afectan al entorno en los jóvenes antes y durante el consumo. Siguiendo esta misma línea, en nuestro país son pocas las investigaciones que hacen referencia a las historias de vida de los consumidores desde el Trabajo Social, por eso es importante resaltar la intervención interdisciplinar que ha permitido que nuestro campo también actúe, dando a conocer los factores psicosociales que son de gran importancia a valorar en los consumidores de sustancias psicoactivas.

La importancia de la intervención del Trabajo Social es referida en la siguiente investigación realizada por la Universidad de Cuenca en la que se manifiesta la

importancia del trabajador social en investigaciones e intervenciones sociales relacionadas con esta problemática, dan un abordaje más sistémico en la búsqueda de respuestas y análisis del fenómeno. Dicho aquello, especifica que no solo se debe hacer un estudio individual, si no a nivel familiar y a la sociedad civil. “En referencia a esto se plantea la posibilidad de desarrollar acciones conjuntas con la familia y la comunidad, con el fin de que se constituya el espacio adecuado para recibir al drogodependiente en proceso de recuperación” (Armijos, 2015, pág. 63).

Madrid (2011) Sostiene que:

El papel de los trabajadores sociales, desde esta perspectiva, incluye, no solo la acción directa con los afectados, sino también, la intervención con las familias, con el medio social próximo y con la sociedad en su conjunto, propiciando cambios positivos en la percepción de los drogodependientes y facilitando la aceptación de los mismos y los apoyos necesarios. (Madrid, 2011, pág. 8)

Se puede denotar la importancia del rol del Trabajador Social en estos casos, de tal manera que busca seguir siendo un actor clave en la resolución de dicha problemática, y generador de espacios que permitan entender la importancia del entorno y el contexto del consumido; sin embargo, se observa cómo la sociedad en general maneja las diversas concepciones de familia en la que se pueden manifestar mediante la relación familiar, en referencia a la situación de consumo, se ha reproducido una forma de pensar, en la que una forma de resolución debía ser mediante el maltrato de sus familiares. De esta manera podemos comprender cómo la ONU proyecta la forma en que debería enfocarse el tratamiento.

La atención a los toxicómanos es a menudo insuficiente, especialmente en los países en desarrollo. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito recomienda un tipo de atención centrado en la salud, no en la represión. Por tanto, el tratamiento de la toxicomanía debería incluirse dentro de los servicios sanitarios primarios. (ONU, TEMAS MUNDIALES, 2014)

Por otro lado, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2003), plantea “En el caso de servicios que se prestan en la comunidad, la familia y los integrantes de la comunidad forman parte del sistema de tratamiento y coadyuvan en gran medida a la planificación, ejecución y evaluación del programa” (ONUDD, 2003, pág. 50). Podemos darnos cuenta que esta situación no debería manejarse de manera individualizada, de ahí que sea necesaria la participación de otros sistemas que contribuyan positivamente a la recuperación de pacientes, entre ellos la sociedad y la familia. Su inclusión es fundamental ya que son quienes realmente están inmersos en la realidad y sus percepciones son un recurso clave para el tratamiento.

En nuestro medio la prevención y el tratamiento del consumo de drogas lo lleva a cabo el Ministerio de Salud Pública, basándose en el Modelo de Atención Integral de Salud, donde enfocan en los determinantes de la salud: biológicos, ambientales, conductuales y sociales. Es en los dos últimos donde se hace énfasis, ya que abordan las relaciones y sus tipos, creencias, valores, cosmovisión, redes cercanas etc. (Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, 2012, pág. 40)

Por otro lado, tenemos que el Plan Estratégico Institucional empleado por la Secretaría Técnica de Drogas (SETED), que se encarga de desarrollar programas de prevención integral con un enfoque socioeconómico, además del “control y administración de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización en el ámbito nacional” (SETED, SECRETARIA TECNICA DE DROGAS, 2016, pág. 5).

INVESTIGATIVO

En el conjunto de investigaciones recogidas sobre esta temática, se identificaron estudios sobre el consumo de drogas desde diferentes campos y que han sido relevantes en la situación de los jóvenes.

En la siguiente investigación se realiza una lectura del tipo de consumo que se tiene en diversas partes del mundo tomando como referencia algunos grupos étnicos en comparación a personas de nacionalidad británica, su denominación es “Modelo de consumo de drogas entre minorías étnicas en un ambiente comunitario de drogadicción” (Moselhy & Telfer, 2002). Para la elaboración de esta investigación la muestra fue de 179 pacientes de un centro de recuperación en Reino Unido, entre ellos 140 caucásicos 119 eran británicos, 18 irlandeses y otros 3 europeos; 24 asiáticos y 15 caribeños. Se utilizaron las historias clínicas de los pacientes con trastornos por drogas durante los últimos tres años.

Como resultado se obtuvo que “la droga que más se consumía no era la misma para todos los grupos y, en el caso de los asiáticos se observó un alto consumo de opio (95,8% Vs 54,6% de los británicos de origen caucásico” (pág. 240), para los consumidores de origen caribeño “la forma de administración de la misma tampoco coincidía. El primero de estos grupos mostraba altas tasas de consumo de cocaína en comparación a los británicos de origen caucásicos (26,7% Vs 1,7%) y de tabaco (40% Vs 9,2%)” (pág. 240), y en relación a los pacientes de origen irlandés.

Existían diferencias importantes entre el primer tipo de droga que consumieron los irlandeses –que preferían el opio– y los británicos de origen caucásico. Aunque los métodos que utilizaban para administrarse la droga eran similares, los irlandeses registraron mayor proporción de nunca inyectarse (Moselhy & Telfer, 2002).

Continuando con los antecedentes, recordamos que el tema está sustentado en algunas investigaciones que son orientadas hacia el ámbito educativo, socio-cultural, psicológico y familiar, que han sido parte de la historia de vida de personas consumidoras, así, desde la psicología, que hacía énfasis en el funcionamiento familiar y el consumo perteneciente a España, los/las autores/as (Musitu, Tereza, & Sergio, 2007) de la Universidad de Valencia, analizan su

investigación sobre el “Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes”.

Esta investigación con visión dimensional (escolar, social y física), aplicada una muestra de 414 estudiantes salientes de secundaria, para su análisis utilizaron matrices bivariadas sobre variables de mediadores y moderadores y utilizando teorías de la autoestima. Llegaron a la conclusión que la característica de las familias, sea positiva o negativa, son esenciales para la construcción de percepciones de cada sujeto referente a su identidad; es decir, cómo se identifican los adultos en su familia, en sus espacios de socialización con su grupo etario y su apariencia física. El estudio ofrece un aporte fundamental desde percepciones, ya que realiza mediciones a escalas pero considera y concluye con aspectos subjetivos que suelen ser aislados en los campos temáticas del consumo, el mayor aporte, es la idea que el autoestima se forma acorde las percepciones que se tenga de los diferentes ámbitos personales de cada sujeto y que desde esa autoestima puede ser o no un factor protector en quiénes consumen.

En otra investigación los autores García & Días (2007) de la Universidad Miguel Hernández de Elche en España, con el tema “Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas” (pág. 2). Esta investigación realizada a 215 adolescentes de la secundaria Felgueiras en Portugal, centrada en las experiencias de los adolescentes en su desarrollo físico, psicológico y social, donde se busca verificar las relaciones de los factores de resiliencia, protección y autorregulación. Para la evaluación de esta investigación se llevó a cabo el cuestionario.

Healthy Kids Resilience Assessment evalúa 11 factores de protección y 8 trazos de resiliencia, en la medida de los factores de protección son evaluadas las relaciones de proximidad con adultos en casa, en la escuela, la comunidad y con los compañeros, entre los trazos de resiliencia. Son evaluadas las competencias sociales que permiten comunicar de forma efectiva y apropiada, demostrando comprensión, flexibilidad y

receptividad en situaciones sociales, para la evaluación de la autorregulación se utilizó la escala reducida de autorregulación. (pág. 10)
Por último, los autores llegan a la conclusión

Que las relaciones entre los factores de protección y resiliencia y los de autorregulación, según los resultados se puede verificar una correlación estadísticamente significativa y más elevada, especialmente potente la relación entre autorregulación y los factores de resiliencia como, autoestima, resolución de problemas, autoconciencia y recursos internos, en sentido negativo encontramos una correlación significativa entre los ítems Setbreak y los niveles de autorregulación, es decir cuánto mayor es la autorregulación, menor es el sentimiento de soledad y desesperanza. (García & Días, 2007, pág. 18)

Siguiendo con los antecedentes podemos observar que las investigaciones planteadas son del contexto europeo, ya que se busca tener diferentes enfoques, que permitan tener un mayor abordaje sobre esta temática y mejor comprensión desde el enfoque Trabajo Social, por lo tanto, destacamos investigaciones en el contexto latinoamericano ligadas a nuestra investigación.

En Cuba, se realizó una investigación acerca del “Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos” (Ruiz, Herrera, Martínez, & Supervielle, 2014). Aquí se busca establecer el consumo de drogas por familiares como factor de riesgo, para la realización de esto fue necesario la selección de muestra que estuvo conformada por 43 pacientes, entre adolescentes de 13 a 19 años, y jóvenes de 20 a 29 años de edad, se utilizaron historias clínicas para revisar edades, tipo de consumo, tipo de familia y sus respectivos antecedentes. Como resultado se obtuvo que el 34,88% de los pacientes tuvieron familiares con antecedentes de consumo.

Al analizar la edad de comienzo con el consumo de drogas se comprobó que de los 15 adictos que declararon tener familiares consumidores, 14

eran adolescentes con edades entre 10 y 19 años, para un 93,33 % y sólo uno comenzó después de concluida la adolescencia, con 20 años. (párr. 6), los pacientes “con edades entre 20 y 25 años se encontró un mono consumidor, pero ocho consumían varias drogas. Los dos pacientes con edades entre 26 y 29 eran poli consumidores” (párr. 7).

Desde la perspectiva psicosocial, se localizó una investigación realizada en Monterrey, México cuyo tema es “Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes mexicanos” (Villegas, Castillo, Alonso, & Martínez, 2014). La investigación de tipo descriptiva correlacional con una población de 10.805 adolescentes de preparatorias técnicas, se seleccionaron aleatoriamente 406 estudiantes, el objetivo fue “identificar la relación entre la percepción de crianza parental y la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes” (pág. 2); Entre sus principales resultados tenemos que:

El hecho de que los hijos perciban un mayor número de prácticas relativas a la expresión física y verbal de aceptación, confianza, apoyo o respeto por parte de los dos padres, se asocia con una mayor edad en el inicio del consumo de sustancias adictivas como el tabaco, la marihuana y la cocaína. (Villegas, Castillo, Alonso, & Martínez, 2014, pág. 48)

Como dato adicional también vemos que:

La edad de inicio en el consumo de alcohol se correlacionó positivamente con las edades de inicio del consumo de tabaco, marihuana y anfetaminas; la edad de inicio del consumo de tabaco con las edades de inicio de la marihuana y las anfetaminas, y la edad de inicio del consumo de marihuana con la edad de inicio en el consumo de cocaína. Esto indica que, a mayor edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas, mayor o más tardía será la edad de experimentación con estas tres sustancias psicoactivas. (Villegas, Castillo, Alonso, & Martínez, 2014, pág. 47)

De manera preliminar, estos datos permiten inferir que el consumo de alcohol, una droga socialmente aceptable, comúnmente la que abre paso al consumo de otras sustancias psicoactivas. Por otro lado, cuando los hijos perciben mayores expresiones de afecto por parte de papá y mamá, el consumo de sustancias psicoactivas es más tardío.

En cuanto a los aspectos psicosociales, García del Castillo (2003, pág. 143), nuevamente desde México, indaga sobre el tema “Familia y drogas: aspectos psicosociales”. Este autor hace énfasis en algunas dimensiones familiares, tales como el apoyo familiar, responsabilidad de los padres, estilo de vida, permisividad, etc.

Y llega a la conclusión que:

En cuanto al consumo de alcohol, no deja de ser por lo menos impactante, que más de 36% de los padres estudiados aseguren que permiten algunas veces que sus hijos beban en el transcurso de fiestas y reuniones sociales. Además, más de 2% permite que sus hijos beban siempre que acuden a este tipo de eventos. El padre es significativamente más permisivo que la madre. Y que más de 91% de los padres percibe que sería plenamente capaz de darse cuenta si alguno de sus hijos consumiera drogas, pero de hecho, solamente menos de 10% de los padres reconocen haber tenido algún problema relacionado con drogas (alcohol, tabaco y marihuana). (García del Castillo, 2003, pág. 160). Podemos observar cómo el alcohol aparece como una sustancia de consumo inicial y más aceptable.

Mientras que los autores Cáceres, Salazar, Varela, & Tovar (2006) en su investigación sobre el “Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales”. La investigación identificó los factores psicosociales en riesgos y al mismo tiempo la protección que se generaba mediante el consumo, esta investigación fue de tipo descriptiva y no experimental, con una muestra de 763 de la Universidad de Cali, se realizó un

cuestionario tomando en cuenta tres aspectos importantes, sociodemográficos, consumo de drogas legales e ilegales y factores psicosociales de riesgo y protección.

Llegando a la conclusión que:

Un bajo nivel de consumo de drogas ilegales (10,9%) al compararlas con las legales. Sin embargo, las cifras deberían ser consideradas como relevantes debido a las consecuencias que tienen estas drogas, mientras que sobre el déficit en los factores de riesgos encontrados, centrarse en sí mismo, tener un bajo control emocional, preferir las tareas físicas a las mentales, la dificultad para reflexionar acerca de las consecuencias de las propias acciones, la sensibilidad al refuerzo y la gratificación inmediata y los estilos atribucionales de carácter externo y global se asocian frecuentemente con el mantenimiento del comportamiento de consumo de drogas. (pág. 529)

Los autores Pedro, Mario & Caterín (2015, pág. 1) en un trabajo con enfoque descriptivo cualitativo sobre la “Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca”. Se estudió a 10 pacientes con sus familias. Esta investigación se llevó a cabo durante tres meses mediante observación, entrevistas no estructurada y revisión de la clínica de los pacientes, los resultados reflejaron que la tipología de las familias más destacada es la monoparental, ya que favorece a la soledad, también presenta la dificultad de poner reglas en el sistema familiar y la desvinculación de los miembros en la estructura familiar, el estudio de las familias con personas en consumo se da en frecuencia de características como la disfuncionalidad de la estructura familiar, es decir la comunicación inadecuada, inexistencia de roles, reglas, límites y la ausencia de autoridad, construyendo sus historias de vida que resalten aspectos importante que están afectando a esta población.

Desde el campo de salud tenemos una investigación denominada “Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria” (Saravia, Gutiérrez, & Frech, 2014). Estos autores se plantean como objetivo encontrar la relación entre aspectos demográficos, escolares, familiares y sociales que asocian al consumo de drogas ilegales en Perú, aquí se utilizó una encuesta de prevención y consumo del 2009, y la muestra fue de 54,675 alumnos. Como resultados tenemos:

Los adolescentes entre 14 y 16 años tienen 61% más probabilidades de haberse iniciado en el consumo que los de 11 a 13 años.

Los estudiantes de colegios privados tienen un 4% más de probabilidades de iniciarse en el consumo en comparación con los alumnos de colegios públicos.

Aquellos que viven con solo uno de los padres tiene un 7% más de probabilidades en comparación con aquellos que viven con ambos padres, mientras que los que viven con ninguno de los dos progenitores, tienen un 76% más de probabilidades de iniciarse en el consumo de drogas ilegales que los que sí viven con estos.

Una historia familiar con una persona con antecedentes de conductas delictivas o reclusión en la cárcel representa un 61% más de probabilidad de que un adolescente se inicie en el consumo en el año anterior. (Saravia, Gutiérrez, & Frech, 2014, págs. 3-5).

Continuando con las investigaciones, ahora en el contexto ecuatoriano, específicamente en la ciudad de Guayaquil, en el conjunto de investigaciones recogidas sobre esta temática, se identificaron estudios sobre el consumo de drogas desde diferentes campos y que han sido relevantes en la situación de los jóvenes.

Desde un enfoque psicosocial, se realizó una investigación en Guayaquil, en el año 2005, cuya denominación es “La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes, Guayaquil-

Ecuador” (Ramírez & de Andrade, 2005). En el Norte de Guayaquil. Mediante un muestreo aleatorio simple se trabajó con 139 familias de niños de 8 a 12 años, y se realizaron encuestas mediante visita domiciliaria a cada familia, obteniendo como resultados “que el 51,1% de los encuestados habían terminado la instrucción primaria por lo tanto tienen dificultad en poder orientar a sus hijos”, también tenemos que:

Las principales influencias para la inducción en el medio familiar al inicio del consumo de alcohol y tabaco, son el factor económico, la baja escolaridad, padre bebedor y tipo de trabajo que realiza como factores de riesgo” y “otro factor de riesgo encontrado es que en muchas familias falta uno de los progenitores ya que uno de ellos padre o madre han emigrado a países o salen a trabajar. (Ramírez & de Andrade, 2005, pág. 816).

Continuando con las investigaciones los autores Riofrío & Castanheira (2010) analizan el “Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil” (pág. 2). Trabajo que se realizó en la institución de niños infractores, para conocer el tipo de droga que consumen los jóvenes, el estudio de tipo descriptivo se llevó a cabo en un rango de 10 a 18 años de edad. Para la recolección de información se realizó una entrevista semiestructurada permitiendo analizar cada resultado, con una muestra de 77 niños y adolescentes, sin embargo sólo 10 participaron. El cuestionario de pregunta de la entrevista fue estructurado para conocer la historia de vida y las causas que han llevado al joven a consumir estas sustancias, los tipos de drogas y sus proyectos a seguir. Los resultados de la investigación mencionan que

El proceso de análisis cualitativo de los datos permitió la identificación de tres temas: La carencia del apoyo familiar; Las influencias del entorno en que se desarrollan los jóvenes y por último, El desconocimiento del efecto que causan las drogas y planes para el futuro. (pág. 5)

Se puede denotar que la carencia del apoyo familiar cubre un papel muy importante, donde se involucran muchos factores como; la dificultad económica dentro de la familia, la violencia intrafamiliar, la ausencia de los padres, sentimiento de abandonos, esta interacción con lleva a los jóvenes al consumo de drogas.

Los relatos de los jóvenes resaltan muchos factores que han incidido en el consumo de droga, por lo que, el presente estudio resalta “La necesidad de contribuir financieramente con la renta de la familia culminó con el ingreso precoz de niños y adolescentes en el mundo del trabajo, lo que tarde o temprano contribuyó con el inicio del consumo de drogas” (Riofrío & Castanheira, 2010, pág. 7). Desde nuestro contexto estos factores ligados a la familia, llevan al debilitamiento de la estructura familiar, así, desencadenando el inicio del abuso de sustancias psicoactivas. Podemos ver que tanto en Ecuador (Guayaquil), como en esta investigación de Perú la ausencia de las figuras paternas, maternas o ambas, representa un potencial factor de riesgo para iniciarse en el consumo de psicoactivos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de nuestro sistema social mantenemos vínculos directos e indirectos con familiares, amigos, instituciones, situaciones, compartimos aspectos culturales, entre otros, lo que permite comprender cómo el ser humano no puede permanecer aislado, por su carácter sociable, ya que para su desarrollo necesita mantener relaciones con el medio, lo que se puede sustentar con el pensamiento siguiente: “El hombre es un ser social por naturaleza, y en su esencia se encuentra implícita su sociabilidad ya que posee el logos que le permite comunicarse racionalmente con los demás seres racionales” (Aristóteles, 343 a.C.).

De esta manera comprendemos que las relaciones del ser humano son básicas para la subsistencia que en este conjunto de relaciones se vinculan causas y efectos de situaciones por las que atraviesa y que de alguna manera afectan, posibilitan o impiden el desarrollo tanto individual como colectivo.

Al referirnos a lo anterior, se puede considerar de manera general al consumo de psicoactivos como una situación que puede afectar a cualquier tipo de persona sin excepción de edad, género, o grupo de pertenencia. Se percibe esta realidad como una situación que se inserta en la vida de las personas ya sea como resultado de múltiples problemáticas por las que pasa un individuo o como el inicio de un estilo de vida con consecuencias problemáticas.

Tal como se nombró anteriormente en la interrelación de causas y efectos en la vida de las personas, se busca indagar cómo ha influido la historia de vida de personas para estar en dicha situación de consumo, teniendo en cuenta los diversos escenarios y los aspectos más determinantes en esta problemática, dentro de ellos tenemos como aspectos relevantes los factores de riesgo y de protección que nos contribuyen a identificar qué determinantes son los que potenciaron o pueden haber sido atenuantes del consumo, pudiendo identificar los siguientes factores:

- “Socioculturales: leyes y normas sociales favorables al uso de drogas, disponibilidad de sustancia, y comunidades con alto grado de privación social y económica.

- Interpersonales durante la infancia y adolescencia: actitudes familiares positivas hacia las drogas, personalidad y consumo de los padres, conflictos familiares, abuso físico o sexual, acontecimientos estresantes, rechazo social, presiones de grupo y relación con amigos que usan drogas.
- Psicológicos y de conducta: afán de experimentar, problemas de conducta, fracaso escolar, inadecuada educación, baja autoestima, personalidad antisocial, trastornos de conducta, búsqueda de emociones nuevas, aptitudes, creencias y expectativas favorables al uso de drogas.
- Biogenéticas: susceptibilidad heredada al uso de drogas, vulnerabilidad psicofisiológica a los efectos de las drogas”. (Hidalgo & Romero, 2007, págs. 2-3)

La situación de consumo es una realidad muy latente que se percibe en el día a día, por eso se consideró necesario la reconstrucción de las historias de vida de personas consumidoras, los anteriores aspectos son los que se vinculan en lo que queremos investigar, para llegar establecer los aspectos socioculturales, teniendo en cuenta la influencia de los subsistemas vinculados con el proceso. De ahí que las interacciones interpersonales son básicas para conocer cómo la familia y los grupos sociales de pertenencia fueron relevantes desde el subsistema micro, los psicológicos nos ayudan a determinar las diversas concepciones que se manejan sobre esta situación y sus derivadas.

Para abordar con más exactitud esta problemática se hace referencia a la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), al indicar que por lo menos 1 de cada 20 adultos entre 15 y 64 años consumieron algún tipo de droga en el 2014 en todo el mundo, sin embargo, esto no cambió en los últimos cuatro años hasta el 2016, por otro lado, el número de muertes por consumo de drogas sigue perenne, de acuerdo a los siguientes datos:

El número de muertes relacionadas con las drogas en todo el mundo, que en 2014 se calculó en alrededor de 207.400, es decir, 43,5 muertes por millón de personas de entre 15 y 64 años, ha permanecido estable en todo el mundo, aunque sigue siendo inaceptable y evitable. (UNODC, 2016). Y como dato adicional tenemos que, de cada 6 personas con trastornos por consumo de drogas, solamente 1 mantiene tratamiento.

En la actualidad la situación de la droga dependencia preocupa a la sociedad, ya que cada vez aumenta el número de personas que consumen estas sustancias y con el pasar el tiempo se han asociado otros grupos de sustancias y de consumidores que termina afectando a todos, especialmente los jóvenes que son el grupo donde existe más consumo de drogas.

Ha sido preciso resaltar que, según Seila (2013).

La población general suele centrarse en las sustancias ilegales cuando se habla de drogas, pero también existen las legales que son las responsables de la mayor mortalidad en la población y también de la mayor morbilidad y otros problemas asociados a su consumo. (pág. 15)

Lo que permite inferir que las personas suelen hacer referencia a drogas, sólo a las sustancias que no son socialmente aceptadas, tales como la marihuana, cocaína, heroína, por nombrar algunas, sin embargo, también están las legales como el tabaco y alcohol que tienen gran incidencia en la mortalidad y morbilidad.

En lo que concierne a sustancias o drogas, pueden ser de diferente origen: sintético o natural y ser consumidas por cualquier vía, ya sea nasal, oral, intravenosa o intramuscular, cada sustancia tiene características y funciones diversas, las cuales tienen diferentes agrupaciones, pero cada una tiene la más usada por los jóvenes. Se puede distinguir entre las drogas lícitas que son aquellas que se pueden adquirir fácilmente ya que no están penalizadas por la ley y que en nuestro país las más consumidas son el alcohol, tabaco y los fármacos. En cambio, las drogas ilícitas son aquellas que están prohibidas y penadas por la ley.

Por esta razón según el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, (CONSEP, 2015), expuso resultados de las drogas más consumidas por los jóvenes, en una encuesta realizada a estudiantes entre 12 a 17 años de edad en todo el país, en el proyecto establecido de Ley Prevención de Drogas, con la presencia de 50% de género femenino y masculino. De ahí que recomienda lo siguientes:

Sostuvo que uno de los resultados de impacto que debería tener la política pública es retrasar el uso de las sustancias, porque mientras más tarde el joven o el estudiante llega a consumir estas sustancias, más probable es que en el futuro no las consuma de manera ocasional o regular. (Párr. 4)

En comparación a los años 2005, 2008 y 2012 de acuerdo a una encuesta del mismo consejo, se puede denotar que hay una decadencia en el consumo de las sustancias más demandada por los jóvenes de nuestro país en este caso el alcohol y el tabaco (Párr. 5).

Sin embargo, se denota que hubo un incremento en otro tipo de sustancia como la

pasta base de cocaína, en el 2005 era 14.5 años; en el 2012 de 14.3 años, es decir, que los chicos que declararon haber usado estas sustancias lo hicieron a edad más temprana, indicador relevante por cuanto la pasta base tiene una composición nociva para la fisiología humana. (CONSEP, 2015) (Párr.6)

Sin embargo el alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias más consumidas en nuestro país, ya que son legales y están al alcance de los consumidores y tienen aceptación social, en el mismo estudio realizado por el CONSEP, resalta que a nivel nacional el consumo de cigarrillo registra el 46%, con el 24.9% para el género masculino, y el 14.4% para el género femenino a nivel de estudiantes.

La otra sustancias más consumida es el alcohol, destacando el estudio que a nivel nacional se registra 79.4% de consumo, con 57.5% para el género masculino y en género femenino se registra 35.5% de estudiantes. Aunque exista una disminución en el consumo de las drogas más consumidas en nuestro país, persiste el consumo

y en los últimos años se denota la prevalencia de más sustancias que están al alcance de los jóvenes.

En cuanto al consumo de otras sustancias psicoactivas, se realizó una encuesta en el 2016 por la CONSEP, ente que pasó a llamarse Secretaria Técnica de Drogas (SETED), que a través de 36.000 alumnos entrevistados en todas las regiones, con una representación de 4.554 que respondieron que si habían consumido, representando el 39% hizo uso de más de algún tipo de sustancia psicoactiva, según el registro la sustancia más usada por los jóvenes en la actualidad es la cannabis o denominada marihuana con el 9.57%.

En territorio más específico, en la ciudad de Guayaquil, el 10.77% de los encuestados reportó el consumo de marihuana, el 4.89% reportó la famosa H, en cuanto a la cocaína se registra con un 3.02% y por último 1.96% la pasta de base. Debido a las implicaciones que tiene, vale hacer un alto para analizar el consumo de la denominada “H”, sustancia que proviene de la Heroína, que además es mezclada con diltiazem, cafeína, etc., lo que aumenta el riesgo de los efectos dañinos que acarrea para el ser humano

Y “no solo tiene que ver con la conducta adictiva, sino también con el deterioro biológico del cuerpo, ya que se desgasta al no haber una buena alimentación y porque faltan estímulos para tener una salud integral” (Meneses, 2016) (Párr. 4). Y directamente afecta a órganos, tales como: Pulmones, con problemas de tuberculosis, insuficiencia pulmonar, neumonía severa, e infecciones por estreptococo. Riñón, glomeruloesclerosis focal y segmentada. Hígado, aumento de colesterol y triglicéridos, al orinar se eliminan factores de coagulación. Páncreas, existencia de déficit en el sistema inmunológico y falta de aportes vitamínicos. Cerebro, confusión, letargo y adormecimiento. Estómago, úlcera, alteración del sistema digestivo. (Meneses, 2016)

Por otro lado, hay que considerar que no sólo el consumo de las sustancias psicoactivas, se consideran como factores desencadenantes de la adicción, en primer lugar su consumo altera la salud e impide el desarrollo integral del ser

humano desde sus diversas dimensiones, tanto en lo social, conductual, económico, laboral, etc.; además afecta principalmente a su entorno más inmediato que es la familia, teniendo repercusiones problemáticas tales como conflictos en las relaciones, marginación, aislamiento, coacción por parte de los familiares, etc.

Se llega a constituir como un problema de índole social, ya que también puede tener aspectos externos que son incidentes, tales como el narcotráfico, permisividad, aceptación social, presión social hacia el consumo, entre otras,. Estos factores denotan que la problemática de consumo de drogas tiene un efecto muy potencial en el ámbito social, porque es aquí donde se reproducen la diversidad de relaciones humanas, y la transmisión de prácticas culturales que en este caso impiden el desarrollo de las personas, porque limita su capacidad para mantener relaciones estables consigo mismo, y con sus entornos inmediatos, porque también afecta e inciden en los índices de mortalidad, morbilidad y empobrecimiento, etc.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

PREGUNTA GENERAL DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles han sido los factores relacionados al consumo de sustancias psicoactivas de los jóvenes del centro de salud integral?

SUB PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cómo la historia de vida ha influido en el consumo de sustancias psicoactivas de los pacientes?
- ¿Cómo han sido las interacciones familiares y del entorno en el que han vivido los pacientes antes y durante del proceso de recuperación?
- ¿Cuáles han sido las redes de apoyo que lograron los jóvenes para el proceso de su recuperación?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

Conocer los factores relacionados al consumo de sustancias psicoactivas de los jóvenes del centro de salud integral a través de sus historias de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Reconstruir la historia de vida de los diferentes pacientes consumidores de sustancias psicoactivas.
- Caracterizar las interacciones familiares y del entorno en el que han vivido los pacientes antes y durante del proceso de recuperación.
- Identificar las redes de apoyo que lograron los jóvenes para el proceso de su recuperación.

JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se centra en una problemática social que se percibe a diario en nuestro entorno y en muchos otros países, en un mundo globalizado, en el que se difunde con rapidez no sólo la información, sino también muchas de las prácticas culturales, entre las cuales se puede considerar también el consumo de sustancias catalogadas como legales, constituyéndose en un problema de cobertura mundial por las facilidades de acceso a estas sustancias que existe.

De esta manera en esta investigación se hace énfasis, en las causas y consecuencias que han llevado a generar este consumo en jóvenes de nuestra sociedad, conociendo las características de las sustancias psicoactivas que lo lleva a este grupo etario a reaccionar de diferentes maneras, mediante la reconstrucción de sus historias de vida, permitiendo la identificación de los factores que han incidido en el problema de la dependencia a estas sustancias.

“Los psicoactivos, conocidas más comúnmente como drogas psicoactivas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo” (CICAD, 2005), es así que las “sustancias psicoactivas actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, pensamientos y motivaciones” (CICAD, 2005, pág. 24).

Esta problemática ha generado muchas consecuencias a los consumidores y su entorno, a nivel económico, cultural, familiar, entre otros. Enfocándonos en la adolescencia, en este escenario también se puede observar cómo la familia y la sociedad en general están afectadas por el sin número de problemáticas que trae consigo el consumo de psicoactivos. Por citar algunos ejemplos tenemos: deserción escolar, migración, abandono, pobreza, violencia, pandillerismo, micro narcotráfico entre otros. Además que ya en la situación de consumo, primero se empieza por la experimentación, pasando por el abuso y llegando a una

dependencia, teniendo efectos negativos en la salud desde el aspecto físico y mental, deteriorando también las relaciones sociales y familiares.

Vemos así como se mantiene un ciclo de situaciones que se relacionan ya que estos que se repiten con frecuencia en el trato de este tema, no sólo como causa, sino también como efecto; sin embargo en esta investigación no queremos partir desde lo general, sino que nos enfocamos desde las individualidades de los sujetos y procesos de socialización antes y durante el consumo de dichas sustancias, hacemos énfasis principalmente desde las historias de vida e influencia familiar de los pacientes y cómo esos factores se han vinculado en la problemática, a la vez de proporcionar información en un tiempo y espacio más directo a nuestra realidad.

Desde una mirada más práctica, con nuestra investigación queremos conocer con más especificidad de qué manera la historia de vida de los diferentes pacientes ha incidido en la situación de consumo, enfatizando desde la infancia, tipos de relaciones, formas de comunicación, patrones dentro del sistema familiar, rol en el medio social. A la vez se pretende proporcionar una investigación actualizada sobre esta problemática con un enfoque más propio a la carrera de Trabajo Social, como lo es hacer una lectura socio familiar en la vida de los pacientes. Y en esa misma vía, que esta investigación pueda ser tomada en cuenta por otros estudiantes de la carrera para posteriores trabajos investigativos y que sirva como fundamento para abordar nuevamente esta problemática, desde diferentes líneas investigativas.

La representación social que tiene este tema, es de vital importancia, desde cualquier mirada profesional, en principio porque es un problema de salud que va atravesando situaciones familiares que se vuelven incongruentes, situaciones problemáticas en las parejas y sus derivadas afectaciones al medio, es ello la necesidad de considerar este tópico, al mismo tiempo que hacemos referencia en las historias de vida, ya que en aquellas construcciones históricas surgirían diversos determinantes y detonantes que han sido vinculados al consumo de

psicoactivas y también cómo han afrontado desde dicha situación, las diversas problemáticas ya existentes.

Desde una mirada institucional la elaboración de la investigación es necesaria, ya que en principio, consideramos que las instituciones que realizan el proceso de recuperación de los pacientes se centran más en el aspecto individual, y no relacionan la problemática, ni la vinculan con la familia y el entorno, es por esto que aportamos con información desde la historia individual ligada a la influencia familiar, para que en los respectivos hallazgos sean de importancia para intervenir y favorecer los procesos de recuperación de los pacientes y sus familias, para que simultáneamente se refuercen aspectos positivos y se disminuyan los negativos o riesgosos.

Consideramos que el consumo de drogas ilícitas es una problemática social que debe ser tratada desde diversas dimensiones de las personas consumidoras, como ya se ha dicho, esta investigación también contribuye con datos más específicos de los pacientes en esta situación, queremos decir que la búsqueda de alternativas de atención, que se lo pueda realizar de manera más preventiva, consideramos que es necesario tener conocimiento de causas, consecuencias de la situación, sin embargo buscamos que esta indagación demuestre que es necesario trabajar internamente en las familias, que se trabaje en las relaciones familiares y sociales, que se promuevan servicios de apoyo, que se potencien relaciones afectivas.

De tal manera que desde el enfoque de trabajo social, teniendo en cuenta los aspectos sociales y el abordaje terapéutico en los centros de recuperación, es ahí la relación específica de aquellos factores que pueden ser origen de una conducta adictiva, no solo preocupándose a nivel individual sino también de sus familiares, donde se les permita comprender el problema: sentimientos de culpa, apaciguar miedos, comprensión de ser una red de apoyo, tener una mejor dinámica familiar, etc. No obstante es necesario el trabajo interdisciplinario donde facilitan un tratamiento integral mejorando la atención y la recuperación del paciente.

CAPITULO II

REFERENTE TEÓRICO, CONCEPTUAL, NORMATIVO Y ESTRATÉGICO

REFERENTE TEÓRICO

Dentro del proceso de investigación es necesario fundamentar a partir de diversas teorías que contribuyen a la comprensión de este tema, para esto se han seleccionado las teorías de: Construccinismo Social, Interaccionismo Simbólico, Modelo Transteórico y Teoría Ecológica. La selección de temas antes mencionados, nos permite conocer la forma en que los sujetos de estudios perciben y comprenden la realidad, sus procesos de cambios y los sistemas influyentes en sus vidas.

TEORÍA DE CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

Esta teoría hace énfasis especialmente en la capacidad que tienen los sujetos para construir sus conocimientos y realidades a partir de la socialización; Concibe al ser humano como alguien que, mediante sus relaciones, crea un conocimiento colectivo ubicado siempre en un contexto que reproduce creencias y realidades. Además, esta teoría plantea que “la vida cotidiana se representa como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente” (Berger & Luckmann, 1968, pág. 34). Dentro de la investigación realizada, esta teoría favorece la comprensión de cómo estos sujetos han construido su realidad en interacción no sólo con otros consumidores, o con su entorno familiar, sino también cómo el medio que contribuyó a recrear una nueva realidad sobre su situación de consumo y recuperación.

En el Construccinismo Social (1968) se hace referencia a la sedimentación, en donde los recuerdos quedan memorablemente en la conciencia de las personas y puede ser compartida con personas con experiencias similares, “si esa

sedimentación no se produjese, el individuo no podría hallar sentido a su biografía” (Berger & Luckmann, 1968, pág. 89). Esta premisa nos permite comprender, desde la investigación realizada que la sedimentación es un factor incidente para la identificación con personas en relación a la misma situación de consumo, y por medio de aquello los pacientes y sus familias puedan compartir aspectos similares y tomar nuevas iniciativas de cambio.

Para poder comprender la historia de los pacientes, en relación al consumo de drogas, es necesario que se haga énfasis en los roles desempeñados, tenemos así que “los roles son tipos de actores en dicho contexto” (Berger & Luckmann, 1968, pág. 95)., es por esto que mediante la construcción social de los pacientes sobre su situación de consumo, es necesario revisar qué roles sociales e idiosincráticos cumplían, dichos roles, también fueron un factor clave para la posterior recuperación de los pacientes.

INTERACCIONISMO SIMBÓLICO

Haciendo énfasis en esta teoría, tenemos a Herbert Blummer y George Mead (1934), quienes estudiaron los significados sociales a partir de sus respectivas interacciones.

Mead (1934) se centró en la acción y la interacción humana, no veía a los significados como resultados de procesos mentales aislados, su preocupación principal no era cómo las personas crean los significados y los símbolos, sino en cómo aprenden durante dicha interacción. “Los símbolos son objetos sociales que se usan para representar (significar u ocupar el lugar de) cualquier cosa que las personas acuerden representar” (Charon, 1998).

Según Mead (1934, pág. 85)“La conciencia no es necesaria para la presencia de significado en el proceso de la experiencia social”, sino que

La significación surge y reside dentro del campo de la relación entre el gesto de un organismo humano dado y la subsiguiente conducta de dicho

organismo, en cuanto es indicada a otro organismo humano por ese gesto, si el gesto indica efectivamente a otro organismo la conducta subsiguiente (o resultante) del organismo dado, entonces tiene significación. (pág. 85)

Podemos darnos cuenta que las acciones que tomamos surgen a partir de una interacción a la cual le vamos dando un significado.

Asimismo, Mead contribuye con premisas básicas que son parte de su teoría, entre ellas, tenemos: El acto, es la “unidad más primitiva” y de aquí surgen otros aspectos, centrándose en que es una relación de estímulo y respuesta, “concebimos el estímulo como una ocasión u oportunidad para actuar, no como una compulsión o mandato” (Mead, 1934).

Se identifica a los gestos como el resultado del actuar y proceso social, “...son movimientos del primer organismo que actúan como estímulos específicos de respuestas (socialmente apropiadas del segundo organismo)” (Mead, 1934, pág. 45). Y los símbolos significantes son aquellos gestos, dan la misma respuesta y son provocados para quienes están dirigidos,

Un símbolo que responde a un significado en la experiencia del primer individuo y que también evoca ese significado en el segundo individuo. Cuando el gesto llega a esta situación, se ha convertido en lo que llamamos <<lenguaje>>. Es ahora un símbolo signifiante y representa cierto significado. (Mead, 1934, pág. 65)

Un concepto clave en el que se basa el Interaccionismo Simbólico, es el self, entendido como la capacidad para considerarnos como objeto, es construido en un proceso social: la comunicación humana, relaciones sociales.

“pero cuando reacciona a aquello mismo por medio de lo cual se está dirigiendo a otro y cuando tal reacción propia se convierte en parte de su conducta, cuando no sólo se escucha a sí, sino que se responde, se habla y se replica tan realmente como le replica a otra persona, entonces tenemos

una conducta en que los individuos se convierten en objetos para sí mismos. (Mead, 1934).

En la misma línea, en Symbolic Interaccionism, (Blumer, 1968) establece las tres premisas básicas de este enfoque:

- “Los humanos actúan sobre la base de las significaciones que tienen para ellos, o lo que es lo mismo, la gente actúa sobre la base del significado que le dan a los objetos y situaciones que le rodean.
- La significación de estas cosas deriva, o surge, de la interacción social que un individuo tiene con los demás actores.
- Estas significaciones son parte de un proceso de interpretación efectuado por la persona en su relación con las cosas que encuentra, y se modifican a través de dicho proceso”.

Estos aspectos van a contribuir a la comprensión de los significados que tienen las personas sobre aspectos determinantes en el consumo de psicoactivos, mediante las construcciones creadas a partir de la relación con otras personas consumidoras, familiares y redes cercanas.

MODELO TRANSTEÓRICO

En este modelo tenemos como principales exponentes a James O. Prochaska, quién enfatiza que deberían existir teorías más adecuadas para el cambio de comportamiento, sugiere que las teorías deben conocer “cómo las personas cambian antes que comience la terapia, después que ésta finaliza, y cuando nunca hay terapia” (Prochaska, 1999).

Dentro de las fases del cambio, este autor expone un proceso de seis fases: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantención y finalización.

Pre-Contemplación

“La pre-contemplación es la fase en la cual las personas no están interesadas en cambiar o tomar acciones en el futuro cercano, generalmente medido en términos

de los siguientes 6 meses” (Prochaska, 1999, pág. 2). En esta etapa las personas pueden estar mal informadas o no informadas sobre las consecuencias de sus comportamientos.

Contemplación

En esta etapa “las personas intentan cambiar en los 6 meses siguientes. Aunque están muy conscientes de los pro del cambio, también están muy conscientes de los contra. Cuando las personas comienzan a contemplar actuar seriamente, su conciencia de los costos del cambio puede aumentar” (Prochaska, 1999, pág. 3). Y puede ser ambivalente porque refleja una relación de dos vías tipo “odio-amor”, por ejemplo, con sustancias adictivas.

Preparación

“En esta fase, las personas intentan tomar acciones en el futuro inmediato, usualmente medido en términos del “mes siguiente.” En forma típica, han tomado alguna acción significativa en el año anterior” (Prochaska, 1999, pág. 3). Aquí los sujetos tienen un plan de acción para enfrentar la situación, tal como pedir consejos, ayudas, etc.

Acción

Aquí “las personas han hecho modificaciones observables en su estilo de vida dentro de los últimos 6 meses” (Prochaska, 1999, pág. 4). En esta fase la aceptación es frágil para la acción exitosa, puede haber consecuencias.

Mantención

Aquí “las personas están trabajando para impedir la recaída, pero no aplican los procesos de cambio como lo hace con frecuencia las personas en la fase de acción. Están menos tentados a las recaídas y se confían más en que pueden continuar con el cambio” (Prochaska, 1999, pág. 4). Esta fase dura entre seis meses a cinco años.

Finalización

En esta fase “los individuos experimentan cero tentación y 100% de autoeficacia. Independientemente que estén deprimidos, ansiosos, aburridos, solos, con rabia o estresados, tienen confianza que no retornarán a sus antiguas pautas” (Prochaska, 1999, pág. 5). Es como si nunca hubieran tomado ese estado.

TEORÍA ECOLÓGICA

Cómo principal exponente de esta teoría tenemos a Urie Brofenbrenner, gracias a su aporte podemos conocer y comprender sistemas en el que el ser humano se ha relacionado y cómo estos sistemas influyen, entendemos entonces que no podemos ser seres aislados, sino que en los diversos sistemas en los que estamos contenidos, tenemos algún tipo de rol y participación.

El autor hace referencia que

La ecología del desarrollo humano comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos. (Brofenbrenner, 1987, pág. 40)

Su estudio se basa en los sistemas que le van rodeando a los sujetos, esto se ve afectado por las relaciones directas e indirectas que se dan con los sistemas que tienen mayor influencia y propician o no desarrollo a los sujetos.

Como el proceso por el cual la persona en desarrollo adquiere una concepción del ambiente ecológico más amplia, diferenciada y válida, y se motiva y se vuelve capaz de realizar actividades que revelen las propiedades de ese ambiente, lo apoyen y lo reestructuren, a niveles de igual o mayor complejidad, en cuanto a su forma y contenido. (Brofenbrenner, 1987, pág. 47).

Sugiriendo además que el desarrollo humano ayuda a tener una visión individual más amplia de sus sistemas propios y fortalecen las capacidades personales para ser dinámico.

Desde este paradigma, se divide el ambiente en algunas estructuras, “en el nivel más interno, está el entorno inmediato que contiene a la persona en desarrollo. Puede ser su casa, la clase o, como suele suceder cuando se investiga, el laboratorio o la sala de test” (Bronfenbrenner, 1987). Por otro lado se identifica la estructura que se debe estudiar desde principio es el microsistema, es el entorno más inmediato donde se desenvuelve la persona, aquí mantiene sus relaciones más cercanas como: la familia, la escuela, trabajo, etc.

En tanto el mesosistema, “comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente” (Bronfenbrenner, 1987). Aquí se vinculan otros entornos en los que el sujeto se desenvuelve, relaciones familiares-escolares, familiares-barriales, etc.

En un nivel intermedio se ubica el ecosistema,

Se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno. (Bronfenbrenner, 1987)

Aquí los sujetos no participan directamente, sin embargo, son influyentes para ellos/ellas todo tipo de situación resultante, por ejemplo, las relaciones escolares-hospitalarias, trabajo de papá y mamá, niveles educativos, socioeconómicos, etc.

Finalmente, el macro sistema

Se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden que existen o podría existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias. (Bronfenbrenner, 1987).

En este entorno se desarrolla todo tipo de ideología o creencias, que generalmente se plasman en concepciones y formas de poder, relaciones, estereotipos, políticas, medios de comunicación, etc.

Los cuatro niveles estarían aún integrados por un crono sistema y un globo sistema, una vez que la dinámica de los procesos individuales y grupales está siempre mediada por el tiempo histórico tanto del pasado como del futuro y la influencia del sistema global en los niveles locales. (Bronfenbrenner, 1996)

REFERENTE CONCEPTUAL

El referente conceptual permite comprender con mayor claridad el proceso de investigación, partiremos desde la familia, porque en principio es aquí donde los sujetos han mantenido sus redes más cercanas y han construido sus historias de vida en base a ella.

FAMILIA COMO SISTEMA

Desde la Perspectiva sistémica, la familia es concebida “como una totalidad que se compone de partes, sus miembros, los que se interrelacionan y son interdependientes entre sí” (Aylwin & Solar, 2002, pág. 107). Aquí podemos observar que la familia es enfocada como una totalidad de todas las partes.

AFECTO

Dentro de la familia se generan funciones que estas deben ser desarrolladas para su buena actividad, tenemos que la afectividad “es la necesidad que tenemos los seres humanos de establecer vínculos con otras personas. De ahí que, un clima afectivo adecuado constituye un factor de protección ante posibles conductas de riesgo” (Servicio de Prevención de Adicciones (PAD), 2001).

ROLES

Como todo sistema debe poseer reglas o normas y estas pueden ser universales y claramente explícitas (respeto a los padres, rol de padre, rol de hijo), y otras implícitas e idiosincrásicas (lealtad a la familia), los roles definen las tareas de los miembros del grupo familiar. (González, 2004, págs. 3-4)

Aquí podemos observar que existe una diferenciación dentro del sistema familiar como un papel con funciones ya establecido naturalmente y otros roles

que son asignados de acuerdo a la conducta de cada miembro, y que permite darles una diferenciación dentro del grupo familiar y otros grupos sociales.

EJERCICIO DE PODER

Dentro de la cultura patriarcal podemos darnos cuenta que existe una supremacía por parte del varón, y cómo éste, debe de actuar en la sociedad; dicha cultura ha sido transmitida por las personas en diversos escenarios sociales, “la autoridad familiar se fundamenta en dos ejes básicos de organización: el género y las generaciones; desde éstos se estipula la subordinación de la mujer al varón y de los hijos a los padres” (Ariza & Oliveira, 1999). Desde esta mirada se observa que el ejercicio de poder puede tener un patrón intergeneracional y existe diferenciación entre el subordinante y el subordinado.

SUBSISTEMAS

“Se considera subsistema a la unión de miembros para desarrollar funciones, los cuales están formados por generación, género, interés, función entre otros”, (Sanchez, 2000). Como división de esos subsistemas tenemos los expuestos por Estrada (1991): El subsistema conyugal o marital (pareja); El subsistema paterno (padres-hijos); El subsistema fraterno (hermanos). Estas relaciones se dan por medio de personas que viven en el mismo lugar y que su relación tiene un significado entre ellos.

JERARQUÍAS

De acuerdo con Desatnik (2004), se refiere

A las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, y marca la subordinación o supra-ordinación de un miembro respecto a otro. Es decir,

como define la función del poder y sus estructuras de la familia, orilla a una diferenciación de los roles de padres e hijos y sirve como fronteras entre generaciones. (Desatnik, 2004, pág. 1). Este aspecto confiere una posición y límite respecto a la relación entre los miembros de una familia, y de la misma manera se da un uso de poder entre un superior y un subordinado, generalmente se da por la dependencia que existe entre ellos.

ALIANZAS

“Designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema, es decir, que hace referencia a la percepción o experiencia de dos o más personas unidas en una empresa, interés, actitud, o conjunto de calores en común” (Desatnik, 2006, pág. 5). Aquí se dan uniones que tienen un fin positivo, por lo que serían un factor de protección en cualquier situación de vulnerabilidad.

COALICIONES

Se habla de coaliciones cuando una alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema; generalmente es oculta e involucra a personas de distintas generaciones aliadas contra un tercero. Lo oposición contra un tercero puede expresarse por medio del conflicto, de lea exclusión, entre otras formas. (Minuchin, 2007, pág. 5).

Aquí existen uniones entre dos partes del sistema contra otra parte, usualmente tienen una interacción negativa.

TRIÁNGULOS

De acuerdo con Desatnik (2004), se refiere a “El triángulo, tiene como función dentro de un sistema, equilibrar la relación de varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas, es decir, una unidad de dos se estabiliza y confiere sentido a su actividad como referencia a un tercero” (Desatnik, 2004, pág. 5). Aquí se

concede al triángulo como la existencia de una alianza entre dos personas hacia una tercera en la familia, esto con la finalidad de resolver conflictos internos del sistema.

SUBJETIVIDAD

En relación a la subjetividad, Rivière (1976) hace referencia en que “El sujeto no es solo un sujeto relacionado, es un sujeto producido. No hay nada en él que no sea la resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases” (Rivière, 1976, pág. 5). Se observa que la subjetividad surge de las relaciones que mantienen las personas, aquella no es un proceso aislado, sino que se genera a partir de dichas relaciones con diversos actores del entorno.

ADICCIÓN

Siguiendo nuestra línea de investigación tenemos el concepto de adicción en referencia al consumo de drogas, tenemos que es el

Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. (OMS, 1994, pág. 13)

La adicción puede ser tanto en el consumo de alcohol como de drogas, y en esta etapa de consumo existe una dependencia ante la sustancia, por lo que se dificulta la decisión el cambio en dicha situación.

CODEPENDIENTES

Desde el enfoque que maneja la OMS (1994, pág. 13), se considera codependiente aquel “pariente, amigo íntimo o compañero de una persona dependiente del alcohol o de las drogas, cuyas acciones tienden a perpetuar la dependencia de esa persona, retrasando así el proceso de recuperación”. Las personas que están cercanas a los consumidores de drogas usualmente tienden a retrasar el proceso de recuperación ya que se vuelven dependientes de las acciones de los pacientes y se caracterizan por ser permisivos ante la situación. Si bien es cierto son afectados por la adicción del familiar, cuando se involucran en el proceso de recuperación, pueden constituirse en factor clave para la superación o control de la dependencia que afecta al consumidor.

DROGAS

“Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de las funciones de éste” (Kramer & Cameron, 1975, pág. 13). Estas sustancias también se amplían a todo tipo de medicamento que esté ejecutándose en un tratamiento, por lo que pueden ser de fácil acceso y utilizada de cualquier forma y por cualquier vía, alterando así el sistema nervioso.

TIPOS DE DEPENDENCIA

Existen dos tipos de dependencia en el consumo de drogas: la dependencia psíquica, y la dependencia física.

Tal como lo plantea Macia (1982, pág. 34), la dependencia psíquica se refiere a “una situación en la que hay un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que requiere la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar” Este tipo de dependencia tiene un resultado emocional satisfactorio. Y la dependencia física es

Como un estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga. Estos trastornos constituyen el síndrome de abstinencia, formado por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares para cada tipo de droga (Macia, 1982, pág. 34).

CLASIFICACIÓN DE DROGAS

La siguiente clasificación es la dada por la OMS (1975).

De más a menos peligrosidad:

- Grupo 1 - opio y derivados: morfina, heroína, etc.
- Grupo 2 - barbitúricos y alcohol.
- Grupo 3 - coca, cocaína, anfetaminas y derivados.
- Grupo 4 - LSD, cannabis y derivados, mescalina, etc.

La clasificación más usada, actualmente es la siguiente:

1. Drogas depresoras

- a) opiáceos (heroína, metadona, codeína, etc.)
- b) barbitúricos
- c) tranquilizantes
- d) alcohol
- e) inhalantes (colas, disolventes, etc.)

2. Drogas estimulantes

- a) coca y cocaína
- b) tabaco
- c) cafeína (café, té, bebidas de cola, etc.)
- d) anfetaminas y derivados

3. Drogas alucinógenas

- e) cáñamo (haixix) y derivados

- f) compuestos sintéticos
- g) LSD
- h) Peyote y mescalina

FACTORES SOCIOLÓGICOS

En nuestro medio existen algunos factores que son influyentes para adquirir y consumir drogas, aquí vemos los factores sociológicos

La disponibilidad de una droga; las sanciones impuestas respecto a su abuso; la movilidad geográfica que actualmente pueden tener todas las personas, las ideas y los objetos; la aceptación social del uso de drogas para aliviar molestias; siendo también importantes las fuentes calidad de informaciones disponibles y aceptadas acerca del uso de la droga. (Macia, 1982, pág. 69)

De ahí se puede considerar que no siempre son factores familiares, también se dan factores geográficos que posibilitan el poder adquirir dichas sustancias, presión y aceptación social al consumo.

DROGODEPENDENCIA Y TRABAJO SOCIAL

Dentro de la situación de drogodependencia tenemos que

Las personas drogodependientes se vuelven consumidoras por motivos que se encuentran en la esfera de lo microsocioal (estilos educativos familiares, la desestructuración familiar o los conflictos familiares mal resueltos) o en la esfera de lo macrosocioal (como los valores sociales dominantes, los discursos en torno al tema de las drogas, etc). (Martín, 2009, pág. 6)

Desde este concepto no sólo se maneja el tema de la drogadicción como una situación ubicada en el sistema micro, sino que también se amplía y nos permite comprender que las concepciones, creencias, valores también son consideraciones importantes para tratar el tema de drogas.

En la misma perspectiva, desde el ámbito social podemos considerar que el Trabajo Social debe estar dentro del sistema sanitario y trabajar de manera interdisciplinar para tener un proceso de recuperación más integral y eficiente, es por tanto que el

Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial. (Gutierrez, 2007, pág. 35)

INTERVENCIÓN FAMILIAR

Dentro de las formas de tratar la problemática, es necesario realizar intervenciones familiares ya que integran al sistema inmediato de las personas consumidoras y puede acelerar el proceso de recuperación

Las intervenciones efectivas familiares promueven la cohesión familiar y la comunicación, la resolución de conflictos y el desarrollo de las habilidades parentales positivas. A pesar de que los programas parentales impactan niños muy pequeños, también son importantes en la preparación de los padres para hacer frente a los retos que se presentarán durante la adolescencia. (OEA, 2017, pág. 35)

De esta manera es necesario no sólo enfocarse en una recuperación con una visión aislada o individualizada del paciente, sino enfocarla con sus redes más cercanas.

PREVENCIÓN COMUNITARIA

Siguiendo la misma línea anterior, no sólo es necesario enfocar al sujeto individual sino vincularlo a sus redes cercanas, entre ellas la comunidad, se puede comprender que

El hecho de tener estos y otros sectores de la comunidad apoyando los mismos elementos y mensajes refuerza las actitudes y comportamientos positivos que desalientan el consumo de alcohol y tabaco por parte de menores, así como el abuso de drogas ilícitas, medicamentos con receta y otras sustancias. (OEA, 2017, pág. 35)

De ahí que el papel de la comunidad sea de vital importancia, no sólo porque se comparte acerca de la problemática, sino que también refuerza la cohesión social, se abre paso a la creación de grupos que promuevan actividades saludables y que siempre se brindan de apoyo.

FACTORES DE RIESGO

Dentro de las situaciones que afectan a nuestro medio social tenemos factores de riesgo que son las que perpetúan o habilitan una situación, para poder comprender los factores de riesgo en drogadicción, se debe saber que son “aquellos hechos o circunstancias cuya presencia aumenta las posibilidades de un individuo o grupo

social de consumir drogas” (Cefalat, 1995, pág. 318). Estos factores no sólo se limitan a factores externos, sino también a aspectos personales que son vulnerables para las personas.

Según (Martín, 2009) Entre los principales factores de riesgo que inciden en la problemática sobre el consumo de drogas tenemos según:

Factores biológicos: Son aquellos que se caracterizan por devenir del sistema físico de las personas, tales como:

- Edad.
- Sexo.
- Enfermedades crónicas.

Etapas del ciclo vital, especialmente en la adolescencia y juventud, aunque no está demostrado que los factores biológicos sean determinantes a la hora de consumir

Entre los factores de personalidad y conducta tenemos:

- Problemas de autoestima.
- Inadecuada asertividad.
- Búsqueda de sensaciones.
- Inconformidad.
- Lugar de control externo.
- Intolerancia a la frustración.
- Falta de autonomía en grupos y necesidad de aprobación.
- Inadecuado manejo del estrés
- Mal empleo del tiempo libre
- Bajo rendimiento escolar.
- Carencia de habilidades sociales.
- Desconocimiento de las sustancias.
- Expectativas positivas sobre el consumo.
- Falta de toma de decisiones.
- Actitudes positivas frente a sustancias.
- Forma de actuar

REFERENTE NORMATIVO

Desde la promulgación de la Constitución del 2008, en el país se han generado diversos avances en lo referente a normativas y políticas públicas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, la participación de la familia y los procesos de reinserción social. Desde este contexto procederemos a exponer las principales normas nacionales e internacionales, que enmarcan el tratamiento de nuestro tema de investigación.

Actualmente se han desarrollado leyes y normas enfocadas hacia diversas problemáticas sociales, entre éstas encontramos las dirigidas al consumo de sustancias psicoactivas, la cual refieren a la problemática sobre el tema de esta investigación, y que sustentan el tipo de respuesta Estatal con diversas miradas ante la demanda generada desde dicha situación.

Mientras (Constitución de la República del Ecuador, 1998) hace énfasis en la adopción de programas que busquen eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías, la Constitución vigente enfoca la prevención como medida de protección a las niñas, niños y adolescentes. Es a partir del artículo 364 que denomina a la adicción como un problema de salud pública, donde el Estado es quien se responsabiliza de la elaboración de programas direccionados hacia la prevención y control del consumo de estas sustancias, con énfasis en el tratamiento y rehabilitación. En la Constitución del 2008 sólo un artículo hace énfasis en el consumo de sustancias psicoactivas, además que no orienta hacia la criminalización de ningún caso, se un cambio de la penalización del consumo, a definirla como un problema de salud pública.

De esta manera, el artículo 359 especifica el tipo de garantías que debe cumplir el sistema salud pública, tales como la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, en sus tres niveles de atención, de esta forma vinculado al artículo 32, se determina que el derecho a la salud debe ir en ejercicio con otros, como: alimentación, educación, derecho al agua, ambiente sano, seguridad social, trabajo, etc.

En referencia a los tratados internacionales sobre el régimen de control mundial de drogas, según La Secretaria Técnica de Prevención Integral de Drogas (SETED), Ecuador ha suscrito a los siguientes:

- ✓ Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada en 1972.
- ✓ Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.
- ✓ Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, 1988.

En los dos primeros convenios se presentan Medidas contra el uso indebido de estupefacientes y psicotrópicos, aquí se expone la responsabilidad del Estado de realizar una atención especial en el tema de prevención, identificación inmediata, tratamiento. Añadido a esto de vital importancia también de la ejecución de postratamiento, rehabilitación y readaptación social, estas últimas con fines de evitar recaídas en el consumo y retorno a un estilo de vida anterior.

En el tercer convenio, dentro del artículo 3 en referencia a las sanciones y delitos, la aplicación de sanciones de gravedad de dichos delitos, tal como la privación de libertad, sanciones pecuniarias refieren al pago de multas y decomiso de drogas. La importancia de nombrar estos convenios, es que en referencia a sus medidas sancionadoras, entre ellas no sólo ejecuta la penalización, sino que también se emplean en estas personas “medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación o reinserción social” (ONU, Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, 1988). Como se observa en los dos primeros convenios menciona la readaptación social como un término con un enfoque excluyente, donde una persona que haya cometido un delito queda fuera del sistema social y debe volver a adaptarse al mismo, sin embargo en el tercer convenio menciona al término reinserción con énfasis en que las partes del sistema deben volver a incluirlo.

En los tres convenios internacionales se hace énfasis que dentro de las disposiciones penales, es necesario que también se lleve un proceso de tratamiento de las personas sancionadas.

En materia de tratados Internacionales, el Ecuador es signatario, sin embargo estos tratados datan de hace 50 años atrás por lo cual de normas actuales el Ecuador no avanzado en nuevos elementos que aporten a la construcción de políticas publica, desde una mirada de derecho, se a quedado con estos tratados Internacionales y que son regulatorios, sancionadores que están ligados al narcotráfico, pero que no tienen mayores elementos de acción y de intervención con la familia.

Dentro de estos 18 tratados hacen énfasis en el control y sanción, pero que no hacen mención en estos elementos mencionados que hacen falta, como lo dice la Constitución de la Republica, la persona que consume es un problema de salud pública no es una cuestión punitiva a diferencia de estos tratados, donde dice que tanto el trafico como el consumo es delito.

En referencia a Ley Orgánica de Salud, ésta menciona en el artículo 38 que se considera un “problema de salud pública al consumo de tabaco y al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, así como al consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, fuera del ámbito terapéutico” (Ley Orgánica de Salud, 2012). Esta misma ley se refiriere que debe realizarse acciones dirigidas a la recuperación, rehabilitación y reinserción social, de las personas que han sido afectadas por el consumo.

La Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, orientadas a la prevención, las cuales determinan que se debe seguir a los planes de la SETED en: educación preventiva para todos los niveles e información preventiva en lugares los de trabajo, participación comunitaria, actividades deportivas, y medios de comunicación. Y en referencia a la rehabilitación de las personas afectadas existen nueve artículos, en los que se expone principalmente que según el artículo 30 “no debe haber detención del usuario por estar bajo influjo de sustancias” (Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, Codificación., 2004)., y de ser así, según el artículo 28 deben realizar exámenes y tratamientos obligatorios a

personas que estén bajo los efectos de drogas, y dependiendo del grado de intoxicación se deriva o no un tratamiento adecuado, en centros especializados en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y la Secretaría Técnica de Drogas (SETED), ambas colaboran para la creación de casas asistenciales en su artículo 33, además, de que se hace referencia a que los centros privados serán autorizados por la SETED. Dentro de este reglamento en el título referente a tratamiento, no expresa qué acciones tomar si una persona bajo efectos de sustancias tenga un grado de intoxicación baja y no necesite rehabilitación especializada, no se nombra el tipo de tratamiento que debe realizarse, no señala si el enfoque debe ser de manera integral con la participación de actores claves: como la familia, comunidad, grupo de pares para un proceso de recuperación adecuado; ni nombra la participación exacto de otros ministerios.

La competencia sobre la problemática de consumo de psicoactivos corresponde principalmente coordinada al Ministerio de Salud Pública; además integra la participación de otros ministerios, tales como: el Ministerio de Inclusión Económica Social (MIES), Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, Ministerio del Interior, Ministerio de Educación y Ministerio del Deporte. Todo ello con la finalidad de realizar un trabajo articulado desde diferentes perspectivas, no sólo con dependencia del campo de la Salud, sino también otros sectores que atenúan la problemática de consumo correspondiente a cada ministerio.

Retomando la (Ley Orgánica de Salud, 2012), en el artículo 6 establece, que el Ministerio de Salud Pública es el responsable de “Regular, vigilar, controlar y autorizar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud, públicos y privados, con y sin fines de lucro, y de los demás sujetos a control sanitario”.

De esta manera en concordancia con el Acuerdo Ministerial 80, emitido el 8 de agosto de 2016, se remite la Normativa para el control y vigilancia de los establecimientos de salud que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (ESTAD), en su artículo 4

determina las tipologías de los servicios de tratamiento dependiendo el nivel de complejidad.

NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	NOMBRE	HOMOLOGACIÓN
Segundo Nivel de Atención	2do nivel de complejidad	II-3	- Centro clínico ambulatorio (Hospital del Día)	- Centro ambulatorio para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CATAD)
Tercer Nivel de Atención	1er nivel de complejidad	III-1	-Centros Especializados	- Centros especializados para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD), incluye Casas de Acogida y Tratamiento para Adolescentes
Tercer Nivel de Atención	2do nivel de complejidad	III-2	-Hospital especializado	Hospital especializado en salud mental que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (HESM)

Fuente: Modelo de Atención Integral

Fecha: 28 de febrero, 2018 citado

Elaborado: MAIS

En referencia a la institución en la que se recolectó información, ésta se ubica en los CETAD, es de carácter privado y su principal rol es de tipo hospitalario para personas adultas, en referencia al artículo 12 sobre el personal adecuado para el tratamiento en modalidad residencial están los profesionales en medicina y salud mental, actualmente se incluye también la participación de Trabajador/a Social, respondiendo así a la necesidad de realización vínculos sociales y familiares que funcionan como redes de apoyo y protección en este proceso.

Dentro de la misma normativa, el capítulo VI hace referencia al Tratamiento en sí, según el artículo 15, se debe realizar evaluaciones con diagnósticos que respondan al CIE-10, el artículo 16 enfatiza el rol de informador a la familia o representantes de los pacientes, en los que estos deben estar informados del proceso, y en referencia al artículo 18, los establecimientos de tipo residencial u hospitalarios no pueden sobrepasar los seis meses seguidos de tratamiento, sin embargo “ se llevará a cabo el

proceso de inclusión familiar e integración social respectivo” (MSP, 2016). Aquí se observa que se define entonces que estos procedimientos pueden ser débiles, ya que es necesaria la participación de familiares o representantes en terapias para que también sean quienes resuelvan sus problemáticas personales, en intervenciones socioeducativas para que adquieran conocimientos sobre modos de respuestas ante situaciones conflictivas y sobre la problemática en sí, aquí no se determina un proceso de pos tratamiento tal como lo enfocan los tres tratados internacionales del consumo de estas sustancias, sólo se define un proceso de seguimiento en relación al proceso terapéutico y sólo se lo realiza con el equipo técnico.

La Ley Orgánica de prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas y regulación y control del uso de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, está vigente desde octubre de 2015, hace referencia a la prevención integral como el “conjunto de políticas y acciones prioritarias y permanentes a ser ejecutadas por el Estado, las instituciones y personas involucradas, encaminado a intervenir con participación intersectorial” (Asamblea_Nacional, 2015). Se manifiesta que en la mejora de la calidad de vida, se incluye la participación de la familia en estos procesos, donde es preciso potenciar del desarrollo de capacidades de las personas y su soporte social.

En lo que se refiere a la prevención integral, esta incluye una participación desde el campo de la salud, educativo, educación superior, laboral, cultural y deportivo, comunicacional, en el artículo 12 incluye la prevención en el ámbito comunitario y familiar, y se orienta hacia “sensibilización y orientación de la comunidad urbana y rural, en especial de las mujeres embarazadas, niñas, niños, adolescentes y jóvenes, personas adultas mayores, padres y madres de familia” (Asamblea_Nacional, 2015). En este artículo se observa un aspecto muy importante el cual busca que las personas más vulnerables de las familias y sus responsables, , se supone entonces que esto debe incluir la revisión de factores como la relación familiar, riesgo y protección, consecuencias, entre otras, no sólo con enfoque socioeducativo sino también con enfoque terapéutico.

Sin embargo, ello no está explícito, a esto también se suscribe el Reglamento a la Ley Orgánica de Prevención Integral, vigente desde el 22 de marzo de 2016, busca regular la aplicación de la Ley Orgánica de Prevención Integral, específicamente aquí se determinan responsables y acciones específicas por cada ámbito en el área de prevención, sin embargo en el ámbito comunitario familiar, según el artículo 13, de sus acciones están encargadas la SETED y Gobiernos Autónomos Descentralizados, por medio de “evidencias, se diseñarán, planificarán y ejecutarán programas y actividades de prevención” (Reglamento a la Ley Orgánica de Prevención Integral, 2016)., se observa una diferencia entre abordar la prevención en otros ámbitos y en el familiar, en este último queda muy generalizado el tipo de acciones a tomar y cómo entidad principal la SETED, no incluye la partición de otros Ministerios, ni el trabajo interinstitucional entre estos con los GADs. Es esta problemática aún queda frágil en dicho ámbito, se invisibilizaron otros organismos del Comité Interinstitucional y sus gestiones en la problemática, si las hubiere.

Las leyes orgánicas de Educación intercultural y de educación superior coinciden en sus artículos 3 y 86 respectivamente en la importancia de garantizar procesos de prevención del uso de estupefacientes psicotrópicas y otras sustancias nocivas para la salud, así establecer unidades de bienestar estudiantil, para formular e implementar programas y proyectos de información y prevención integral, además de realizar coordinación con otras entidades que ejecuten acciones derivadas al tratamiento y rehabilitación.

Las leyes orgánicas del Ecuador tratan sobre estos procesos de prevención de las sustancias psicotrópicas y de estupefacientes, sin embargo esta prevención integral no se manifiesta los diferentes ámbitos en el que se encuentra el paciente, por lo que sigue siendo una dificultad en el tratamiento de recuperación, de esta manera las leyes del Ecuador deben de hacer énfasis en esta problemática con una mirada más global, donde nuestra intervención se tomada en cuenta, con la participación de instituciones dando realce a este enfoque que se busca establecer para un mejor tratamiento.

REFERENTE ESTRATÉGICO

El marco estratégico está compuesto de políticas públicas que responden a la demanda social en relación al consumo de sustancias psicoactivas.

El cambio de gobierno trajo consigo un nuevo Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. En el objetivo 1 planteado en el eje número uno de los Derechos para toda la vida, se busca garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas, de esta manera tenemos una política universal, que hace énfasis en la protección de los derechos que sustentan la vida, y en relación a la problemática de drogas busca afrontar esta situación, por medio de enfoques preventivos, por tal motivo el lineamiento específico que podemos encontrar en este plan es “Enfrentar el fenómeno socioeconómico de las drogas y el alcohol, a través de estrategias de prevención integral, control y reducción de la oferta” (Plan Nacional de Desarrollo, 2017, pág. 48), y destacando que una de las metas a cumplir por esta política es “Reducir de 12,65% a 11,65% la prevalencia de último año de consumo de droga ilícita en estudiantes de 9no año de Educación General Básica, 1ro y 3ro de Bachillerato del Sistema Nacional de Educación a 2021” (Plan Nacional de Desarrollo, 2017, pág. 59).

Se observa, que esta problemática ha tenido una afectación muy grave en los adolescentes, sin embargo no es la única población afectada por este fenómeno, también existe una grave relación de patrones familiares de consumo, de interacciones inadecuadas, y de otras situaciones que potencian la problemática. En este Plan se establece una política que sólo se enfoca el aspecto preventivo, y no se hace referencia a formas de tratamiento, de intervención específico

Siguiendo con el mismo eje, se plantean intervenciones emblemáticas, las cuales son propuestas que buscan garantizar los derechos a los ciudadanos para toda la vida, en cuestión a la situación de consumo, se presenta la prevención y control del uso y consumo de droga que busca establecer estrategias que permitan este fortalecimiento de prevención integral.

Por lo tanto “la prevención integral y el control del fenómeno socio-económico de las drogas es una política prioritaria, para este nuevo gobierno cuyo objetivo general es evitar, retrasar y reducir las consecuencias de carácter sanitario, económico, social y de seguridad ciudadana del consumo de drogas con un enfoque de salud pública y de derechos humanos” (Plan Nacional de Desarrollo, 2017, pág. 69). Como se ha podido observar a lo largo de las normativas planteadas, se establece en un marco de prevención y promoción basadas en proyectos para generar actividades con cultura de recreación, sin embargo se invisibiliza la diversidad de situaciones ejecutando acciones poco estructuradas, sin observar políticas específicas para aquellas personas que ya están afectadas por la situación de consumo y sus familias.

Las políticas públicas que existen en el Ecuador ligadas a nuestro tema de investigación proponen ciertas características a nivel participativo de la salud, se ha podido observar en el análisis de normativas, que se destaca el problema de drogas como un problema de salud como lo define el Ministerio de Salud Pública, sin embargo no se visualiza ese enfoque integral con las familias, que permita al consumidor tener un mejor tratamiento y recuperación. Por otro lado se han planteado estrategias que incluyen la participación de otros ministerios respondiendo a su enfoque de intervención, pero en el enfoque comunitario familiar no, a pesar que en los subcentros de salud existe la rehabilitación pública para estas personas con problemas de consumo, según fuentes del SETED a nivel de país sólo existen 10 centros públicos especializados en el tratamiento para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, el Modelo de Atención Integral (CETAD), existen 4 CETAD para adultos con consumo problemático de modalidad residencial en Quito, Guayaquil, Esmeraldas, Portoviejo, Puyo y Santa Rosa y 4 casa de acogida para adolescentes en modalidad residencial, dos en Guayaquil, una en Quito y una en Otavalo.

Se puede expresar que la política pública planteada en esta investigación es sostenible, pero es necesario implementar estrategias o mecanismo que integren

específicamente el sistema familiar para un mejor proceso de recuperación de estas personas.

Ahora tendremos en cuenta el Plan Nacional de Prevención Integral y Control del fenómeno Socio Económico de las Drogas, el mismo que está articulado por diferentes entidades estatales con cumplimiento de un rol específico, el plan también fue creado mediante la participación ciudadana, el SETED creo mesas de diálogo para adquirir información desde diversos sectores. Este plan se funda bajo dos enfoques, el de Salud y el Derechos Humanos, y tiene como objetivo general evitar, retrasar y reducir las consecuencias del fenómeno socio económico de las drogas.

Dentro del plan tenemos la implementación de dos ejes:

Eje 1. Reducción de la demanda

Sus aspectos buscan:

- Promover la salud, bienestar y calidad de vida de la población.
- Prevenir o evitar el uso o consumo de drogas.
- Intervenir tempranamente a los usuarios de drogas ocasionales o no problemáticos.
- Tratar las consecuencias nocivas para la salud por el uso y consumo de drogas, y sus consecuencias sociales.
- Reducir riesgos y daños asociados al uso y consumo de drogas.

Eje 2. Reducción de la oferta

Buscan atenuar la disponibilidad de drogas mediante la interdicción, regulación, control y fiscalización del tráfico de drogas.

Dentro del eje 1 tenemos como Objetivo 1: prevenir el uso o consumo de drogas, y como línea de acción de la estrategia 3 tenemos que el 3.1 busca implementar procesos de prevención e identificación oportuna de comportamientos de riesgo, asociados al uso y consumo de drogas a través de Departamento de Consejería

Estudiantil, Departamentos de Bienestar Estudiantil y Direcciones de Talento Humano.

Sin embargo en el Objetivo2: Brindar atención integral e intersectorial a las personas que presentan uso o consumo problemático de drogas.

En esta política se establecen la creación de estrategias y servicios para atender de manera integral a las personas que se encuentran en situación de consumo problemático de drogas, de esta manera se incluyen a las familias, comunidad y sociedad en general.

Dentro de las líneas de acción de la estrategia 1, tenemos que se busca Implementar un sistema nacional de información, seguimiento y monitoreo de los casos de consumo problemático de drogas atendidos en el sistema nacional de salud, esto también tendrá información de recaídas, reingresos y seguimiento de casos, de esta manera se pueden seguir detectando los factores de riesgo que son determinantes para continuar esta problemática y se busca la implementación de programas de acciones de protección.

Dentro de las líneas de acción de la estrategia 2 se busca: Ampliar la Red de Atención Integral en Salud, a personas que presentan un uso o consumo problemático de drogas en las modalidades de tratamiento que la autoridad sanitaria determine.

De esta manera exige la atención multidisciplinaria y la inclusión de la familia y sociedad en la resolución de esta problemática. En este sentido el tipo de tratamiento que busca ejecutarse es de tipo de terapias ambulatorias, medicación y seguimiento.

Dentro de las caracterizaciones de la clínica en que se recolectó la información, denominada como Centro de Salud Integral, de tipo privada, se adscribe a los CETAD como una clínica especializada en el tercer nivel de atención, se ubica en el suburbio de Guayaquil, en la calle 23 número 205 entre Febres Cordero y Capitán Nájera.

La institución se inició en el 2000, fue aprobada mediante artículo segundo de la Resolución No. SC.IJ.DJC.G.13.0007198, el cinco de Diciembre del 2013,

cambió su denominación Dentro del funcionamiento de la institución, ésta aborda el tratamiento profesional a jóvenes y adultos con problemas de consumo y adicción a sustancias estupefacientes y psicotrópicas. La población que atiende es de Hombres adultos y jóvenes desde 18 hasta 65 años de edad con problemas de consumo de sustancias psicoactivas que cumplen los criterios de síndrome de dependencia según manuales diagnósticos CIE 10 Y DSM 4.

Dentro de los servicios que implementan, están:

- Atención medica
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia grupal
- Terapia de pareja
- Terapia familiar
- Terapias de apoyo
 - Terapia vivencial
 - Terapia espiritual

Adicionalmente según las necesidades del paciente si se requiere de atención psiquiátrica y odontológica.

Por otro lado los Planes Nacionales de Desarrollo para el Buen Vivir desde los periodos presentados (2007-2010; 2009-2013; 2013-2017), mantienen una diferencia en cuanto a sus objetivos y programas.

Podemos destacar en el periodo 2013-2017 en caracterización de objetivos el “reconocimiento de derechos con énfasis en políticas de igualdad, integración de enfoque de derechos y principios constitucionales en el sistema de planificación, énfasis en movilidad humana, seguridad social y violencia y discriminación” (Leon Jessenia; Ramon Guadalupe; Mero Marina, 2017, pág. 6)

De tal modo que la caracterización de las políticas que “Plantea Políticas de protección especial universal, se toman en cuenta criterios: Ciclo de vida de la persona, movilidad humana corresponsabilidad y cohesión territorial” (Leon Jessenia; Ramon Guadalupe; Mero Marina, 2017, pág. 6)

Estos objetivos se reestructurando para beneficios de los ciudadano, para cumplir con las necesidades como lo resaltan las políticas sin dejar atrás los derechos de la Constitución que son de más realce, salud y educación, el principal objetivo es garantizar los derechos de todos los ciudadanos, mediante los planes, políticas, programas y proyectos y servicios que se orientan a la población con mayor nivel de vulnerabilidad social, como son las personas con problemas de adicción, sin embargo es importante que el enfoque de Trabajo Social con familia sea vinculado en los tratamientos de tal manera que los pacientes tendrán una mejor recuperación y reinserción social.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo veremos la metodología empleada en el proceso de investigación, por la cual mediante la relación con los objetivos, se llega a conocer las historias de vida de los consumidores de psicoactivos en proceso de recuperación.

ENFOQUE METODOLÓGICO

El enfoque metodológico empleado en esta investigación, es de tipo cualitativos, según LeCompte (1995) expresa que se la puede expresar como “una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adaptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo...” (LeCompte, 1995).

Por otro lado Taylor & Bodogan (1999) se refiere a la investigación cualitativa como aquella “que produce datos descriptivos, las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable” (Taylor & Bodogan, 1999).

Desde este encuadre se entiende que la investigación cualitativa ayuda a analizar y describir información de tipo observable, teniendo énfasis principalmente en aspectos subjetivos de las personas sujeto de estudio, es por esto que este enfoque permite estudiar de manera más profunda la información encontrada.

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo descriptivo porque mediante la observación y caracterización se puede comprender la realidad de los sujetos de investigación, y de esa manera buscar aspectos relacionales.

Según Ander-Egg (2011) “estas investigaciones también son llamadas investigación diagnóstica, ya que consisten fundamentalmente en caracterizar un

fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares en diferenciadores” (Ander-Egg, 2011, pág. 31). Por otro lado “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. Danhke, citado por (Hernández, Fernández y Baptista, 1989, pág. 3).

La investigación de tipo descriptivo ayuda a narrar aspectos de la realidad de los sujetos de investigación, para analizarlas y crear relaciones que permiten comprender la realidad, y no quedarse sólo con lo meramente observable, es por eso que en esta investigación se abordan conceptos, percepciones, observaciones, para poder integrar los aspectos más determinantes y creando así relaciones en la historia de vida de las personas en situación de consumo de drogas en proceso de recuperación.

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método de investigación que se utiliza es el fenomenológico porque se busca la recolección de información de forma inmediata y directa sobre aspectos subjetivos, y de esta forma dar explicación a los aspectos encontrados en el proceso, de esta manera podemos dar respuestas más precisas y variadas sobre los contenidos resultantes del análisis, y descubrir situaciones no visibles de la realidad.

Tenemos que (Creswell, 1998), (Álvarez & Gayou, 2003) y (Mertens, 2005) fundamentan las siguientes premisas desde la fenomenología: Se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente, se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados. Las entrevistas, grupos de enfoque, recolección de documentos y materiales e historias de vida se dirigen a encontrar temas sobre experiencias cotidianas y excepcionales.

Es por esto que este método nos ayudó a conocer y comprender la realidad de los sujetos de investigación, haciendo una recolección de datos desde las historias de vida, teniendo en cuenta los significados individuales y colectivos de cada paciente del centro de recuperación.

UNIVERSO

Aquí se describe la población a estudiar, uno de los conceptos básicos, es que se considera un conjunto de personas u objetos en los que se basaran los resultados de la investigación, algunos autores destacan la población finita o infinita, en nuestro caso se resalta la finita ya que es una población contable, de tal manera en esta investigación se consideró como la población de 10 adultos jóvenes varones y sus familias, que se encuentran en proceso de tratamiento de tipo residencial en el centro de salud integral (INSACENT) de la ciudad de Guayaquil.

Este centro de salud integral cuenta con tratamiento ambulatorio y residencial, por lo que se trabajó con los jóvenes residentes en la institución, en cuanto a este tratamiento solo consta con la presencia de hombres adultos jóvenes. En las principales características de este grupo de investigación es el rango de edad que se encuentra entre los 18 y 30 años.

MUESTRA

La muestra es el subconjunto de la población, es decir las características específicas de la población seleccionada, la muestra se “compone de algunos individuos, objetivos o medidas de una población” (Silva , 2001, pág. 40). Debe ser representada en base a procedimientos estadísticos que se van ir dando a través de la investigación.

De dicha manera permite conocer características específicas del universo, por lo tanto en la presente investigación se consideró a 6 pacientes varones entre los 18 a 30 años de edad, que se encuentren residentes en el centro de salud integral (INSACENT) de la ciudad de Guayaquil, con sus respectivas familias.

MUESTREO

El tipo de muestreo seleccionado, es el no probabilístico intencional, “Las propiedades de estos muestreos solo pueden ser evaluadas subjetivamente” (Hernández & Óscar, 2009). En este proceso los investigadores tienen conocimiento previo sobre la población de estudio y son quienes seleccionan la muestra dependiendo la intención.

FORMA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo la recolección de datos de la investigación se toma en cuenta el tema a tratar, en nuestro caso es historias de vida, una estrategia que permitirá generar percepciones, versiones y la forma de expresar de los investigados a través de la historia social.

Barreto (1990) define a la historia de vida como

Un recurso de primer orden para el estudio de los hechos humanos, porque facilita el conocimiento acerca de la relación de la subjetividad con las instituciones sociales, sus imaginarios y representaciones, simbólicas, la historia de vida permite traducir la cotidianidad en palabras, gestos, símbolos, anécdotas, relatos, y constituye una expresión de la permanente interacción entre la historia personal y la historia social. (Barreto, 1990, pág. 186)

En la recolección de información se utilizó la entrevista a profundidad para conocer todo estos elementos que con llevan en la historia de los jóvenes y las familias que se encuentra en proceso de recuperación, la entrevista consiste en la interacción con dos o más personas formulando preguntas referentes al tema planteado, de tal manera que los investigados proporcionaran la información que le es solicitada.

Robles (2011) se refiere a la entrevista en profundidad de la siguiente manera:

Proceso que podríamos dividir en dos fases; la primera denominada de correspondencia, donde el encuentro con el entrevistado, la recopilación de datos y el registro, son la base para obtener la información de cada entrevista. La segunda, considerada de análisis, donde se estudiará con detenimiento cada entrevista y se asignarán temas por categorías, con esto, podremos codificar de manera eficiente toda nuestra información para su futuro análisis. (Robles, 2011, pág. 5)

Mediante la aplicación de entrevista se pudo comprender la realidad de los entrevistados sobre los aspectos de la investigación; dentro de proceso de recolección de datos, uno de los instrumentos utilizado, ha sido el genograma, instrumento que permite observar cómo son las relaciones internas en la familia.

TIPO DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

La presente investigación es de enfoque cualitativo por lo tanto el análisis se dio a través de categorías que permitieron entender el significado de los datos, para aquello se utilizó el método fenomenológico, ya que facilita la comprensión del sentir de las de lo investigado.

(Lopez Marsolys, 2013) (P. 3). Aporta con la siguiente caracterización del método utilizado “el método fenomenológico parte del diseño del mundo conocido, del cual hace un análisis descriptivo en base a las experiencias compartidas, del mundo conocido y de las experiencias intersubjetivas se obtienen las señales, indicaciones para interpretar la diversidad de símbolos. A partir de allí, es posible interpretar los procesos y estructuras sociales. En las ciencias sociales se requieren de constructor y tipos para investigar objetivamente la realidad social”.

Entonces, se utilizó la técnica de triangulación que no es más que la composición de dos o más teorías o métodos, la información obtenida a través de las

herramientas usadas y el estudio de la población seleccionada en este caso los jóvenes y sus familias en proceso de recuperación, para comprender la interpretación de los datos. La triangulación presenta cuatro tipos básicos para abordar un fenómeno:

- Triangulación de datos con tres subtipos tiempo, espacio y persona, este análisis tiene a su vez niveles, agregado, interactivo y colectivo.
- Triangulación de investigador que consiste en el uso de múltiples observadores, más que observadores singulares de un mismo objeto.
- Triangulación teórica que consiste en el uso de múltiples perspectivas, más que de perspectivas singulares en relación con el mismo set de objetos
- Triangulación metodológica que puede implicar triangulación dentro de métodos y triangulaciones entre métodos (Arias, 2000, pág. 3).

En la investigación se utilizó la triangulación de métodos, es decir que las herramientas usadas en el proceso de recolección de datos como lo es la entrevista a profundidad, grupo focal y genograma, tendrá un análisis de las teorías sociales planteadas, permitiendo destacar uno de los puntos importante que es el sistema familiar de los jóvenes del centro de salud integral en proceso de recuperación.

CATEGORÍAS ESTABLECIDAS

Para orientar y dar mayor organización a la recolección de datos, se plantearon categorías de estudios, que de manera provisión y sirvieron para dar estructura a los instrumentos y facilitan el procedimiento de los datos recolectados, a continuación se plantean las categorías propuestas:

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO	CATEGORÍA	VARIABLE	SUBCATEGORÍA	ACTORES	INSTRUMENTOS/TÉCNICAS
Reconstruir la historia de vida de los diferentes pacientes consumidores de sustancias psicoactivas	Ciclo vital	Crianza	Recuerdos latentes Experiencias más significativas Personas significativas Concepciones de la infancia Aprendizajes familiares Normas	Pacientes	Entrevista individual
		Interacción familiar	Concepciones de la familia Tipo de familia Consejos interiorizados Problemas familiares comunes Funciones de la familia	Pacientes	Entrevista individual
		Percepciones identitarias	Acciones positivas ante problemas Autopercepción Sensibilidad ante el problema Objetivos personales Estereotipos	Pacientes	Entrevista individual
	Vivencias en función de etapas de consumo	Percepciones	Influencias de primer consumo Creencias sobre la etapa de experimentación Factores protectores Factores de riesgo	Pacientes	Entrevista individual
		Actitudes	Actitudes a partir del primer consumo Interacción con grupo de familia Actividades con grupo de consumo	Pacientes	Entrevista individual
		Psicoactivo	Tipo de sustancia consumida	Pacientes	Entrevista individual

		Grupo de pares	Experiencias compartidas Historias comunes Conocimiento de efectos del consumo	Pacientes	Grupo de discusión
		Familia	Conocimiento de la familia sobre el consumo Reacciones familiares primarias Presencia o ausencia de apoyo Situaciones comunes en la familia	Pacientes	Entrevista individual
		Fuentes de apoyo	Presencia o ausencia de personas de apoyo Fuente de apoyo primario Personas significativas en esta etapa Personas significativas ausentes Tipo de consejos vivenciales Rol de personas según el apoyo	Pacientes	Entrevista individual
		Percepción de riesgo ante el cambio	Propósito de abandono de consumo Conocimiento de consecuencias del consumo Tipo de reacción ante sugerencias Negación de existencia de un problema	Pacientes	Entrevista individual
		Acciones de cambio	Necesidad de hablar de su situación Intención de cambiar Tiempos o periodos de abstinencias Tiempo de abandono de consumo	Pacientes	Entrevista individual
		Concepciones	Concepción de la recuperación Concepción de la familia	Pacientes	Grupo de discusión

		Recaídas	Nuevos aprendizajes Necesidad de hablar del problema	Pacientes	Grupo de discusión
Caracterizar las interacciones familiares y del entorno en el que han vivido los pacientes antes y durante del proceso de recuperación.	Interacciones familiares	Tipo de relación	Homeostasis Respeto por las decisiones individuales Asignación de responsabilidades Respeto por la identidad individual	Familias	Entrevista individual
		Papel en la familia	Principales funciones familiares cumplidas Distribución adecuada o no de los roles Rol personal Reglas Valores	Pacientes	Entrevista individual
		Reacción frente a situaciones conflictivas	Reacciones frente a problemas Forma de alternativas en problemas Preocupaciones familiares Resiliencia	Pacientes	Entrevista individual
	Interacciones en el entorno	Grupo de pares	Concepción de amigos Presencia y tipo de apoyo	Pacientes	Entrevista individual
Identificar las redes de apoyo que lograron los jóvenes para el proceso de su recuperación	Redes de apoyo	Institución	Significado de relación con vivenciales Percepciones sobre seguimiento Proyecto de vida	Pacientes	Entrevista individual

		Familia	Rol de la familia Reacciones de la familia Relaciones familiares Recuperación de los roles familiares	Paciente y familia	Entrevista individual
		Comunidad	Tipo acceso a las drogas Relaciones en la comunidad Percepciones de la comunidad sobre el consumo de droga Tipo de apoyo de amistades	Paciente y familia	Entrevista individual

*Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 26 de enero de 2018*

MATRIZ DE CATEGORÍA DE ANÁLISIS

OBJETIVOS	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	PÁGINA
Objetivo 1: Reconstruir la historia de vida de los diferentes pacientes consumidores de sustancias psicoactivas.	Ciclo Vital	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recuerdos latentes ➤ Experiencia significativa ➤ Persona significativa ➤ Violencia como antecedente* ➤ Percepción previa de consumo* ➤ Situaciones familiares incidentes. ➤ Consejos interiorizados ➤ Acciones positivas ante problema. ➤ Concepciones actuales de familia* ➤ Autopercepción ➤ Objetivos personales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pág. 74 ➤ Pág. 75 ➤ Pág. 76 ➤ Pág. 77 ➤ Pág. 78 ➤ Pág. 79 ➤ Pág. 81 ➤ Pág. 82 ➤ Pág. 83 ➤ Pág. 84 ➤ Pág. 86
	Vivencia en función de etapa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Percepción de influencia de consumo ➤ Actitudes personales a partir del primer consumo ➤ Actividades con grupo de consumo. ➤ Propósito de abandono de consumo. ➤ Percepción de riesgo ante el cambio. ➤ Necesidad de hablar de la situación. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pág. 88 ➤ Pág. 89 ➤ Pág. 90 ➤ Pág. 91 ➤ Pág. 93 ➤ Pág. 94 ➤ Pág. 95

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concepciones empleadas en el proceso de recuperación. ➤ Factores influyentes en recaídas* 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pág. 96
Objetivo 2: Caracterizar las interacciones familiares y del entorno en el que han vivido los pacientes antes y durante el proceso de recuperación	Interacciones familiares	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Homeostasis familiar ➤ Respeto por decisiones individuales. ➤ Asignación de responsabilidades ➤ Reacción frente a problemas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pág. 98 ➤ Pág. 99 ➤ Pág. 101 ➤ Pág. 103
	Interacciones en el entorno	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reacción frente a problemas 2* ➤ Problemas en generación de amistades* ➤ Tipo de relación de pareja* 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pág. 105 ➤ Pág. 107 ➤ Pág. 108
Objetivo 3: Identificar las redes de apoyo que lograron los jóvenes para el proceso de su recuperación.	Redes de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incidencia de la institución en la recuperación* ➤ Rol de la familia ➤ Influencia de pares ➤ Tipo de apoyo de amistades 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pág. 111 ➤ Pág. 112 ➤ Pág. 113 ➤ Pág. 114

Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 16/02/2018

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CARACTERIZACIÓN GENERAL

En este capítulo se presentan los resultados mediante análisis de la información obtenida de los actores de acuerdo al objeto de investigación, se la obtuvo mediante la muestra de seis pacientes varones y sus familias, tomando en cuenta aspectos: crianza de los hijos, situación actual y el proceso de recuperación.

Para la obtención de la información fue necesaria la aplicación de entrevistas en profundidad a pacientes y familias, y también la realización de un grupo de discusión. En la especificidad de recolección se realizaron tres sesiones de entrevistas por cada paciente, una sesión de entrevista a tres familias que estuvieron disponibles y la realización del grupo de discusión a los mismos pacientes de las entrevistas.

Entre las consideraciones generales sobre la muestra, tenemos que la institución donde se ejecutó la investigación, sólo admite pacientes mayores de edad de sexo masculino para la modalidad residencial u hospitalario, también se da tratamiento de tipo ambulatorio, como característica común los pacientes tuvieron su etapa experimental de consumo en la adolescencia, y posteriormente se fue potencializando

Cabe recalcar según (Gráfico #1, revisar en anexos) en un análisis de encuesta del consumo de drogas del 2015, en el Ecuador, entre 36.000 adolescentes de 12 y 17 años, el 12,65% dijo haber consumido drogas ilícitas, de este porcentaje el 39% consumió más de una, en relación a la edad promedio del primer consumo de marihuana, heroína o H, cocaína y pasta base de cocaína fue a los 14 años. En Guayaquil, dentro de los encuestados “dijo fumar yerba (10,77%); un 4,89% esnifar heroína o ‘H’; un 3,02% cocaína: y 1,96% pasta base” (SETED, eltelégrafo, 2017).

En referencia a la Heroína, o comúnmente conocida como “H”, sus componentes son del 20% al 40% de la Heroína, y el 60% está compuesta por Cafeína (alcaloide), Diiltiazem (vasodilatador), Tolicaína (anestésico local), Aminopirina (analgésico), Noxetilina

(antidepresivo), Dietilftalato (líquido incoloro con sabor amargo y desagradable que se usa en cosméticos e insecticidas) y Carbonato de cal.

RECONSTRUCCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA DE PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Para poder reconstruir la historia de vida de los pacientes consumidores de psicoactivos en recuperación, es necesario precisar ciertos aspectos en relación a su crianza que han sido determinantes para tener concepciones y recuerdos que dan idea de una experiencia o vivencia con significados, entre los indicadores que haremos énfasis se encuentra la experiencia vivida en el proceso de crianza, para conocer qué incidencias han tenido a la actualidad.

CICLO VITAL

Dentro del proceso de reconstrucción de historias de vida, se ha determinado a ciclo vital como principal categoría ya que se hace referencia a diferentes etapas por las que han pasado los pacientes y han tenido experiencias tanto significativas como muy influyentes, es por eso que dentro de las subcategorías de análisis tenemos los recuerdos latentes que muestran como la presencia o ausencia de familiares ha marcado, las experiencias significativas como aspectos que tienen ver también con los tipos de relaciones y vivencias pasadas.

Las personas significativas en las que se observa la diferencia de vivencia con la figura paterna o materna, dentro de los antecedentes de violencia surgió un elemento importante como la presencia de alcohol en los ambientes que había violencia, por otro lado en la percepción previa del consumo se relaciona con manejar concepciones referidas a algo asociado a diversión o que era común consumir dentro de la propia comunidad.

En las situaciones familiares incidentes los pacientes tienen la capacidad de reconocer qué aspectos han sido vinculados como causas de consumo, sin embargo también tenemos que dentro de los consejos interiorizados las principales figuras de apoyo han sido las familiares y del grupo de pares, en la cual el consumidor toma la iniciativa de buscar apoyo, así mismo en aspectos positivos, tenemos las acciones positivas ante problemas donde principalmente existía un diálogo de por medio para la resolución de situaciones conflictivas, siguiendo esta

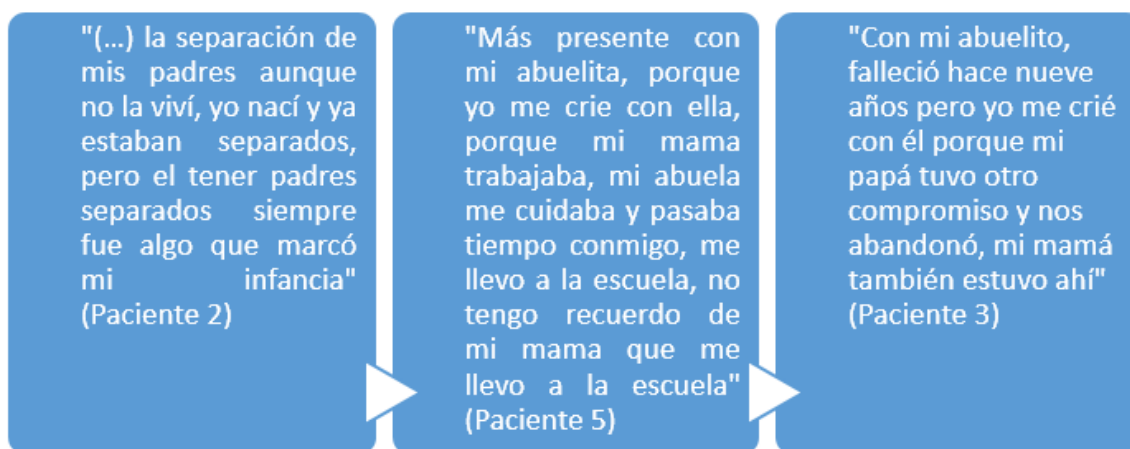
línea también se encontró que las concepciones de la familia tienen un sentido positivo, donde los pacientes se refieren así mismo como los responsables del consumo, esto dentro de la recuperación, de igual manera esto se lo determina en la subcategoría de autopercepción

Por otro lado dentro de los objetivos personales, los pacientes hacen referencia a la continuidad de estudios, trabajo, y como aspecto importante la búsqueda de la recuperación de su familia.

Recuerdos Latentes

Gráfico # 2

Recuerdos Latentes



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 14/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

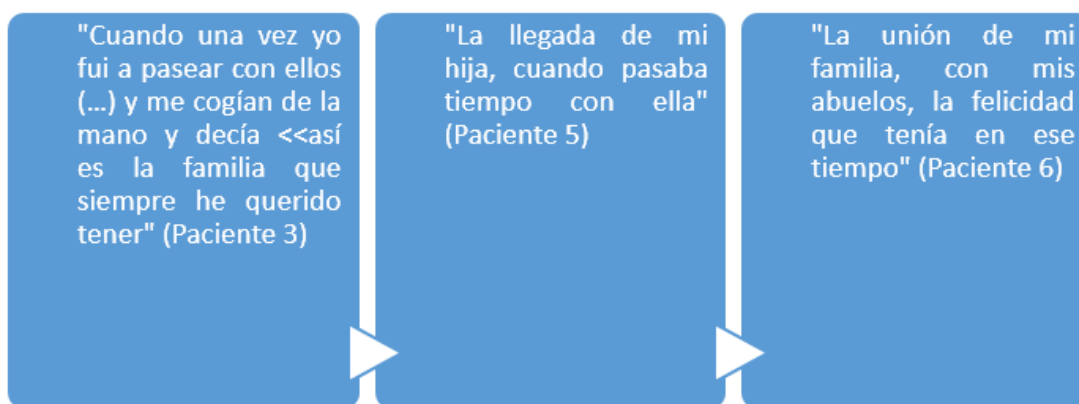
Podemos observar que la ausencia de la figura paterna o materna es la que más ha marcado a los pacientes, estas situaciones de abandono o separación no limitan el apoyo de otras personas, se puede notar que los abuelos y abuelas también cumplen un rol importante en el crecimiento de los hijos/as entendiendo así que estas situaciones son como un “destierro del vínculo afectivo con alguna porción o la totalidad del grupo familiar de origen, referida al marco social en el que se encuentra inscrita la familia y que condiciona otros aspectos del sujeto, como la forma de relacionarse” (Berenstein, 2004, pág. 76).

De esta manera se puede evidenciar que desde el momento que se da un desvinculo con una figura tan elemental en la infancia, puede traer consecuencias consigo, tales como limitada recepción afectiva, dificultades en la relación con otros sujetos ya que no están ambas figuras de socialización y que pueden dejar huellas que posteriormente se las reemplaza con otras vivencias, o personas significativas, entre ellas la de consumir alguna sustancia psicoactiva.

Experiencias significativas

Gráfico # 3

Experiencias significativas



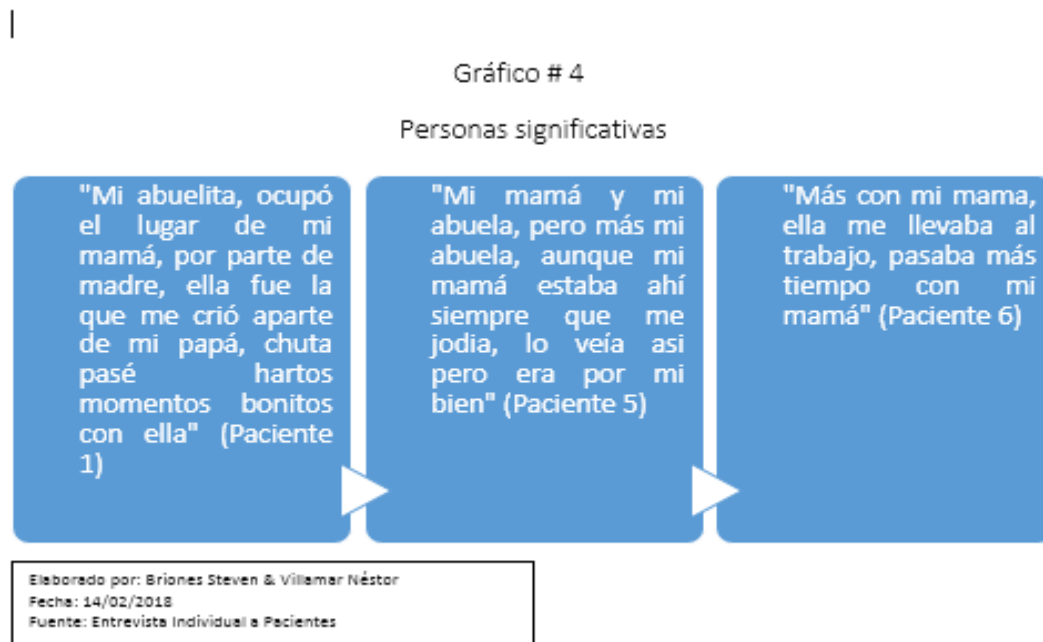
Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 14/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

En las vivencias personales ocurren hechos que nos marcan, estos se presentan en cualquier etapa de la vida, sin embargo, en la infancia es en primera instancia la etapa que más moldea a las personas, no sólo por el aprendizaje de valores, compartir el afecto, relacionarse. Los pacientes consideran como experiencia significativa, actividades de tipo familiar, no se limitan únicamente a la presencia de papá, mamá, hijas/os etc., sino que también se fundan esas experiencias significativas a partir del tipo de relación y vivencias que se establece dentro del sistema familiar. Según Pi & Cobián (2009), la forma comunicativa tiene tres aspectos, entre ellos: afectivo, informativo y regulatorio, "el afectivo proporciona a los miembros del grupo familiar indicadores significativos de autovaloración, favorece la

función de identificación e incluye toda una gama de emociones, sentimientos y vivencias en general” (Pi & Cobián, 2009).

Es a partir de este postulado que entendemos que el sujeto recrea como experiencias significativas aquellas en las que a la vez de reconocerlas, se siente reconocido e identificado, entonces podemos pensar que la familia es la que mayor representación establece en la crianza, y que si ésta no se da, pueden haber factores que impidan sentirse reconocido, teniendo consecuencias en otras etapas de desarrollo.

Personas significativas



En esta parte se puede relacionar para los entrevistados que la figura femenina ha sido la mayormente significativa, se puede ver que el rol de madre y abuela tienen un peso equivalente en la relación que se establece en la familia, vemos que la relevancia mujeres se simplifica en haber tenido experiencias con mayor peso que las vividas con los papás, haber inculcado valores o simplemente pasar tiempo con ellas, es por esto que son elementales en ser una red de apoyo elemental, “son un recurso de tipo afectivo e interpersonal promotor de

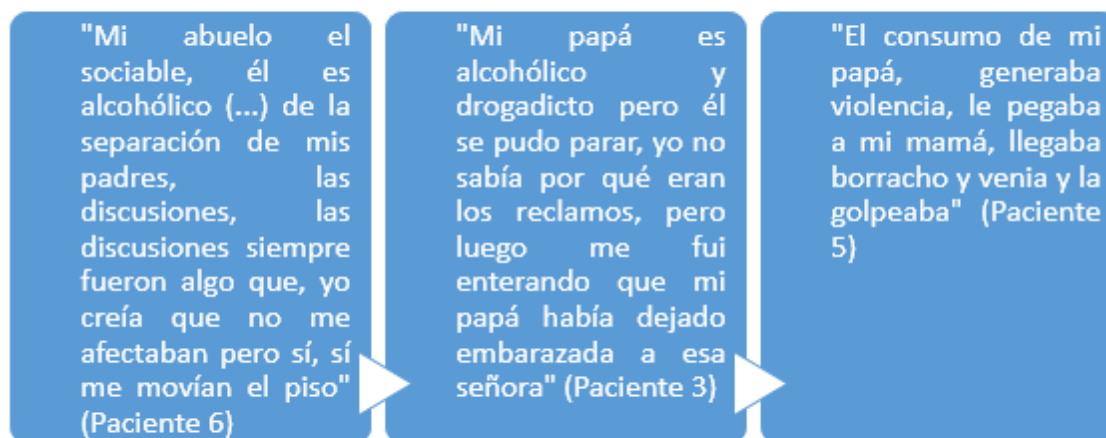
un aprendizaje resiliente, que se verá cristalizado en una serie de comportamientos y actitudes” (Montoya, Puerta, Hernández, Zapata, & Sánchez, 2016).

La figura materna funge como red de apoyo, podría ser porque socialmente en nuestra cultura, la mamá ha sido la que ha asumido el rol socializador de los/las hijas/os, lo que ha permitido que hayan pasado más tiempo con ella, además de haber cumplido con el rol de protección y afecto, quizás esto ha tributado a que las madres hayan sido un actor más atenuante ante situaciones de consumo y a la vez más resilientes.

Violencia como antecedente

Gráfico # 5

Violencia como antecedente



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 14/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

Notoriamente podemos darnos cuenta de la influencia negativa del alcohol en las familias, primero que todo el consumo de alcohol ha sido determinante para que se inicien discusiones, ha sido un factor que ha generado violencia, verbal y física, el paciente número 6 expresa sí afectarle presenciar ese tipo de escenas, a la vez de la ausencia de sus padres, en el paciente 3 este no sabía de los motivos, de igual manera el paciente 5, esto nos ayuda a comprender que la influencia del alcohol no sólo afecta a las parte involucradas en una discusión, sino también a los que la presencian, sobre todo por no saber las razones de las mismas, “el

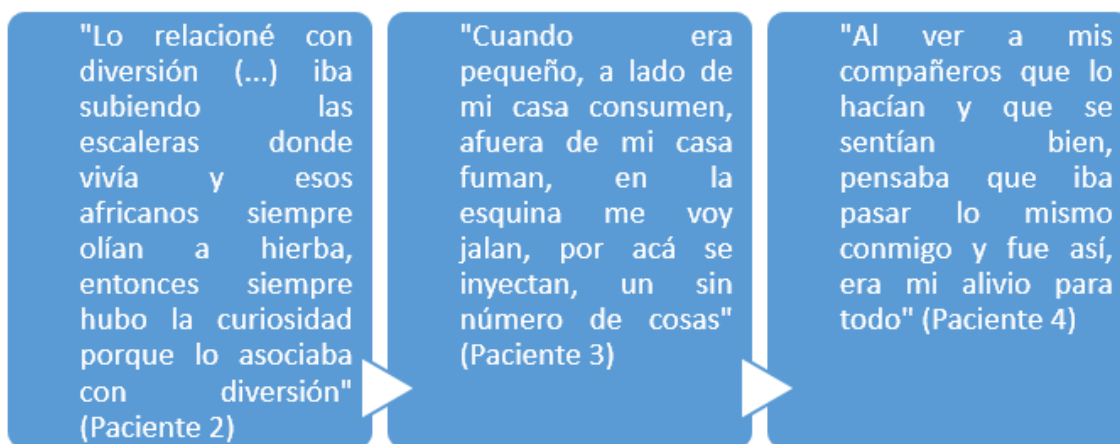
consumo de alcohol y drogas u otro tipo de problemas se explican como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar y, a su vez, el propio sistema afecta de igual forma al consumo” (STANTON, 1981).

Podemos inferir que el alcohol se vinculó íntimamente con la incitación hacia el consumo de drogas en los pacientes, por lo que también ha sido riesgosa, ya que esas experiencias de violencias pasadas y marcadas pueden motivar inconscientemente a tener la misma conducta de sus familiares anteriores, de esta forma vemos que el alcohol también se consideraría como una droga peligrosa por los altos riesgos que trae su excesivo consumo, tal como lo define la OMS en su clasificación de drogas de mayor a menor peligrosidad, ubicándola en el grupo 2 de 4.

Percepción previa del consumo

Gráfico # 6

Percepción previa al consumo



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 14/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

Aquí podemos observar desde las perspectivas de los pacientes sobre la construcción que ellos han tenido acerca el consumo, esto parte primero de un aprendizaje por observación, dos de ellos enfocando al consumo como un momento de sentirse bien, lo que determinó que

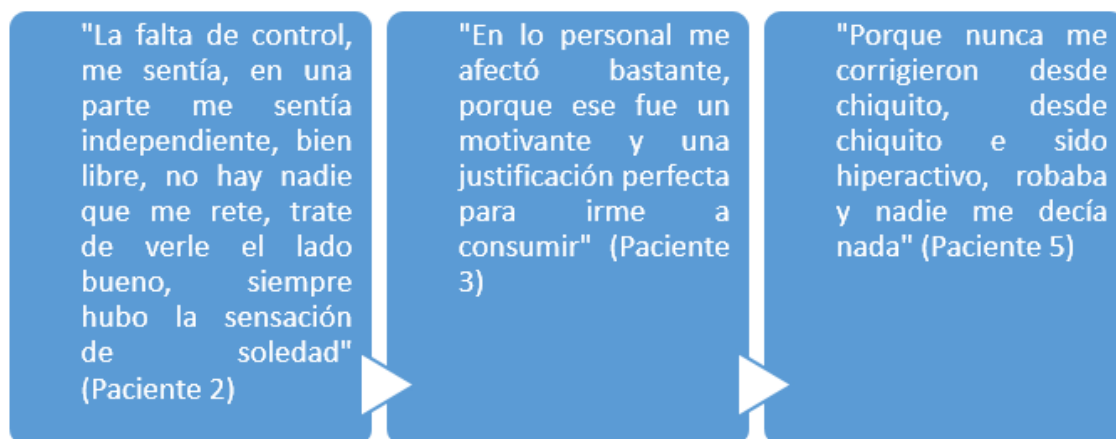
mediante sus carencias afectivas, ausencia de figuras paternas o maternas el consumo experimental de drogas haya sido a temprana edad, de igual manera el paciente tres ha sido influido por el barrio por el fácil acceso a ellas, lo que influyó también para que lo pacientes vean la situación de consumo como algo meramente social, es por esto que haciendo énfasis en la teoría de construccionismo social tenemos que “la vida cotidiana se representa como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente” (Berger, Peter; Luckmann, Thomas, 1968, pág. 34).

Es entonces que podemos comprender desde esta teoría que los pacientes han creado su realidad a partir del significado que ha tenido para ellos, como se nombra con anterioridad, si el consumo lo asocio con diversión, entonces esa será su realidad, del mismo modo si se ve como algo común del barrio, la realidad será que también se debe consumir para formar parte de dicho barrio, sin embargo de igual manera quiénes asocien al consumo de drogas como un estado tóxico, no desarrolladores, situaciones conflictivas, la realidad será esa y el aspecto subjetivo será que es dañino para la persona, y de esa manera los individuos la previenen.

Situaciones familiares incidentes

Gráfico # 7

Situaciones familiares incidentes



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 14/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

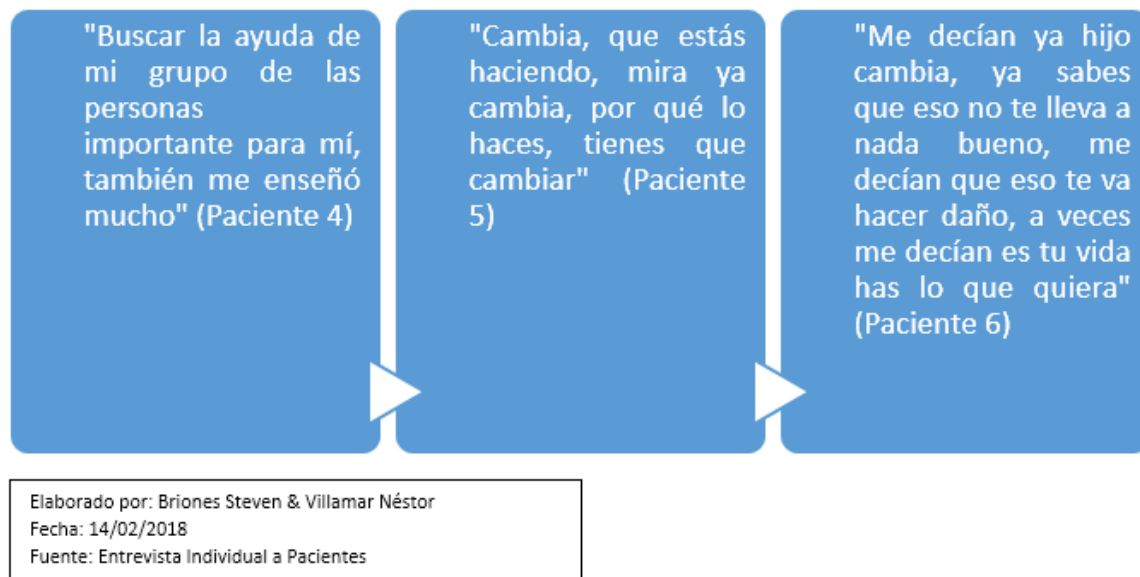
Para poder reconocer una más de las situaciones familiares que han sido incidentes en el consumo de psicoactivos, podemos darnos cuenta que según las citas, ha existido una carencia de aplicabilidad de normas dentro de sus sistemas familiares, entre las causas más comunes que podemos ver, es que los pacientes mismos en recuperación llegan a reconocer cuáles han sido también las falencias de sus familias como lo vemos en el paciente 2 y 5, de esta misma forma podemos ver cómo el paciente 3 identifica el incumplimiento de las normas fue un nexo para seguir consumiendo, por lo que constituye entonces, que es un factor de riesgo la inaplicabilidad de normas dentro del sistema familiar desde edad temprana, comprendemos así que “La falta de internalización de normas y resolución dialogada de conflictos en las relaciones interpersonales familiares, dificulta la adaptación efectiva y aumenta la probabilidad de conductas autodestructivas y de riesgo en el adolescente” (Valenzuela, Ana, Zubarew, & Loreto, 2013) (Párr. 18).

Según los autores podemos darnos cuenta el riesgo que se corre en una familia al no internalizar normas, y del mismo modo también resulta un riesgo no llegar a acuerdos previos entre familia, incluyendo la participación activa de todos los miembros, dando su opinión, no sólo cumpliéndolas, sino que creemos que es necesario que las normas que establece la familia se empleen de forma consciente con los/las hijos/as para que estos actúen de la misma forma consciente y pueden tener más conocimiento de los riesgos existentes.

Consejos interiorizados

Gráfico # 8

Consejos interiorizados



Haciendo énfasis en aspectos más resilientes, podemos entender desde las citas dos cosas, que el apoyo de las personas cercanas, sea familia o sean amistades va a sobresalir para servir de protección ante situaciones incongruentes, también, las primeras acciones protectoras de las personas ante alguien son los consejos que ellos les dan,

Como podemos ver en la cita, el paciente 4 expresa que la ayuda brindada por su grupo le dejó enseñanzas, él no sólo esperó el auxilio de su grupo, también podemos ver cómo la red de confianza ya fortalecida en un grupo, hace que las mismas personas afectadas busquen a su grupo de par, o también podría ser a la familia. Sin embargo la familia es la que más énfasis hace en los consejos, entre el paciente 5 y 6 podemos observar que se utiliza la terminología <<cambia>>, podemos hallar un aspecto muy esencial, los consejos no se orientan hacia la toma de acciones conscientes, no se recomienda oportunidades, ni se hace énfasis en otras consecuencias que trae consigo esta situación, llegamos a la inferencia de que quizás aún sigue siendo un tabú el hablar y profundizar temas de riesgo familiar, entre ellas el consumo de drogas.

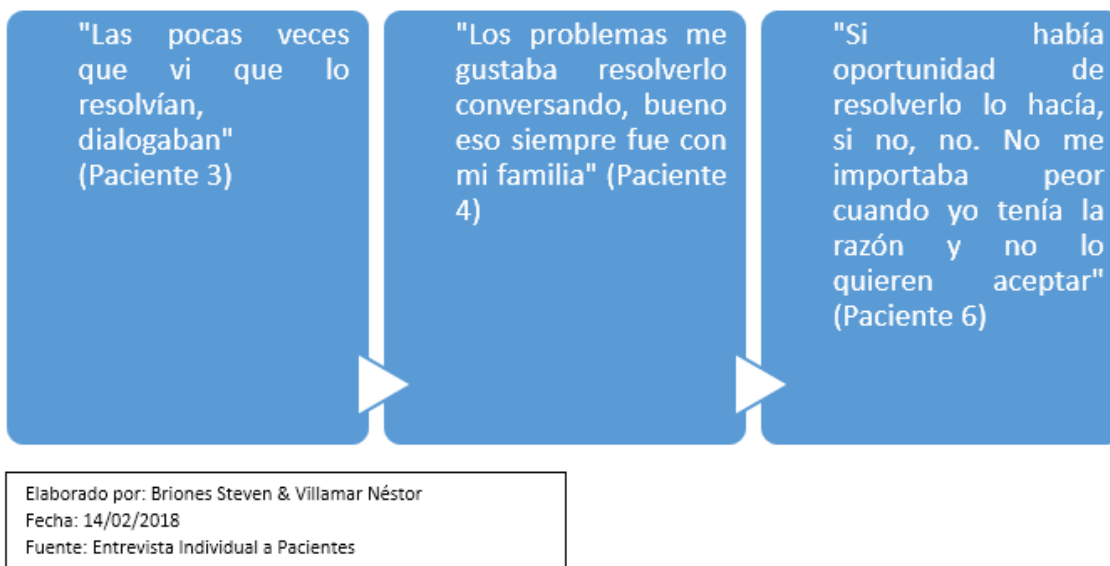
Desde la teoría de Interaccionismo Simbólico, en uno de sus postulados, tenemos que (Blumer, 1968) "significaciones son parte de un proceso de interpretación efectuado por la

persona en su relación con las cosas que encuentra, y se modifican a través de dicho proceso”. Desde esta teoría podemos comprender que los consejos y oportunidades de apoyo brindado por la familia y grupo de pares han sido necesarios para la toma de decisiones en lo que tiene que ver a la búsqueda de la recuperación de los pacientes, ya que gracias a sus relaciones positivas han creado significados que comparando con su realidad, han permitido tomar nuevas decisiones.

Acciones positivas ante problemas

Gráfico # 9

Acciones positivas ante problemas



Dentro de este indicador podemos encontrar la búsqueda de soluciones positivas ante la resolución de conflictos familiares, consideramos que a pesar de las diversas situaciones complicadas por las que han pasado los pacientes y sus familias, también podemos reconocer la existencia de aspectos resilientes, tal como lo es el diálogo. Entre las citas más significativas encontramos como mayor relevancia la búsqueda de diálogo, este proceso de cambio de las familias, posibilita otros recursos benefactores, tal como la búsqueda de oportunidades y apoyo en otros tipos de redes, no sólo la familiar. Tal como lo sucedió en el proceso de tratamiento del paciente a la institución. Para poder entender estas acciones de las

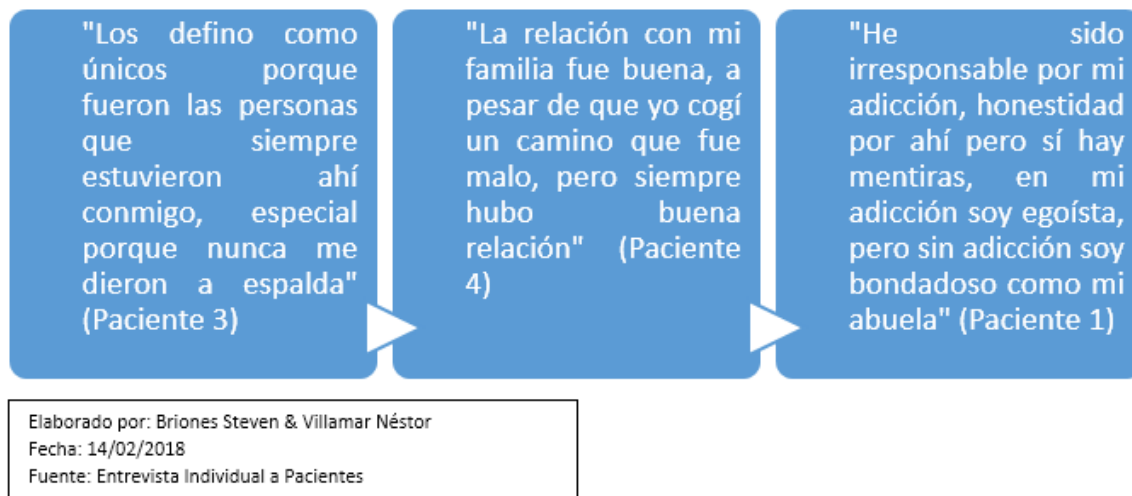
familias se cita uno de los principio de (Bertalanffy Von, 1976)“Los sistemas cerrados están irremediabilmente condenados a la desorganización. No obstante hay sistemas que, al menos temporalmente, revierten esta tendencia al aumentar sus estados de organización”.

Desde esta teoría podemos reconocer la dificultad que presentan estos sistemas para relacionarse uno con otro, a pesar de tener una red limitada de apoyo, de igual manera hay momentos en los que estos sistemas conflictivos buscan organizarse o armonizarse, y en este apartado se da por medio de la búsqueda del dialogo entre miembros de la familia.

Concepciones actuales de familia

Gráfico # 10

Concepciones actuales de familia



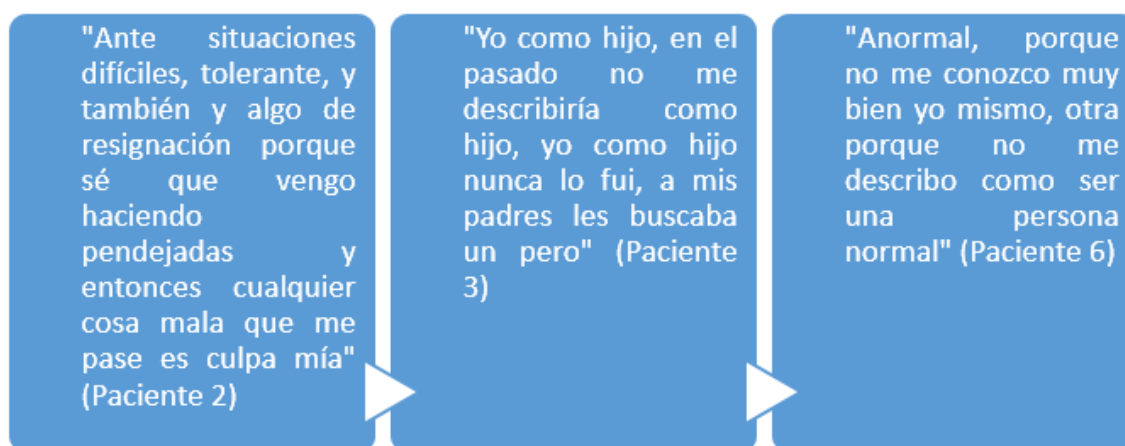
Dentro de las ideas concebidas de los pacientes acerca de sus familias tenemos que de manera general manejan un buen concepto sobre ellas, los pacientes se refieren a las familias como figuras principales en el apoyo, ellos reconocen a las familias así dentro de su proceso de recuperación, de igual manera consideran que siempre hubo buena relación de familia, a pesar de haber optado por esta situación, también existe un reconocimiento personal de comportamientos individuales donde los pacientes se autoevalúan el carácter desde puntos negativos. Cabe recalcar que la descripción de los pacientes sobre su familia tiene un énfasis más positivo por el mismo tratamiento que reciben. Desde el construccionismo social, (Berger & Luckmann, 1968), se refieren a la sedimentación, y es que los recuerdos quedan

memorablemente en la conciencia y pueden ser compartida con personas con experiencias similares, “si esa sedimentación no se produjese, el individuo no podría hallar sentido a su biografía” (pág. 89). Es aquí donde los pacientes establecen una comparación entre sus familias y sus comportamientos individuales que los mantenían en la situación de consumo, denotando un sentido positivo de las familias, y más responsabilidad individual.

Autopercepción

Gráfico # 11

Autopercepción



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 14/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

Dentro de este indicador podemos ver que la autopercepción se direcciona más hacia el autoconcepto de cada paciente, ya que cuenta que existe síntomas de desequilibrio emocional en cada uno de los pacientes, en el paciente 2 se refiere a que para su comportamiento, siente culpabilidad y resignación, del mismo modo el paciente 3 reconoce el incumplimiento de su rol como hijo debido a su consumo, y el paciente 6 se vulnera como alguien <<anormal>>, a partir de estas citas de los pacientes sobre la autopercepción se pueden definir como personas que han tenido baja autoestima, ya que su autoconcepto no es el más propicio, se comprende entonces que en el “consumo juvenil de drogas ilegales se ha confirmado el valor

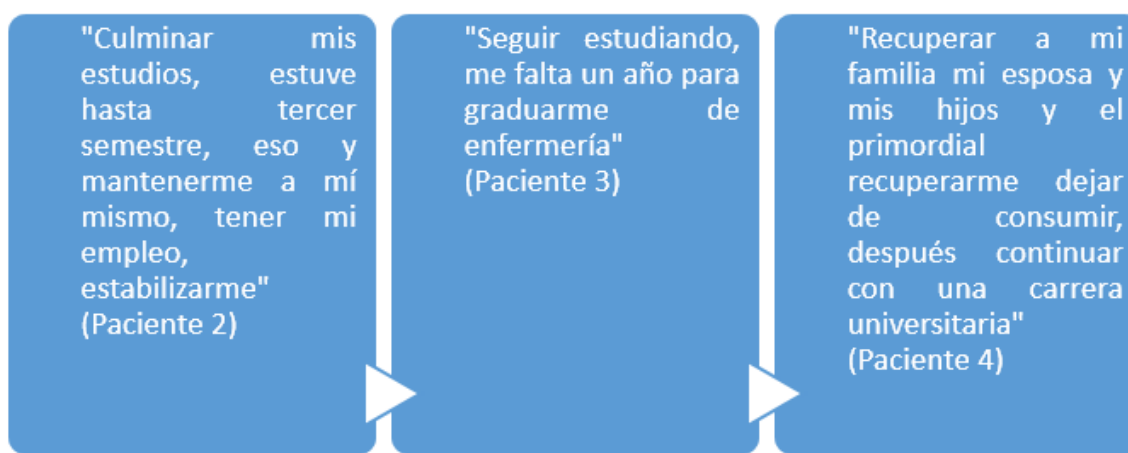
predictivo de la inestabilidad emocional y de los conflictos internos en el autoconcepto general con sentimientos de desvalorización individual” (Villa & Rodríguez, 2010).

Podemos definir de esta manera que los pacientes pueden haber tenido baja autoestima antes de la etapa de consumo, de esta misma manera, vemos cómo está su autoconcepto aún en el proceso de tratamiento, las afirmaciones actuales de pacientes en tratamiento deberían ser positivas, sin embargo, este autoconcepto puede limitar su recuperación y completa y dar brecha a posibles recaídas.

Objetivos personales

Gráfico # 12

Objetivos personales



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 14/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

Dentro de este indicador podemos encontrar otro tipo de factor de la historia de vida, como lo son los objetivos personales que se enmarcan dentro de un proyecto de vida individual, sin embargo muchos de esos proyectos han sido interrumpidos por la situación de consumo, estos objetivos personales son sinónimo de la búsqueda de desarrollo humano, porque permite la mejora individual y social de cada individuo, teniendo en cuenta lo que expresa (Bronfenbrenner, 1987), de que “el desarrollo humano es el proceso por el cual la persona en desarrollo adquiere una concepción del ambiente ecológico más amplia, diferenciada y válida, y se motiva y se vuelve capaz de realizar actividades que revelen las propiedades de

ese ambiente, lo apoyen y lo reestructuren, a niveles de igual o mayor complejidad, en cuanto a su forma y contenido”.

Desde esta teoría podemos comprender que el desarrollo no se limita a lo individual, sino que se establece en una relación compleja con otros sistemas que sustentan mejoras en diferentes dimensiones, es por esto que los pacientes de manera general enfocan sus objetivos personales en retomar sus estudios, y en el caso del paciente 4 busca la recuperación de familia. Esto nos lleva a la inferencia de que los pacientes se proyectan como forma de desarrollo, el continuar con el proceso de recuperación, continuidad en los estudios y mejoramiento de las relaciones familiares.

VIVENCIAS EN FUNCIÓN DE ETAPAS

En lo que se refiere a las vivencias en función de etapas, se encontraron elementos que responden a las fases que determina Prochaska y Diclemente en su Modelo Transteórico de cambio, es así que dentro de dichas categorías tenemos que en la percepción de influencia de consumo existió como indicio principal la curiosidad hacia conocer qué se sentía consumir una dosis de droga, a partir de esto surgen actitudes personales a partir del primer consumo tales como reconocer que continuaba el mismo tipo de relación, ya que considerar que el consumo fue algo personal.

Por otro lado dentro de las actividades con grupo de consumo se fundaban principalmente en conocer otros tipos de drogas, esto se lo puede corroborar con los tipos de drogas consumidas presentados en la tabla dentro del análisis de dicha categoría, en este proceso de consumo también encontramos como categoría el propósito de abandono de consumo, y tenemos que los pacientes no estaban interesados en cambiar a pesar de decirlo, en esta misma línea tenemos la categoría de percepción de riesgo ante el cambio, donde los pacientes se dan cuenta de los diferentes tipos de comportamientos que han tenido en el consumo e intentan cambiar.

También observamos que, en la categoría de necesidad de hablar de la situación, los pacientes determinan que sintieron la necesidad de hablar, al mismo tiempo también surgió más apoyo por parte de las familias o simplemente cambiaba el tipo de droga. Una vez ya dentro de un

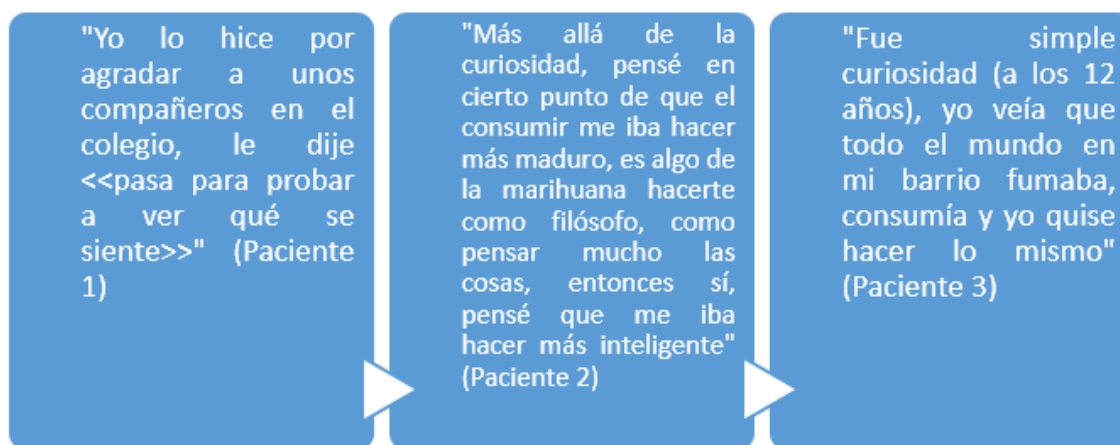
programa institucional, se halló que en la categoría concepciones empleadas en el proceso de recuperación, los pacientes aquí ya determinan sentirse mejor y al mismo tiempo identifican sentimientos que no eran demostrados por ellos.

Los factores influyentes en recaídas surgen como una categoría emergente, hallada mediante grupo focal, aquí se observa que los pacientes son capaces de reconocer que aspectos han sido los influyentes, con especial énfasis a factores personales.

Percepción de influencia de consumo

Gráfico # 13

Percepción de influencia de consumo



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 14/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

Dentro de este indicador podemos observar que el consumo experimental se reduce a la curiosidad, esto se da en la etapa escolar, si nos fijamos en el paciente 1 expresa que su consumo directamente fue por agradar a sus compañeros, sin embargo, de manera indirecta expresó <<pasa para probar a ver qué se siente>>, lo que se reduce a que lo hizo por curiosidad. De la misma manera el paciente, aunque si comprendemos desde el construccionismo social, el significado de consumir marihuana para él, lo relacionaba con hacerlo maduro, inteligente, filósofo, esa era su realidad, entonces su finalidad era también por curiosidad, y de igual manera el paciente 3, desde el interaccionismo simbólico podemos

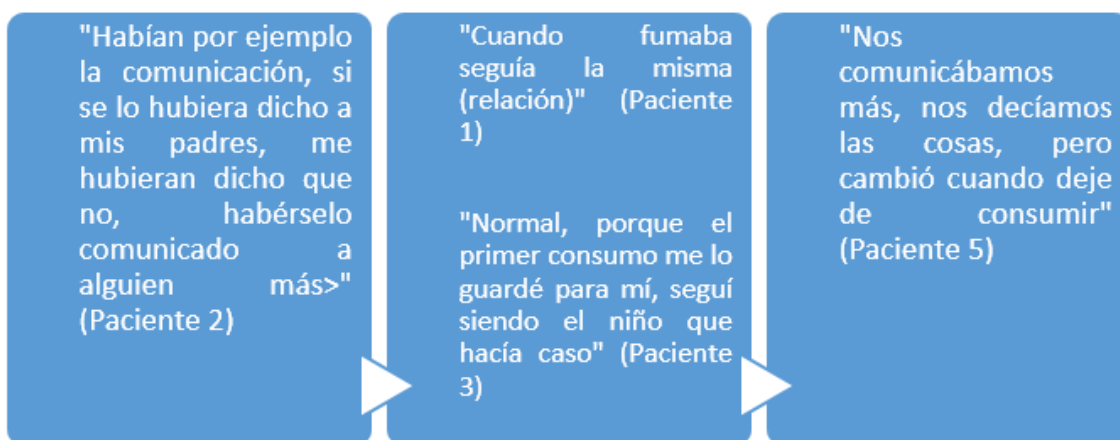
comprender aquí que “concebimos el estímulo como una ocasión u oportunidad para actuar, no como una compulsión o mandato” (Mead, 1934). De esta manera vemos que el estímulo externo fue aquella que dio un significado para que el paciente consuma, de igual forma se adentró en un consumo por curiosidad ya que estaba en busca de sensaciones.

Dentro de este indicador, que referencia a la curiosidad en el consumo existen, “estudios realizados con adolescentes identificaron que la curiosidad los motiva a experimentar nuevas sensaciones de placer como el uso de drogas que proporciona placer pasivo e inmediato” (Jordán, Molina, & Cristina, 2009).

Actitudes personales a partir del primer consumo

Gráfico # 14

Actitudes personales a partir del primer consumo



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 14/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

Dentro de este indicador de actitudes personales a partir del primer consumo, tenemos que el paciente 2 indica que le hubiera sido mejor habérselo contado a sus padres, ya que vemos que la comunicación dentro de sus sistema familiar era inadecuada, de este modo, el consumo inicial del paciente 1,3 y 5 fue personal, nunca lo dijeron, las relaciones continuaron siendo las mismas dentro de la familia, sin embargo vemos que existe una situación en el paciente 5, que cuando dejó de consumir ya potencializado su consumo, las relaciones cambiaron, del

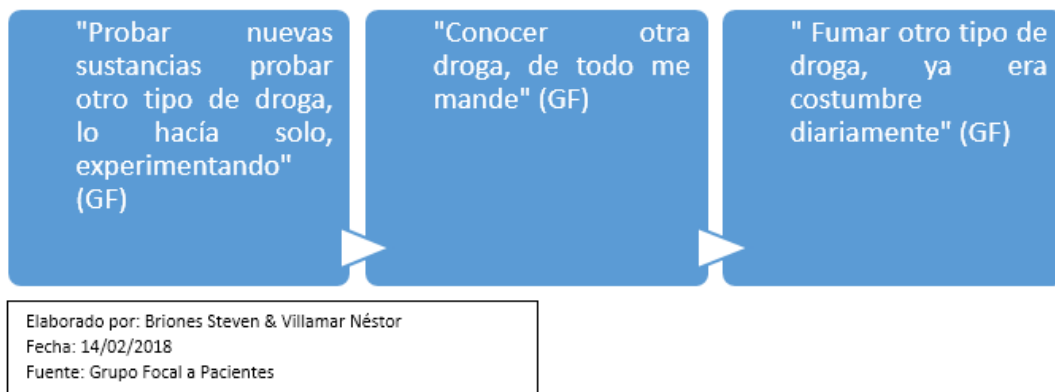
mismo modo en la mayoría de pacientes, ya que entre más adentrados estuvieron en las etapas de la adicción, más situaciones personales y familiares fueron afectadas, comprendiendo así que “la adicción temprana conlleva a aumentar la probabilidad de que se mantenga o agudice la adicción durante la adultez. Además, pudiera ser la puerta de entrada al consumo de otras sustancias psicoactivas” (Isabel, Urquiza, Silvia, Molina, & Díaz, 2014).

De esta manera podemos darnos cuenta que en el consumo inicial no se dan cambios mayoritarios dentro de las relaciones de familia, podrían ser quizás por no sentirse discriminados en la familia, por evitar una situación de violencia o simplemente por temor, sin embargo, las conductas adheridas en el consumo de drogas se vuelven más notorias en medida que su uso frecuente aumenta, del mismo modo se abre paso a consumir otro tipo de sustancias.

Actividades con grupo de consumo

Gráfico # 15

Actividades con grupo de consumo



Desde las citas de los pacientes podemos pensar en esa relación que existe entre los vínculos afectivos que se han ido deteriorando en la familia, y posteriormente la búsqueda de aceptación y comprensión, que pueden ser determinantes para que los sujetos busquen sentirse identificados con alguien o con un grupo específico de similares características, con historias similares, conflictos en común, etc. En esta búsqueda y encuentro con otras personas, consumir nuevamente, y variar el tipo de drogas, lo que convierte a las personas en policonsumidoras y con mayores riesgos sociales.

En este sentido podemos observar en el gráfico tal el tipo de drogas consumidas por los pacientes, donde se los define como policonsumidores, en esta parte del grupo de discusión sólo participaron 5 de 6 pacientes, ya que a uno le dieron el alta.

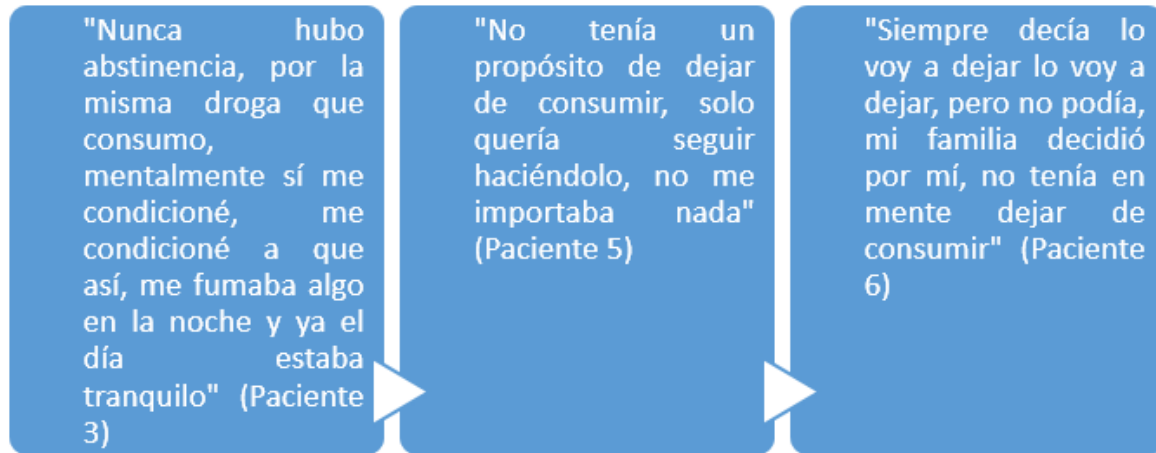
Mediante este aspecto donde se resalta las drogas consumidas por los pacientes debido a sus actividades en grupo, destacamos los tipos de drogas consumidas en la siguiente tabla.

	Tipos de drogas consumidas								
Pacientes	Marihuana	Alcohol	Heroína (H)	Pasta de coca	Cocaína	LSD	Anfetaminas	Opio	Mezclas
Paciente 1									
Paciente 2									
Paciente 3									Maduro (cocaína y heroína y alcohol) Capuchino (cocaína y heroína de baja calidad, con veneno de ratas y cemento)
Paciente 4									
Paciente 5									Perica (cocaína y heroína, y alcohol)

Propósito de abandono de consumo

Gráfico # 16

Propósito de abandono de consumo



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 14/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

En estas citas podemos observar que no había intención de dejar de consumir, en el caso del paciente 3, manifiesta que su situación era tan grave que él ya estaba en una etapa de dependencia total ante las drogas, por lo que se le imposibilitaba abandonar o tener alguna idea de cambio ante el problema, de igual manera el paciente 5 no tenía intenciones de cambiar, y el paciente 6 manipulaba a la familia expresando <<lo voy a dejar>>, sin embargo la familia fue quien tuvo que decidir, de manera general podemos ver que en la etapa de consumo no existe un deseo profundo de cambio, quizás por el tipo de droga y frecuencia de consumo que convierte a las personas dependientes de las sustancias, tanto físico como mental. De este modo se dificulta que los pacientes deseen cambiar, para esto necesitan una sustitución de drogas, limpieza interna, y terapias que promuevan comportamientos positivos.

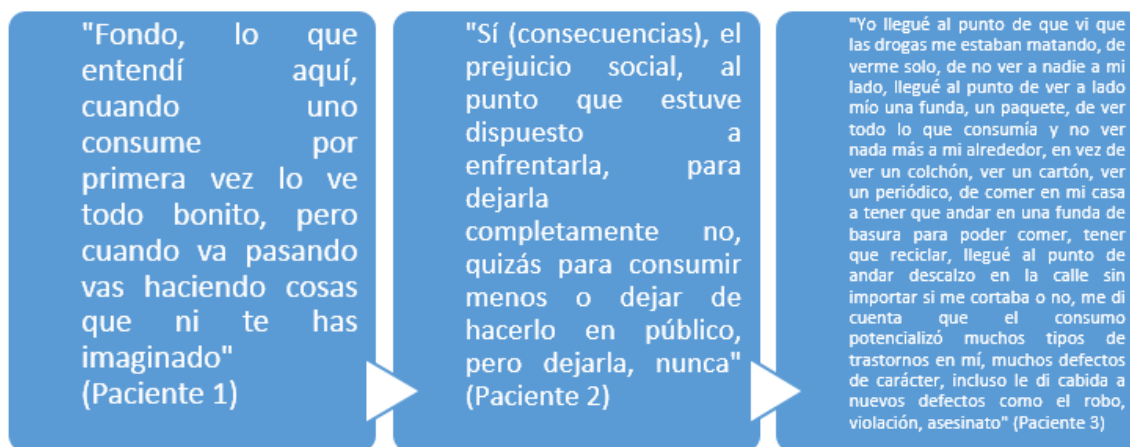
Siguiendo entonces con el modelo transteórico, tenemos que “la pre-contemplación es la fase en la cual las personas no están interesadas en cambiar o tomar acciones en el futuro cercano, generalmente medido en términos de los siguientes 6 meses” (Prochaska, 1999), en esta etapa, podemos comprender que los consumidores de psicoactivos no son conscientes de la

situación y sus conflictos derivados, puede haber presión externa que impida el deseo de cambio, la ayuda puede ser limitada, manejo de la situación sólo desde el consejo, y no desde un punto de vista consciente.

Percepción de riesgos ante el cambio

Gráfico # 17

Percepción del riesgo ante el cambio



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 14/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

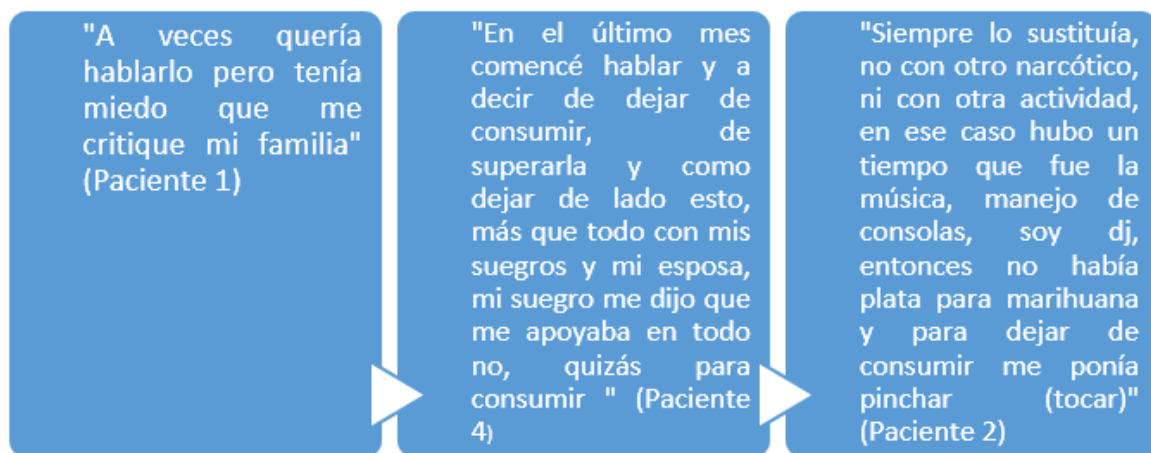
Podemos observar un aspecto positivo en estas citas, vemos que ya existe un reconocimiento de las situaciones negativas que han ido relacionadas con el consumo de drogas, de igual manera también ha habido un proceso de sensibilización frente a los hechos, reflexionemos en esos <<fondos>> como aspectos vividos que han marcado a las personas sin haberlos planeado, estas situaciones o aspectos ya se vuelven más conscientes en esta etapa, porque vemos que esa sensibilización llega a tal punto de cuestionarse todos los hechos inimaginables que han realizado, y de una u otra forma esta fase es muy importante para tener iniciativas en el cambio, los pacientes ya pueden vislumbrar con claridad la realidad que han vivido, tal como lo define "las personas intentan cambiar en los 6 meses siguientes. Aunque están muy conscientes de los pro del cambio, también están muy conscientes de los contra. Cuando las personas comienzan a contemplar, actuar seriamente, su conciencia de los costos

del cambio puede aumentar”, de esta manera podemos darnos cuenta que es muy necesario que las redes de apoyo sean muy permanentes en el costo de cambio, es decir en ese esfuerzo o en esa indecisión que se presentan.

Necesidad de hablar de la situación

Gráfico # 18

Necesidad de hablar de la situación



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 14/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

Podemos ver mediante las citas que en esta etapa suceden aspectos muy significativos, como anteriormente existe una sensibilización de los situaciones vinculadas al consumo, ahora existe deseo de hablarlo, deseo de compartir y pedir ayuda a la red más cercana, tal como lo expresa los pacientes 1 y 4, este último ya en proceso de abstinencia y con apoyo de su red familiar, además de la necesidad de hablar existen otros aspectos que podrían considerarse como positivos, estos son factores de tipo distractor, tal como lo expresa el paciente 2, haciendo referencia a que la sustitución de su consumo no se daba con otra droga, sino que se daba mediante el Dj, esto implica que en esta etapa existe la disponibilidad de hablar de la situación, sentirse apoyados y de realizar actividades sana, desde la teoría esta etapa se la denomina preparación en modelo transteórico, y se lo define como “en esta fase, las personas

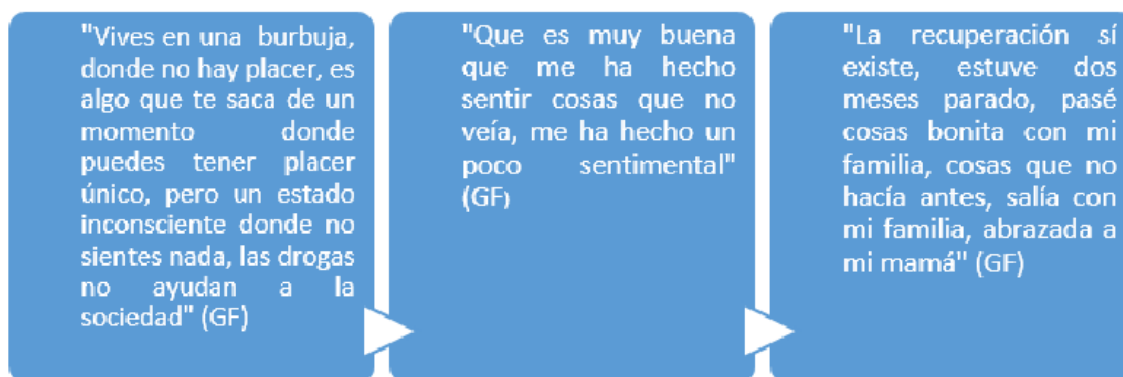
intentan tomar acciones en el futuro inmediato, usualmente medido en términos del “mes siguiente.” En forma típica, han tomado alguna acción significativa en el año anterior” (Prochaska, 1999).

Existe una relación en la toma de decisiones, aunque el dato empírico no precisa un tiempo específico en relación a la teoría, las acciones tienen un peso muy significativo, porque es donde las redes de apoyo ven que es momento de que sirvan de mayor soporte en el proceso de cambio, y al mismo tiempo, factores como los ocupacionales, retomar los estudios, recepción de consejos, o planificación del proyecto de vida son claves.

Concepciones empleadas en el proceso de recuperación

Gráfico # 19

Concepciones empleadas en el proceso de recuperación



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 14/02/2018
Fuente: Grupo Focal a Pacientes

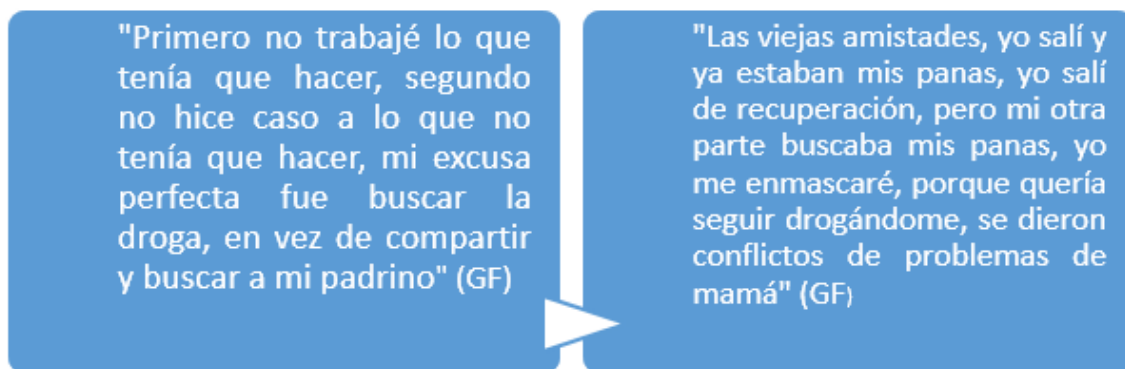
En estas citas que existe un autoanálisis sobre las concepciones que manejan ahora los pacientes en referencia a su situación de consumo, podemos darnos cuenta que el paciente 2 reconoce cómo es el sensación de no tener placer en la cotidianidad, este reconocimiento no se lo da de manera independiente, fijémonos en que estas personas han estado en un proceso de recuperación, la cual ha sido de mucho soporte, de esta manera entonces, tenemos que el tratamiento ha ayudado a reconocer no sólo la limitada expresión de sentimientos, sino también los <<fondos>> que nombramos con anterioridad y otras carencias y actividades

familiares, tal como lo postula el modelo transteórico en su etapa de acción en la que “las personas han hecho modificaciones observables en su estilo de vida dentro de los últimos 6 meses” (Prochaska, 1999)”. Podemos inferir que la recuperación contribuye a la identificación de sentimientos, situaciones que podrían ser afectantes, y de esta forma realizar nuevos cambios en la conducta.

Factores influyentes en recaídas

Gráfico # 20

Factores influyentes en recaídas



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 14/02/2018
Fuente: Grupo Focal a Pacientes

Dentro del modelo Transteórico propuesto por Prochaska, en sus fases del cambio, la penúltima es denominada Mantenimiento, aquí “las personas están trabajando para impedir la recaída, pero no aplican los procesos de cambio como lo hace con frecuencia las personas en la fase de acción. Están menos tentados a las recaídas y se confían más en que pueden continuar con el cambio” (Prochaska, 1999). Podemos observar que en esta etapa de proceso terminada donde prácticamente el paciente ya ha tenido el alta y se enfrenta a las situaciones cotidianas de la vida, en este proceso de mantenimiento, las personas están nuevamente vulnerables al acceso de drogas, conflictos familiares, de pareja, etc.

Aquí las personas no suelen hacer las mismas observaciones que hacían en la fase de acción y son vulnerables a una recaída, tal como sucedió en la primera cita, por esto “si el sujeto

emplea una respuesta de afrontamiento efectiva, aumentará su nivel de autoeficacia y se reduce la probabilidad de recaer; en cambio, si emite una respuesta que no resultó efectiva, disminuirá su eficacia y sus expectativas positivas relacionadas, lo que podría generar que regrese al consumo” (Marlatt & Witkiewitz, 2005), vemos aquí cómo no existió una respuesta efectiva por parte del paciente ya que no continuó con el proceso de recuperación, no regresó a la clínica y recayó. En este sentido la segunda cita expresa haberse reintegrado con antiguas amistades con hábitos de consumo, sumado los conflictos familiares fueron determinantes para su recaída, comprendemos entonces que la recaída es “toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso” (Thompson, 1994).

CARACTERIZACIÓN LAS INTERACCIONES FAMILIARES Y DEL ENTORNO EN EL QUE HAN VIVIDO LOS PACIENTES ANTES Y DURANTE DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN

Para entender un poco este objetivo, las interacciones familiares son comprendidas como el comportamiento que se pueden observar o aislar durante la actuación de los integrantes del sistema familiar, es decir este conjunto que integra las relaciones que participan entre uno o dos miembros (Fairlie Ana; Frisancho Dora, 1998).

De tal manera se buscará analizar las interacciones con las siguientes categorías: Tipo de relaciones, alianzas, papel en la familia, reacción familiar frente a los problemas, mediante la información recolectada se interpretará los aspectos más relevantes encontrados, para aquello se vinculará ciertos indicadores que se presentaran a continuación.

INTERACCIONES FAMILIARES

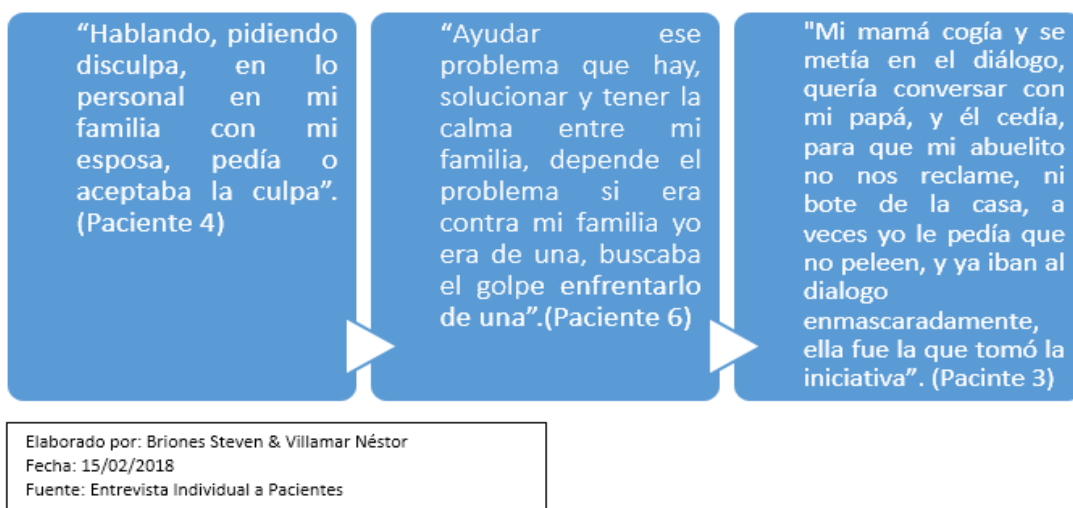
De acuerdo a los modelos de las teorías planteadas, interaccionismo simbólico y construcción social se han encontrado elementos que determinan estas interacciones, es así que dentro de esta categoría tenemos, la homeostasis se daba a través de la comunicación, es decir con los diálogos que manejaba la familia en situaciones de conflictos o reacciones frente a problemas, aspecto a resaltar en esta categoría.

Por otro lado en las actividades con las familias y con las de los pacientes se pudieron denotar las responsabilidades que tenían y que la mayor parte eran cumplidas, sin embargo en este aspecto los pacientes dejaron de cumplir sus responsabilidades por el consumo de droga, generando que las relaciones familiares fueran cambiando ocasionando desequilibrio en el entorno.

Homeostasis familiar

Gráfico # 21

Homeostasis familiar



Resaltamos que la comunicación es la interacción que se puede encontrar entre los miembros de las diferentes relaciones que se pueda generar, por lo tanto, se denota que la teoría de la comunicación también se vincula en esta problemática, a pesar de no estar directamente enlazada a nuestra investigación, pero se presenta en este indicador haciendo realce de manera global para llegar al homeostasis.

“Se puede concebir la familia como una institución social, como grupo y como sistema peculiar de interacción, algunos aspectos son comunes de las concepciones, otros aspectos son particulares de cada una de ellas, pero en conjunto la familia tiene características específica que se vinculan con sistema ” (Roiz Miguel, 1990). Se considera como un sistema a la familia y resalta la variable propuesta en este objetivo las interacciones.

Sin embargo no persistía una comunicación adecuada en los diálogos que se establecían, cuando existía un conflicto o situaciones que afectaban a los pacientes de tal manera que esta visualización vincula otro aspecto a tomar en cuenta como lo es, la incidencia de las interacciones hacia el consumo

Como lo que expresa el paciente 1 *“Tal vez los problemas que se le venían a mi mamá, me enojaba de su actitud porque siempre me enteraba de último las cosas”*, Se denota la falta dialogo que tenía el paciente con su mamá, destacando también la poca comunicación en cuanto a la expresión de un problema, lo que generaba el consumo de sustancia psicoactivas, ya que era la solución inmediata frente a una problemática

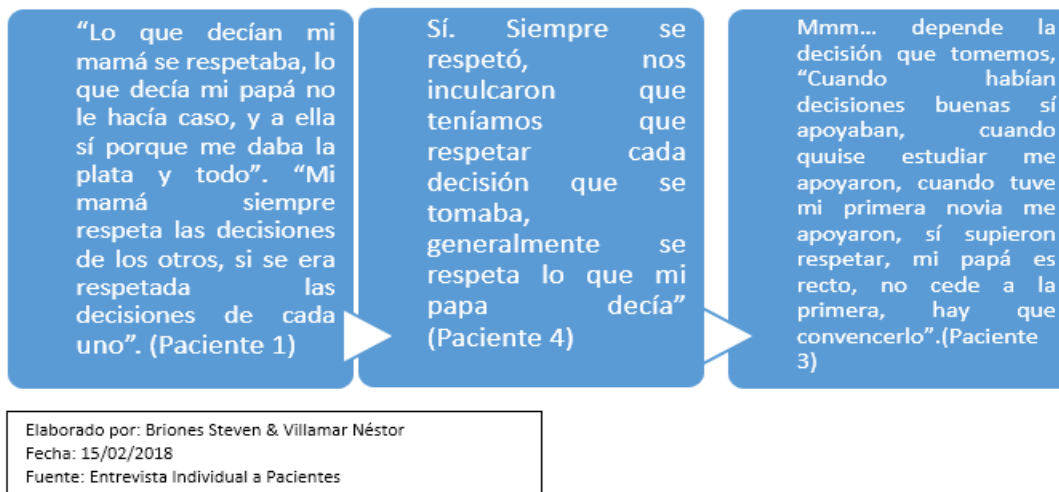
Por otro lado, estas interacciones no adecuadas que han llevado a la falta de comunicación y que repercute en la incidencia del consumo de los pacientes, también vincula otro aspecto, como lo es los patrones encontrados en el sistema familiar, tal como lo expresa el paciente 5 *“quiero romper ese hilo que tiene mi familia hacia el consumo, porque mi papa consume, mis tíos consumen, mis primos consumen, creo que es una herencia y tengo miedo por mi hija, por eso quiero romper ese hilo”*. Se denota que la interacciones pueden incidir en el consumo, ya que en la conformación familia persiste adicción a las sustancias psicoactivas, lo que genera facilidad para adquirir o llevar a experimentar ya sea por primera vez o recaer.

Sim embargo estas incidencias pueden presentarse en patrones pero que no han sido generados por interacciones, por ejemplo, lo que menciona el paciente 4 *“Mi papa biológico si tenía problemas de consumo, pero no se dé el”*, persiste el patrón en cuanto al consumo de sustancia psicoactiva por parte de su papa, sin embargo, no existe una interacción ya que no fue parte de su conformación familiar o establecer un vínculo afectivo, pero prevalece este patrón de adicción.

Respeto por decisiones individuales

Gráfico # 22

Respeto por las decisiones individuales



La siguiente cita, tomada de los pacientes, se puede observar cómo se daba las relaciones en cuanto a la toma de decisiones, los tres pacientes expresan el cumplimiento del respeto hacia lo que expresan sus integrantes de la familia, la familia “a través del modelamiento y del tipo de comunicación que se establece dentro de ella, busca llevar a cabo el alcance de metas y pautas comportamentales vinculadas por medio de dos acciones: control y afecto. Lo que busca controlar la familia tiene que ver con el nivel de socialización” (Lopez Henao; Gloria Cecilia, 2009).

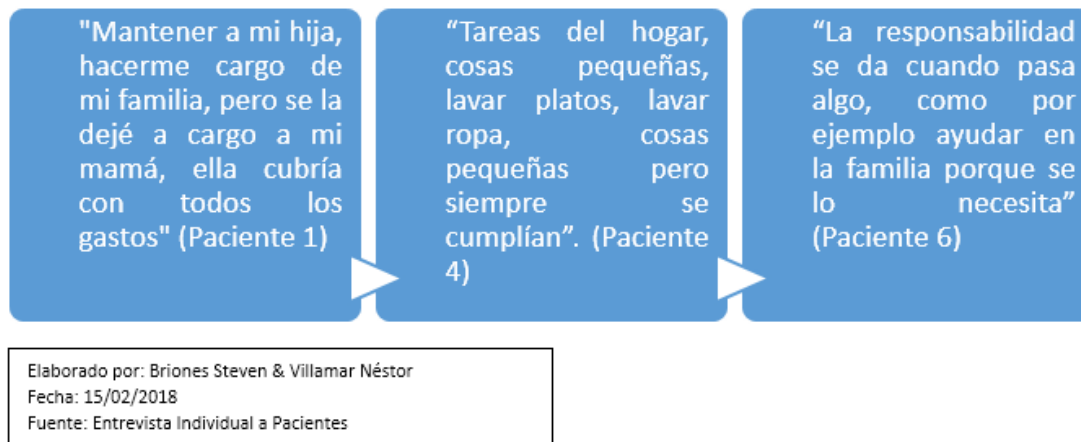
Es así que la comunicación mediante la socialización del sistema ha permitido manifestar los diferentes puntos de vista de los miembros de la familia, demostrando así que la comunicación sigue siendo un punto importante en estos aspectos que se han logrado mencionar, no obstante esta interacción ha permitido generar confianza y el respeto por los demás, de tal manera que a pesar de haber estado en etapa de consumo de sustancias psicoactiva, resalta una relación en el cumplimiento de este respeto

De tal manera que hay una teoría que hace énfasis en estos aspectos y es la denominada interacción familiar, la cual resalta el estudio de las transacciones y donde se establece relaciones en los diferentes subsistemas familiares, es así que otro de los aspectos a destacar pertenece a esta estructura de la familia donde se destaca a continuación.

Asignación de responsabilidades

Gráfico # 23

Asignación de responsabilidades



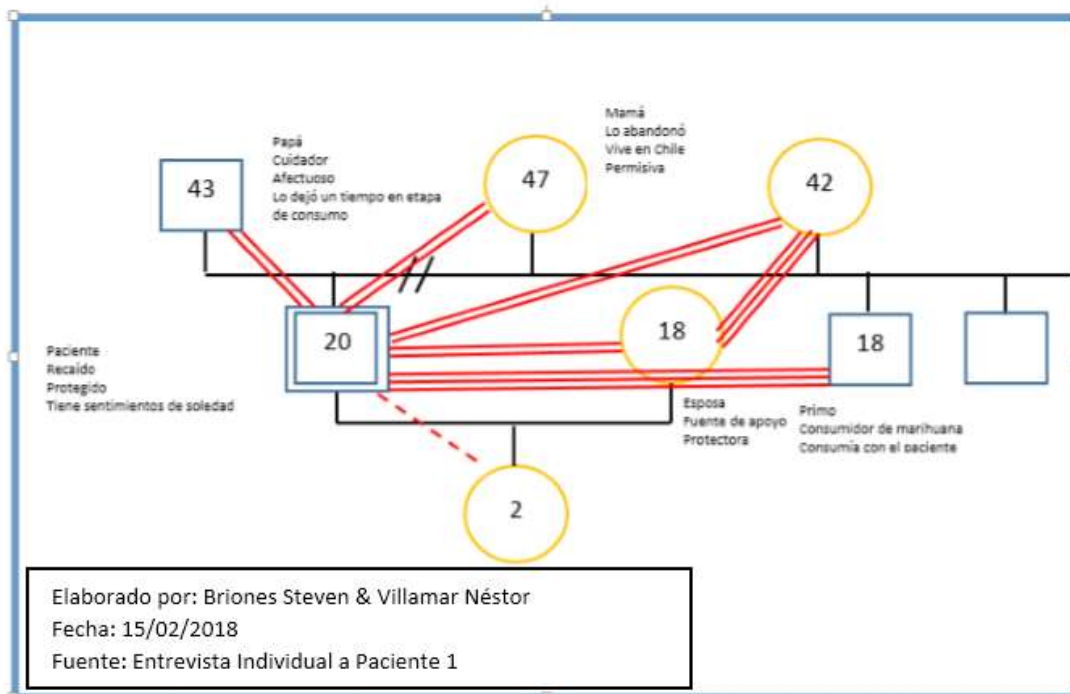
Continuando con los aspectos más relevantes, tenemos citas de los pacientes entrevistados sobre la asignación de responsabilidades “para que esto ocurra son importantes las conversaciones sobre el tema y conocer lo que le pasa al otro con las tareas asignadas culturalmente, aquellas donde no se ha tenido la posibilidad de decidir si se quiere o no cumplirlas, Lograr una mejor distribución de las responsabilidades en el hogar va a incidir directamente en una mejor calidad de vida” (UNICEF, 1999).

En este sentido existen muchos factores que limitan una mejor distribución de tareas en la familia, como se puede observar en los pacientes se cumplían ciertas responsabilidades del hogar, otras como responsabilidades vista desde lo paterno o la manera de buscar ayuda económicamente, estas responsabilidades son dadas por el subsistema paterno, la cual imponía reglas dentro del hogar, sin embargo en las entrevistas realizadas expresaron que en etapa de consumo se desligaron de todo, de sus familias incluídas sus responsabilidad.

Las interacciones en estos aspectos también se reflejan en las relaciones que se dan dentro del sistema familiar, para aquello se demuestra en el grafico # 24.

Gráfico # 24

Genograma, paciente 1



Se observa que el paciente tiene buenas relaciones con los integrantes de su conformación familiar, donde sólo refleja un tipo de relación distante que es con su hijo, de tal manera que estos patrones han aportado en el aspecto de distribución de tarea ya que los diferentes tipos de relación ayudan a desarrollar el cumplimiento de las diferentes actividades de los integrantes de la familia.

Del mismo modo como se imponían ciertas responsabilidades a cada uno de los miembros, la familia también tenía responsabilidades, esto es otro aspecto a destacar en cuanto a las interacciones, sin embargo en este punto se manifiesta que los pacientes no cumplen con esas responsabilidades que eran puesta por las familias, el paciente #1 menciona que “*Antes no hacía nada, no era responsable, todo espere y espere, todos hacían cualquier cosa, menos yo, no hacía caso*”. Demostrando el poco interés de su familia en las actividades que tienen que ser complicadas,

El incumplimiento de las responsabilidades también al parecer es uno de los factores que han incidido de sustancias psicoactivas, ya como se lo menciono en el otro aspecto, solo quería tener todo a disposición, paciente #2 “*Yo era vago, no me gustaba hacer nada*”. Se puede

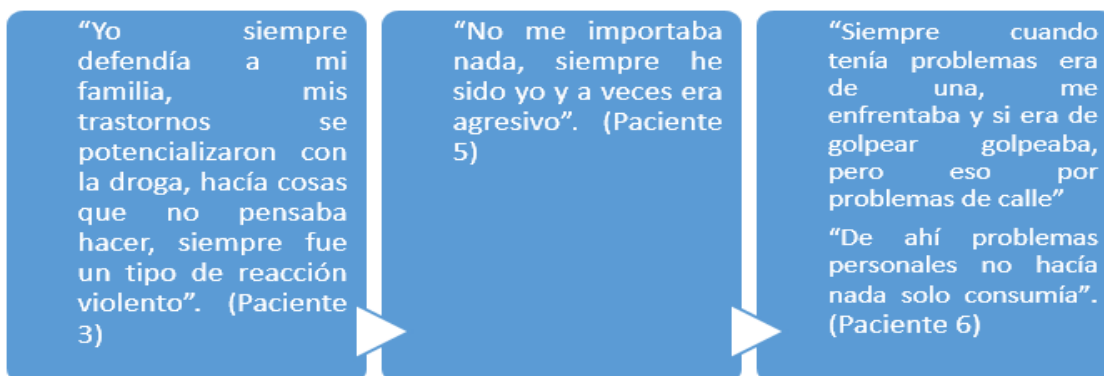
manifestar que no existía una buena interacción en cuanto a la socialización para el cumplimiento de estas actividades que eran de gran importancia para el entorno familiar y que a su vez era de gran ayuda para el desarrollo de sus capacidades individuales, sin embargo fueron desaprovechadas por los pacientes. Siguiendo con este lineamiento mencionaremos otro aspecto tomado de la información de los informantes en un intento por relacionar diferentes factores vinculados con las funciones familiares, el paciente #4 menciona que *“Considero a mi familia disfuncional, a pesar que se resolvían la mayoría de los problemas de la mejor manera, pero no siempre era así, pero terminábamos accediendo a muchas cosas que funcionaban”*. De tal manera que el paciente está expresando la situación de la familia, a pesar de situaciones en las cuales puedan resolver problemas, pero en cuanto a funciones no las considera las más adecuadas lo que lleva a identificar dificultades en el funcionamiento del sistema familiar.

Del mismo modo tenemos al paciente #5 que nos dice *“Disfuncional, mi familia es muy unida pero no sabe cómo manejar”*. También se denota que describe que su sistema familiar se encuentra con disfuncionalidad, lo que hace que no puedan manejar situaciones las cuales sean de gran problemática. De sus intervenciones se desprende que entienden por disfuncionalidad familiar, cuando surgen conflictos, conductas o falta de comunicación y no se cúmplalas responsabilidades de los miembros del sistema familiar.

Reacción frente a problemas

Gráfico # 25

Reacción frente a problemas



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
 Fecha: 15/02/2018
 Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

En las interacciones también encontramos las reacciones familiares frente a problemas, se observa que los pacientes entrevistados respondieron las situaciones por las que pasan y que acciones toman ante una problemática, es así que destacamos dos puntos importante en este análisis, como primer punto la relación en la parte violenta y agresiva de los pacientes como reacción frente a un problema, esta situación según lo comentado, se presentaba cuando estaban en consumo, es decir que al haber ingerido sustancias psicoactiva, la droga generaba que reaccione de manera agresiva, perdiendo el control de sí mismo, debido a los efectos que estas sustancias provocan en el sistema nervioso.

Como segundo punto tenemos la relación del consumo de droga para tratar de olvidar los problemas que se generaban en su entorno, siendo su salida y evitando situaciones que generaban conflictos dentro del sistema familiar, teniendo reacciones negativas que no se enfocaban en la resolución de problemas. Para aquello vinculamos la construcción social que explica como los pacientes entienden o describen el mundo en donde viven, por eso es importante hacer énfasis en los roles sociales que desempeñan en el medio, “la posición que asume el sujeto frente a las situaciones, la forma en que vive y cómo experimenta los acontecimientos y hechos, es influido por experiencias y significados sociales aprendidos” (Tania Donoso, 2004).

Se ha observado estas reacciones frente a situaciones de conflictos y comprenderlas desde su construcción social, por lo que estas interacciones repercuten a otro aspecto que resalta la posición de enfrentar las situaciones, son las alternativas de resolución de problemas.

INTERACCIONES DEL ENTORNO

Siguiendo en esta línea de las interacciones con las teorías propuestas, problemas en generación de amistades es una de los aspectos en esta categoría de interacciones del entorno, ya que los pacientes no tienen inconveniente en generar amistades e incluso en algunos son una red de apoyo para su recuperación, generando buenas relaciones.

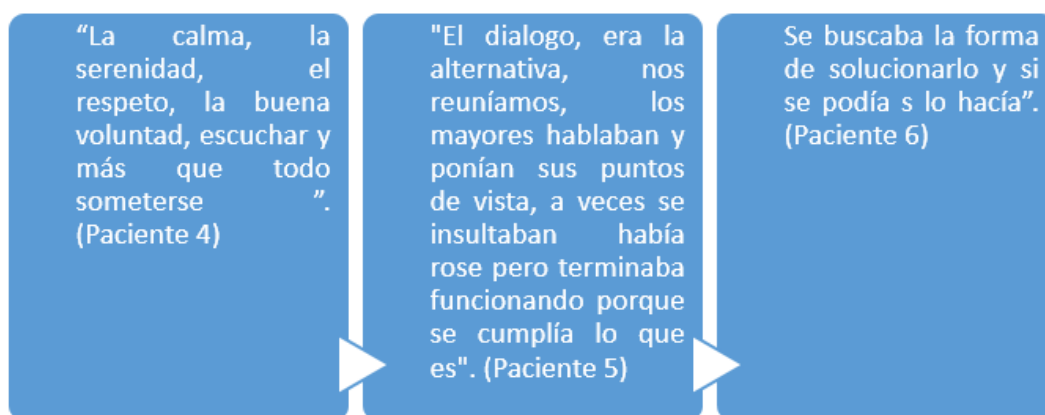
Sin embargo, el tipo de relación de drogas, también elemento de la categoría de las interacciones, de tal manera que los pacientes buscaban compañeros de consumos como lo denominaban ellos, donde experimentaban diferentes tipos de drogas, en las actividades realizadas en grupo con los pacientes, manifestaron que las mezclas de drogas eran muy

buenas para generar estas relaciones de consumo, ya que se identificaban con las drogas y con los diversos conflictos que tienen.

Reacción frente a problemas, problemas en generación de amistades, tipo de relación de drogas.

Gráfico # 26

Reacción frente a problemas 2



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 16/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

Se puede observar en las citas de los pacientes entrevistados las alternativas de resolución de problemas frente a diferentes situaciones que se encuentren, donde se destaca el dialogo, siendo a veces conflictivo, pero llegando a una solución en ciertos casos, no obstante hacemos énfasis en los comentarios de los pacientes, donde no manifiestan situaciones de consumo de droga, es decir que para los pacientes resolver sus problemas con las familias lo hacían sin ningún tipo de sustancias, ya que sabían que iban a poder reaccionar de otra manera, nos damos cuenta que los pacientes muy probablemente porque ya han experimentado un proceso de recuperación y reflexión, están consiente de las alternativas que pueden generar para buscar soluciones, no obstante expresaron que antes la mejor manera de solucionar sus problemas era consumiendo sustancias psicoactivas aislándose y suprimiendo el dolor.

Por otro lado a pesar de aislarse y olvidar aunque fuera temporalmente los problemas consumiendo droga, persiste los aspectos familiares resilientes, es decir de uno u otra manera

la familia los vinculaba, por lo que destacan citas como paciente #4 *“Lo que nos enseñó mi papa siempre hablar, nos reuníamos en la parte de la oficina que el tenía y nos hablaba y se buscaba alguna solución”*, Se sigue relacionando el dialogo como la búsqueda de solución de problemas, la manera de encontrar la comunicación en la familia para generar un buen ambiente de resolución de conflictos. Podría decirse que en el nivel de discurso se ubican los recursos facilitadores por la familia, aunque en el subconsciente se haya optado por el escape de la droga

Paciente #5 *“La unión, son muy unidos frente a cualquier problema”*, mientras que el paciente #6 menciona *“Buscaban la forma de ayudar ya sea en lo económico o en lo que sea pero buscaban la forma”*.

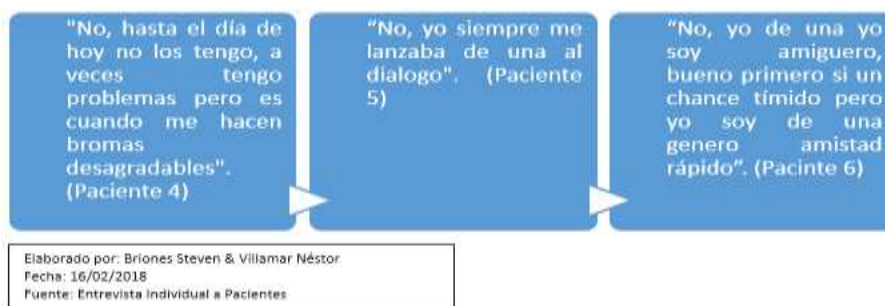
Por lo consecuente se destaca que las interacciones persistían de manera positiva en cuanto a la resolución de conflictos, la comunicación, las relaciones, aquellos aspectos que demuestran que se pudo llegar a un equilibrio donde el paciente cumplió sus funciones dentro del sistema familiar, pero que en la construcción social de su realidad vivida se encontraba situaciones la cual enfrentaba una adicción a las sustancias psicoactivas, lo que llevaba a un desequilibrio familiar y personal.

Continuando con la caracterización de las interacciones, mencionaremos la categoría relacionada con en el entorno, destacando la variable de grupos de pares, ya que mencionaremos los aspectos más relevantes de la entrevista realizada a los pacientes.

Problemas en generación de amistades

Gráfico # 27

Problema en la generación de amistades



En este aspecto podemos observar las citas dadas por los pacientes que mencionan que no han tenido problemas en generar amistades, resaltando que son sociables, sin embargo en la

entrevista se puede resaltar que son pocos los que consideran amigos en los que puedan confiar, de tal manera las relaciones que formaron los pacientes con su grupos de pares son de conductas antisociales y participación no adecuada, en estos casos los jóvenes entran a formar parte de un grupo de pares categorizado como de consumidores.

Es así que la integración grupal se ha dado a través del consumo de sustancias psicoactivas, permitiendo generar amistades sin dificultad ya que todos estaban por el mismo objetivo y deseo que es la droga, la cual la concepción que tienen los pacientes es de solo ser el grupo de consumo, ya que manifiestan que es la parte negativa de las amistades, donde solo le importaba el consumo de droga y no escuchar las buenas amistades que venían con cosas positivas.

Es importante resaltar entonces tipo de apoyo que le brindaron las amistades, ya que sabemos que existe esa parte positiva en la ayuda de la recuperación del paciente, para aquello destacamos lo comentado en la discusión de grupo, sobre su percepción respecto al apoyo brindando por las amistades.

El Paciente #1 menciona que “Si tuve un círculo que dé igual que me daban consejo, si hubo gente que quiso brinda ayuda directa e indirectamente”, manifestando que tiene ese grupo de amigos que lo quiso brindar apoyo en consejos y en sugerencias que le permitan dejar el consumo de droga, sin embargo menciona que decidió no escuchar y aceptar otros grupos de amigos que le generaban droga.

También tenemos al paciente #4 “Yo también tengo amigos que me consideran y lo han dado todo por mí, hoy en día estoy gracias por uno de ellos, porque supo escucharme y valorarme, certifico con mi compañero amigo no es cualquiera, como por ejemplo con los que consumían les decía que solo eran mis panas de consumo y ya”. Se denota la relación que persiste en los diferentes grupos de pares, en caso del paciente #4 acepto el apoyo que le brinda sus amistades y es una gran influencia en el proceso de recuperación, demostrado que los grupos de pares son factores de gran apoyo.

La cual relacionamos estas interacciones con significados sociales, es decir la vinculación que se da con la teoría, ya que es este proceso aislado de no solo crear significados sino, como aprender durante estas interacciones, es lo que se refleja en el grupo de pares de los

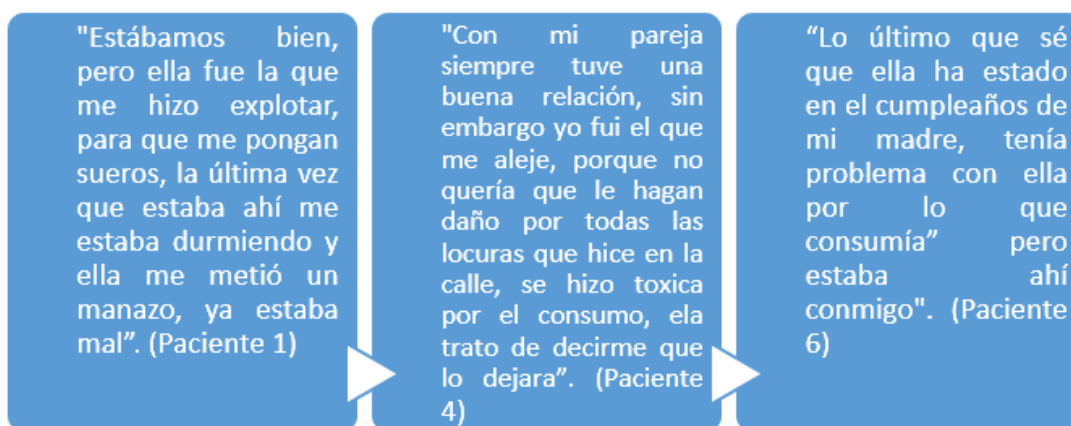
pacientes, donde solo buscaban la interacción para el uso de las drogas, por lo tanto la relación significativa que han tenido y las experiencias compartidas han influido en los demás, comprendiendo las situaciones que se daban en los grupos de pares que pertenecen.

Cabe entonces distinguir las dos tipas de interacciones con amistades una relacionada con los amigos, que solo significó un medio de facilitar el consumo y la otra con aquellos que se constituyeron en soporte para su recuperación.

Tipo de relación de pareja

Gráfico # 28

Tipo de relación de pareja



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 16/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

Se puede observar en las citas tomadas de los pacientes que mantienen una relación de pareja, los comentarios reflejan que tienen una buena relación y que han sido aporte fundamental en la recuperación.

"En las relaciones interpersonales, se puede decir que las relaciones de pareja son las más representativas dentro de la dependencia emocional, aunque estas se pueden extrapolar a otras. Éstas son principalmente, las características de las relaciones interpersonales, especialmente de pareja, de los dependientes emocionales" (Hernandez Estefania; Hernandez Juan, 2016).

Este aspecto es de gran importancia ya que entran dos puntos importantes el mencionado sobre los tipos de relación que se han generado entre pareja, por otro lado estas incidencias de la relación de pareja para el consumo, las cuales en la entrevistas realizadas el paciente #2 menciona “Claro, el despecho, el despecho fue algo que, con cualquier otra pareja era la excusa para hacer pendejadas, se cogía de excusa para hacer pendejadas, en vez de resolver el problema”. Se manifiesta que existía problemas y que no se busca la resolución de la misma, llevando al paciente al consumo de sustancias psicoactivas,

Del mismo modo el paciente #4 “Problemas como todas las parejas, pero no eran muy fuerte, ya que siempre la respetaba, pero no prestaba atención a sus sugerencias y me iba a consumir, ya que prefería estar solo”. Expresa que la resolución para las problemas que se presentaba con su pareja era el consumo de sustancias psicoactivos, es decir que estas interacciones con sus parejas han influido mucho en cuanto la incidencia de consumo, pero que al mismo tiempo han sido una gran red de apoyo para el proceso de recuperación, repitiéndose el mismo patrón con las amistades.

IDENTIFICACIÓN DE LAS REDES DE APOYO QUE LOGRARON LOS JÓVENES PARA EL PROCESO DE SU RECUPERACIÓN

Luego de haber resaltados los aspectos más relevantes en el objetivo anterior, continuaremos con la identificación de las redes de apoyo de los pacientes, para aquello destacaremos la categoría redes de apoyo donde se resaltarán los aspectos correspondientes a las diferentes variables establecidas: Institución, familia y comunidad, dentro de estos aspectos tenemos:

REDES DE APOYO

En lo que se refiere de redes de apoyo se encontraron aspectos como la incidencia de la institución en la recuperación, siendo una de las redes de apoyo importante, destacando todas las actividades que realizan con los profesionales y compañeros, de tal manera que el tratamiento tiene un mejor desarrollo, es así que los pacientes denominan a los integrantes de la institución como una familia donde pueden compartir y expresarse sin ningún problema.

De este modo la institución vincula a la familia en el proceso de tratamiento del paciente, demostrando que es la red principal en la recuperación, es así que las actividades

significativas en la familia es una de los aspectos en esta categoría donde los pacientes expresan que sus familias son la principal prioridad para su recuperación y a causas de las drogas no pueden realizar estas actividades o estar junto a sus familiares.

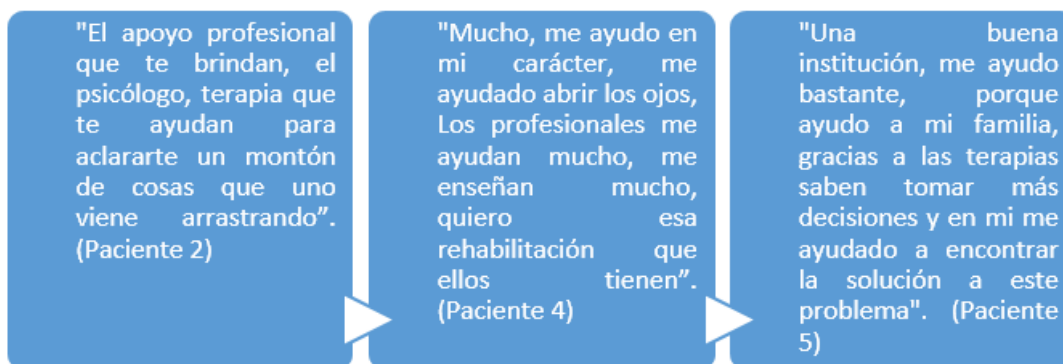
Por otro lado, los aspectos de acceso a las drogas es uno de los elementos de manera negativa en esta categoría de redes de apoyo, porque el fácil acceso a las drogas que se generan en el entorno de los pacientes es muy recurrente y que se siguen dando. Es así que los pacientes denominan amistades negativas a estas personas con las que formaron grupos de consumos y todos ello por su comunidad, el entorno formo parte a buscar soluciones que no encontraban y refugiarse en las drogas.

Por lo consecuente también encontramos otro aspecto denominado tipo de apoyo de amistades, a pesar de que los pacientes llamaron amistades negativas, también existen amistades positivas, que son aquellos que dan consejos y que buscaron la manera de ayudarlos, en ciertos pacientes este aspecto se resalta, ya que buscaron todas las posibilidades para encontrar un tratamiento adecuado para la recuperación, donde manifiestan que las amistades son una red de apoyo de mucha ayuda.

Incidencia de la institución en la recuperación

Gráfico # 29

Incidencia de la institución en la recuperación



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 16/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

Este aspecto es muy importante ya que hacemos énfasis en la parte de la recuperación del paciente, podemos observar en las citas de los pacientes que para ellos es de gran importancia el apoyo que recibe de la institución, con todas las actividades que les brinda, entre los datos más relevantes que mencionan son las terapias, los consejos o sugerencias de los terapeutas y psicólogos que les permiten mejorar y llevar un proceso adecuado.

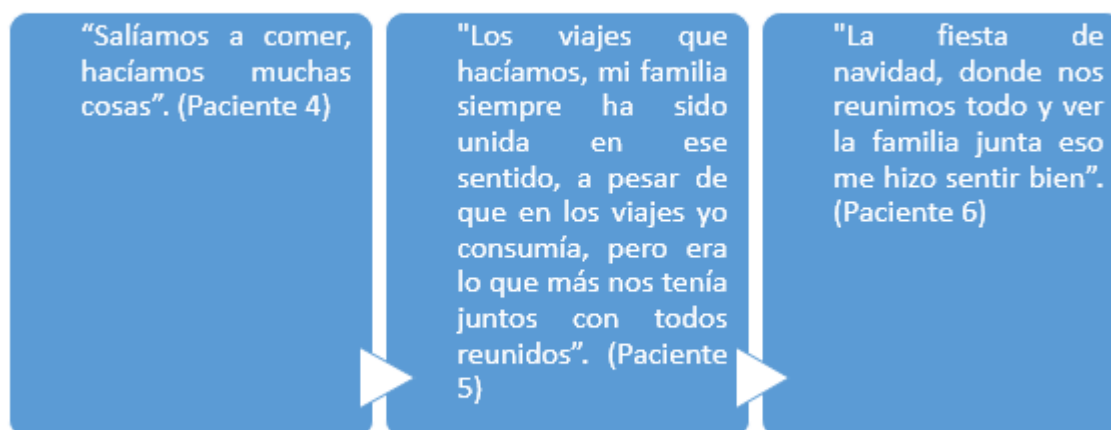
De tal manera que podemos resaltar ese significado que le dan los pacientes a la institución, vinculando la teoría permitiendo entender y comprender esta construcción social, También es importante resaltar otro aspecto a relacionarse como lo es, las percepciones del seguimiento, en cuanto lo manifestado por parte de los pacientes es recomendable llevar el seguimiento que tiene la institución, ya que asisten a las terapias y están comunicados con sus terapeutas, permitiéndoles así tener un control de su recuperación total

Es importante realizarse este aspecto ya que permitirá evitar posibles recaídas que puedan presentarse al paciente, siguiendo con la identificación de redes de apoyo destacamos un aspecto fundamental en el proceso de recuperación de los pacientes y es la familia.

Rol de la familia

Gráfico # 30

Rol de la familia



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 16/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

De las citas tomadas de los pacientes podemos destacar las diversas actividades en familia que realizaban, siendo de gran importancia para ellos, que los denotan significativamente, donde se manifiesta integración y las buenas interacciones en este aspectos hacemos énfasis en la reconstrucción de la historia de vida ya que se busca los recuerdos más latentes y significativos del paciente, de tal manera que favorece la comprensión de cómo estos sujetos han construido su realidad en interacción no sólo con otros consumidores, o con su entorno familiar, sino también cómo el medio contribuyó a recrear una nueva realidad sobre su situación de consumo y recuperación

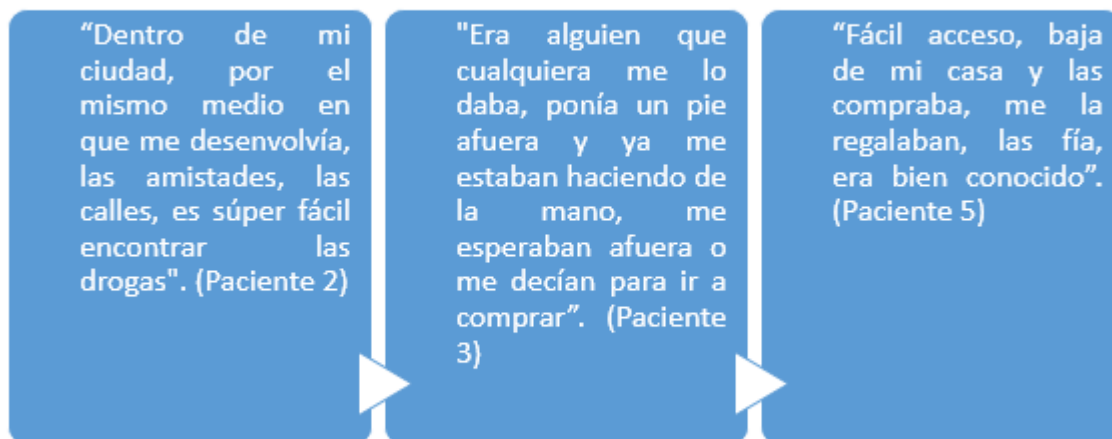
Por lo que podemos vincular en las premisas básicas de la teoría donde los pacientes actúan en base del significado de las situaciones que le rodean, del mismo modo este significado se deriva de la interacción social por lo que son parte de un proceso de interpretación efectuado por los pacientes en su relación con las cosas que encuentra,

Por otro lado, las redes de apoyo también pueden influir de una manera no adecuada en pacientes, siendo un factor de riesgo, por esta razón mencionaremos como influyo la comunidad.

Influencia de pares

Gráfico # 31

Influencia de pares



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 16/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

De las citas tomadas de los pacientes podemos destacar las diversas actividades en familia que realizaban, siendo de gran importancia para ellos, que los denotan significativamente, donde se manifiesta integración y las buenas interacciones en este aspectos hacemos énfasis en la reconstrucción de la historia de vida ya que se busca los recuerdos más latentes y significativos del paciente, de tal manera que favorece la comprensión de cómo estos sujetos han construido su realidad en interacción no sólo con otros consumidores, o con su entorno familiar, sino también cómo el medio contribuyó a recrear una nueva realidad sobre su situación de consumo y recuperación.

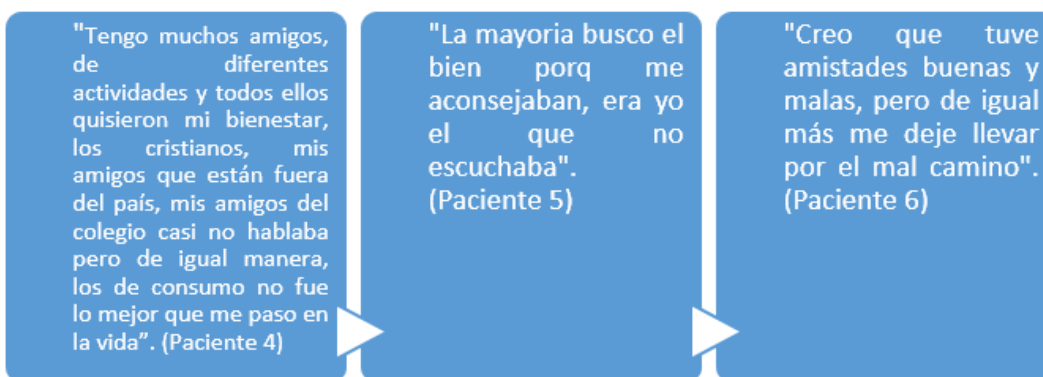
Por lo que podemos vincular en las premisas básicas de la teoría donde los pacientes actúan en base del significado de las situaciones que le rodean, del mismo modo este significado se deriva de la interacción social por lo que son parte de un proceso de interpretación efectuado por los pacientes en su relación con las cosas que encuentra.

Por otro lado, las redes de apoyo también pueden influir de una manera no adecuada en pacientes, siendo un factor de riesgo, por esta razón mencionaremos como influyo la comunidad.

Tipo de apoyo de amistades

Gráfico # 32

Tipo de apoyo de amistades



Elaborado por: Briones Steven & Villamar Néstor
Fecha: 16/02/2018
Fuente: Entrevista Individual a Pacientes

Se puede observar que los pacientes tienen diferentes tipos de amistades que han influido en el apoyo de su recuperación, también resaltan esta parte de significación positiva o negativa, es decir donde recibieron los consejos y sugerencias antes de adquirir esta adicción a las drogas, pero también está la parte negativa como la denominan ellos, donde lo involucraron en un grupo que solo compartía momentos de consumo y ser aceptado por las problemáticas similares que tenían.

Sin embargo, vamos a destacar que las amistades son una buena red de apoyo ya que muchos de ellos siguen el proceso del paciente y han aportado en la ayuda, ya sea económica y social, permitiendo que el paciente se integre a un mejor desarrollo de proceso y tenga una recuperación adecuada.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Continuando con el proceso investigativo, una vez realizada el análisis de cada indicador hallado en la recolección de información, realizamos la construcción de las conclusiones, cada grupo de conclusiones responde a los objetivos planteados.

CONCLUSIONES

- **ASPECTOS DE LA HISTORIA DE VIDA DE LOS DIFERENTES PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.**

En los recuerdos latentes persiste la desvinculación o ausencia de un familiar, en este caso la paterna que marca a los pacientes, concibiendo muchas causalidades como la falta de relacionarse con los demás, lo que generó acciones negativas como lo es el consumo de sustancias psicoactivas.

La familia es la mayor representación que resaltan los pacientes, por lo que sus recreaciones o experiencias significativas se dan dentro de este sistema desde la crianza y que puede llegar a generar consecuencias si no se llega dar.

La figura materna cumple un rol importante en las personas significativa, ya que el mayor tiempo pasan con ellos, además de inculcarles valores, siendo así la red de apoyo más importante ante situaciones de consumo de sustancias psicoactivas.

La motivación de la violencia se vincula con la presencia de alcohol y drogas es así que las personas que consumen estos tipos de sustancias suelen generar violencia ya sea verbal, física o psicológica, hacia sus círculos más cercanos.

Los pacientes han creado su realidad a partir de su significado, siendo así la percepción previa del consumo asociándolo con diferentes aspectos, como la aceptación de un grupo, situaciones conflictivas o incluso aspecto subjetivo que refleja el cuidado o la prevención.

El no cumplimiento de las normas y reglas destacan en las situaciones familiares incidentes como también los conflictos en las interacciones familiares, permitiendo a los pacientes generar conductas adictivas de sustancias psicoactivas.

Dentro de consejos interiorizados pueden ser brindados por diferentes sistemas como la familia y sus amistades, donde buscan un fin en común y es la recuperación del paciente, creando significados que le permiten ver la realidad de otra manera.

Los aspectos resilientes como el dialogo y la búsqueda de apoyo en otras redes, resalta el aspecto de acciones positiva ante problemas, lo que es constante con las alternativas de dialogo propuestas en el proceso de tratamiento.

Las concepciones actuales de familia de los pacientes se vinculan con la buena relación y el apoyo que les brindan, estos aspectos familiares ayuda al tratamiento de su recuperación del consumo de droga.

El desequilibrio emocional y la baja autoestima de los pacientes se presentan en el aspecto de Autopercepción, antes y durante en la etapa de consumo, por lo tanto ahora en etapa de recuperación buscan encontrar este sentido.

El consumo experimental de los pacientes se da por el simple hecho de curiosidad y de sentirse a gusto en ese ambiente, es la percepción de influencia de consumo, la curiosidad los motiva a experimentar nuevas sensaciones.

Se dan cambios mayoritarios dentro del sistema familiar y las demás relaciones así que en este aspecto de las Actitudes personales a partir del primer consumo, mas situaciones personales y familiares fueron afectadas y el consumo de droga se hace frecuente.

La búsqueda de aceptación y de tener un grupo con el cual compartir situaciones semejantes, llevaron a los a pacientes a probar diferentes tipos de drogas de acuerdo a la referido en las "Actividades con grupo de consumo".

En cuanto al propósito de abandono de consumo, los pacientes no tenían la intención de dejar de consumir drogas, por lo que la familia decidió por ellos, pero en el transcurso del tratamiento desean la recuperación y el cambio total.

Referente a la percepción de riesgo ante el cambio se vuelve más consciente sobre los hechos que han realizado teniendo iniciativa de cambio, tomando en cuenta las redes de apoyo son más permanentes en ese esfuerzo de recuperación.

Resaltamos el peso significativo que tienen las redes de apoyo para la preparación de los pacientes y la apertura para hallar la situación en conflicto, sirviendo de apoyo para el proceso de cambio.

La acción de los pacientes que se reflejan sobre las concepciones empleadas en el proceso de recuperación se reconoce lo positivo en la expresión de sus sentimientos y carencias familiares, realizando nuevos cambios en la conducta de los pacientes.

Al término del proceso de tratamiento del paciente, nuevamente se encuentran vulnerable al acceso de las drogas por lo que los factores influyentes en recaídas son muy frecuentes, una de estas razones es por no continuar con el programa de la clínica y retorno a antiguos hábitos y amistades.

- **CARACTERIZACIÓN DE LAS INTERACCIONES FAMILIARES Y DEL ENTORNO EN EL QUE HAN VIVIDO LOS PACIENTES ANTES Y DURANTE DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN.**

Dentro de las interacciones familiares no existía una comunicación adecuada cuando los consumidores tenían un conflicto, algunas de las respuestas a estas problemáticas era terminar consumiendo algún tipo de droga, sobre todo en las familias que existe ese patrón intergeneracional de consumo, en algunos casos sin que haya estado presente aquella figura de consumo.

Mediante el establecimiento de la comunicación los sistemas familiares han instaurado el respeto hacia las decisiones individuales de sus miembros, a pesar de haber estado en situación de consumo.

La asignación de responsabilidades en la casa las imponía la figura masculina, las responsabilidades se orientaban hacia quehaceres domésticos, roles de papá y mamá y cumplimiento económico, los sujetos ya en situación de consumo se deshicieron de sus responsabilidades.

Mantener relaciones familiares adecuadas contribuye a la asignación y cumplimiento de responsabilidades dentro del sistema familiar.

El incumplimiento de responsabilidades asignadas en el sistema familiar ha sido un factor para dejarse influir por el consumo de drogas.

Los pacientes tienen una percepción positiva de las relaciones familiares, sin embargo también tienen la capacidad de reconocer las situaciones afectantes, y por tener dobles vínculos, se impedía la toma de decisiones.

Las reacciones ante problemas familiares se daban de forma violenta mientras estaban con una dosis de droga, tomando la misma vía de consumo para evitar las mismas situaciones conflictivas.

Los consumidores de sustancias psicoactivas buscaban alternativas de solución de problemas sin una dosis de droga, porque reconocen que podrían reaccionar de una forma inadecuada, es decir de forma violenta.

El diálogo ha sido el principal recurso para la solución de problemas, de esta manera algunos consumidores de drogas cumplieron parcialmente sus funciones y responsabilidades en el sistema familiar.

Las relaciones que mayormente conformaron los pacientes en su etapa de consumo fueron con personas de conductas antisociales, refiriéndolos como parte negativa de las amistades, ya que sólo se enfocaban en consumir.

La red de apoyo secundaria que también se encuentra permanente, es la red de amigos/as, dicho apoyo se orienta hacia brindar consejos y sugerencias para abandonar el consumo.

- **IDENTIFICACIÓN DE LAS REDES DE APOYO QUE LOGRARON LOS JÓVENES PARA EL PROCESO DE SU RECUPERACIÓN.**

Dentro del aspecto de incidencia de la institución en la recuperación, es una red de apoyo la cual todas las actividades de la institución, las terapias, los consejos y sugerencias son de aporte en el proceso de recuperación del paciente.

Las actividades significativas en familia, la integración y la interacción que se da en las diversas actividades familiares reconstruyendo la historia de vida.

Tipo de acceso a las drogas, en cuanto a las relaciones formadas en su grupo de pares perteneciente a su comunidad, ya que es donde más acceso tenía y favorece la comprensión de cómo estos sujetos han construido su realidad en interacción.

Dentro del aspecto de tipos de apoyos de amistades los pacientes cuentan con redes de apoyo de diferentes grupos de pares y de sistemas a lo que han pertenecido, buscando un fin en sí y la recuperación del paciente.

RECOMENDACIONES

Para la familia

Los pacientes con adicción a las sustancias psicoactivas, priorizan las redes de apoyo como proceso de recuperación en su tratamiento, uno de ellos y el principal, es la red familiar. De tal manera que se recomienda que la familia participe de manera integral con las actividades que realiza la institución que les permita comprender las causantes y poder actuar frente a estas problemáticas.

Es importante que el sistema familiar comprenda que no solo a través de la institución o terapias que puedan llegar a tener, generar actividades que permitan al paciente tener un mejor desarrollo de su tratamiento, por lo tanto, se recomienda seguir fortaleciendo los vínculos de apoyo que se dan en el centro de salud integral, estos espacios de diálogos dedicados a la familia donde comparten situaciones que les permiten comprender las problemáticas y de qué manera actuar

Que se continúe con el proceso de tratamiento del paciente, es decir que no se desvincule de las actividades sugeridas por la institución y terapeuta, de tal manera cómo actuar frente una situación de recaída.

Para la institución

La institución es otra red importante para los pacientes, el proceso de tratamiento que llevan permiten comprender su situación y encontrar las causantes que han generado consumo de sustancias psicoactivas, es así que la metodología y actividades planteada por la institución han logrado que los pacientes se involucren en su totalidad.

De tal manera que se recomienda que en las metodologías que planteen involucren a otra red de apoyo importante la familia, donde puedan entender el proceso que lleva el paciente y la importancia de pertenecer en las actividades, para aquello se requiere generar un espacio al trabajador social para que también sea un actor que participe en el proceso de tratamiento de los jóvenes de la institución, con los diferentes profesionales de intervención, de tal manera que nuestro enfoque vinculara a la familia teniendo una recuperación integral.

Para la carrera de Trabajo Social

La carrera de Trabajo Social no ha tenido un involucramiento especializado en cuanto a esta problemática sobre el consumo de sustancias psicoactivas, por lo que existes desconocimiento por parte de los profesionales, del rol a cumplir dentro de una institución de salud integral, es así que por medio de esta investigación se puede resaltar la importancia del trabajo disciplinario en el proceso de recuperación del paciente, es así que se recomienda.

Promover investigaciones sociales referida a personas con adicciones de sustancias psicoactivas, que permitan ampliar el conocimiento sobre esta problemática y las diversas situaciones que se vinculan a ella.

Que se incluya en la malla curricular a nivel de optativas más temáticas en el eje terapéutico para que el Trabajo Social pueda abordar situaciones más interventivas en diversas situaciones sociales de este ámbito más complejo, y así poder hacer énfasis en los diferentes tipos de campos.

Para la política

En cuanto a las normativas que hemos analizadas, podemos encontrar que sus objetivos son basados en la prevención y sanciones, es así que las redes de trabajadores sociales deberían tomar en cuenta esta problemática para generar políticas sociales donde involucren este aspecto que esta desapercibido.

Se recomienda generar políticas para los pacientes que se encuentren en proceso de recuperación y del mismo modo a las familias, que les permita establecer estos espacios de integralidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, & Gayou. (2003).
- Ander-Egg, E. (2011). *Aprender a Investigar*. Argentina: Brujas.
- Arias. (2000). Triangulación metodológica: sus principios, alcances y límites. 10.
- Aristóteles. (343 a.C.).
- Ariza, M., & Oliveira, O. (1999). Recuperación crítica de los conceptos de familia,. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 326-346.
- Armijos, D. (2015). *LA DROGADICCIÓN JUVENIL EN EL CANTÓN CUENCA: UN PROBLEMA SOCIAL*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Asamblea_Nacional. (2015). *Ley Orgánica de prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas y regulación y control del uso de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización*. Obtenido de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2017/05/Ley-Organica-de-Prevencion-Integral-del-Fenomeno-Socio-Economico-de-las-Drogas..pdf>
- Aylwin, N., & Solar, O. (2002). *Trabajo Social Familiar*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Barreto. (1990). Metodología de la Investigación. En R. Romero.
- Berstein, I. (2004). *Devenir con otro(s), Ajenidad, presencia, interferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1968). *La Construcción Social de la Realidad*. Nueva York: Doubleday & Company Inc. .
- Berger, Peter; Luckmann, Thomas. (1968). *La Construcción Social de la Realidad*. Nueva York: Doubleday & Company Inc.
- Bertalanffy Von, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica. Obtenido de http://www.multiversidadreal.edu.mx/wp-content/uploads/2015/09/%5BBertalanffy_Ludwig_von%5D_Teor%C3%ADa_general_de_los_sistemas.pdf
- Blumer, H. (1968). *Symbolic Interaccionism*.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A Ecología do desenvolvimento*. Porto Alegre.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgos y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 521-534.
- Cefalat, A. (1995). *Los Factores de riesgo en drogodependencias*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico da Universidade de Santiago de Compostela.

- CEPAM. (2009). Capítulo I: Un sufrimiento que no se escucha: Ruta que siguen niños, niñas y adolescentes y sus familias en situaciones de violencia sexual.
- Charon. (1998).
- CICAD, C. I. (2005). *Neurociencias de Consumo y Dependencia de sustancias psicoactivas* . Washington: Biblioteca sede OPS.
- Código de la Niñez y Adolescencia . (2003). Código de la Niñez y Adolescencia . *Ediciones legales*, 45.
- CONSEP. (2004). *CONSEP*. Registro Oficial Suplemento 490.
- CONSEP. (28 de Enero de 2015). Recuperado el 2013, de http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=2818775459
- Constitución de la República del Ecuador. (1998).
- Constitución de la Republica del Ecuador. (2008). *Constitución de la Republica del Ecuador*. Quito.
- Creswill. (1998).
- Creswill. (1998).
- Desatnik. (2004).
- Desatnik. (2006).
- Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública. (2012). *MAIS*. Quito. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- Estrada, L. (1991). *El ciclo vital de la familia*. México.
- Fairlie Ana; Frisancho Dora. (1998). Teoría de las interacciones familiares. *Revista en la Investigacion de Psicología*, 47.
- Faur, E. (2004). *MASCULINIDADES Y DESARROLLO SOCIAL*. Colombia: UNICEF.
- García del Castillo, J. (2003). Familia y drogas: aspectos psicosociales. *REDALYC*, 143-163.
- García, & Días. (2007). Analisis relacional entre los factorres de proteccion, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *DIALNET*, 302-332.
- García, J., & Días, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *DIALNET*, 302-329.
- García, J., & Días, P. (2007). Analisis relacional entre los factorres de proteccion, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *DIALNET*, 309-332.
- González, C. (2004). Teoría Estructural Familiar. Obtenido de <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriaestructural.pdf>

- Gutierrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Académicas.
- Hernandez Estefania; Hernandez Juan. (2016). Dependencia emocional en las relaciones de pareja de las/los adolescentes del Puerto de la Cruz. *Universidad de la Laguna*, 76.
- Hernández, & Óscar. (2009). *Estadística elemental para Ciencias Sociales*. San José: Universidad de Costa Rica (UCR).
- Hernández, Fernández y Baptista. (1989). El proceso de Investigación. En M. Hill. Mexico: Oxford.
- Herrea, A., Ruiz, H., & Martínez, A. (2014). Caracterización del consumo de drogas psicoactivas por jóvenes y adolescentes atendidos en el Centro de Deshabitación de Adolescentes del municipio Playa. *SCIELO*.
- Hidalgo, V., & Romero, R. (2007). A. Adolescentes y drogas. Un reto para los profesionales sanitarios. Madrid, España. Obtenido de <http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-10475-RUTA/Adolescentes%20y%20drogas.%20Un%20reto%20para%20los%20profesiona%20.pdf>
- Isabel, D., Urquiza, N., Silvia, H., Molina, M., & Díaz, A. (2014). Comportamiento del consumo de drogas en adolescentes. *SCIELO*.
- Jordán, M., Molina, J., & Cristina, S. (2009). USO DE DROGAS Y FACTORES DE RIESGO ENTRE ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA. *Enfermagem*.
- Kimmel. (1997).
- Kramer, & Cameron. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra.
- LeCompte. (1995). En *Metología de la investigación cualitativa*. Málaga.
- Leon Jessenia; Ramon Guadalupe; Mero Marina. (2017). Analisis de los Planes Nacionales de Desarrollo para el Buen Vivir.
- (2004). *Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, Codificación*.
- Ley del Deporte, Educación Física y Recreación . (2015). Ley del Deporte, Educación Física y Recreación . *Registro Oficial Suplemento 255* , 37.
- Ley Orgánica de Educación Intercultural. (2015). Ley Orgánica de Educación Intercultural. *Reglamento general*.
- Ley Orgánica de Educación Superior. (2010). Ley Orgánica de Educación Superior. *Registro Oficial Suplemento 298* , 63.
- LEY ORGÁNICA DE PREVENCIÓN INTEGRAL DEL FENOMENO SOCIO ECONOMICO DE LAS DROGAS Y DE REGULACIÓN Y CONTROL DE USO DE SUSTANCIAS CATALOGADAS SUJETAS A LA FISCALIZACIÓN. (2015). LEY ORGÁNICA DE PREVENCIÓN INTEGRAL DEL FENOMENO SOCIO ECONOMICO DE LAS DROGAS Y DE REGULACIÓN Y CONTROL DE USO DE SUSTANCIAS CATALOGADAS SUJETAS A LA FISCALIZACIÓN. *LEY ORGANICA DE PREVENCION INTEGRAL FENOMENO SOCIO ECONOMICO DROGAS*, 17.

- Ley Orgánica de Salud . (2015). *Ley Orgánica de Salud* .
- (2012). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf
- Ley Organica para la Regulacion y Control del Tabaco. (2011). Ley Organica para la Regulacion y Control del Tabaco. *Registro oficial organo del gobierno del Ecuador*, 10.
- Lopez Henao; Gloria Cecilia. (2009). Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. *Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud alianza de la Universidad de Manizales*, 19.
- Lopez Marsolys. (2013). Onvestgacion Cualitativa, tipo fenomenologica. *Universidad Pedagogica Experimental Libertador*.
- Macia, D. (1982). "APLICACION DE LA TERAPIA DE MODELADO EN LA PREVENCION DEL INICIO AL CONSUMO DE LA DROGA. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Madrid, I. d. (2011). *Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones*. Madrid: Documento tecnico del instituto de adicciones.
- Marlatt, G., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse prevention for alcohol and Drug problems. Obtenido de <https://www.guilford.com/excerpts/marlatt.pdf>
- Martín, V. (2009). *Las drogas entre nosotros. una mirada desde la educación social*. Málaga: Aljibe.
- Mead, G. (1934). *Espíritu, Persona y Sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Meneses, M. (2 de Julio de 2016). El consumo de la droga "H" debilita a más de 6 órganos. *eltelegrafo*. Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/el-consumo-de-la-droga-h-debilita-a-mas-de-6-organos>
- Mertens. (2005).
- Minuchin, S. (2007). Modelo Terapéutico Estructural. *Modelo terapeutico estructural*.
- Minuchin, S. (s.f.). Modelo Terapéutico Estructural.
- Montoya, E., Puerta, E., Hernández, D., Zapata, E., & Sánchez, I. (2016). Disponibilidad y efectividad de relaciones significativas: elementos claves para promover resiliencia en jóvenes. *SCIELO*.
- Moselhy, H., & Telfer, I. (2002). Modelo de consumo de drogas entre minorías étnicas en un ambiente comunitario de drogadicción. *Eur. J. Psychiat. Vol. 16, N.º 4, 236-244*.
- MSP. (2016). *Normativa sanitaria para el control y vigilancia de los establecimientos de salud que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (ESTAD)*. Quito. Obtenido de <http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/AM-080-CONTROL-ESTAD.pdf>

- Musitu, G., Tereza, J., & Sergio, M. (2007). Funcionamiento familia, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediacion. *Universidad de Valencia, departamento de psicología*, 3-10.
- OEA. (2013). *El problema de drogas en las Americas: Estudios*. Estados Unidos: OEA documentos oficiales.
- OEA. (2017). *El problema de las drogas en las Américas*. Tecnologia de informacion y comunicacion.
- OEA. (s.f.). *El problema de las drogas en las Américas*.
- OMS. (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. España: OMS.
- ONU. (1988). *Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas*. Obtenido de http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/convention_1988_es.pdf
- ONU. (2014). *TEMAS MUNDIALES*. Obtenido de <http://www.un.org/es/globalissues/drugs/>
- ONUDC. (2003). *Abuso de drogas: Tratamiento y Rehabilitación*. Viena.
- Pi, O., & Cobián, A. (2009). Componentes de la función afectiva familiar: una nueva visión de sus dimensiones e interrelaciones. *SCIELO*, 13. Obtenido de <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san16609.htm>[consulta: día/mes/año]
- Plan Nacional de Desarrollo. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo* .
- Prochaska, J. (1999). *¿COMO CAMBIAN LAS PERSONAS, Y COMO PODEMOS CAMBIAR NOSOTROS?* Washington.
- Ramírez, M., & de Andrade, D. (2005). LA FAMILIA Y LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN LOS NIÑOS Y ADOLESCNTES (GUAYAQUIL-ECUADOR). 813-818.
- Reglamento a la Ley Orgánica de Prevención Integral. (2016). Obtenido de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2017/05/REGLAMENTO-GENERAL-A-LA-LEY-ORG-u%CC%88NICA-DE-PREVENCI-o%CC%82N-INTEGRAL-DEL-FEN-o%CC%82MENO-SOCIO-ECONOMICO-DE-LAS-DROGAS.pdf>
- Riofrío, R., & Castanheira, L. (2010). Consumo de drogas en los jovenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Latino America de Enfermagem*, 10.
- Riquelme, G., Simich, L., Strike, C., & Brans, B. G. (2012). CARACTERÍSTICAS DEL POLICONSUMO SIMULTÁNEO DE DROGAS. *SCIELO*, 34-40.
- Rivière, P. (1976). CONVERSACIONES CON ENRIQUE PICHON RIVIERE SOBRE EL ARTE Y LA LOCURA. (V. Z. LEMA, Entrevistador)
- Robles. (2011). Forma de recoleccion de datos. En Rosalia.
- Roiz Miguel. (1990). La familia desde la teoria de la comunicación. *Universidad Complutense de Madrid*, 20.

- Ruiz, H., Herrera, A., Martínez, A., & Supervielle, M. (2014). Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. *SCIELO*.
- Sanchez. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y Técnicas*. México.
- Saravia, J. C., Gutiérrez, C., & Frech, H. (2014). Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. *REDALYC*, 1-7.
- Seila, F. (2013). *Programa de habilidades sociales para personas con drogodependencia*. Almería: Facultad de psicología.
- Servicio de Prevención de Adicciones (PAD). (2001). Afectividad. Madrid, España: Paidós. Obtenido de http://eoeepsabi.educa.aragon.es/descargas/F_Educacion_emocional/f_7_autoestima/f_7.2.Obras_padres_madres/1.3.Afectividad%20guia%20familias.pdf
- SETED. (s.f.).
- SETED. (2016). *SECRETARIA TECNICA DE DROGAS*. Obtenido de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/Plan-Estrate%CC%81gicoJULIO.pdf>
- SETED. (16 de julio de 2017). eltelégrafo. *El 39% de consumidores probó más de una droga*. Guayaquil, Guayas, Ecuador. Obtenido de <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/septimo-dia/51/el-39-de-consumidores-probo-mas-de-una-droga>
- Silva . (2001). *Metodología de la investigación* . Estados Unidos: SEMAR .
- STANTON, M. (1981). *Strategic approaches to family therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Suarez Acalá. (2014). Forma de recolección de datos. En Rosalia.
- Tania Donoso. (2004). Construcción Social: Aplicación del Grupo de Discusión en praxis de equipo reflexivo en la investigación científica. *Revista de psicología*, 13.
- Taylor, & Bodogan. (1999). En *Metología de la investigación cualitativa*. Málaga.
- Thompson, R. (1994). *Emotion regulation: A theme in search of definition. Monographs of the Society for Research*. doi:10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x.
- UNICEF. (1999). Compartir responsabilidades en la crianza. *Servicio Nacional de la Mujer* , 21.
- UNODC. (2016). *INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS 2016*.
- Valenzuela, M., Ana, I., Zubarew, T., & Loreto, M. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: Rol de familia. *SCIELO*.
- Vargas, P., Parra, M., & Arévalo, C. (2015). Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el municipio de Chia, Cundinamarca. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 12.

Villa, M., & Rodríguez, F. O. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *SCIELO*.

Villegas, M., Castillo, M., Alonso, B., & Martínez, R. (2014). Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo. *REDALYC*, 40-52.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tema: Historias de vida e influencia familiar en las personas en situación de consumo de sustancias psicoactivas en un centro de salud integral.

Dirigido a: Pacientes y familias en proceso de recuperación y tratamiento del Centro de Salud Integral (INSACENT)

Los estudiantes Steven Paúl Briones Rivas, con cédula de identidad # 0923210009 y Néstor José Villamar Ronquillo, con cédula de identidad # 0922940135 estudiantes de la carrera de Trabajo Social y Desarrollo Humano, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil están desarrollando su investigación de tesis con enfoque cualitativo en el Centro de Salud Integral (INSACENT), incluye la participación de 6 pacientes con sus respectivas familias.

Esta investigación tiene como finalidad contribuir a la carrera de Trabajo Social y al conocimiento per sé sobre este tipo de problemáticas. Dentro de las actividades que se busca realizar, están: la aplicación de 3 entrevistas individuales, un grupo focal y una entrevista a los familiares.

Dentro de la participación en esta investigación sólo podrás sentirte un poco cansado al responder las preguntas planteadas, sin embargo mediante tus vivencias estarás contribuyendo a la generación de conocimiento en la situación de consumo de sustancias psicoactivas.

Todo lo que digas en esta investigación será totalmente privado, es decir que sólo los investigadores podrán acceder a esta información, todos los documentos no tendrán nombres, y en el proceso de análisis de información se utilizarán códigos para su ejecución, no recibirás ningún tipo de remuneración por tu participación, además que dentro del proceso de investigación las actividades serán grabadas, las fotos que se tomen tendrán efecto de pixelado en el rostro.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo _____ acepto participar en esta investigación denominada “Historias de vida e influencia familiar en las personas en situación de consumo de sustancias psicoactivas en un centro de salud integral”, la cual he leído o ha sido explicada por _____.

Yo autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para que:

Usen las grabaciones en que yo participe, con fines de investigación SI NO

Guarden las grabaciones después de mi participación. SI NO
Utilicen las fotos en las que participe, con fin de presentación. SI NO
Guarden las fotos en las que participe, al terminar el proceso. SI NO
Me contacten para participar en otros estudios. SI NO

Si tengo alguna pregunta puedo llamar a la tutora de tesis: Vilma St. Omer, al número 0996192002.

Nombre del paciente autorizando el consentimiento

Firma del paciente autorizando el consentimiento

Fecha

Nombre del familiar del paciente autorizando el consentimiento

Firma del familiar del paciente autorizando el consentimiento

Fecha



GUIA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Objetivo: Conocer las vivencias de los pacientes consumidores de psicoactivos en referencia a su crianza, relaciones, y etapa de consumo.

Número de sesiones: 1

Dirigido a: Pacientes en proceso de recuperación del Centro de Salud Integral

Preguntas:

Ciclo vital

Crianza

1. Adentrándonos en la infancia, ¿cuáles son los recuerdos más presentes que tienes con tu familia?
2. ¿Cuál crees que fue la experiencia más significativa?, ¿cómo así?
3. En referencia a las personas ¿quién o quiénes fueron las más influyentes?, ¿por qué?
4. En esa etapa ¿qué aprendizajes te ha dejado tu familia?
5. ¿Qué tipo de creencias familiares tenían?

Hechos Marcados

6. En tu casa, ¿Cómo se generaban esas conductas violentas? (SI HUBIESE)
7. ¿Cómo percibías tú observar a familiares o amigos consumiendo psicoactivos?, ¿Crees que esto influyó en ti?
8. ¿Cómo afectó la ausencia de familiares cercanos a ti y a tu familia?
9. ¿Qué tipo situaciones crees que te marcaron en tu infancia?
10. ¿Cómo eran las relaciones con tus amistades?, ¿Qué aprendizajes te dejaron?
11. ¿Dependían totalmente de alguien para no reaccionar ante alguna situación?

Resiliencia

12. Ante una problemática familiar, ¿Cómo lo resolvían positivamente?
13. Dentro de tus gustos ¿Qué tipo de capacidades solías desarrollar?
14. Dentro de situaciones adversas, ¿Cómo buscabas resolver los problemas? O ¿Cómo los evitabas?
15. En las personas cercanas, ¿Qué tipo de consejos recibías?
16. ¿Cuáles eran las nuevas decisiones que solían tomar para mantener una relación sana?

Interacción Familiar

17. ¿Cómo definirías a tu familia?
18. ¿Con quienes vivías y cómo te llevabas con aquellas personas?
19. De manera general ¿qué valores y antivalores crees que aprendiste?
20. ¿Qué experiencias positivas y negativas tuviste en familia?

Percepciones identitarias

21. ¿Cómo te describirías como persona, como hombre, como hijo, etc?
22. Ante situaciones difíciles ¿Cómo te tratas a ti mismo? (sentimientos de culpa, odio contigo mismo)
23. ¿Qué metas u objetivos te has planteado cumplir siempre?
24. ¿Qué temores personales has tenido?
25. ¿Qué tipo de ideas has tenido tú como consumidor, como hijo, como amigo?

Vivencias en función de etapa

Percepciones

26. Dentro de tu experiencia de vida, ¿Qué crees que influyó para que consumieras por primera vez?
27. ¿Qué pensabas acerca del primer consumo?
28. ¿Qué tipo de factores que te pudiesen proteger habían?
29. ¿cuál fue la primera droga que consumiste?, ¿Qué pensabas sobre ella?

Actitudes

30. En esa etapa, ¿Cómo era la relación con tu familia?, ¿Crees que cambió algo después del primer consumo?
31. ¿Y cómo era la relación con tus amigos?, ¿Crees que cambió algo después del primer consumo?

Familia

32. ¿Tu familia conocía sobre la habitualidad de tu consumo y cómo eran sus reacciones?
33. Y desde el soporte, ¿Cómo tu familia manifestó su apoyo?
34. En esa etapa de consumo, ¿qué pensabas de tu familia?
35. ¿Qué tipo de situaciones solían suceder y repetirse en tu familia?

Fuentes de apoyo

36. Durante esta etapa de consumo, aparte de la familia, ¿Hubo más personas que fueron de apoyo?
37. En esta etapa, ¿Qué piensas de las personas más significativas, pero que estuvieron ausentes?
38. ¿Qué tipo de consejos recibías?
39. Las personas que te apoyaron ¿Qué papel tuvieron en esta etapa?

Percepción de riesgo ante el cambio

40. En tu etapa de consumo, ¿Tuviste intención de dejar de consumir?
41. ¿Sabías sobre las consecuencias que trae consigo el consumo?
42. ¿Qué tipo de reacciones tenías ante las sugerencias de familiares/amigos(as)?
43. En esta etapa, ¿Negabas la existencia de que había un problema?, ¿Por qué?

Acciones de cambio

44. En algún momento, ¿Te planteaste interrogantes sobre cómo dejar de consumir?
45. Después de aquello, ¿tenías la necesidad de hablar sobre tu situación y cómo enfrentarla?
46. ¿Cómo era mantener tiempos o periodos de abstinencias?



GUIA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Objetivo: Conocer el tipo de interacciones familiares y del entorno en el que han vivido los pacientes antes y durante del proceso de recuperación.

Número de sesiones: 1

Dirigido a: Pacientes en proceso de recuperación del Centro de Salud Integral

Preguntas:

Interacciones familiares

Tipo de relación

1. ¿Cuáles eran las formas de volver a mantener la calma ante situaciones de conflicto?
2. GENOGRAMA (PATRONES ENCONTRADOS)
3. GENOGRAMA (TIPO DE INTERACCIÓN FAMILIAR)
4. De tu relación en familia, ¿Cuáles crees que fueron los factores que influyeron para el consumo de drogas?
5. Cuando en tu familia alguien tomaba una decisión ¿Todos la respetaban?, ¿Qué sucedía?
6. ¿Qué responsabilidades se les asignaba a los miembros de familia?, ¿La cumplían?
7. ¿En tu familia se respetaban los gustos, diferencias e identidad de cada miembro?
8. ¿En qué manejaban el tiempo libre?
9. GENOGRAMA (ALIANZAS)

Papel en la familia

10. ¿Qué tipo de apoyo se daba su familia? Afecto, económico, protección, educación
11. ¿Cada persona cumplía con sus responsabilidades en familia, qué hacían cada una?
12. Y en referencia a tus responsabilidades en casa ¿Qué hacías tú?
13. ¿Qué tipo de reglas se establecían en la casa?

Reacción familiar frente a los problemas

14. ¿De qué manera ustedes actúan frente a un problema?, ¿Por qué?
15. ¿Qué tipo de alternativas crean para resolver sus problemas?
16. ¿Cuáles son los factores positivos familiares que más potencian frente a la resolución de problemas?

Interacciones en el entorno

Grupo de pares

17. En referencia a tus amistades ¿Qué opinión tienes de ellos?

18. Con tus amistades, ¿Cómo te denominaban?
19. ¿Cuáles eran las principales razones que les molestaban dentro del grupo?
20. ¿Cómo se daba el apoyo mutuo entre amistades?
21. ¿Cuáles eran sus principales gustos?

Comunidad

22. ¿Qué tipo de actividades tenían y tenías en la comunidad?
23. ¿En qué manejaban el tiempo libre?
24. En la comunidad ¿Cómo realizaban grupos?
25. ¿Qué instituciones barriales han servido de apoyo?
26. ¿Cuáles crees que son las ideas que se manejan en tu comunidad sobre quienes consumen drogas?

ANEXO # 5

GUIA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD



OBJETIVO: Conocer las redes de apoyo y los factores relevantes que inciden en el proceso de recuperación de los pacientes del centro de salud integral (INSACENT)

Número de sesiones: 1

DIRIGIDO: Pacientes y familia en proceso de recuperación del Centro de Salud Integral

PREGUNTAS:

Institución

1. ¿Cómo crees que te ha ayudado la atención que te brinda la institución?
2. ¿Cómo crees que la atención te ayuda a resolver tus problemáticas?
3. ¿De qué manera los profesionales te ayudan en el tratamiento?
4. La relación con algún profesional de la institución, ¿Tiene algún significado para usted?
5. ¿Crees que se debería dar un seguimiento después de la recuperación?, ¿Cómo sería para ti este seguimiento?
6. ¿Qué significa para ti la institución?

Familia

7. Al paciente, ¿de qué manera interviene tu familia en el proceso de recuperación?
8. ¿Estás de acuerdo que participe tu familia en tu proceso de recuperación?, ¿Por qué?
9. Antes de ingresar al centro de salud ¿Cómo te apoyaba tu familia para que entres a un proceso de recuperación?
10. ¿Crees que la familia es un apoyo importante para tú?, ¿Por qué?
11. ¿Qué actividades realizaban en familia?, ¿Cuál era la más significativa?

Comunidad

12. Dentro de la comunidad ¿había fácil acceso a las drogas?
13. ¿Cómo se daba o se da el acceso a la droga?
14. ¿Existen grupos de jóvenes que consumen drogas?, ¿Cómo era/es la relación?
15. ¿Crees que la comunidad sería una gran ayuda en la intervención de recuperación?, ¿Por qué?

Relaciones sociales

16. ¿Cómo era tu relación con las demás personas?
17. ¿Tenías grupos de amigos, de diferentes actividades? ¿Cuáles?
18. ¿Tuviste algún inconveniente para generar amistades?
19. ¿Tienes alguna relación de pareja?

20. ¿Cómo es la relación de tu pareja? En caso de que tenga
21. ¿Qué tipos de inconvenientes hubo en esta relación que haya influido en el consumo de drogas?

ANEXO # 6



GUÍA DE PREGUNTAS DE GRUPO DE DISCUSIÓN

Objetivo: Conocer las vivencias de los pacientes consumidores de psicoactivos en referencia a la relación con su grupo de pares, concepciones en las vivencias de consumo y recaídas.

Número de sesiones: 1

Dirigido a: Pacientes en proceso de recuperación del Centro de Salud Integral

Preguntas:

Grupo de pares

1. Aparte de consumir (en grupo), ¿Qué más hacían?
2. ¿Cuál era el tipo de drogas consumían?, ¿La primera, la segunda, etc?, ¿Cómo se daban esos cambios de tipo de drogas?
3. ¿Qué tipo de historias similares o experiencias compartían?, ¿Cómo reaccionaban ante ese momento?

Concepciones

4. Dentro de sus vivencias en general, ¿Qué significaba para ustedes la familia?
5. ¿Cómo creen que ha sido la ayuda brindada por sus amigos?
6. Y en relación a la sustancia en sí, ¿Cómo creen que las drogas afectan a las personas?
7. ¿Qué opinión tienen acerca de la recuperación?

Recaídas

8. ¿Cuáles creen que fueron los aspectos que les indujo a recaer?
9. ¿Buscaban hablar de la situación?, ¿Con quién(es)?
10. ¿Qué tipo de acciones o nuevos cambios querían realizar?
11. ¿Qué nuevos aprendizajes obtuvieron después de las recaídas?



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Briones Rivas Steven Paul** C.C: # 0923210009 y yo, **Villamar Ronquillo Néstor José** con C.C: #0922940135 autor/a del trabajo de titulación: **Historias de vida e influencia familiar en las personas en situación de consumo de sustancias psicoactivas en un centro de salud integral** previo a la obtención del título de **Licenciado de Trabajo Social** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 16 de mayo del 2018

f. _____

Briones Rivas Steven Paul

C.C: 0923210009

f. _____

Villamar Ronquillo Néstor José

C.C:0922940135

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Historias de vida e influencia familiar en las personas en situación de consumo de sustancias psicoactivas en un centro de salud integral.		
AUTOR(ES)	Steven Paul, Briones Rivas; Néstor José, Villamar Ronquillo		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Vilma St. Omer Navarro		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad De Jurisprudencia y Ciencias Sociales y Políticas		
CARRERA:	Trabajo Social y Desarrollo Humano		
TITULO OBTENIDO:	Licenciado en Trabajo Social		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	16 de mayo del 2018	No. DE PÁGINAS:	138
ÁREAS TEMÁTICAS:	Trabajo Social, Salud, Intervención familiar.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Historias de vida, consumo, resiliencia, apoyo, recaída, aspectos positivos.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El presente trabajo es un estudio sobre “Historias de vida e influencia familiar en las personas en situación de consumo de sustancias psicoactivas en un centro de salud integral”. Se ha realizado la búsqueda de factores tanto personales, familiares y externos que hayan sido influyentes para que adultos hayan sido influido en el uso y abuso de drogas, de igual forma se hizo énfasis en los aspectos que hayan sido influyentes para que algunos pacientes hayan recaído nuevamente, esta investigación se la realizó en un centro de salud integral de la ciudad de Guayaquil.</p> <p>El trabajo de tipo cualitativo se desarrolló en un nivel descriptivo y comprensivo, con una muestra de 6 pacientes adultos jóvenes, dentro de un programa de tratamiento de recuperación de tipo residencial u hospitalario, la recogida de información se la realizó mediante la aplicación de entrevistas en profundidad durante tres sesiones por cada paciente, la ejecución de un grupo de discusión y visitas domiciliara a familiares con el fin de encontrar aspectos claves de la investigación.</p> <p>Dentro de los principales hallazgos se encontró que la influencia no sólo ha sido determinada por situaciones familiares conflictivas, también un aspecto ha sido la tendencia a la experimentación, a querer conocer qué se siente estar bajo efectos de psicoactivos y también las concepciones que se manejaban antes de conocer las drogas, además de que se descubre cómo los pacientes llegan a acceder al apoyo que han tenido para entrar en un proceso de recuperación integral.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	+593988311483 – Néstor Villamar, +593968280888 – Steven Briones	nestorvillamar@live.com stevenbri@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Quevedo Terán, Ana Maritza Teléfono: (593) 2206957 ext. 2206 E-mail: ana.quevedo@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			