

**Calidad de Vida autopercebida en pacientes diagnosticados por uso y abuso de  
sustancias psicoactivas de la Clínica Psico Salud y Transformación de Cartago Valle**

Brisa María Cárdenas Mejía

Laura Valentina Londoño Toro

Trabajo de grado para optar por el título de Trabajadoras Sociales

Directora del Trabajo de Grado

Ana Cecilia Suárez González

Universidad del Valle sede Zarzal

Facultad de Humanidades

Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano

Zarzal Valle del Cauca 2022

## Tabla de contenido

|                                                                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Agradecimientos-----                                                                                                                                    | 4  |
| Introducción -----                                                                                                                                      | 5  |
| Cap. 1. Consideraciones generales -----                                                                                                                 | 8  |
| Antecedentes -----                                                                                                                                      | 9  |
| Sobre el objeto de investigación -----                                                                                                                  | 16 |
| Metodología -----                                                                                                                                       | 19 |
| Cap. 2. Marco teórico -----                                                                                                                             | 24 |
| Cap. 3. Caracterización del contexto -----                                                                                                              | 35 |
| Cap. 4. Cambios auto percibidos en la salud física antes del ingreso a un tratamiento de Transformación de Vida -----                                   | 42 |
| Aspectos claves en la definición de la salud física y su relación con la ansiedad ----                                                                  | 42 |
| Cambios físicos como características clave en la construcción subjetiva de la percepción sobre su Calidad de Vida -----                                 | 46 |
| Estado físico, inminente relación con la construcción subjetiva sobre Calidad de Vida -----                                                             | 48 |
| Calidad de Vida autopercibida en relación con limitaciones y dificultades en el desarrollo de determinadas actividades y el desempeño ocupacional ----- | 50 |

|                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Enfermedades, dolores y secuelas asociados con la autopercepción de la salud física             |     |
| -----                                                                                           | 56  |
| Otros cambios que se asocian en general a la salud física desde la significación de su          |     |
| Calidad de Vida -----                                                                           | 61  |
| Cap. 5. Conflictos más frecuentes al interior del relacionamiento familiar de los residentes de |     |
| la Clínica Psico -----                                                                          | 65  |
| Cap. 6. Características del relacionamiento social de los residentes antes de su ingreso en la  |     |
| Clínica Psico -----                                                                             | 86  |
| Aspectos emergentes sobre Calidad de Vida -----                                                 | 105 |
| Consideraciones finales -----                                                                   | 108 |
| Referencias-----                                                                                | 113 |
| Anexos-----                                                                                     | 126 |

## **Agradecimientos**

A los residentes de la clínica Psico salud y transformación, por brindarnos la oportunidad de adentrarnos en sus experiencias de vida siempre con sonrisas, cuando muchas veces la historia robó de sus voces, las palabras. Además, por hacer sentir que nuestra profesión es indispensable para contribuir a la transformación personal y social.

A nuestras familias, por creer en nuestras capacidades, por festejar nuestra valentía, motivar nuestras aspiraciones e incentivar día a día las ilusiones que se iban forjando al inicio de este camino.

A nosotras, por la perseverancia, el buen trabajo en equipo, el compromiso, la disciplina, pues siempre tuvimos a Ítaca en mente como nuestro destino, más no apresuramos tan hermoso viaje lleno de experiencias.

A la escuela de Trabajo Social y la Universidad del Valle, por fomentar en nuestra formación académica la apuesta a creer y luchar por la transformación social a través de la intervención en lo social, para contribuir al desarrollo humano y la construcción de sociedades democráticas, justas y equitativas.

## **Introducción**

El presente documento, condensa el trabajo de grado para optar por el título profesional de trabajadoras sociales, el cual estuvo enfocado en una investigación cualitativa, referida a estudiar la calidad de vida en tres dimensiones (familiar, social y salud física autopercebida) de los pacientes internados en la clínica Psico Salud y Transformación S.A.S del municipio de Cartago valle del cauca, caracterizada por ser una institución prestadora de servicios de salud, habilitada ante la secretaría de salud en el Valle del Cauca y Risaralda, para el manejo de conductas adictivas (químicas y no químicas) y personas con patología dual, es decir, que tienen un trastorno psiquiátrico (depresión, esquizofrenia...) y un trastorno por consumo de sustancias.

Por consiguiente, la calidad de vida al estar ligada al tema de las adicciones, trae consigo grandes transformaciones en la vida de la persona que consume y en su forma de relacionarse con los demás, ya que se comienzan a presentar problemas que afectan la salud y el bienestar tanto social como familiar, que alteran los ámbitos en que se desenvuelve la persona y en consecuencia deteriora dicha calidad.

De modo que, en este caso, el trabajo social clínico como una especialidad de la profesión, no se enfoca en diagnosticar o tratar las patologías de los individuos; por el contrario, su ámbito de acción gira entorno a la intervención sobre los factores psicosociales que atañen a los individuos, es decir, aspectos que relacionan a este último con su entorno familiar y social. En este sentido, al interior del quehacer de trabajo social clínico, se realizan acciones terapéuticas que según Ituarte et al. (2019), se encuentran enfocadas a “enfrentar sus conflictos psicosociales, superar su malestar psicosocial y lograr unas relaciones interpersonales más satisfactorias, utilizando sus capacidades personales y los recursos de su contexto socio-relacional” (p. 5). Por ende, se trabaja activamente al interior de las

instituciones de salud y salud mental, para brindar a partir de la intervención social, servicios de educación y sensibilización a pacientes y sus redes de apoyo, como también de orientación familiar, grupos de apoyo, intervención en crisis, entre otros; que les permita a los beneficiarios adquirir herramientas para mejorar su Calidad de Vida.

Así pues, la disciplina de Trabajo Social, logra dar a conocer de forma específica que la profesión en el ámbito de la salud mental y el tratamiento para personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas, tiene distintos roles y funciones que le permiten construir una práctica multidisciplinaria, al interior de la cual logra desarrollar una habilidad terapéutica para “mejorar la Calidad de Vida y el bienestar de las personas” (Barreto-Pico, 2017, p. 311).

En consecuencia con lo anterior, en las páginas posteriores se encontrarán los antecedentes que justificaron y dieron origen a la elección del fenómeno social planteado; para lo cual fue conveniente de manera inicial realizar un rastreo documental que permitiera conocer sobre el tema y de esta manera, determinar el objeto de estudio enfocado a **describir la Calidad de Vida de los residentes antes de su ingreso a la Clínica Psico Salud y Transformación de Cartago Valle del Cauca.**

Del mismo modo, fue indispensable para el planteamiento de esta propuesta de investigación, formular unos objetivos específicos enfocados a **indagar los cambios auto percibidos en la salud física, identificar los conflictos más frecuentes al interior del relacionamiento familiar y explorar las características del relacionamiento social de los residentes antes de su ingreso a la Clínica Psico**, que orientaran la respuesta a la formulación del problema y una estrategia metodológica (en este caso cualitativa de tipo descriptiva ) y sus determinadas técnicas (entrevista semiestructuradas y grupo focal), como medio para la consecución del objetivo general planteado.

Posteriormente, se presentan las categorías de análisis centrales ubicadas en el marco teórico, las cuales guiaron el sentido de esta propuesta y el marco contextual referente a la localización donde se realizó esta investigación, en este caso en el municipio de Cartago Valle del Cauca en la clínica Psico salud y transformación, la cual es testigo del fenómeno social planteado. A su vez, se plantean los hallazgos encontrados, los cuales arrojaron resultados significativos que reflejan las experiencias de los pacientes internados en la institución y que permitieron el cumplimiento de los objetivos propuestos, ayudando de esta manera al desarrollo profesional y personal de las investigadoras.

## Cap. 1. Consideraciones generales

### Antecedentes

Para iniciar, el ejercicio de revisión documental se enfocó sobre el tema de Calidad de Vida y personas en condición de adicción a sustancias psicoactivas, evidenciándose primero que su uso y abuso, se considera como una enfermedad mental, pues según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas; Institutos Nacionales de la Salud; Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (2019) “la adicción afecta el cerebro de forma fundamental, cambia las necesidades y los anhelos normales de la persona y los reemplaza por prioridades nuevas relacionadas con la búsqueda y el consumo de drogas” (p. 1). Por tanto, esta enfermedad requiere de un tratamiento ya “que provoca comportamientos compulsivos que debilitan la capacidad para controlar impulsos, a pesar de las consecuencias negativas” (p. 1). Y es justamente en el proceso de tratamiento de la misma, que se encuentra inmersa la profesión de trabajo social en su especialidad Clínica, pues ofrece (y se requiere) un abordaje de la enfermedad enfocado al relacionamiento entre institución-familia-paciente.

En consecuencia, la mayoría de los documentos revisados corresponden a investigaciones de tipo cuantitativo, puesto que realizan una medición del término “Calidad de Vida” (CV) a través de variables específicas o parámetros unificados como salud física y salud física percibida, ya que como lo plantea la investigación de Tirado et al. (2012) “cada vez cobra más importancia la medición de la Calidad de Vida con el fin de hacer comparaciones entre el impacto de la enfermedad y los resultados del tratamiento en diferentes condiciones” (p. 2). Por tanto, los hallazgos de los estudios de Pedrero et al. (2008), Zeledón (2013), Tirado et al. (2012), y León et al. (2013), arrojan que instrumentos tales como cuestionario CAD-4, SF-36, TECVASP y la herramienta ADO, demuestran que la CV es un concepto multidimensional, pero que se puede medir a través de ítems específicos

concernientes a la ejecución funcional de los individuos, estado de salud físico y mental, funcionamiento y desempeño físico, dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social, desempeño emocional, alteraciones en la autoevaluación ocupacional, funcionamiento psicológico y tiempo libre.

En concordancia, los aspectos anteriormente mencionados son recogidos en el análisis que hace en su investigación experimental Días (2015), ya que propone que la Calidad de Vida como constructo “se divide en un dominio Físico y otro psicosocial, esta diferenciación es paralela a la que algunos autores realizan entre indicadores: objetivos/subjetivos” (p. 17). Los cuales según numerosas investigaciones tienen que ver primero con “la salud física, el ambiente socioeconómico, la vida familiar y social, también se encuentran las opciones culturales, religiosas y recreativas” (p. 36) y segundo, “con la valoración que cada persona hace respecto de su vida” (p. 36).

Por tanto, este autor agrupa de forma sencilla las tres formas de medir o comprender la CV enunciadas por González y Ruiz (2020) en su estudio descriptivo y de corte transversal, como dimensión física, psicológica y social. Además, plantea que la CV de las personas diagnosticadas por el trastorno mental y de comportamiento por abuso de sustancias psicoactivas “abarca un estado general de bienestar en las diversas áreas de la persona tanto en lo físico, material, emocional, social, ecológico y espiritual” (p.36). Lo que evidencia que la CV como un constructo auto percibido es apropiado para dar cuenta de la forma en que las personas que padecen la enfermedad conciben su vida y de cierta manera la concepción de bienestar asociado a ella, dado que, no vendría orientado el análisis de manera externa, sino, orientado por una reflexión íntima que dejaría en claro para cada ser como es su CV, sin estar sujeta esta concepción a interpretaciones mediadas por el estigma y el señalamiento que media en el desconocimiento de la enfermedad de la adicción como tal.

Por otra parte, conviene destacar la investigación descriptiva de corte transversal y correlacional de León et al. (2013) sobre la posible relación entre el desempeño ocupacional y la CV en personas adictas; en la que encontró en cuanto a la salud percibida, que las personas califican su CV de manera negativa, puesto que hacen referencia a su estado de salud y sus dolencias; asimismo, halló que el funcionamiento social del individuo se encuentra “altamente alterado, sus relaciones se basan en el consumo y frecuentemente tienen conflictos o discusiones con las personas” (p. 15).

Por lo tanto, las relaciones sociales que establecen la personas que padecen la enfermedad, se pueden ver afectadas, dado que, como lo halló el autor, no existe la preocupación por cumplir con las responsabilidades que requiere el estar en una constante interacción con otros, ni mucho menos en crear vínculos de amistad y solidaridad para fortalecer las interacciones con los demás, lo que en otra palabras quiere decir que “la adicción produce numerosas alteraciones en el desempeño ocupacional y problemas en la salud auto percibida, por esto, se puede concluir que las personas consumidoras de sustancias presentan un peor desempeño ocupacional, reflejándose en su Calidad de Vida” (León et al. 2013, p. 18).

Del mismo modo, Almanza y Gómez (2020) analizando los resultados de su estudio narrativo, llegaron a la conclusión de que “el deterioro psicosocial del usuario puede afectar su capacidad para seguir trabajando, lo cual deriva en problemas económicos, junto con los gastos generados por el padecimiento. Asimismo, los miembros de la familia pueden desarrollar problemas de salud física y mental” (p. 14). Por tanto, se concluye de estas dos investigaciones que tener mejoras en el desempeño ocupacional le va a permitir a la persona tener una percepción mejor sobre su Calidad de Vida en el sentido de que también se mejoran las relaciones interpersonales que se han construido en los distintos ámbitos en los cuales ha desempeñado una labor de forma responsable y comprometida.

Ahora bien, se evidenció que otro de los problemas más indagados, se encuentra relacionado con la influencia del entorno familiar en el desarrollo de conductas adictivas a sustancias psicoactivas, ya que como se denota en los resultados de la investigación de tipo cuantitativo de Moreno y Palomar (2017) “a menor control conductual materno, menor satisfacción con la vida y mayor presencia de eventos adversos se incrementa la probabilidad de consumo de drogas en la adolescencia” (p.141). Sin embargo, se encontró que “no existen diferencias estadísticamente significativas en el índice de consumo de sustancias psicoactivas según el tipo de familia” (p. 146).

Al respecto, Jiménez (2011) (como se citó en Moreno y Palomar, 2017) expone que “la gran mayoría de los trabajos se ha limitado a analizar cómo la calidad de la relación con los padres puede influir en los procesos de selección de iguales consumidores” (p.143). No obstante, con su investigación quedó evidenciado que el ambiente y relacionamiento familiar, es un factor determinante para autoevaluar de manera positiva el estado físico, la vida en sociedad y en familia, ámbitos fundamentales y predictores frente al consumo de sustancias psicoactivas.

En esta misma línea de análisis, Almanza y Gómez (2020) en su investigación, encontraron que tal como lo plantean estudios previos, al interior del relacionamiento familiar se generan diversas consecuencias “incertidumbre, preocupación, ambivalencia, malestar emocional y físico; conflictos y dilemas asociados al manejo del usuario; oscilación entre diversas estrategias de afrontamiento; problemas económicos; restricción de la vida social, vergüenza, aislamiento; y disminución en la calidad de las relaciones familiares” (p. 2). Ocasionando conflictos en el sistema familiar, los cuales “limitan el establecimiento de límites consistentes” (Almanza y Gómez, 2020, p. 5).

No obstante, el análisis realizado por los autores da cuenta de que al interior del sistema familiar, la adicción se convierte en “una manifestación de una pseudo individuación del usuario” (Almanza y Gómez, 2020, p.2). La cual es causante de tales conflictos. Sin embargo, la familia, al ser un entorno fundamental para una persona con una dependencia hacia una sustancia, es importante que lo apoye y que las mismas dinámicas familiares se transformen, de tal manera que ayuden a que la persona mantenga en estado abstinencia y posterior de sobriedad el mayor tiempo posible.

De manera similar, Olivero (2016), en los resultados de su investigación de tipología cuantitativa, enfocada a la valoración percibida respecto a la satisfacción vital y los factores de protección ante la drogodependencia, encontró en los hallazgos que los factores protectores para evitar el uso y abuso de sustancias psicoactivas son:

Los conocimientos y la percepción de riesgo (71,9%) en el ámbito personal, la buena relación con los progenitores (53,4%) en el ámbito familiar, la autonomía con respecto al grupo (56,8%) en el ámbito del grupo de iguales, la información sobre drogas proporcionada desde la escuela (58,2%) en el ámbito educativo y utilizar el tiempo libre en actividades poco relacionadas con las drogas (59,6%) en el ámbito social y de contexto. (p.44)

A propósito del ámbito social, otros estudios abordan este mismo como un indicador favorable para una buena Calidad de Vida; sin embargo, investigaciones como la de Rayón et al. (2012) demuestran que “en algunas circunstancias puede ser un factor de riesgo para iniciar consumo de sustancias psicoactivas” (p.12) ya que Grañas y Muñoz (como se citó en Rayón et al., 2012) concluyen que “el vector generador de consumo de SPA es el hecho de tener amigos que consumen sustancias psicoactivas (p. 12).

En consecuencia, las investigaciones de tipo cuantitativo “orientan su interés en encontrar las causas del mismo, llegando a afirmar que la violencia intrafamiliar, la pobreza, la exclusión social, lleva a las personas a querer evadirse de la realidad que les disgusta y para ello buscan las SPA” (Monroy, 2017, p. 89) desarrollando conductas que como lo mencionaron los Entrevistados del estudio de Monroy, les permite:

Obtener placer, satisfacción, diversión, se desinhiben y en otros casos, por lo menos consiguen olvidar o evadir los problemas y la realidad que los agobia; de tal forma que, si no alcanzan la felicidad plena, si logran momentos de paz y tranquilidad. (p. 112)

Sin embargo, existen múltiples causas que conllevan a desarrollar estas conductas, dado que como lo arrojaron los resultados de la investigación de Monroy (2017) no solo se busca la evasión para enfrentar la realidad sino que “también quiere sentirse reconocido, sentirse centro del mundo, aceptado” (p. 86).

Ahora bien, Maturana (Como se citó en Olivero, 2016) “determina que tanto la felicidad como el bienestar influyen en el consumo de drogas (a personas más felices, menos ingesta de las mismas)” (p.2). Al respecto, Córdova et al. (Como se citó en Moreno y Palomar, 2017) encuentran en su estudio, que quienes “no han hecho uso de sustancias perciben su vida más satisfactoria, construyen un proyecto de vida, se sienten más satisfechos con respecto al uso de su tiempo libre, se perciben con un mayor bienestar económico y tienen mayor autoestima” (p. 143).

De este modo, la búsqueda de bienestar va a contribuir al desarrollo de prácticas de consumo de sustancias, ya que como lo plantea Maturana (Como se citó en Olivero, 2016) Las situaciones de amenaza y angustia, son factores de riesgo y detonantes importantes que

conlleven a la búsqueda de alternativas para alcanzar la felicidad y encontrar un refugio “en recursos alternativos como las drogas para el olvido momentáneo de los problemas” (p. 23).

Frente a lo anterior, dado el uso y abuso nocivo de sustancias psicoactivas “se comienzan a visualizar problemas que afectan la salud del consumidor tanto en lo físico como en lo psicológico y deterioran el bienestar social del entorno de la persona en su relacionar laboral, académico, familiar y social” (Monroy, 2017, p. 69).

En las palabras de Moreno (2019):

Su impacto sobre la Calidad de Vida de las personas afectadas y sus familiares es muy grande y su impacto económico sobre las personas afectadas, las familias y la sociedad en su conjunto es también amplio, duradero y de gran magnitud. (p. 18)

Lo anterior, se puede demostrar en el estudio realizado por Castañeda (2018), en el cual, usó el “Test de Evaluación de Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas” (TECVASP) y encontró que “de acuerdo al tiempo de consumo que han mantenido los niños y adolescentes del estudio realizado, la Calidad de Vida disminuye, esto se debería a que la población estudiada tiene arraigado el consumo a las diferentes sustancias psicoactivas” (pp. 63-64).

Por otra parte, se halló que “diversos estudios han indicado que los programas combinados de tratamiento farmacológico y rehabilitación disminuyen las recaídas, mejoran el funcionamiento y facilitan la integración social y laboral (Moreno, 2019, pp. 6-7). Al respecto, Moreno (2019) por medio de su estudio cuantitativo, logra corroborar esta hipótesis, dado que los resultados arrojaron que “el grado de depresión afecta a la percepción de la Calidad de Vida, y que el tiempo de participación en el Centro sí parece ejercer un papel fundamental en la mejoría de la Calidad de Vida” (pp. 27-28).

Por el contrario, Castañeda (2018) encontró en la población que investigó, que la Calidad de Vida disminuye a mayor tiempo de permanencia en los centros de rehabilitación; para ello, el autor atribuye varias razones las cuales se enmarcan en: “el tiempo de consumo es demasiado alto que le resulta mayor esfuerzo interiorizar reglas y normas; así mismo adherirse al programa es más voluntarioso ya que es difícil mantenerlos a la fuerza en el centro” (p.67).

En la misma línea se encuentra el trabajo realizado por Garriga Ramón et al. (Como se citó en Rodríguez et al., 2015) en donde “se observa que la CV percibida por los pacientes aumenta a medida que su permanencia en el programa se prolonga” (pp. 7-8). No obstante, este dato no pudo ser ratificado en la investigación realizada por Rodríguez et al. (2015) Con una muestra de 100 usuarios, en la que estudiaron variables sociodemográficas, de salud y de consumo, así como otras relacionadas con la Calidad de Vida medida a través del cuestionario SF-36 y analizados con el paquete estadístico SPSS 15, en el que se encontró que “a los 3 meses la CV era superior que en aquellos que llevaban más de 12 meses” (pp. 7-8).

Ahora bien, los estudios realizados, se han enfocado en su mayoría a medir a partir de parámetros unificados, la Calidad de Vida desde aspectos concernientes a la salud y han orientado su interés en encontrar las causas del mismo, desde una perspectiva más objetiva y distante entre investigador - investigado, a través de comparaciones entre el impacto de la enfermedad y los resultados del tratamiento, sin tener en cuenta la autovaloración que hace el individuo de tales aspectos, desconociendo cómo conciben la vida y el bienestar asociado a ella. Por lo anterior, se considera pertinente que el punto de ruptura de este estudio, con relación a los antecedentes encontrados, debe profundizar en el aspecto auto percibido de la Calidad de Vida de las personas diagnosticadas por el uso y abuso de sustancias psicoactivas antes del ingreso a un tratamiento de recuperación, partiendo de los ámbitos más comunes

referentes a la salud física, el relacionamiento familiar y social; para lo cual resulta imprescindible comprender y captar a través de la subjetividad, la experiencia personal.

### **Sobre el objeto de investigación**

El uso y abuso de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública, que repercute en la vida familiar, social e individual no solamente de la persona con una conducta adictiva, sino además en su entorno relacional, en otras palabras, en su Calidad de Vida. Este último concepto, como lo denomina Moreno (2019) “se ha empezado a utilizar cada vez con más frecuencia en el contexto de una evaluación de la salud personal o bien como medida de bienestar” (p.7). Por tanto, hablar de la Calidad de Vida en personas diagnosticadas por uso y abuso de sustancias psicoactivas, es remitirse a indagar cómo el individuo percibe diversos ámbitos de su vida a menudo descritos desde sus expectativas, intereses y objetivos; definiciones que se encuentran mediadas en cada caso por la singularidad de la experiencia personal y los significados contruidos a partir de la subjetividad de cada individuo.

En este sentido, estudiar la Calidad de Vida en tres dimensiones (familiar, social y salud física autopercibida), de hombres diagnosticados con uso y abuso de sustancias psicoactivas, antes de ingresar a un tratamiento de recuperación, resulta como un aporte desde y para el Trabajo Social, ya que reconoce la problemática no solo desde la aplicación de formatos y visiones unificadas de la situación tal como se ha venido realizando en otras investigaciones de corte cuantitativo, sino también desde las valoraciones personales que realizan los actores principales, en donde la descripción detallada de sus experiencias, relaciones o situaciones posibilitan develar el sentido y significado asignado a su realidad, para lograr, que la adicción siendo una problemática de salud pública, mental y social no solo se aborde médicamente respecto al uso de fármacos, sino que el mantenimiento de la sobriedad se entienda como el abordaje paralelo de cuestiones estructurales de esta

problemática, como lo es el relacionamiento familiar y social de esta población, en donde se traten situaciones concernientes a su reinserción a ambos entornos y también la salud física autopercibida como un enfoque importante para la recuperación del autoestima y autoconfianza de los residentes en su proceso de transformación de vida.

Por lo anterior, la pertinencia disciplinar del estudio, radica en que la investigación permite dar a conocer de forma específica que el Trabajo Social en el ámbito de la salud mental y el tratamiento para personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas, tiene distintos roles y funciones que le permiten construir una práctica multidisciplinaria al interior de la cual logra desarrollar una habilidad terapéutica para “mejorar la Calidad de Vida y el bienestar de las personas” (Barreto-Pico, 2017, p. 311). Por tanto, el quehacer de la disciplina interviene de forma específica y consciente para transformar aquellos aspectos vinculados con los conflictos al interior del relacionamiento familiar, baja estimación de sí mismos y reinserción en la sociedad, que resultan multicausales y en los cuales el individuo se encuentra inmerso todo el tiempo.

En este sentido, en el tratamiento de la adicción se requiere una intervención amplia y flexible, la cual logra ser provista desde la profesión dado que esta no se limita tan solo a revisar una de las causas, sino que analiza en su conjunto las relaciones entre factores familiares, sociales, individuales y culturales para realizar una intervención integral al ser humano que padece la enfermedad de la adicción y el cual tiene una familia que como él requiere una ayuda.

Asimismo, teniendo en cuenta que los profesionales de esta disciplina se consideran como agentes de cambio y transformación (Barreto-Pico, 2017), resulta de suma relevancia en el tratamiento de las adicciones y en general para las ciencias sociales, reconocer la intervención de la disciplina, ya que permitirá dejar constancia de la necesidad de una mirada

más humana para esta población que resulta estigmatizada y rechazada por el desconocimiento de la enfermedad. Además, es relevante para las Ciencias Sociales, porque hace evidente desde el auto concepto que tiene la persona diagnosticada con trastorno por uso y abuso de sustancias de su realidad y en esta medida, sustentar que es necesario el fortalecimiento del abordaje social de la enfermedad, teniendo como objetivo el bien-estar de la persona y no su consumo para comprender aspectos de su vida sin prejuicios o etiquetas que permitan resignificar su historia.

Por lo mencionado anteriormente, se formuló la siguiente pregunta como eje de la investigación **¿Cómo era la Calidad de Vida de los residentes antes de su ingreso a la Clínica Psico Salud y Transformación de Cartago Valle del Cauca?**

Y en concordancia, se formuló el siguiente **objetivo general:** describir la Calidad de Vida de los residentes antes de su ingreso a la Clínica Psico Salud y Transformación de Cartago Valle del Cauca. Y los subsecuentes **objetivos específicos:**

1. Indagar los cambios autopercebidos en la salud física de los residentes antes de su ingreso a la Clínica Psico.
2. Identificar los conflictos más frecuentes al interior del relacionamiento familiar de los residentes de la Clínica Psico
3. Explorar las características del relacionamiento social de los residentes antes de su ingreso en la Clínica Psico.

## Metodología

El estudio que se realizó fue de tipo descriptivo, puesto que la investigación sustentó su propósito en la “delimitación de los hechos que conforman el problema de investigación, establece comportamientos concretos, descubre y comprueba la posible asociación de variables de investigación” (Maldonado, 2013, p. 96). Por ende, el análisis de tipo descriptivo posibilitó la interpretación del objeto de estudio, reseñando cualidades o atributos propios; en este caso, permitió explicar aspectos de la Calidad de Vida relacionado con lo social, familiar y salud física autopercebida de los residentes antes de su ingreso a la Clínica Psico Salud y Transformación de Cartago Valle del Cauca.

En este sentido, el método que guió la investigación fue de corte cualitativo, en el cual según Quiroz et al. (2002) permite comprender las relaciones humanas, donde la descripción de situaciones, personas, comportamientos, posibilita “develar sentidos, aspectos y componentes de esas realidades y como ocurren en sus contextos naturales, incorporando lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal como son expresadas por ellos mismos” (pp. 39-40). En consecuencia, la subjetividad y experiencia personal fue el medio de conocimiento para dar respuesta al interés de esta investigación, el cual no responde a encontrar verdades últimas, sino relatos, que parten del contexto donde tratan de comprenderse, es decir, la vida de los pacientes internados de la Clínica Psico, antes de ingresar al tratamiento. Por lo tanto, este paradigma y tipo de investigación permite según Uglande y Balbastre (2013) captar y comprender la realidad social a través de los relatos de sentimientos, pensamientos e historias de los actores sociales.

Ahora bien, después de consolidar el proyecto de investigación, se realizó la gestión con la directora científica de la clínica para hacer el estudio en la institución, por medio de la

presentación de una carta en la que se solicitaba la autorización y la que contenía los consentimientos informados para la población a investigar y los instrumentos a aplicar.

A propósito de los instrumentos, una de las técnicas utilizadas para dar respuesta al objetivo de esta investigación, fue el grupo focal, el cual Según Morgan (1997) (como se citó en López, 2013) se considera como “un tipo de entrevista grupal, ya que requiere entrevistar a un número de personas a la misma vez” (p. 2). Al respecto, esta técnica resultó pertinente para la recolección de información, puesto que permitió de manera colectiva, abordar a profundidad aspectos concernientes a los tres objetivos, sin embargo, fue necesario realizar ajustes, ya que inicialmente se planeó el desarrollo de un solo grupo focal, en el cual se pretendían abordar los tres temas en su orden; no obstante, debido a la extensión de los participantes en sus respuestas, se decidió dividir el grupo focal en tres sesiones diferentes, las cuales fueron acordadas para los días sábados en horas de la mañana, con una duración aproximadamente de dos horas cada una, en las que se aprovechó la disposición de ocho pacientes.

Ante lo anterior, fue relevante puntualizar algunas respuestas desde los relatos de sus vivencias, dado que eran historias muy extensas que en ocasiones hacían perder el hilo de las respuestas a los demás participantes. No obstante, dado su valor para la investigación, se permitió que cada persona expresara en su totalidad lo que pensaba, y cuando se consideró necesario, se repitió la pregunta haciendo uso de la técnica de entrevista llamada sumaria, para contextualizar a los otros participantes, ya que por el deterioro cognitivo retienen la información por poco tiempo.

En concordancia, pese a que la realización del grupo focal presentó ciertas dificultades, no se tomó la decisión de hacer uso de la historia de vida, debido a que en experiencias anteriores con el ejercicio de dicha técnica, los residentes mostraron resistencia

para realizar el ejercicio de manera individual y dejar la evidencia escrita de su historia; lo contrario a los espacios de círculo grupal, en donde tenían un mayor desenvolvimiento al interactuar y compartir con sus compañeros un aspecto en común que los identificaba. Por lo tanto, se optó por mantener la técnica del grupo focal, ya que si bien los residentes se extendían y en ocasiones se perdía el sentido de la pregunta; la ampliación de sus respuestas permitió obtener la información esperada, pues los relatos de las personas se complementaron en muchos aspectos y compartieron similitudes en gran cantidad de respuestas con semejanzas en sus experiencias, lo cual fomentó la reflexión colectiva y enriqueció la información recolectada frente a las vivencias de la vida pasada o vida de consumo y la repercusión en los ámbitos familiar, personal y social.

Asimismo, la entrevista semiestructurada fue otra de las técnicas utilizadas, según Hernández et al. (2014) (como se citó en Cabezas y Vélez, 2020) “es un tipo de entrevista en la que se usa un guión de preguntas que permite al investigador hacer nuevas preguntas al Entrevistado” (p. 62). Es decir, que a través de la realización de esta técnica con dos de los residentes de la Clínica, fue posible profundizar la conversación para obtener la descripción detallada de las experiencias, resultando ser un insumo valioso, debido a que la información recopilada en los grupos focales, ocasionó el surgimiento de nuevas preguntas que fueron resueltas en las entrevistas y que permitieron profundizar aún más en las tres dimensiones que interesan en este trabajo. De este modo, la entrevista semiestructurada como lo menciona Cabezas y Vélez (2020) permitió “entrar en el mundo interno de los sujetos que participan en la investigación” (p. 62). Y por lo tanto, precisó el conocimiento de los pensamientos, significados, sentimientos, creencias y saberes que los pacientes han edificado en torno a su Calidad de Vida, siendo su subjetividad, un medio de conocimiento para lograr los fines propuestos de esta investigación.

Luego de realizar la aplicación de los instrumentos, se procesó la información recolectada, en la cual se transcribió toda la grabación de los audios, para posteriormente categorizarla por cada objetivo específico y finalmente priorizar los relatos que se utilizarían en la escritura del proyecto.

Por otra parte, en cuanto a los facilitadores encontrados en la investigación, se pueden mencionar la disposición de la institución para autorizar la realización de la investigación y la relación construida con los residentes de la Clínica, pues estos tuvieron disposición desde un inicio y en su tiempo de descanso participaron de las sesiones que se tornaron un poco extensas.

Además, la relación investigador-investigado se dio de manera fluida, dado que se hizo énfasis en que todas sus experiencias eran valiosas y ninguna respuesta sería incorrecta; asimismo la previa cercanía que se había establecido con los residentes en los meses anteriores gracias a las prácticas académicas realizadas en la institución, facilitó que no se presentaran dificultades para la expresión de los residentes, sino que por el contrario se tornará un ambiente ameno, en el que la confidencialidad y los fines exclusivamente académicos de la información, fueron acuerdos principales para que los residentes accedieran a participar.

Asimismo, favoreció de manera significativa, que la población elegida no se encontraba en las fases iniciales del tratamiento, sino que ya su tiempo de permanencia en la institución pasaba los 7 meses, por tanto, se encontró bastante madurez para expresar situaciones y volver sobre recuerdos de la vida pasada sin evocar deseos o proyecciones de consumo en los residentes.

Finalmente, los obstáculos presentados durante el proceso de investigación, giraron en torno a la logística de los grupos focales, dado que los encuentros solo pudieron realizarse los

días sábados debido a las actividades estipuladas en los días de la semana por la institución; lo que trajo como consecuencia que la recopilación de la información se tardara mucho más del tiempo estimado. Además, la autorización para empezar a realizar la investigación en la institución, fue un proceso extenso que ocasionó el retraso los tiempos planteados para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos.

Igualmente, en la estrategia metodológica surgieron obstáculos que conllevaron a la modificación de la cantidad de participantes para el desarrollo de la investigación, debido a que no se tuvo presente que los pacientes de la Clínica son personas fluctuantes, pues el proceso se realiza de manera voluntaria y cada quién decide cuándo abandonar la institución. En este sentido, en el diseño de la estrategia metodológica se había propuesto la participación de 27 pacientes para el grupo focal y 5 para las entrevistas semiestructuradas, los cuales se encontrarán en segunda fase del tratamiento; no obstante, en el momento de la selección solo habían 3 residentes que cumplían con las características iniciales y el tiempo de proceso, por tanto, se tomó la decisión de revisar la totalidad de los pacientes (29) y seleccionar todos los que se encontraran en la tercera fase del tratamiento como criterio principal, y como segundo criterio, pacientes que estuvieran en la segunda fase, pero que hubieran realizado más de 3 procesos incompletos y que hubieran estado como habitantes de calle, lo cual se reflejó finalmente en diez residentes seleccionados, dos para la realización de las entrevistas y ocho para el grupo focal.

Ahora bien, la razón principal para elegir la población que se encontraba en la segunda fase de tratamiento, fue debido a que según las metas del proceso, los residentes que se encuentren posterior al mes seis del tratamiento, son personas que han adquirido una conciencia de cambio, identifican sus problemáticas y trabajan de manera constante y convencida en su transformación y en su proceso; además, son personas que gracias al

cambio de sus comportamientos y actitudes se ha podido empezar a realizar la vinculación con la red de apoyo familiar y social y por lo tanto, tienen un grado alto de introspección y logran reflexionar sobre su vida pasada sin anhelar volver a ella.

De lo anterior, la elección de los pacientes que se encontraban en segunda fase resultó pertinente, dado que en el momento de la realización de los grupos focales, emergieron comentarios de los mismos participantes que indicaban la importancia de dicha elección, ya que la participación de residentes recién ingresados, pudo haber ocasionado episodios de ansiedad al recordar su vida de consumo sin estar preparados.

## Cap. 2. Marco teórico

Para comenzar, es importante establecer que la perspectiva desde la cual se realizó la propuesta de investigación, se encuentra basada en las tendencias comprensivas o hermenéuticas, ya que se centra en la subjetividad como base de conocimiento y es allí donde “cobra sentido la experiencia del sujeto, su vivencia cotidiana y los significados que a partir de ésta construye” (Muñoz y Vargas, 2013, p. 126). En otras palabras, se concede reconocimiento a las interpretaciones que hacen los seres humanos en lugar de tratar de encontrar verdades imparciales, lo cual permite ampliar el horizonte en la comprensión y develación del sentido de los mensajes y significados otorgados a las experiencias de vida y así, lograr finalmente la revalorización del conocimiento forjado a través de las vivencias de cada uno de los sujetos.

Además, esta tendencia permite encauzar una búsqueda hacia la construcción de una realidad consensuada intersubjetivamente entre los pacientes internados en la Clínica Psico Salud y Transformación, sobre su Calidad de Vida en tres dimensiones específicas, en clave de una comprensión integral de las formas de ser, actuar y estar en el mundo de cada uno de los implicados en la investigación.

En este sentido, el paradigma que sustenta la investigación es de tipo interpretativo, el cual “focaliza su atención en la descripción de lo individual, lo distintivo, la existencia de realidades múltiples, lo particular del hecho que se estudia, sin la pretensión primaria de establecer regularidades, ni el establecimiento de generalizaciones” (González, 2003, p. 130). Por tanto, este paradigma “dirige su labor a entrar en el mundo personal de los individuos, en las motivaciones que lo orientan, en sus creencias” (González, 2003, p. 130). Es decir, desde esta perspectiva, la realidad se encuentra influida por la cultura y las relaciones sociales que rodean a los sujetos, y sus acciones están mediadas por significaciones subjetivas en las

cuales prima la comprensión y la interpretación de los hechos a partir de datos obtenidos de sus narraciones y no de teorías previas.

En efecto, el enfoque hermenéutico y el paradigma interpretativo, contribuyeron a que la subjetividad y la experiencia de los residentes, fuera la fuente principal de conocimiento de esta investigación, para poder comprender su Calidad de vida sin cuantificar.

En concordancia y teniendo en cuenta que la categoría central de esta investigación es la Calidad de Vida, es necesario abordar el concepto desde diferentes perspectivas y autores, dado que como lo plantea Moreno (2019), es un término con una fuerte dispersión y diversidad de concepciones que son producto de la naturaleza multidisciplinar desde la que se ha estudiado, dado que esta aúna tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales, siendo el interés de esta investigación la perspectiva social.

Desde la revisión sobre las teorías que componen dicho término, Meeberg (1993) (como se citó en Moreno, 2019) simplifica componentes de un rastreo documental y menciona cuatro elementos básicos para distinguir Calidad de Vida de otros conceptos, los cuales son:

(a) Sentimiento de satisfacción con la vida en general, (b) capacidad mental para evaluar la vida propia como satisfactoria o no, (c) un aceptable estado de salud físico, mental, social y emocional determinado por los sujetos y (d) una evaluación objetiva realizada por una persona sobre las condiciones de vida. (p.9)

Siguiendo esta línea, Urzua y Caqueo (2012) realizan una revisión bibliográfica en la que encuentran que la definición de Calidad de Vida concuerda para muchos autores como un concepto que contiene dimensiones tanto objetivas y subjetivas sobre el bienestar personal a

nivel físico, material, social y emocional, mediadas por valores personales, en otras palabras, se entiende dicha categoría semejante a la satisfacción personal.

Tal como se puede apreciar, no existe un punto de vista único para definir la Calidad de Vida, no obstante, como lo denominan Urzua y Caqueo (2012), palabras como bienestar, satisfacción, multidimensional, subjetivo, objetivo, orientan el término hacia una concepción común ante la pluralidad de ramas que la estudian, pudiéndose aproximar a una definición general del término, como:

El nivel percibido de bienestar deriva de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida. Al ser una medida de auto reporte se centra preferentemente en la evaluación que una persona hace de su nivel de bienestar y satisfacción. (p. 65)

Como componentes esenciales de la definición de Calidad de Vida, González et al. (2010) (como se citó en González y Ruiz, 2020, p.36) señalan los siguientes:

La salud objetiva, subjetiva, física y psíquica, la integración social, es decir las relaciones con familiares, vecinos y amigos, la actividad y ocio que representa el nivel de actividad, forma de ocupar el tiempo y satisfacción con el modo en que se ocupa el tiempo disponible, la satisfacción con la vida, la educación, los servicios sociales y sanitarios, ingresos, habilidades funcionales, grado de autonomía del individuo y capacidad para desenvolverse en las actividades de la vida diaria y por último, la calidad ambiental que tiene que ver con la satisfacción del individuo con una serie de aspectos objetivos de la vivienda que habita. (p. 36)

Al igual que los componentes del concepto, Gonzales y Ruiz (2020) retoman a Ware & Sherbourne (1992) y Alonso (2005) para describir tres dimensiones de Calidad de Vida,

que se clasifican en: física, psicológica y social, de las cuales se utilizará para efectos de este trabajo tan solo dos, lo concerniente al aspecto físico y social.

En este sentido, la primera hace referencia a la función física de las personas, es decir, “el grado en que la salud de las personas limita las actividades físicas” (González y Ruiz, 2020, p. 35). Por tanto, actividades tales como: el autocuidado, caminar, llevar peso, como al rol físico (grado en que la salud interfiere en el trabajo) lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades (González y Ruiz, 2020). Son los aspectos que físicamente limitan la Calidad de Vida. La segunda, refiere a la función social, basándose específicamente en el “grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual” (González y Ruiz, 2020, p. 35)

En concordancia, la Calidad de Vida “abarca un estado general de bienestar en las diversas áreas de la persona tanto en lo físico... emocional, social y espiritual” por esta razón la Calidad de Vida se puede entender desde aspectos relacionados con la salud física, la vida familiar y el relacionamiento social, pero como menciona Villalobos (como se citó en González y Ruiz, 2020) con base en la valoración que cada persona hace de su vida, pues Guyatt y Fenny (como se citó en Zeledón, 2013) plantean que el término “consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien” (p. 13). De modo que, hace alusión a experiencias subjetivas satisfactorias de la existencia de cada persona.

En definitiva, para fines de este estudio, se va a entender que “la Calidad de Vida no es equivalente a estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental o bienestar, sino que más bien es un concepto que incorpora la percepción del individuo sobre estos y otros conceptos de la vida” (Rodríguez, et al ., 2015, p.4). De manera que, siendo

consecuentes con la perspectiva hermenéutica que guía esta investigación, la Calidad de Vida, hará referencia a la valoración subjetiva y de autopercepción que realiza cada sujeto en cuanto a tres aspectos específicos: la salud física, el relacionamiento social y la vida familiar.

Ahora bien, es imprescindible aclarar que de acuerdo con las tendencias comprensivas, son los mismos individuos los que construyen las acciones, interpretando y valorando la realidad en la cual se encuentran inmersos y en este caso, la que ha mediado en el desarrollo de su Calidad de Vida, por ende, en lo que concierne inicialmente al aspecto de la salud, es importante mencionar que esta “es analizada de manera integral a través de distintas perspectivas físicas, psicológicas, intelectuales y emocionales que interaccionan entre sí para forjar el concepto global de salud” (Montero, 2017. p. 100). En este sentido, resulta relevante resaltar que la salud física hace referencia a “los aspectos relacionados con las alteraciones que impiden la ejecución de determinadas tareas, como de otros aspectos del organismo relacionados con el dolor, síntomas de una enfermedad, etc” (Días, 2015, p.18). Por tanto, la salud física puede ser según Montero (2017) “una medida de salud subjetiva, es decir... la evaluación que hace la persona de su estado de salud general” (p.86). Lo cual permite indagar la percepción y/o evaluación que cada sujeto realiza de su estado de salud de manera particular, y en esta medida, puede hablarse de salud física autopercebida, término que según Trinidad et al. (2013) “forma parte del concepto global de «Calidad de Vida», además de ser una medida válida para conocer el estado de salud” (p.1).

En otras palabras, Becerra et al. (2013) y Moreno, Moreno y Cervelló (2013) (como se citó en Montero, 2017) plantean que “la condición física de la persona es uno de los factores que más influencia tienen sobre la autoevaluación de la salud que se realiza de forma subjetiva” (p. 93). De ahí que, la salud física autopercebida se comprenderá en este estudio a partir de una perspectiva hermenéutica, como “la valoración que hace el individuo respecto a en qué medida cree que el estado de salud ha afectado en su vida cotidiana. La percepción de

cada individuo es personal y no puede ser juzgada por otras personas, Cramer (1999)” (Días, 2015, p. 19).

Precisamente, la postura paradigmática planteada, aclara que los significados asociados a las particulares experiencias de vida, se complementan y cobran sentido en la interrelación de los sujetos cuando a través de la verbalización de las experiencias construyen una realidad común, por tal razón, frente al relacionamiento social como segunda categoría para dar cuenta de la Calidad de Vida, Moyano (2014) retoma a Pozo, Alonso, Hernández & Martos (2005); Katz & Kahn, (1999) para plantear que “todas las personas establecen numerosas relaciones de diversa índole a lo largo de la vida y a través de estas intercambian y construyen experiencias, conocimientos, formas de sentir y de ver la vida; además de compartir necesidades, intereses y afectos” (p.5). Por tanto, en esta línea de pensamiento, también retoma a Reis y Downey (1999) los cuales “formulan, que uno de los objetivos más importantes en la vida de las personas es el lograr establecer, mantener y mejorar las relaciones de pertenencia, comunión e intimidad” (p. 5).

Por lo tanto, “no es fácil definir o describir la relación social, al tratarse de una institución no perceptible de modo inmediato, pero existe, y su comprensión facilita el desarrollo de una verdadera sociedad, de lo humano” (Codoñer, 2018, p.17). Sin embargo, Argyle (Como se citó en Moyano, 2014) encuentra que “existe una coincidencia respecto al concepto de “relación social”, en aspectos tales como: implican una interacción entre mínimo dos personas, sugieren una frecuencia de contacto y duración y tienen un efecto entre sus miembros”. (pp. 5-6)

No obstante, es importante señalar que en los pacientes diagnosticados con un trastorno por uso o abuso de sustancias psicoactivas, se identifica que sus formas de interactuar en la sociedad se encuentran vinculadas fuertemente con el consumo de

sustancias, puesto que como lo denomina Guzmán & Alonso (Como se citó en Pedroza et al, 2012) “el grupo que incrementa su consumo tiende a presentar una mayor cantidad de conductas antisociales y consecuencias adversas” (p .128). Al respecto, Pedroza (2012) realizó un estudio sobre las interacciones sociales de 26 adolescentes, con diferentes niveles de consumo de sustancias, en el cual encontró “una relación de mutua dependencia entre el consumo de sustancias y las interacciones con padres y pares, ya que se observó un notable aumento del conflicto coincidente con un mayor consumo de sustancias adictivas” (p. 145).

Asimismo, desde los postulados de Rodríguez (Como se citó en Rengel, 2005), en la sociedad se han generado dos maneras de excluir a dicha población, por un lado manteniendo una posición de rechazo y estigma hacia la persona consumidora, y otra que “genera prácticas de rencor hacia fuera, hacia los integrados que disponen de condiciones de vida de mayor calidad y a los que se supone desinteresados tanto de los problemas de la droga, como de los problemas de la vida urbana” (p.7). En este sentido, desde los postulados de Alemany y Rossell (Como se citó en Rengel, 2005) al ser la sociedad la que define a las personas con condiciones de conducta adictiva como “desviadas” o “anormales”, “el grupo tiende a cohesionarse en función del rechazo social, a protegerse y acentuar su comportamiento, lo que provoca una mayor represión, ampliándose de este modo la espiral de la desviación” (p. 7).

En consecuencia con lo anterior y teniendo como base la tendencia hermenéutica, por relación social se va a entender lo que desde el punto de vista de Herrera (2000) se asume como “la referencia de un sujeto a otro sujeto mediada por la sociedad (o por la cultura, los estilos de vida, intereses e identidades) a las que pertenecen los sujetos en relación” (p .44). La cual está vinculada como lo denomina Molina, Carrión y Gallego (como se citó en Rengel, 2005) “por un proceso de representación social negativa. Por tanto, no se trata de una comprensión científica sino más bien, de una construcción subjetiva del mundo social” (p.6).

Por supuesto que, no está de más plantear que la corriente compresiva se interesa específicamente por analizar y describir como los sujetos experimentan e interpretan su cotidianidad, lo cual refleja desde su subjetividad valores, creencias y significados otorgados a una realidad específica; así pues, en cuanto al relacionamiento familiar, en el tratamiento de las adicciones es primordial comprender que la familia como núcleo de socialización es imprescindible a pesar de las transformaciones y cambios a los que se ha enfrentado, por ende, resulta importante la intervención al interior de sus relaciones, pues estas se han debilitado por el consumo de sustancias del cual uno o más miembros abusa; no obstante, el consumo de sustancias por algún miembro de la familia también puede tener sus raíces en la particularidad de las dinámicas que se han configurado al interior del hogar y en general muchas situaciones más que involucran tanto el entorno como lo individual de cada ser humano.

Es así que para mencionar el relacionamiento familiar como una categoría de análisis para dar cuenta de un aspecto auto percibido de la Calidad de Vida, se requiere principalmente definir a la familia como “un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”, ( Andolfi, 1993; Musitu et al., 1994; Minuchín, 1986; Rodrigo y Palacios, 1998) (como se citó en Espinal et al. 2006, p. 3). Es decir que la familia es considerada el objeto de estudio desde el análisis de las relaciones que tienen lugar dentro de ella. Por tanto, desde el enfoque sistémico se propende por “el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones” (Espinal et al. 2006, p. 3)

En este sentido, como plantea Marin et al. (2019) cuando retoma a Gallego y Henao (2012), la dinámica familiar “se puede interpretar como los encuentros entre las subjetividades, encuentros mediados por una serie de normas, reglas, límites, jerarquías y

roles, entre otros, que regulan la convivencia y permite que el funcionamiento de la vida familiar se desarrolle armónicamente” (p. 169). Sin embargo, al respecto Almanza y Gómez (2020) enuncian que debido al consumo problemático de sustancias psicoactivas emerge un malestar al interior de la familia que requiere de atención. Ya que, el estrés y la frustración por las acciones de la persona en condición de adicción, ocasionan conflictos basados en reacciones de hostilidad, crítica, sobreprotección y sobre implicación (Jaramillo y Quintero, 2019).

Por ende, algunas situaciones que causan conflictos o dificultades en las interrelaciones familiares son enunciadas por Castro (2016) como:

Falta de relaciones estrechas con sus padres, necesidad no satisfecha de reconocimiento, confianza y amor, rechazo de los padres, vínculos de dependencia, padre no implicado en la familia); conflicto (matrimonial, irresponsabilidad, hogar infeliz, esposa infeliz, discordia familiar, hijos implicados en conflicto matrimonial, alto grado de trauma); divorcio y ruptura familiar (hogar roto, padres ausentes, hogar de un solo progenitor). (p. 9)

Además de lo anterior, según Almanza y Gómez (2020):

Las dificultades en el establecimiento de límites, la oscilación entre diversas estrategias de manejo del consumo y los desacuerdos entre los miembros de la familia sobre el abordaje del problema. Adicionalmente, la minimización o normalización del consumo, y mantener el problema dentro de los confines del espacio familiar restringen las posibilidades de obtener apoyo en sistemas externos a la familia. (p. 14)

En consecuencia, cuando en las relaciones familiares “los miembros... experimentan diversas formas de malestar emocional, como ira, tristeza, preocupación, desconfianza y

ambivalencia. Ocurren conflictos con el usuario y entre los miembros, además de distanciamiento, rechazo e identificación negativa” (Almanza y Gómez, 2020, p. 14) puesto que no logran comunicar sus sentimientos ni opiniones, ni manejar los impulsos sobre lo que acontece, lo cual, según Camacho (2019) afecta el clima familiar, dado que este resulta de variadas interacciones y comportamientos que debilitan los vínculos y/o apoyo entre los integrantes de la familia.

Asimismo, Marín et al. (2019) plantean que cada familia en donde se encuentra por lo menos un miembro con adicción a sustancias psicoactivas transita por un sin fin de dificultades emocionales que pueden llegar hasta la desintegración del sistema familiar. Por ello, cada sistema familiar construye “su propio sistema de relacionamiento y comunicación” (p. 166). Donde la apatía de las interacciones y relaciones afecta el establecimiento de vínculos relacionales más estrechos.

De este modo, para fines explícitos del presente trabajo y en concordancia con el paradigma interpretativo, se tomarán como conflictos en el relacionamiento familiar aquellos que surgen a partir de la confrontación subjetiva que cada persona hace a causa de la conducta adictiva de aspectos tales como: normas, límites, roles, jerarquías, al interior de su sistema familiar y que no permiten el pleno desarrollo de la vida familiar.

En consecuencia con lo anterior, el constructo de “Calidad de Vida” en el ámbito de las adicciones a sustancias psicoactivas, ha ido apareciendo progresivamente en los últimos años, puesto que “los problemas derivados del consumo de drogas son variados y, muchos de ellos, con graves consecuencias para la salud, que conllevan importantes deterioros en la Calidad de Vida” (Rodríguez et al., 2015, p.4) dado que los diferentes ámbitos en los que el ser humano se desenvuelve, se ven afectados de manera negativa.

A modo de cierre, resulta importante definir la dependencia también llamada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como adicción término que hace referencia al “conjunto de manifestaciones fisiológicas, cognitivas y comportamentales que denotan el deseo fuerte e insuperable, y la prioridad que tiene en la vida de la persona ciertas o determinado tipo de SPA, sobre cualquier otro comportamiento que se tuvo en el pasado” (Rivas, 2006) (Como se citó en Rayón, et al ., 2012, p. 16-17). Es decir, que “el abuso, se da cuando se sigue consumiendo a pesar del daño que pueda estar causando la sustancia” Begoña (2002) (Como se citó en Olivero, 2016, p.4), en donde lo importante, como lo referencia Olivero (2016) es la relación que establece la persona con la sustancia, cuando esta lleva a la desadaptación del funcionamiento en algún aspecto de su vida y en la sociedad en general, es decir, cuando se pasa del uso al abuso o dependencia de las drogas.

Asimismo, la adicción a sustancias psicoactivas es concebida como “una patología social” (Castañeda, 2017, p.8) porque afecta tanto a las personas que sufren esta enfermedad mental como a sus familiares, los cuales desarrollan comportamientos codependientes, y en esta medida involucra amigos, vecinos, compañeros, es decir, al entorno laboral y no laboral. “Además, es un problema social en la medida en que la gente que presenta dependencia a las drogas no pueda visualizar su futuro, proyectarse y tener objetivos de vida” (Castañeda, 2017, p.8).

Por tal motivo, con el uso o abuso nocivo de sustancias psicoactivas “se comienzan a visualizar problemas que afectan la salud del consumidor tanto en lo físico como en lo psicológico y deterioran el bienestar social del entorno de la persona en su relación laboral, académico, familiar y social” (Monroy, 2017, p. 69). En definitiva resulta importante “introducir el concepto de Calidad de Vida, ya que el consumo de sustancias de tipo legal e ilegal puede alterar varias esferas que mantienen el equilibrio en dicha calidad” (Rayón et al., 2012, p. 22).

### **Cap. 3. Caracterización del contexto**

El trastorno por abuso de consumo de sustancias psicoactivas, suscita grandes retos para la sociedad, ya que las consecuencias individuales y sociales que traen consigo son perjudiciales para la salud de la población, es por ello que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) vienen cooperando para fortalecer los procesos de desarrollo de capacidades institucionales a nivel nacional y territorial, orientados a la promoción de la salud, la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas. En este contexto, el Modelo Nacional de Atención Integral para Trastornos por el Uso de Sustancias Psicoactivas en Colombia (2015) pretende aportar a este propósito, el cual “constituye un escenario que reconoce la importancia de diseñar y construir un tratamiento adecuado para el consumo de sustancias psicoactivas en el país, acorde a la realidad y necesidades nacionales, en el marco de la garantía de derechos de las personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas” (p. 11).

Asimismo, el Plan Marco de Implementación de los Acuerdos por una Paz Estable y duradera, establece los siguientes mecanismos en el ítem 4.2:

Revisión y ajuste de la Política frente al consumo de drogas ilícitas, constitución de un sistema nacional de atención al consumidor de drogas ilícitas, implementación del sistema de seguimiento de las acciones territoriales, elaboración de planes de acción participativos con enfoque poblacional y territorial, y generación de conocimiento en materia de consumo de sustancias psicoactivas. (Oficina del Alto Comisionado para la Paz, 2016 como se citó en Resolución N°000000089, 2019, p. 6)

A propósito, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (2013), plantea que “en términos generales, de cada dos consumidores de drogas, uno tiene algún problema con el consumo, ya sea de orden físico, psíquico, familiar o social, tanto en

varones como en mujeres” (p. 70). Por lo tanto, bajo esta realidad, la población colombiana puede verse vulnerable debido al pobre cumplimiento de medidas de salud pública y la falta de herramientas para tomar decisiones acertadas, recibir apoyo para una adecuada regulación emocional y la susceptibilidad al consumo los cuales son aspectos que contribuyen a una mejor Calidad de Vida.

De este modo en Colombia, la Ley 1566 (2012) en su Art 1, reconoce que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas; por tanto, el individuo se analiza en relación con el entorno y no solamente como persona, para lo que resulta pertinente mencionar según el Art. 6 que las acciones de promoción y prevención deben incluir a todos los actores y sectores, tanto productivos como educativos y comunitarios y las respectivas entidades territoriales.

No obstante, en la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA, 2019), se encontró que:

“el 2,6% de las personas de 12 a 65 años informó que en los últimos 12 meses sintieron la necesidad de recibir ayuda para dejar de consumir alguna sustancia psicoactiva (tabaco, alcohol u otra sustancia). Por rangos de edad, la proporción más alta estuvo en el rango de 18 a 24 años (3,1%) seguido por el de 45 a 65 años con 2,9%” (p. 22).

En concordancia con lo anterior, aparece Ruta futuro: Política Integral para Enfrentar el Problema de las drogas (2018) en la cual a través del Ministerio de Justicia y el Consejo

Nacional de Estupefacientes se plantean reducir: el consumo de drogas y su impacto, la disponibilidad de drogas; como también desarticular y afectar las organizaciones, economías y rentas criminales. Por tanto, las acciones no se encuentran enmarcadas solo a la erradicación de cultivos ilícitos, sino, que integra diferentes alternativas a través de enfoques tales como derechos humanos, salud pública, seguridad ciudadana, desarrollo territorial, desarrollo humano y ordenamiento ambiental; ya que reconoce que el consumo de sustancias psicoactivas “está configurada según los determinantes sociales de la salud, y de acuerdo con los entornos donde las personas que consumen sustancias psicoactivas se desarrollan” (p. 15) y además, se vinculan a factores “de orden individual, familiar y comunitario... que pueden o no desencadenar problemáticas sociales asociadas a la convivencia social y a la vida en comunidad” (p. 15).

En el mismo sentido, se encuentra el plan nacional para la promoción de la salud, la prevención y la atención del consumo de sustancias psicoactivas (2014) bajo el propósito de hacer un “esfuerzo nacional por incorporar el enfoque de salud pública en un marco intersectorial para disminuir la exposición al consumo de drogas y sus impactos en la población colombiana” (P.1) con el fin de “reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables” (p.16).

Asimismo, a nivel departamental se encuentra el Plan Integral Departamental de Drogas del Valle del Cauca 2016-2019 (2016) el cual condensa “el conjunto de lineamientos, estrategias e intervenciones del departamento en materia de control a la oferta y el consumo de drogas” (p. 6). Dando cuenta de los resultados esperados y la descripción de las actividades a ser implementadas en la ejecución del plan de acción, teniendo como base la falta de articulación de la política pública con enfoque diferencial hacia la paz, en materia de drogas, la falta de gestión integral de riesgos individual y colectiva, para la atención,

superación e inclusión social en materia de drogas, como también las barreras en el acceso al tratamiento y atención integral que se le debe brindar a las personas en situación de consumo y finalmente, la limitada cobertura de los programas y proyectos de prevención del uso y abuso de drogas y programas sociales; utilizándose como una guía organizada que permita coordinar las acciones y recursos en pro de trazar de manera clara “la ruta de navegación para el Departamento del Valle del Cauca en términos de un abordaje integral frente al problema de las drogas” (p. 48).

Aun así, el municipio de Cartago, se ha caracterizado por fortalecer a nivel económico el comercio y la industria destacando los bordados a mano, las ladrilleras y los locales comerciales, pero a nivel social en cuanto a la problemática mencionada, el municipio no cuenta con políticas públicas, ni estudios que presenten la incidencia de esta problemática en la población o estrategias para la atención, ni datos específicos ni representativos en el plan de desarrollo territorial (PDT) o proyecto municipal, pese a las rutas que se vienen trabajando a nivel nacional para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, existen dos instituciones privadas enmarcadas en la prestación de servicios de calidad para dicha problemática, una de ellas es “Despertando Corazones” una ONG sin ánimo de lucro para la atención de menores de edad con problemas de abuso de sustancias psicoactivas y la otra es la Clínica Psico Salud y Transformación S.A.S, la cual es una institución prestadora de servicios de salud, habilitada ante la secretaría de salud en el Valle del Cauca y Risaralda, con un área de influencia directa de 16 municipios del Norte del Valle, además de las ciudades vecinas (Pereira, Manizales y Armenia) para el manejo de conductas adictivas (químicas y no químicas) y personas con patología dual, es decir, que tienen un trastorno psiquiátrico (depresión, esquizofrenia...) y un trastorno por consumo de sustancias, la cual plantea un reto y compromiso social “con una población que exige se le brinde atención especializada en sitios cercanos a su residencia” (Escobar, 2021, párr. 1)

De este modo, la Clínica “Psico Salud y Transformación” que es la que interesa para la presente investigación, se creó el 6 de agosto del 2008, siendo una institución privada sin ánimo de lucro con alta vocación de servicio creada para: mejorar las condiciones de vida, trabajar en procesos integrales de promoción, prevención, restauración, rehabilitación e inclusión social de personas con problemas adictivos en general, a través de la gestión de proyectos sustentables y sostenibles de desarrollo social, fortaleciendo procesos comunitarios proactivos, proporcionando cambios, prohibiciones, valores personales sociales y ambientales que aporten bienestar a esta población vulnerable, a sus familias y a la comunidad de su área de influencia. Proyectándose en el 2028 ser reconocida a nivel local, regional, nacional e internacional como una institución que aporta a través de actividades integrales con población adicta y vulnerable, a la transformación de la sociedad colombiana, promoviendo la aceptación incondicional del ser humano, su reconocimiento e inclusión en todos los procesos de transformación del país. (Modelo de atención, 2020, p. 4)

La filosofía institucional está basada bajo el fundamento de la aceptación incondicional del ser humano, es decir que todos los seres humanos son iguales, lo que cambia es que existen comportamientos inadecuados los cuales se tratan de modificar, es decir, “independiente de los actos que haya cometido a lo largo de su vida, su dignidad como persona se acepta de manera compasiva y no se critica al ser sino a la conducta: “El individuo trasciende al comportamiento”. (Modelo de Atención, 2020, p. 12)

De esta manera, el Modelo Terapéutico de la institución pretende alcanzar dos metas a largo plazo, por un lado, la de la abstinencia total a las drogas y la segunda la de una mejor Calidad de Vida, pues se proponen lograr: recuperar a la persona con adicción, re-insertarlo en la sociedad, tratarlos con dignidad y ayudarlos a recuperarse física, mental y espiritualmente, focalizándose en el crecimiento espiritual, formación en valores, la dignidad

del individuo y aboga el concepto de enfermedad sin cura, con un cuidado continuo en recuperación.

En Psico Salud y Transformación, se espera alcanzar de la funcionalidad de la persona, a través del trabajo interdisciplinario y la intervención holística, por medio de la búsqueda de una recuperación integral “que tenga siempre en cuenta todas las áreas del ser humano como sistema, es decir, que trascienda la mirada médica e integre igualmente la mente y el espíritu de la persona”. (Modelo de Atención, 2020, p.1)

Según el Modelo de Atención (2020), los objetivos de calidad son:

“atender todas las necesidades y expectativas de los usuarios que requieren el servicio de la institución, bajo las premisas de mejoramiento continuo, prestar servicios de salud mental con seguridad, oportunidad, accesibilidad y pertinencia, brindar atención humanizada, con personal capacitado, competente e idóneo, mantener una alta satisfacción del usuario en los servicios de salud prestados” (p. 5).

En la institución se atiende a la población vulnerable, en un porcentaje alto a habitantes en condición de calle con conducta adictiva, algunos de los cuales presentan enfermedad mental, así mismo se atienden sus respectivas redes de apoyo familiar y social; la gama de problemáticas y situaciones no tienen límite, ya que se encuentran todas las tipologías familiares; en definitiva, la institución permite que todas las situaciones que pueda vivir una persona sumadas a la adicción, se puedan trabajar en estos espacios, tanto individuales como grupales.

Ahora bien, el soporte legal de la institución es la Ley 100 (1993), por la cual se crea el sistema de seguridad social integral conformado a partir de un

Conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una Calidad de Vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. (p. 1)

En tal sentido, el objeto de la presente ley es que se garanticen los derechos de las personas, los cuales son inalienables e irrenunciables para contribuir al mantenimiento de una Calidad de Vida digna y en esta medida proveer protección ya sea desde el Estado, la sociedad o las instituciones públicas/privadas cuando estos se encuentren amenazados proporcionando cobertura de carácter económico, de salud y de servicios complementarios. Además, la institución también se basa en la Ley 1616 (2013) en la cual se concretan los derechos y deberes de la salud mental en Colombia y la cual prioriza su enfoque promocional de Calidad de Vida.

Teniendo en cuenta lo anterior, la institución cuenta con un modelo de atención propio dividido en 7 aspectos: promoción y prevención, educación y sensibilización a las familias de los residentes, servicio para el cuidado básico del consumidor de sustancias psicoactivas, servicio de hospitalización parcial- hospital día, hospitalización de unidad mental o consumo de sustancias psicoactivas, plan de mantenimiento con metadona, consulta externa.

### **Descripción de resultados**

## **Cap. 4. Cambios auto percibidos en la salud física antes del ingreso a un tratamiento de Transformación de Vida**

### **Aspectos claves en la definición de la salud física y su relación con la ansiedad**

La salud física autopercebida como concepto válido para medir lo que engloba el término Calidad de Vida, hace referencia a la evaluación subjetiva que cada persona tiene de su estado de salud en general, es decir, según Díaz (2015) involucra aspectos relacionados de manera inicial con su aspecto físico y el ser una persona funcional, señalando la capacidad física para ejecutar diversas tareas o trabajos que para el resto de las personas son comunes como: levantar objetos pesados, agacharse o arrodillarse, correr, subir varios pisos, inclinarse. En segunda medida, implica síntomas físicos los cuales se pueden describir de la siguiente manera: “dolor, fatiga y malestar corporal, cansancio mental, depresión, náuseas y vómitos” (Díaz, 2015, p. 17). Y finalmente, involucra el ambiente en el cual se encuentre la persona, pues en la medida que los sujetos consideran que el medio en el que se encuentren o frecuentemente afecta su vida cotidiana, lo convierte en aspecto imprescindible a considerar como medida válida de salud subjetiva.

Al respecto, el “Entrevistado #2” planteó que

En la salud física está el no dormir bien, está el no comer bien, entonces si uno no come bien y si uno no duerme bien pues no va a estar bien de salud porque el cuerpo va a estar débil, no va a estar pues como con la misma energía que una persona que está bien de salud.

Por lo tanto, según Montero (2017) la salud es un término que involucra el análisis de la interacción constante entre diversas perspectivas como lo físico, psicológico, intelectual y emocional. Lo cual permite que cada sujeto en el momento de pensar cómo define su salud,

lo haga remitiéndose primero a sus vivencias de la vida de consumo activo y en esta medida, logre enunciar específicamente qué aspectos según su análisis personal, hacen parte de su definición de salud y como los efectos de la sustancia en su cuerpo le permiten considerar cómo se encontraba esta antes de entrar a la Clínica. En consecuencia, el “Entrevistado # 4” agregó que:

Mientras estaba consumiendo pues no sentía un dolor de cabeza, no sentía que le diera gripa, no sentía que le doliera alguna parte del cuerpo, los pulmones o algo, sino que se anesthesiaba, y después de que dejaba de consumir ya si sentía como esa necesidad, como ese dolor, como si el cuerpo dijera, bueno ya no estoy consumiendo, entonces que vamos a hacer con esto que está pasando en el cuerpo y así siempre ha sido. Además de que nosotros éramos de las personas que no teníamos hábitos saludables, como los hábitos saludables que tienen las personas normales, entonces eso sumado a la anestesia que sentíamos por la droga pues tendríamos en sí en general una salud muy pésima.

En concordancia, en el relato de los residentes se entrevé una correlación en cuanto a la forma en que ellos describen su salud física y el vínculo con la ansiedad, ya que le atribuyen de manera contundente y constante las recaídas o reincidencias, pues al generar cambios en su organismo que se tornan en primera instancia insuperables sin la existencia de la sustancia, también los lleva a sentir miedo y a explorar la incertidumbre de un futuro aún más doloroso sin el consumo, tanto por la conciencia del daño que se le hizo al cuerpo como también, por las secuelas físicas ya que estas son en cada día, su primer encuentro con los recuerdos de la tormentosa vida pasada. Por tal razón, Contreras et al. (2020) define la ansiedad como “un estado emocional desagradable que a menudo se acompaña de cambios fisiológicos y del comportamiento, con manifestaciones subjetivas y fisiológicas” (p. 78). Al respecto el “Entrevistado #6”:

No sé hasta cuándo y cuánto tiempo se deba luchar con este problema de la ansiedad, porque la ansiedad a nosotros nos genera, o sea la proyección psicológica del consumo, primero se viene el pensamiento del consumo a la mente y ese pensamiento nos genera una ansiedad que ya es física, entonces esa ansiedad nos da el cólico, nos da sudoración, escalofrío, a mí me sucede cuando recuerdo muchas veces sitios o personas, elevo mi mente hacia esos lugares, hacia esos momentos donde estábamos en parche en el consumo y bueno haciendo y deshaciendo; entonces es muy fastidioso y es muy incómodo luchar contra esos síntomas, porque siente uno como el desespero.

Además, se mencionan algunas de las características del cuadro clínico que describe la ansiedad, el cual gira entorno a experimentar “preocupación, miedo, temor excesivo, agitación, irritabilidad, disminución de la concentración, obsesiones, compulsiones, sudoración, mareos, palpitations, taquicardia, temblores, molestias gastrointestinales, diarrea, tenesmo vesical<sup>1</sup> y frecuencia urinaria aumentada; alteraciones del sueño, como dificultad para conciliarlo y para mantenerlo” (Contreras et al., 2020, p. 78). En palabras de otro Entrevistado, se pueden evidenciar otros de los signos mencionados:

La ansiedad me daba dolor en los huesos, como yo durante mi vida he recogido muchas cicatrices, entonces me empezaba a doler mucho las cicatrices que tengo, como que uno no le ve sentido a la vida, no le ve sino sentido cuando uno está en el consumo, mantiene uno como con esa preocupación, cada vez que anochece ya está uno preocupándose por el otro día que viene. Entrevistado #10 (comunicación personal, 14 de agosto, 2021)

Es evidente que, desde sus vivencias y conocimientos, la ansiedad es producto del consumo, ocasionando que la persona misma vuelva sus creencias escudos protectores, ya que mencionaron aspectos tales como “me mantenía atrapado con ese truco mental que yo

---

<sup>1</sup> Tenesmo vesical: síntoma sensorial, en el cual se experimenta un deseo de orinar incluso con la vejiga vacía, es continuo, doloroso, acompañado de la imposibilidad de orinar.

me jugaba de que los dolores me los quitaba era con la droga. No sabiendo pues que necesitaba un tratamiento” Entrevistado #10 (comunicación personal, 14 de agosto, 2021). Y convenciéndose completamente de que anestesiar las incomodidades del cuerpo tales como cicatrices, dolores les iba a permitir fortalecer esa autopercepción sobre un buen estado de salud físico, ignorando que el trato inadecuado de las dos patologías, aumenta la vulnerabilidad de la persona y refuerza la dependencia.

En relación con lo anterior, Contreras et al. (2020), analiza que la relación entre cada grupo de sustancias (marihuana, sacol, bazuco, cocaína, entre otros) y los trastornos puede considerarse desde dos niveles “el consumo de la sustancia como factor de riesgo de desarrollar un problema psicológico (causa) y como consecuencia de padecerlo (efecto)” (p. 79). De ahí que, en los relatos de los residentes se logró evidenciar que para ellos, el desarrollo del trastorno de ansiedad es secundario al consumo de sustancias: “la problemática mía, la principal, es la solución, entonces eso me generaba unas nauseas, vomitaba amarillo, vomitaba mucho y el dolor de estómago a veces los cólicos tocaba lidiar todos los días con eso, entonces eso me quitaba el hambre o la postergaba” Entrevistado #9 (comunicación personal, 14 de agosto, 2021). Y por ende, las explicaciones de los sujetos asocian los cambios físicos y de salud más comunes a los episodios presentados de ansiedad y estrés que les produce el tener que gestionar diariamente las sustancias, ya que en su totalidad son policonsumidores.

Asimismo, Sáiz et al. (2016) en el documento publicado por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) especifican que existen cuatro hipótesis explicativas a raíz de las cuales se presentan la posible asociación entre el trastorno por uso de sustancias (TUS) y el trastorno de ansiedad (TA) dentro de las cuales se resalta que “El TUS es primario y los síntomas de ansiedad son consecuencia del uso o de la abstinencia de la sustancia: TA como el trastorno de ansiedad generalizada ... a menudo son secundarios al consumo de alcohol u

otras sustancias” (p. 6). Lo cual refiere que, el consumo de sustancias sería la causa base para presentar o desarrollar un TA, teniendo presente que el uso desmedido de cualquier sustancia psicoactiva facilita la aparición de los diversos síntomas a los cuales ellos les adjudican una afectación negativa a su salud física.

### **Cambios físicos como características clave en la construcción subjetiva de la percepción sobre su Calidad de Vida**

Según Scalo y Rascati (2015) los cambios más evidentes en el aspecto físico se asocian a un claro deterioro de la Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS); pues estos tienen que ver en primera medida con la pérdida de peso corporal, deterioro en el semblante personal en relación con la irregularidad en los horarios para dormir, ojeras, somnolencia, falta de interés en la higiene personal y aspecto descuidado. Sin embargo, el “Entrevistado #1” mencionó que si bien existía un deterioro visual, ellos de salud se encontraban muy bien:

Independientemente del deterioro visual, porque yo estaba muy deteriorado, estaba flaco, pero en sí de salud a uno en el consumo créame que no le duele una muela. Usted puede durar mucho tiempo sin comer, mucho tiempo sin dormir, y créame que el mismo consumo hace al cuerpo resistible a todo ese trajín por decirlo así; porque consumía demasiado, día y noche ehh, vivía en las calles, ehh ósea me bañaba dos veces por decirlo a la semana, tres veces a la semana.

Específicamente, el estilo de vida caótico al cual ellos se habitúan y convirtieron en su zona de confort, los ha privado de sentir la obligación de satisfacer necesidades primarias tales como alimentarse, dormir bien, beber agua, abrigarse; lo cual dificulta el diario vivir en la medida de que existe tanto de manera física como mental una sensación constante de cansancio y agotamiento, ya que no hay energía suficiente para el correcto funcionamiento

del organismo. Y en consecuencia, los ha llevado a construir la percepción de que el consumo abusivo de sustancias psicoactivas si deteriora la apreciación que tienen de su Calidad de Vida (Giménez y Tortosa, 2018). En consecuencia, el “Entrevistado #3” expresó que:

El deterioro físico es inminente cuando uno está consumiendo sustancias, ehh porque, al final la sustancia de impacto no lo deja a uno comer, no lo deja a uno dormir bien y el deterioro es inminente. Yo llegué pesando 48 kilos, ahora peso 64, entonces se podrán imaginar cómo entré de delgado y en qué situación.

Las situaciones anteriores, dan cuenta de que la percepción sobre la salud física autopercibida esté en entredicho, dado que, aunque no es frecuente que visualmente identifiquen cambios abruptos que les impida continuar con su estilo de vida, son conscientes que internamente se están afectando órganos, lo cual se refleja y repercute en su físico; al respecto, conviene presentar lo dicho por el “Entrevistado #4”:

Algunos cambios que uno tiene, pues es a veces mucho dolor de pulmón, ehh siente que los pulmones se le constriñe y también mucha secreción en la nariz, siente también mucha secreción en la garganta, a veces siente como pequeños dolores de cabeza.

Es decir, a pesar de que no era evidente una enfermedad, pero sí acciones que ponían en riesgo su salud, los residentes si reconocían el progresivo padecimiento de síntomas que constatan alteraciones del organismo y los cuales se reflejaban por ejemplo en lesiones corporales que demoran excesivo tiempo para sanar, dada la lenta regeneración de tejidos y la pausada recuperación de fractura de huesos. Al respecto, Fernández et al. (2021) planteó que, los sujetos poli consumidores tienen una densidad ósea menor debido a que los valores del IMC (índice de masa corporal) son menores, lo cual se relaciona con “un aumento de la rotación ósea y más facilidad a fracturas” (p. 8). Así se identificó en el relato del “Entrevistado #2”:

Nosotros estábamos o por lo menos yo estaba muy mal de salud, porque yo me cortaba o me aporreaba y yo notaba que se me demoraba mucho tiempo en sanar la herida, entonces se demoraba mucho en sanar la herida y es por lo mismo, porque como no tenía una buena salud física, pues uno visualmente no ve lo que tiene, pero realmente sí, la salud la tenía muy deteriorada.

Precisamente, puede agregarse lo dicho por el “Entrevistado #3” para reafirmar lo mencionado anteriormente: “a nivel físico ehh el calcio en los huesos ya no son los mismos”.

### **Estado físico, inminente relación con la construcción subjetiva sobre Calidad de Vida**

Otro aspecto que permite indagar la evaluación que cada sujeto realiza de su estado de salud de manera particular es el estado físico, pues hacen la reflexión de que ya no se compara con el de ellos antes, ni con el de una persona que no haya consumido, y a su vez, expresan que la causa de esto es el deterioro de los pulmones y de su función esencial de intercambio de gases. En otras palabras, el daño ocasionado surge “debido a la irritación a la garganta y los pulmones. Asimismo,... se vincula la inflamación de las vías respiratorias, una mayor resistencia de las vías aéreas e hiperinflación pulmonar” (Fernández, et al., 2021, p. 8). En efecto, lo anterior fue constatado en el testimonio del “Entrevistado #6”:

Hay que tener en cuenta que el cuerpo necesita oxígeno y nosotros le echamos era humo, cierto, eso da un deterioro de los pulmones lógicamente, el estado físico de nosotros no es el mismo, ni de antes de consumir, ni de igual a una persona que no consume o que tampoco ha consumido, yo veo que el estado físico de nosotros, para mí, yo me agoto muy fácil en muchas actividades, me quedo muchas veces sin respiración.

En ese sentido, la condición física de los residentes antes de ingresar a la Clínica no corresponde con la definición ideal que proponen Giménez y Tortosa (2018), entendida esta como el estado dinámico y de vitalidad que permite a los sujetos llevar a cabo las tareas diarias habituales y disfrutar del tiempo de manera activa sin fatigas excesivas ya que “los pacientes drogodependientes suelen presentar un nivel de condición física por debajo de la media respecto a la población en general” (p. 36). A propósito de lo descrito, se presenta la experiencia del “Entrevistado #4” cuando estudiaba en un colegio de corte militar en el cual les exigían un alto nivel de rendimiento físico.

Yo no era capaz de realizar mucho ejercicio físico a comparación con otros compañeros y yo sentía que quería hacerlo de la manera en que ellos lo hacían o mucho mejor y sin embargo, no era capaz y trataba de excederme y excederme más y en la medida que me excedía más pues uno sentía más afligido el cuerpo. Una vez nos tocó hacer una caminata muy larga como de unos cuantos kilómetros y cuando llegué yo donde queríamos llegar (yo consumí en toda la caminata, comiendo marihuana con chocolate y en ese caso, yo creía que me iba a ir re bien que porque “ah no estoy drogado no me va a pasar nada, voy a llegar normal, voy a llegar de los primeros y todo”) me pegué una desmayada que estuve como 5 o 10 minutos en el piso.

En función de lo mencionado, en el desarrollo de esta categoría, se encontró que los residentes llaman “enfermedades” sin un diagnóstico previo a “una serie de síntomas psíquicos y físicos que crean un intenso malestar y pueden provocar la repetición del consumo” (Gonzales y Ruiz, 2020, p. 45). Los cuales emergen desde el momento en el cual se deja de consumir, y se toma la decisión de hacer parte de un proceso de transformación de vida, en el que se trata de recrear esa conciencia de cambio en el estilo de vida y fomentar la construcción de hábitos saludables para encontrar la forma de recuperar a nivel físico lo que ha deteriorado la conducta adictiva, y que en el momento primario de desintoxicación se

exacerban ocasionando episodios de ansiedad y de estrés a los que se deben prestar atención y dar un tratamiento diferenciado para lograr mantenerse en el proceso y obtener un mejor pronóstico de recuperación. Esta situación se identificó en el relato del “Entrevistado #7” cuando se refirió al propósito de cambiar e iniciar un tratamiento de transformación de vida:

La vaina es cuando empieza uno digamos a dejar de consumir, cuando hace un propósito de cambiar, de dejar de consumir, de rehabilitarse, es más que todo cuando uno deja de consumir, cuando comienzan como las dolencias, como el cuerpo pidiéndole la sustancia y al ver que no lo recibe, comienza con los dolores digamos de huesos, dolor de espalda, eh sudoración, escalofrío, ehh ósea es muy muy duro pues cuando uno deja de consumir cuando hay donde vienen todas las enfermedades.

Por consiguiente, se retoma a la autora Quinde (2017) para sustentar que cuando se habla de estos tipos de síntomas luego de dejar de consumir una sustancia con la cual se había manifestado un estado de dependencia, se hace referencia al síndrome de abstinencia físico, es decir, a un grupo de signos y síntomas “provocado por la reducción o supresión del consumo de la dosis habitual de una sustancia adictiva” (p. 22).

### **Calidad de Vida autopercibida en relación con limitaciones y dificultades en el desarrollo de determinadas actividades y el desempeño ocupacional**

Ahora bien, avanzando en el tema, los residentes plantearon diversas limitaciones, impedimentos y dificultades para el desarrollo de las actividades o tareas de su cotidianidad, estos aspectos refieren al hecho de que estar bajo el efecto de la sustancia, no les permitía tener la energía suficiente para poder obtener un rendimiento óptimo; por lo tanto, tenían la creencia de que el hecho de estar sin la sustancia les afectaba su rendimiento corporal y/o ocupacional y no lo contrario, de que el uso de la sustancia es el que afecta el rendimiento laboral de las personas y si bien, en algunos momentos les permitió desarrollar de manera

eficiente su trabajo, en otras oportunidades no les permitió realizar alguna actividad de esfuerzo mínimo, porque el gasto de energía es excesivo durante las noches ya que estas son destinadas solamente para el consumo de alguna o varias sustancias. Así se describió en general esta situación por parte de uno de los participantes de la investigación: “yo siempre iba en busca del consumo para poder que tuviera un rendimiento mi cuerpo, para poder que mi cuerpo funcionara de una manera correcta, aquí entre comillas, eso era lo que uno pensaba” Entrevistado #10 (comunicación personal, 14 de agosto, 2021).

Sin embargo, ante esta convicción tan profunda, los sujetos argumentaban su desordenado consumo bajo las ideas de obtener una mejor Calidad de Vida, puesto que les iba a permitir ser más eficientes y eficaces en un trabajo y construir un mejor estilo de vida, pero al final, la realidad era otra debido a la dependencia; mentían sobre sus salarios para destinar un porcentaje de estos a la compra de las sustancias; aludiendo de forma clara a lo mencionado por León et al. (2013) “las áreas de desempeño en las que más problemas se tienen, las personas le otorgan un menor nivel de importancia” (p. 14). Así lo refirió el “Entrevistado #10” cuando comentó cuál era su motivación para ser más eficaz en el trabajo:

Uno en medio del consumo ya se va adaptando de pronto en el trabajo, yo trabajaba en la caña, entonces yo siempre consumía para obtener un rendimiento en el trabajo, entonces cuando uno deja de consumir, uno ve como que el rendimiento baja, y es porque el mismo cuerpo se va adaptando a la sustancia y esa sustancia es la que lo impulsa uno a tener un mejor desempeño. (Comunicación personal, 14 de agosto, 2021)

Aun así, a pesar de que reconocían que su eficiencia en el trabajo estaba motivada por el excesivo consumo de la sustancia, también eran conscientes de que su rendimiento empezaba a disminuir en cuanto su tolerancia hacia la misma iba aumentando, es decir, cada

vez tenían que consumir una cantidad mayor para lograr obtener el rendimiento deseado en sus lugares o empresas de trabajos, así lo comentó el “Entrevistado #3”:

En el 2010 que yo comencé a consumir heroína, eh yo manejo máquinas de confección, manejo 5 máquinas, yo estuve trabajando en Arturo Calle y yo iba bajo los efectos de la heroína porque no me gustaba irme enfermo, entonces mi desempeño laboral era excelente, pero cuando no tenía la sustancia no rendía nada, mantenía parándome, como allá no se puede consumir porque hay detectores de humo y hay mucha gente que lo está a uno mirando y allá pillaron a dos pelados que trabajan en corbata 1, los pillaron fumando heroína, entonces ya conocen un consumidor de heroína, cuales son los efectos y todo eso, entonces comencé yo de para atrás de para atrás, a no rendir, a mí me exigían 60 camisas por hora y cuando no estaba con la sustancia no era capaz, no era capaz.

Por consiguiente, se hace referencia a lo descrito por Gonzales y Ruiz (2020) en torno a lo que es el rol físico del individuo como aspecto clave en la dimensión física del término Calidad de Vida, pues este es descrito como:

El grado en el que la salud física de la persona interfiere en el trabajo y en otras de sus actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades (p. 39). Sin embargo, el “Entrevistado #1” con relación a lo mencionado expresó como en un pasado existía la plena convicción de que consumir sustancias tóxicas le iba a permitir desarrollar más habilidades para su beneficio ocupacional:

Cuando estaba bajo los efectos de la sustancia, hablemos de la marihuana, uno hacía las cosas mejor, uno hacía las cosas más concentrado, esto y lo otro, entonces uno comenzaba a fumar para uno dar la talla si ve. (Entrevistado #1)

Así pues, es claro que “el consumo de sustancias influye notablemente en la capacidad de desempeño de la persona” (León et al., 2013, p. 16). Afectando la percepción que se tiene acerca de la Calidad de Vida, pues el hecho de perder sus trabajos, desilusionó en primera medida a su familia que tenía las esperanzas en el cambio gradual del residente y decepcionó a la persona misma por su limitada ejecución funcional; lo cual conllevaba a pensar que su cuerpo ya no era práctico para el adecuado desarrollo de una tarea, debido al desgaste de sus capacidades motoras; en palabras del “Entrevistado #4”, “lo hace sentir a uno muy débil en cuanto a la fuerza que uno pueda tener, en cuanto a ehh la motricidad también y el manejo del cuerpo, a veces se dificulta”.

Es decir, el consumo problemático de sustancias psicoactivas arremete en contra de un desarrollo funcional óptimo de la persona en sus diversos quehaceres, dado que

Se produce una pérdida de hábitos, rutinas y roles en el consumidor, lo cual conlleva a una disfunción ocupacional que afecta al usuario en su contexto, sus relaciones sociales y su desenvolvimiento, limitando su actividad ocupacional e impactando sobre su estado de salud (León et al., 2013, p. 3). Así lo corrobora el relato de uno de los participantes de la investigación:

Dentro de los hábitos saludables está el dormir bien, está el comer bien, ehh tener buena energía y yo no la tenía, yo me la pasaba cansado, ehh para poder hacer algún tipo de actividad física, de pronto trabajar o mantener enérgico tenía que ser con la sustancia encima, entonces, ya después de que no estuviera consumiendo pues el cuerpo ya siente como la debilidad. Entonces, no necesariamente tiene que sentir uno algún dolor para darse cuenta de que no tiene buena salud. (Entrevistado #2)

Además de lo expuesto hasta este punto, se recalca también que a través de la ocupación de las personas y en este caso de los sujetos diagnosticados por uso y abuso de

sustancias psicoactivas, se logra identificar intereses de la persona, aspiraciones al futuro, nivel de agrado o complacencia con su vida y su cotidianidad por los contextos en los cuales se desempeña y no menos importante “las actividades a las cuales les otorga mayor importancia, a las que le dedica mayor tiempo” (León et al., 2013, p. 3). Así se logra evidenciar en el relato del “Entrevistado #2:

Yo comparto pues lo que dijeron mis compañeros porque lo que dice el Entrevistado #6 es muy cierto, de que la sustancia nos acabó con el físico, no solamente en cuanto a tener estado físico, sino también en la fuerza física, porque nosotros antes de ingresar aquí pues obviamente cuando estamos en consumo, por el mismo consumo ehh se atrevía uno a levantar lo que fuera, por saber de qué pues iba a obtener más sustancia, pero cuando uno de pronto amanecía que se acostaba a dormir, se levantaba al otro día agotado ya sin fuerzas.

Más claramente, en la vida de los residentes antes de ingresar a un tratamiento de transformación, no existía un claro equilibrio entre lo que es el autocuidado, el trabajo y el ocio, pues refieren expresamente la realización de acciones que no ofrecen a la persona como tal un sentido de ocupación propicio para contrarrestar el deseo compulsivo y ansioso por consumir sustancias y continuar en el tiempo de inactividad. Esto es preciso para afirmar que, estas afectaciones negativas al desempeño ocupacional hacen referencia expresamente a la Calidad de Vida “en función de cómo el individuo percibe el lugar que ocupa en el ambiente... así como en relación con sus preocupaciones” (González y Ruiz, 2013, p. 35). Tal fue la situación de uno de los participantes de la investigación:

En ese estado no era capaz uno casi ni de andar, quería uno como estar acostado, por ahí sentado; sin haber consumido era muy difícil que alguien de pronto le dijera a uno “venga lléveme este bulto para tal lado” y uno sin el consumo encima pues uno hasta arrastrado lo llevaba pero, no era lo mismo, porque la fuerza física era muy pésima, muy débil y entonces

eso es como uno de lo más común en nosotros que por el abuso de sustancia nos ha dañado, el estado físico, la fuerza física. (Entrevistado #2)

En este sentido, y con base a los relatos de los sujetos se constata que “la ocupación da significado a la vida y organiza el comportamiento facilitando la adaptación al medio; además se estructura sobre las siguientes dimensiones a saber: sobre la persona y sobre el medioambiente” (León et al, 2013, p. 14). Lo cual, da pie para interpretar de dos maneras distintas la narrativa de los residentes, la primera, dada la pérdida de control sobre su conducta y el drástico cambio en sus comportamientos, los sujetos significaron su vida y su estabilidad ocupacional alrededor de lo que se caracteriza como la gestión del consumo diario; y en segunda medida, una visión completamente negativa de lo que abarca “la forma de ocupar el tiempo y la satisfacción con el modo en que se ocupa el tiempo” (Gonzales y Ruiz, 2020, p. 36). Porque, sin enjuiciar ni sentenciar el fin último de sus actuaciones, los residentes, diariamente se encontraban buscando que hacer para conseguir el consumo, lo cual implica tanto la realización de acciones colaborativas y solidarias con las demás personas, como también lo adverso, es decir, la realización de acciones intimidatorias e ilegales. Siendo evidente de esta forma que, el alcance del trabajo desarrollado por cada uno de los residentes se encuentra tras un telón gris de recompensa inmediata el cual provoca problemas en su salud física autopercibida. Lo anterior es notorio en el relato del “Entrevistado #9”:

Yo tengo un problema de columna, es un problema de nacimiento, entonces el hecho de dormir en el suelo eso me generaba mucho dolor a la hora de caminar y pues uno estando en la calle lo que necesita es caminar para poder gestionar su consumo y todas sus cosas. (Comunicación personal, 14 de agosto, 2021)

## **Enfermedades, dolores y secuelas asociados con la autopercepción de la salud física**

Asimismo, se halló que en medio de la descripción de su salud física se hizo referencia de manera reiterativa a las enfermedades y dolores que emergieron tras el indiscutible consumo de la sustancia y en la medida en que empezaron el tratamiento de desintoxicación y transformación de vida, estas dolencias y aflicciones se fueron agudizando, hasta hacerlos conscientes del daño a veces irremediable que se le causó al organismo y al cuerpo en general. En palabras del “Entrevistado #3” cuando dice que:

Uno llega acá y ya a los meses si se comienza a sentir como el propio peso de su cuerpo, como que comienzan dolores de muela, los dolores a nivel físico cuando uno comienza a desintoxicarse, comienza uno como a sentir el propio peso de su cuerpo ya, ósea ya verdaderamente.

En ese sentido, no sólo enuncian dolores sino que también reconocen el desarrollo de otras patologías (previamente diagnosticadas a la hora de iniciar el tratamiento) lo cual los ha retado a reconocer el padecimiento de un trastorno adicional debido al consumo desmedido de sustancias y a la vez, aceptar dos tratamientos paralelos para lograr obtener un mejor pronóstico de recuperación. Al respecto, Contreras et al. (2020), presentan la siguiente cifra

El 26,4 % de los sujetos con un trastorno relacionado con drogas, padece también un trastorno afectivo. Afirman que la presencia de un trastorno por uso de sustancia y la presencia de otra enfermedad psiquiátrica de la esfera afectiva, se asocian a riesgo elevado de suicidio y resistencia a los tratamientos farmacológicos. (párr. 6)

En consecuencia con lo mencionado, el caso del “Entrevistado #4” fue el siguiente:

Hoy en día después de 14 años de consumo ehh una enfermedad psiquiátrica que es un trastorno bipolar afectivo, que pues es un poco difícil de manejar porque lo tiene a uno entre dos extremos de emociones que son difíciles de controlar.

De modo que, Goikolea y Vieta (2016) en un documento publicado por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) sobre la relación entre Trastorno Bipolar y el TUS exponen que “cada trastorno influye en la evolución del otro” (p. 5). Y en consecuencia, el proceso de recuperación se ve mayormente comprometido en cuanto este tipo de pacientes ya que, requieren un tratamiento integral que involucre, tanto lo médico y lo terapéutico por estancias prolongadas de tiempo, porque presentan una impulsividad y búsqueda de la novedad mayor; además, en lo referente a este tipo de comorbilidades, resulta ser la enfermedad mental con mayor constancia asociada al TUS dado que ambos trastornos comparten mecanismos fisiopatológicos, que desencadenan “las alteraciones de los sistemas neurotransmisores especialmente en las vías dopaminérgicas” (p. 7).

Por otro lado, los sujetos mencionaron como secuelas de su conducta adictiva lo relacionado en primera instancia con el concebir hijos, pues consideran que por el hecho de fumar de manera compulsiva y constante se ha afectado su condición genética y a la vez su vida reproductiva y con ello sus ilusiones de construir un hogar nuclear.

Yo en sí no sé exactamente si yo haya quedado estéril porque esta médicamente comprobado que el consumo o el abuso de marihuana a esterilizado muchas personas, y ehh yo nunca me he hecho pues la prueba en sí, pero pues nunca he tenido hijos y aunque los he planeado con parejas estables que he tenido nunca lo he logrado, cierto, posiblemente sea una consecuencia por el abuso de la marihuana; yo me fumaba 25, 30, 35 baretos en un solo día y eso era demasiado, para ser marihuana era mucho. (Entrevistado #6)

Es decir, orgánicamente lo que sucede es que “en hombres fumadores las EROS<sup>2</sup> alteran la regulación del proceso espermatogénico aumentando el riesgo de fragmentación del ADN espermático y la ocurrencia de eventos apoptóticos”<sup>3</sup>(Paparella et al., 2017, p. 2). Es decir, a pesar de que la fertilidad es una condición predeterminada por factores genéticos, esta puede ser alterada por factores externos como la injerencia de sustancias tóxicas al cuerpo.

En vista de lo anterior, es preciso afirmar que desarrollar enfermedades puede ser causa de las acciones irresponsables con el organismo, teniendo en cuenta que, ser proactivo con el autocuidado, es sinónimo de preocupación por la salud en general, ya que, mantener sano el cuerpo, es evitar conductas riesgosas e inconscientes que puedan comprometer la vida. A propósito de lo mencionado, el “Entrevistado #1” constata la situación a partir de su experiencia:

A nivel de los pulmones ehh por tanto consumo de heroína me dio una neumonía, la cual tuve una cirugía del pulmón izquierdo, 20 días hospitalizado y yo casi me muero, literalmente ya tenía un pie en la tumba y el otro acá, entonces ehh el abuso de sustancias más que todo heroína ehh provoca un deterioro físico muy verraco. (Entrevistado #1)

En consecuencia, en la cotidianidad de la vida pasada (o vida de consumo activo) lo constante era el abandono hacia las actividades de auto asistencia y no les importaba sobrepasar los límites de la negligencia con su propio cuerpo, con base en la idea de poder estimular su organismo para obtener un mejor rendimiento en su vida diaria. Así lo cuenta desde sus vivencias el “Entrevistado #3”:

A mí me gustaba mucho amanecerme en la calle y esos aguaceros yo me los chupaba haciendo mandados; voy es por lo mío; y ese aguacero se me secaba la ropa en el cuerpo

---

<sup>2</sup> “EROS”: Especies Reactivas de Oxígeno. Son producidas como una consecuencia del metabolismo aeróbico fisiológico normal.

<sup>3</sup> “Eventos apoptóticos”: muerte celular programada.

entonces me dio una neumonía, se me llenó este pulmón de agua entonces cuando yo respiraba sentía un chuzón aquí, respiraba y ay juepucha, entonces, un día en el parque santa Isabel de mi barrio estaba yo consumiendo y respiré y de una me chuzó, y respiré y otra y otra y me desmayé, entonces me llevaban a la casa y en unas horitas subí como a 40 grados de fiebre, entonces, me llevaron para el hospital y me detectaron que tenía agua en el pulmón.

Particularmente en este aspecto de la salud física autopercebida, se identificó en la narrativa de los pacientes “una aflicción que deja al descubierto trayectoria de personas, creencias que muestran la variedad de situaciones que existen detrás de la etiqueta de la adicción” (Almanza y Gómez, 2020, p. 3). Y asimismo, el “Entrevistado #10” en la descripción de las diversas secuelas, refleja en su rostro la desolación de un pasado insufrible y despiadado.

Una secuela muy evidente es la de mi ojo izquierdo, pues que totalmente lo perdí debido a un tiro que me dieron. De nueve impactos de bala, me afectó el brazo derecho, siempre que hago mucho esfuerzo con ese brazo me afecta mucho, en las rodillas también me dieron unos impactos de bala que me pasaron el hueso del lado al lado, entonces siempre cuando hago una actividad muy que requiere mucho esfuerzo me afecta mucho. En los tiempos de luna llena me afecta mucho, porque me quedó alojada una bala acá en la parte izquierda de la cabeza al tiro que me entró que me sacó el ojo; entonces esa bala ahí alojada, me afecta mucho porque como dicen que la luna lo que es cobre y todo eso lo afecta mucho a uno. En los tiempos así fríos me afectan mucho las heridas de bala en los huesos, me dan dolores. (Comunicación personal, 14 de agosto, 2021)

Es así como las descripciones permiten reconstruir aspectos de la experiencia humana y en esta medida, realizar una interpretación de lo que ha sido la Calidad de Vida

autopercibida de las personas en condición de adicción en el afán de contrarrestar una ansiedad física, lo cual posibilita la explicación y comprensión en algunos casos de los padecimientos vividos. Además, “la acción de relatar moldea la forma en que se viven los síntomas, el tratamiento y el sufrimiento generado por el padecimiento e influye en la postura que se asume ante este” (Almanza y Gómez, 2020, p. 4). Reflejándose así, en las reflexiones de los sujetos una conciencia en cuanto al infructuoso cuidado de la salud y su respectiva relación con los entornos frecuentados. En palabras del “Entrevistado #2”:

No muchas veces es la sustancia la que nos causa las enfermedades pero si es el entorno del consumo, porque muchas veces no directamente es la sustancia la que nos enferma sino que muchas veces por estar en ese mundo, en esa vida, como lo decía él ehh estamos muy propensos a contagiarnos de alguna enfermedad de transmisión sexual o de pronto por andar con los pies mojados nos dan hongos en los pies, hongos en la cabeza ehh manchas en la piel, entonces no muchas veces eh es la sustancia sino como el entorno y como el estar en sitios de pronto sucios, de pronto de mucha contaminación y todo eso, pero si relacionados con la sustancia porque una persona normal no se va a sentar en un sitio casi que en un basurero para nada más porque se quiere sentar ahí no, sino que uno muchas veces por la sustancia, por andar escondido y porque esos parches donde uno va y como el famoso desamuradero donde Carlitos, eso es como en una casa donde se le permite a uno entrar a consumir, uno paga pues la entrada, pero eso es muy desagradable porque entrábamos mucha gente, habitantes de calle, ehh entran esas personitas con su reciclaje sacados de la basura y entonces usted sabe que eso trae mucha bacteria.

**Otros cambios que se asocian en general a la salud física desde la significación de su Calidad de Vida**

No obstante, los sujetos participantes del estudio mencionaron de forma general y de acuerdo a la valoración subjetiva y de autopercepción que construyen acerca de su salud física, otros cambios que ellos desde su análisis asocian a esta y de los cuales responsabilizan al desmedido consumo de sustancias psicoactivas; esto se relaciona con lo que plantea Arias, et al. (2010) frente a que “las personas con drogodependencias no relacionaban su Calidad de Vida de forma prioritaria con la salud, sino que referían muchos otros aspectos que iban más allá de los típicamente incluidos en las evaluaciones de CVRS<sup>4</sup>” (p. 208). En consecuencia de lo dicho, el “Entrevistado #4” corrobora estas situaciones narrando lo que ha vivido:

La sustancia trae consigo cosas detrás de sí, trae por ejemplo que uno ya no recuerda fácil algunas cosas, algunos momentos, que por ejemplo ya se vuelve ehh desinteresado por la vida, desinteresado por las personas que ama, ehh en este caso, físicamente, pues usted ya no demuestra tanto cariño ni tanto amor como debería demostrarlo a las personas con las que se relaciona y también se vuelve un poco difícil ehh mostrar interés por expresar las cosas que uno siente, sino que siempre se expresa con algo relacionado en cuanto al consumo, no hay otro tema del que se pueda tratar sino del tema del consumo.

Es decir, los cambios a nivel físico son asociados con el tema de la escasa o nula expresión de sentimientos, desinterés por construir relaciones afectivas con los demás y lenguaje mediado por expresiones en cuanto al consumo; en este sentido, de forma literal no se asocian a los efectos fisionómicos o de presencia y/o aspecto de los residentes, pero con base a los significados dados a su experiencia de vida, tiene una coherente relación con las secuelas físicas que han quedado a partir de su conducta adictiva. Y por ende, desde los tratamientos terapéuticos ha resultado necesario empezar por la regulación de emociones relacionadas con la ira, el miedo, la tristeza, la vergüenza, la timidez y la culpabilidad, a

---

<sup>4</sup> CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

través del control de estrés, las autoafirmaciones positivas y la imaginación emotiva (Acuna, 2018).

Por otra parte, al aspecto auto percibido de la salud física, también vinculan temas asociados a la parte neuronal y cognitiva, “debido a que afrontan situaciones estresantes que atentan contra su integridad físico-psicológica” (Castaños y Sánchez, 2015, p. 120). Y por ende, en su observación subjetiva, enlazan como a nivel físico se manifiesta ese deterioro de la concentración, de la memoria “también a uno se le olvidan muchas cosas, muchas veces donde guarde esto, donde lo puse, no lo recuerdo, pero yo lo tenía en la mano, yo donde fue que lo puse” (Entrevistado #6). Y además, el “Entrevistado #5” añade que también se presenta un desgaste en la capacidad de aprendizaje:

La sustancia también nos daña la parte cognitiva, como decía el Entrevistado #6 a nosotros se nos olvidan las cosas, déficit de atención, ustedes mismas han visto que para que nosotros prestemos atención plenamente es muy duro, debido a eso, a que el consumo pues no ha dañado esa parte de que nos podamos concentrar en algo, y también en lo conductual porque pues yo antes de ingresar aquí mis comportamientos eran muy distintos, porque a mi cuando yo no tenía sustancia me irritaba, me daba sudoración, me temblaban las manos, entonces si hay un deterioro claro por la sustancia, obvio.

A lo cual, Guevara y Najera (2018) presentan que no existe una facilidad en la comprensión de lo requerido en este tipo de población y además de ello se evidencian constantes episodios de frustración asociados con el deterioro en un amplio espectro de funciones neuropsicológicas, entorno al aprendizaje - razonamiento y relacionadas específicamente con la incapacidad de aprender y retener información nueva.

En consecuencia, “la inteligencia general de los sujetos está afectada de manera significativa” (Guevara y Najera, 2018, p. 55). Y resulta necesaria la recuperación de los

procesos cognitivos en los residentes para aportar a la construcción positiva de la visión personal de cada sujeto en cuanto a su salud física y en general, a su Calidad de Vida auto percibida.

Además, en la explicación de aquella correspondencia entre lo físico y neuropsicológico mencionado anteriormente, emerge una declaración que involucra la necesidad de un abordaje integral de la enfermedad, es decir, un enfoque terapéutico con múltiples frentes y sentidos, los cuales favorezcan el fortalecimiento de los sistemas neuronales que se han alterado a causa de los comportamientos adictivos. (Volkow, et al., 2012). Y en esa medida, las cuestiones de fondo que se van sumando en relación con las afectaciones neuronales y los sentimientos experimentados puedan ser encaradas de manera más global.

Al respecto, el “Entrevistado #10” se percató en cuanto a lo mencionado y planteó que:

Ya de pronto el humor le va cambiando, porque ya va uno melancolizando mucho, se deja ahogar en un vaso de agua por algún problema y como que se decae mucho en el problema, no le encuentra solución, sufre mucho uno de depresión y debido a eso es que uno se refugia en el consumo.. pero resulta que está adquiriendo más problemas en la mente de uno, ya que el consumo como que le daña a uno el cerebro le va quemando las neuronas, entonces, cada vez se va viendo uno más deteriorado a nivel físico y obviamente cognitivo. (Comunicación personal, 14 de agosto, 2021)

Y finalmente, asuntos como los descritos anteriormente van dando forma a una mirada más holística, de lo que abarca para los sujetos partícipes del estudio y los cuales se encuentran en proceso de recuperación y transformación de vida, la salud física autopercebida desde lo que han sido sus experiencias de vida, sus desengaños y lecciones y lo indispensable

de estas reflexiones en la descripción de su Calidad de Vida en este momento de su existencia, para fomentar esa verdadera conciencia de cambio, donde se busque de forma sensata el vivir bien desde la completa sobriedad y se permita la realización de acciones concretas para remediar el dolor causado y el flagelo vivido tanto así mismos, como a las personas más cercanas entre familiares y amigos, con la seguridad y la constancia de cada día aportar a la construcción de una mejor versión de sí mismo, tanto físicamente como espiritualmente y psicológicamente.

Inicialmente, antes de detallar los conflictos más frecuentes al interior de las relaciones familiares de los residentes diagnosticados con un trastorno por uso y abuso de sustancias psicoactivas, es importante comenzar definiendo el concepto de la palabra familia, el cual se entiende como “el primer espacio donde se forman los individuos, siendo este grupo social el que juega un papel importante en la interacción del ser humano dentro de la sociedad” (Zambrano, 2019, p.8). Al respecto, Yubero et al. (Como se citó en Zambrano, 2019, p.8). Manifiestan que la familia “es la primera escuela que representa un contexto social en el que todo ser humano participa, la que acoge al individuo para brindarle las enseñanzas que definirán su pleno desarrollo”.

No obstante, pese a que la familia representa un entorno significativo en la vida del ser humano, el conflicto es parte inherente de la misma, dado que este “es un producto social, consecuencia natural de la interacción humana. Es el resultado de un proceso interactivo particular que se da en un contexto determinado” (Rivera, 2014, p.10). Y forma parte inevitable de la convivencia, sobre todo en el caso que concierne a las adicciones, ya que desencadena situaciones de tensión en la interacción de sus miembros.

En este sentido, dada la importancia del papel que desempeña la familia, como un espacio de socialización significativo para dar cuenta de lo que engloba el término Calidad de Vida, a continuación, se exponen los conflictos más frecuentes al interior del relacionamiento familiar de los residentes de la Clínica Psico Salud y Transformación.

Para comenzar, el “Entrevistado #3” relata los inicios de los conflictos familiares a causa de su conducta adictiva cuando afirma que:

Los conflictos comenzaron cuando ya comencé a deteriorarme físicamente, a verme los ojos rojos, llegando ehh un domingo con los ojos rojos, no, re trabadisimo, la primer vez que yo fumé, entonces mi papá me pregunta ¿usted porque tiene esos ojos rojos? es que está

fumando marihuana o que, y yo le digo, uy papi, a usted como se le ocurre, vea lo que me está diciendo mi papá, yo vengo de trabajar y que estoy que que que como así, ese es el sol del del día, hoy hizo mucho sol, pues lógicamente mi mamá ya sacando la cara por mí, cuando comenzaron a ver el deterioro físico, ya comenzó el problema, empecé a vender mis cosas, a de pronto a manipular a mi mamá, a llegar tarde.

De ahí que “El conocimiento sobre el consumo de sustancias psicoactivas en un integrante de la familia cambia el contexto y las pautas relacionales” (Callejas y Sánchez, 2020, p.15).

Asimismo, el “Entrevistado #2” mencionó: Los problemas que he tenido en la casa es en momentos en los que yo he tenido ansiedad y en momentos en los que he estado bajo los efectos de la sustancia, siempre han sido así los conflictos; pero una vez se me pasan estos efectos, siempre busco como aunque no soy como de pedir disculpas, se me hace muy difícil, pero si como que, yo llego y le digo a mi mamá, no ma, yo sé que la embarré pero ayúdeme que yo me dejo ayudar. Pero la única forma de que se acaben los conflictos es que nosotros acabemos con el consumo.

Con base a los anteriores relatos, es evidente que la dinámica familiar de los residentes se vio afectada negativamente, dadas las situaciones que se desencadenan a causa del consumo de sustancias psicoactivas, así lo encontraron Almanza y Gómez (2020) en su estudio realizado en una Clínica de internación y rehabilitación para las adicciones, en el cual los hallazgos arrojaron que “los familiares comenzaban a percibir un deterioro psicosocial, pues notaban alteraciones del “carácter”, problemas de salud, educativos o laborales, o que desaparecía durante varios días” (p.6-7). Así lo corrobora el “Entrevistado #3” de la presente investigación:

Al principio no tenía casi problemas en la familia, pero cuando comencé a llegar más tarde, me demoraba más tiempo en la calle, comencé a tener muchos problemas con mi mamá hasta que me sacaron de la casa, me expulsaron y me llevó a vivir en la calle mucho tiempo cosas horribles.

Igualmente, el “Entrevistado #1”, identifica los problemas que se estaban originando en su familia, debido a la preocupación de su madre por los cambios ocasionados en su aspecto físico:

A mí me pasaba mucho con mi mamá también, pues yo llegaba así todo asustado y me servía la comida. Vea ahí está el almuerzo servido, y yo no má, yo como ahora yo no quiero, ahh véalo ya viene todo fumado, por eso es que no almuerza. Vea cómo está de flaco, y yo ay amá ya déjeme sano, no yo no voy a comer.

Las mismas autoras, Almanza y Gómez (2020), encontraron en otros estudios, que las relaciones interpersonales al interior de la familia, se comienzan a fracturar en la medida que se genera un ambiente tensionante, cuando emergen sentimientos de irritación, desconfianza, intranquilidad e incertidumbre. A propósito de la desconfianza el “Entrevistado #2” expresó:

Los conflictos en la casa se empezaron a tornar como más graves, fue cuando empezamos abusar de la confianza de mi mamá y a sacarle las cosas de la casa, eso ya era como un nivel más grave de conflicto porque si, ya mi mamá ni nos dejaba entrar a la casa, no la podía dejar sola tampoco.

Además, el “Entrevistado #6” alude a situaciones conflictivas vistas desde el sufrimiento y la preocupación que le ocasionó a su figura materna a causa de su conducta adictiva, relatando:

Cuando empecé el consumo, yo me quedaba días en la calle, llegué muchas veces apuñalado, yo tengo 19 puñaladas, tengo dos tiros y llamaban a mi mamá a la casa que yo estaba en el hospital mal, que estaba muy herido y entonces el dolor y el sufrimiento cuando yo me iba y me quedaba dos, tres días en la calle, cuatro días sin llegar, ella se imaginaba lo peor, el sufrimiento de una madre sabiendo que ya varias veces le había tocado verme en el hospital en sangrado, casi que entre la vida y la muerte, porque tengo muchas puñaladas en el tórax, en la parte de aquí, comprometedoras, entonces, ehh ahí empezó el dolor, el sufrimiento. El sufrimiento que se le causa a una madre, mi mamá sin saber nada de mí, mi mamá no comía, mi mamá no se tomaba un plato de comida tranquila porque no sabía si yo ya había comido, ella me cuenta que sabía que yo estaba vivo, porque el presentimiento que ella tenía era que yo estaba vivo, pero que no se podía comer algo tranquila, no podía dormir tranquila, porque ella sabía que yo era un delincuente en el ámbito que yo me movía, ese mundo de la delincuencia, en cualquier momento la noticia de que yo ya me había muerto, me habían matado. El sufrimiento fue muy grande.

En la misma línea, Almanza y Gómez (2020) encontraron que otras de las causas de los conflictos tienen que ver con “ los problemas económicos, los conflictos con el usuario y entre los miembros de la familia, incluyendo el maltrato hacia los hijos. Además, se producía una sobrecarga en el sistema familiar respecto al cuidado del hogar y problemas de salud”. (p.7) Resultados que concuerdan con los hallazgos, cuando uno de los residentes hace referencia a la pérdida de su hogar diciendo:

Un conflicto muy evidente, cuando tenía mi familia, mi hogar, yo por estar en el consumo yo mantenía más en la calle, más trasnochando, buscando mi consumo que de pronto haciendo lo que debía hacer que era cabeza de hogar, padre de familia, en vez de estar allá consintiendo mi pareja, dando ejemplo a mi hija, me gustaba más estar en la calle.

Entonces algo que se me vio afectado, fue que perdí mi hogar por la misma cabeza mía, por dejarme seducir de esa vida negativa y ya cuando me atacó el camino de la delincuencia, peor, porque yo ya conseguía dinero de forma muy fácil y más me atrapó la calle, en vez de estar dándole ejemplo a mi hija y amor a mi pareja. Entrevistado #10 (Comunicación personal, 14 de Agosto, 2021)

Además de los problemas desencadenados por el abandono del hogar, el entrevistado menciona las dificultades económicas que empezaron a originarse como consecuencia del abuso y la adicción a las drogas, ya que el residente comienza a identificarse y a ser visto en su hogar como una persona poco responsable, no solo con su pareja y su hija, sino además con su función económica dentro del sistema familiar; por lo que es evidente que “el deterioro psicosocial del usuario puede afectar su capacidad para seguir trabajando, lo cual deriva en problemas económicos, junto con los gastos generados por el padecimiento. Asimismo, los miembros de la familia pueden desarrollar problemas de salud física y mental” (Almanza y Gómez, 2020, p.14). Así se evidencia en el siguiente relato:

Ya uno se vuelve irresponsable, ya uno cogía mi paguito y uno se vuelve deshonesto porque yo decía que recibía tanta plata y resulta que recibía más, pero era para sacar mi tajadita para el consumo. Ya uno va llenando la vida de mentiras y mentiras, y esa deshonestidad se va viendo reflejada en el comportamiento de la pareja, entonces ahí se crean conflictos, entonces, de pronto uno cuando no tiene consumo, ya uno se vuelve como irritable como prepotente, ya de pronto deja de tener esa buena comunicación con la pareja, deja uno de sentarse de pronto a saber escuchar a la pareja, ya uno pierde todos esos dones; se la pasa más que todo malgeniado, por las ganas de la sustancia, entonces ya uno de pronto dice cosas que no debe decir a la pareja, ya hiriéndola y por la misma irritabilidad que uno maneja porque el cuerpo se lo está pidiendo a uno. Pero las personas que estén al lado de uno no

tienen la culpa de lo que uno está sintiendo, pero muchas veces uno no controla eso y desfoga en los seres queridos. Entrevistado #10 (Comunicación personal, 14 de Agosto, 2021).

Por lo anterior, es perceptible que la adicción a alguna sustancia psicoactiva por uno o varios miembros de la familia, implica una carga emocional en el sistema familiar que requiere reconocimiento y abordaje, ya que se experimenta “incertidumbre, preocupación, ambivalencia, malestar emocional y físico; conflictos y dilemas asociados al manejo del usuario; oscilación entre diversas estrategias de afrontamiento; problemas económicos; restricción de la vida social, vergüenza, aislamiento; y disminución en la calidad de las relaciones familiares” (Almanza y Gómez, 2020, p.2). A propósito de dicha disminución en la calidad de las relaciones familiares, el “Entrevistado #6”, manifestó la manera en la que todas las situaciones problemáticas dentro de su hogar, lo llevaron a alejarse de su familia y acercarse a personas y contextos que representaban un factor de riesgo para él. Así textualmente lo expresó:

Lo aleja de muchas personas y lo acerca a otras personas no tan buenas, en la familia uno llega todo enguayaguelido a dormir a la casa, cuando uno se despierta todo el mundo le monta rostro, nadie le quiere hablar, uno no le habla nadie, todo mundo nos mira feo en la casa, llego todo enguayaguelido, bueno eso genera conflictos con la familia, lo aleja a uno de la familia, entonces uno en ese ambiente tan tenso que hace uno, se va y solo lo reciben a uno con los brazos abiertos son los amigotes de la olla, los del parche “socio, parcerito, todo bien”.

Del mismo modo, el “Entrevistado #3” hace referencia a la misma situación, agregando en su relato, la única forma en la que era posible participar de los espacios familiares, la cual siempre debía estar acompañada del consumo de sustancias. Así lo comentó:

Cuando uno es consumidor de heroína, yo creo que se aleja demasiado de la familia, demasiado, porque en el caso mío cuando de pronto llegaba un sábado o un domingo, de pronto un paseo o una fiesta donde un tío, donde una tía o un asado, yo si no tenía la sustancia yo no iba por allá, porque iba a estar maluco, iba a estar inquieto, iba a estar para allá y para acá, mirando a ver que me robaba, conspirando a mis tíos, haciendo mandados para ganarme cualquier peso, entonces yo le decía a mi mamá, no ma yo por allá no voy, deme para la metadona, o deme para la bolsa y yo me quedo aquí, o había veces que decían vámonos para tal parte y tan, entonces yo tenía la sustancia y hay si cogía y empacaba todo y tin vamos es para allá para el paseo, si ve, y por allá me alejaba me metía a un baño, consumía y salía y tan normal, tin , pero la sustancia si lo aleja mucho a uno de la familia, uff claro.

Por lo que, se comienza a establecer “un contexto relacional complejo que facilita la ausencia de los integrantes de la familia y su inmersión en otros entornos sociales externos al grupo familiar, donde predominan ambientes de riesgo a la integridad de quien se aleja de su casa”(Callejas y Sánchez, 2020, p.3).

Al mismo tiempo, dentro de las dinámicas familiares, se presentaron escasos lazos afectivos al interior de sus relaciones, los cuales desde el punto de vista de García y Silva (2019) “generan un marco de desconfianza durante las etapas de desarrollo que no permiten que la comunicación sea fluida en cualquier contexto, de esta manera no se permite crear un mecanismo que activa el buen comportamiento” (p.24). Y es por ello que se generan los conflictos al interior de su relacionamiento.

Además de los anteriores autores, Almanza y Gómez (2020) señalan que “existen múltiples pautas o recorridos a través de los cuales se desarrolla la conducta adictiva, que implican la transmisión generacional de carencias afectivas” (p.2) postura que va muy aunada

con el discurso del “Entrevistado #6” cuando manifestó la ausencia de diálogo y amor en su hogar:

Nosotros nunca hablábamos en la casa, que vamos a sentarnos a dialogar, que vamos a sentarnos a hablar, que si usted tiene algún problema que está pasando o venga les cuento que me está pasando a mí, jamás eso nunca existió en mi casa, nunca existió. Yo creo que en toda parte hace falta, si en una parte no existe el amor hace falta el amor, si en una parte no existe el respeto, hace falta el respeto, si en una parte no existe el diálogo pues hace falta el diálogo.

Al igual que el distanciamiento, también se generaron problemas frente a la escasez de una comunicación asertiva entre los miembros, categorizando el relacionamiento con su familia de una manera “anormal” al resto de personas que sí pueden salir adelante y solucionar sus conflictos. Así lo planteó el “Entrevistado #4”:

Nosotros los consumidores no sé por qué razón pero tomamos decisiones a veces que no son correctas y nos llevan a problemas o conflictos que nos dañan u obstaculizan la comunicación con la familia, y aún no nos dejan salir adelante como las demás personas que son normales, ehh, no se no es para echarle la culpa siempre a la droga, sino por el motivo mismo de que uno es el que decide y cuando uno decidió consumir uno no sabía que se le venía encima, uno era como muy cabeciduro y nada más por la curiosidad de sentir ese efecto pues se metió en ese mundo, pues me metí yo en ese mundo y empecé a tener muchos problemas con mi familia, desde ese momento que empecé a tener problemas con el consumo mi comunicación con mi mamá se dañó completamente, con mi hermana y con mi padrastro también porque ya no tenía cómo la suficiente confianza, porque había siempre esa mentira como de uno esconderle el consumo, al principio uno le esconde el consumo pero llega un momento que uno quiere sentirse tan libre cuando uno ya ha sentido como ya cumple la

mayoría de edad, quiere sentirse libre de lo que decide ehh y quiere legalizar porque por así decirlo el consumo con la familia.

Al respecto el entrevistado #4 agrega: Ella tratando de estar más cerca de mí, tratando ella de hablar conmigo de por qué consumía, cuénteme por qué, qué le pasa, yo en esos momentos en realidad no le veía mucho interés de responderle positivamente porque me concentré mucho en la curiosidad por el consumo, me interesaba más consumir que hablar con mi mamá, con mi misma hermana. Mi hermana también quería ganarse esa confianza de ayudarme en el consumo, de decirme vea no lo haga, eso no hace parte de la vida del ser humano, pues no es debido, entonces eh en uno de esos conflictos yo siempre he estado reacio a responder de manera correcta, a darle solución por el mismo consumo, ha sido muy difícil darle solución a esos problemas y con mi padrastro la confianza no ha sido muy fácil. Y también siento que no he sido capaz de resolver mis propias situaciones familiares, como al momento de entablar un noviazgo, al momento de entablar una relación de pareja, eh por la misma razón del consumo se me hace muy difícil; el consumo me ha hecho perder la capacidad de comunicación con esas personas, la capacidad de entablar relaciones seguras, relaciones de confianza, relaciones que le permitan a uno amar positivamente. Entonces, eh, ha sido difícil para mí, me he portado reacio a darle solución a esos problemas”.

En consecuencia con todo lo anterior, como lo plantea Larrahondo (2017):

A causa de la tensión surgida en el sistema familiar las relaciones y la comunicación se van tornando cada vez más disfuncionales, debido a que el sistema se va enfermando progresivamente, tornando las comunicaciones cada vez más confusas y menos directas, siendo más fácil encubrir y justificar la conducta del adicto. La codependencia lo cual se convierte en el estilo de vida familiar,

produciendo en algunos casos el aislamiento de la familia y de los contactos sociales cotidianos. (Pp.64-65)

En otro de los casos, se encontró que el relacionamiento entre residentes y familias es inexistente, así fue el caso del “Entrevistado #9”, quién ha sido habitante de calle durante muchos años y no tiene ningún nexo con su familia:

Por ejemplo, tengo mi abuela por parte materna, hace yo creo que por ahí unos tres años no me habla, me puede ver en la calle lo que sea, donde sea me puede ver y no me habla. Cuando recaigo no me hablan en estos momentos, no hablo con mi mamá, no hablo con mis tíos.

Se puede decir en este punto que, dados los conflictos que se originan a causa de los comportamientos que desarrolla la persona con una conducta adictiva, la comunicación asertiva se va viendo afectada hasta el punto de que dicha conducta se intensifica, puesto que desde el estudio de García y Silva (2019) se afirma que en los núcleos familiares que se lleva a cabo una buena comunicación “sus integrantes son más responsables en la toma de decisiones y poseen mayor capacidad para mantener o cerrar conversaciones, por ende, es baja la probabilidad de entrar en el consumo de SPA”. (p.45) Siendo entonces la falta de comunicación, uno de los conflictos más marcados en esta población, así lo expresa el “Entrevistado #4”:

Uno de los efectos más dañinos diría yo, es esa comunicación porque uno sin comunicarse con la familia, sin comunicarse con la madre o llegar al punto de no expresar cómo se siente, de no expresar que de pronto se ha enamorado de una mujer, alguna persona que le interesa, o no expresar qué está sintiendo ganas de consumo, es un daño muy terrible porque eso lo debilita a uno en cuanto a la posibilidad de uno tener alguna meta porque en sí, deja uno de las ayudas primordiales que son la familia.

Lo dicho hasta aquí supone lo que dice Velásquez (como se citó en García y Silva 2019) cuando plantea que:

La familia es la primera fuente de creación de los vínculos afectivos, y que la comunicación es la herramienta fundamental ante la solución y comprensión de problemas, obteniendo un lazo de apoyo y seguridad, adquiriendo una eficacia en las relaciones intrafamiliares y efectividad en la Calidad de Vida del núcleo familiar. (p.4)

De manera que puede afirmarse, que la Calidad de Vida de los residentes se ve afectada por la escasa, nula y/o mala comunicación establecida, además de la carencia de lazos afectivos, que no les permite llevar a cabo dinámicas sanas en su relacionamiento, siendo “importante abordar el involucramiento de la familia en el desarrollo del individuo, así como las dinámicas al interior de estas, siendo los vínculos afectivos un factor determinante para la formación de sus integrantes y su comportamiento en los diferentes contextos” (García y Silva, 2019, p.24).

En consecuencia, vale la pena destacar la importancia de fortalecer los vínculos afectivos y la comunicación asertiva entre residentes y familias, ya que estas habilidades permiten un desarrollo adecuado en los mismos, al mismo tiempo que estos influyen en la capacidad de obtener relaciones sanas en cada etapa de desarrollo, mejora la autoestima, la seguridad y la confianza; dado que las familias que mantienen vínculos afectivos fuertes y mantienen una comunicación asertiva, “ conservan de manera constante la aceptación, el apoyo y la confianza entre sus integrantes, así mismo, también se consideran familias determinantes en la prevención de conductas antisociales como el consumo de SPA” (García y Silva, 2019, pp. 44-45).

No obstante, la presencia de algún miembro de la familia que padezca un trastorno por uso y/o abuso de sustancias psicoactivas, puede originarse debido a la particularidad de las

dinámicas que se configuran al interior de la familia y el contexto de cada persona. Por lo tanto, el relacionamiento conflictivo, no solamente ha estado determinado por los comportamientos de la persona que consume sustancias, sino además por las dinámicas propias del sistema familiar y por la postura que han tomado sus familiares o figuras de autoridad ante la problemática de la adicción. Así puede verse evidenciado en el discurso del “Entrevistado #8”:

Pues en mi caso, antes cuando tenía los problemas, para poderlos solucionar mi mamá me legalizaba, me dejaba fumar en la casa y ya se me acababan todos los problemas y no volvía a tener problemas.

Del anterior relato, se evidencia la resignación familiar frente al consumo del residente, en el cual el desgaste que generan los conflictos, conlleva a que las figuras de autoridad le permitan consumir al residente dentro de su hogar, con la finalidad de solucionar los problemas. En este orden de ideas, al ser el entorno familiar uno de los ámbitos que se ve más perjudicados a nivel relacional, las personas encargadas de establecer los límites y normas del hogar desarrollan “un esquema de formas de pensar, sentimientos y comportamientos con sí mismo y con los demás que le generan conflictos y causan sentimientos de dolor e impotencia, proceso conocido como codependencia”. (Larrahondo, 2017, p.10). Tal fue el caso del participante #3 de la investigación:

Cuando uno comienza a consumir, de pronto la mamá de pronto por no querer verlo a uno, o el padre por no querer verlo a uno en la esquina o tarde de la noche 2, 3, 4 de la mañana, de pronto escuchando disparos, de pronto escuchando cualquier sirena y creyendo que es uno el que va ahí o el que hirieron, entonces permite que uno consuma en la casa, entonces ahí comienza es la familia a codepende de uno y comienzan a ser más permisivos, ¿por qué? porque uno es tan manipulador y uno es tan tan, no sé como una especie de un

demonio que se apodera como de uno de que uno comienza a manipular la familia, la mamá a tal punto de que la madre le da a uno para la sustancia; pero entonces ellos sienten como un dolor, no es como una cosa que ellos prefieren decirle a uno, no mijo, no salga, consuma acá, que se va a ir para la esquina o que se va a ir por allá para donde sus amigos, hágalo aquí y ya, trabaje y consuma y se echan como al dolor ya, si me entiende, porque en alguna vez a mí me dijeron: mijo es que yo a usted no le exijo nada, yo le exijo es que vaya y trabaje, que me colabore con los servicios y fúmeselo lo que usted se fuma.

De lo anterior resulta que, como lo menciona el Entrevistado, emerge una nueva situación de conflicto llamada “codependencia”, en la cual según Larrahondo (2017) “una persona centraliza su vida en función generalmente de un adicto, dejando de lado su propio “yo”. (p.9) “Situación tal que la persona de manera compulsiva construye unos vínculos patológicos con sus hijos sin recibir ningún tipo de compensación por parte del adicto. (Bustos, 2018, p.1). De manera que, “el uso de drogas ilícitas conocido dentro de la familia se convierte en un estresor ambiental y la codependencia se puede generar de estas circunstancias junto con un sufrimiento psicológico severo” (Bustos, 2018, p.2). Esto se puede notar en el caso del “Entrevistado #3”:

Yo estaba trabajando en Arturo Calle y a mí me pagaban cada quincena como 500.000 o 600.000 mil pesos, y yo lo primero que hacía era llamar a mi mamá y le decía: “mamá ya estoy acá en Mercamax, llegue para que merquemos” entonces yo mercaba para la casa y le daba a ella para lo del gas o el agua yo que sé, y me quedaba 200.000 mil pesos digamos así libres, entonces yo le decía: “mamá listo, ya merque, ya te di para los gastos de la casa, ahora me voy a ir para el guadual, me voy a ir, voy a comparar mi dosis para todos los quince días y dentro de una horita llego a la casa mamá”. Lógicamente mi mamá se quedaba triste, me

decía “mijo mucho cuidado” pero ya estaba echada al dolor, ósea ella prefería dejarme ir y no comenzar a alejarme porque era peor y entonces eso es lo que pasa.

Lo anterior, parece confirmar que “un ambiente de codependencia surge como una respuesta disfuncional al proceso de adicción al que se deben enfrentar las familias, y a la vez se convierte en un factor determinante para el avance del problema adictivo” (Larrahondo, 2017, p.10). Y la perpetuación de los conflictos al interior del relacionamiento familiar, ya que la adicción al ser una enfermedad mental, genera distintos tipos de relaciones en el entorno familiar, las cuales en este caso, se encuentran orientadas de alguna manera, a proteger en exceso y vivir la vida del Entrevistado, formando de manera específica comportamientos y pensamientos que conlleva el sufrimiento silencioso y constante de las familias.

A propósito, Bustos (2018) plantea que “por lo general los miembros de la familia codependiente tienen dificultades para establecer límites con respecto a cuándo son sus propias necesidades y cuándo son las del individuo” (p.1). Dado que la ausencia de límites en el hogar, también es atribuido a “el temor a que uno de sus miembros pierda el control, de modo que el usuario aprende a actuar en el mundo bajo la premisa básica de que el contexto social no le impone restricciones” (Almanza y Gómez, 2020, p.2). Y por ende, al interior del sistema familiar van a existir “dificultades para establecer límites ante el consumo y desacuerdo para su manejo” (Almanza y Gómez, 2020, p.2).

Tales son algunos de los casos encontrados en esta investigación, cuando por ejemplo el “Entrevistado #1” dice:

No sé si será bueno o malo, pero mi mamá siempre me ha defendido, ósea mi mamá siempre me ha defendido delante de los hermanos de ella, ósea de mis tíos y algunos le han dicho: “no es que usted es muy alcahueta, usted a toda hora con ese muchacho mándenlo para

la calle, tírelo a la calle que se vuelva ya un loco, esto y lo otro, a ese muchacho ya no le sale eso” entonces mi mamá siempre me defiende a capa y espada, como así él es mi hijo y él va a luchar y yo siempre lo voy a apoyar, mi casa es mi casa y es la de él también, si me toca que darle la comida se la doy, si me toca que darle los servicios se lo doy, pero yo no lo tiro a la calle porque es mi hijo y me duele. Entonces yo también me he sentido pues claro mal, a veces en ocasiones cuando uno está bajo la sustancia uno tiene unas horitas y unos minutos donde uno piensa y uno dice “no, la estoy embarrando, ya le saque los 50 mil pesos a mi hermano, ese man me va es a matar ahora cuando me vea” pero uno lo hace consciente y después de que ya lo hizo, pues ya la embarro y pues ya se siente como culpable y todo eso, pero no pues cuando los hermanos verdaderamente comienzan a decirle a la mamá “vea usted es una alcahueta”, siempre se siente uno re mal.

Asimismo, Almanza y Gómez (2020) plantean que “el consumo de drogas es parte de un patrón relacional que permite mantener la estabilidad de la familia y desviar el conflicto”. (p.2) Tal fue el caso del “entrevistado #2”, cuando hizo referencia a que el problema en su hogar, consiste en evadir los conflictos y no proporcionarles una solución:

Cuando hemos tenido conflictos, alegamos y todo eso, y se queda así, y se pone tensa la casa y todo eso, se pasa uno o dos días y ya después, será porque somos familia, mamá e hijo, nos hablamos como si nada hubiera pasado, pero no debería ser así porque el problema está ahí simplemente que lo dejamos pasar, y el problema, es que lo dejamos pasar sin haberlo solucionado, entonces cuando tenemos otra discusión, entonces cómo que vuelve y se retoma ese tema, y vuelve lo mismo, entonces, nunca como que siempre ha sido así, tenemos un conflicto, un problema y lo dejamos pasar, se acaba eso, yo me voy, yo salgo de la casa y me voy y nunca lo llegamos a solucionar y pues ahora que estoy hablando de eso, lo identifico; de que es como un problema no solucionar esos conflictos.

Asimismo, las personas que padecen de una adicción a sustancias psicoactivas “pueden haber estado inmersos en un triángulo relacional, en el que se sobre involucran con uno de los padres y se distancian o están en conflicto con el otro; estos conflictos en el sistema limitan el establecimiento de límites consistentes” (Almanza y Gómez, 2020, p.2). A propósito de estos postulados, el “entrevistado #2” lo corrobora a partir de su experiencia:

Pues primero que todo, yo quiero decir y quiero aclarar que todos los conflictos que tuve con mi familia debido al consumo, fueron responsabilidad y el culpable fui yo, aunque en ese entonces, yo pues si culpabilizaba a mi mamá, a mis hermanos, a mi papá porque creía tener la razón en todo, entonces yo, eh yo si era como he sido muy grosero con mi mamá más que todo con mi mamá porque mi papá si era como un poquito le tenía como más respeto a mi papá. Si yo llegaba con los ojos rojos y todo eso y mi mamá pues ella preocupada me hacía el reclamo, entonces yo le decía a ella que no que que va, déjeme sano que yo ya estoy muy grandecito para que me esté alegando Entonces, cuando llegaba mi papá pues ya lo contrario, y yo le decía, no vea papá, mi mamá me está diciendo que yo estoy fumando marihuana, pero obviamente ya cuando llegaba mi papá por la noche yo ya tenía los ojos normales, ya se ponían alegar ellos, yo siempre me respaldaba era con mi papá.

De este modo, las normas al interior del sistema familiar se van transgrediendo, debido a que como lo planteó Pérez y Reinoza (Como se citó en Gracia y Silva, 2019, p.24) “cada uno funciona individualmente, ocasionando un debilitamiento en la parte educativa por el inadecuado manejo de los roles que se deben establecer para mantener la unión y la seguridad” (p.22). Siendo de esta manera como surgen muchos de los conflictos, dado el sistema de límites difusos en el hogar y la infracción de sus normas. En otras palabras, lo manifestó el entrevistado #2:

“Yo creo que hay otras causas que son por nuestra desobediencia, porque en la casa, siempre como en todas partes, hay algunas normas y todo eso, entonces la desobediencia, en mi caso mi mamá y mi papá se acuestan muy temprano, entonces ellos me dicen a las 10 tiene que estar acá en la casa, y a mí no me gustaba entrar a esa hora, a mí me gustaba entrar a las 11 o 12 entonces yo llegaba a esa hora a tocar, y pues se formaba el conflicto, por eso y por la pereza de yo quedarme un domingo en la casa, un sábado, y de pronto no colaborarle a mi mamá, y mi papá decía véalo ahí echado, ayúdele a su mamá siquiera a barrer, entonces yo le decía: óigalo, a mi papá como está”.

Lo dicho hasta aquí, supone que la adicción a sustancias psicoactivas “trae consigo un detrimento importante en el desarrollo social e individual de los adictos, debido a que afecta la forma en que las personas fijan los estándares de su interacción social a nivel laboral, educativo, afectivo, recreativo y familiar” (Larrahondo, 2017, p.12). Puesto que son personas con las cuales se dificulta el relacionamiento y la convivencia familiar. Esto puede notarse en el siguiente relato, en el cual el Entrevistado #6 reconoce los comportamientos inadecuados que va adquiriendo en la vida del consumo:

En la mayoría de los casos yo creo que el consumo es el que nos hace infringir las normas, porque un adicto ya es muy difícil de que lo manejen, el adicto ya es muy difícil de manejar, ya cuando uno empieza a conocer ese mundo oscuro de la drogadicción empieza a conocer el mundo oscuro de la delincuencia, empieza a conocer muchos mundos oscuros, entonces ya es muy difícil de que lo manejen a uno. Yo creo que el adicto no, en medio del consumo no lo maneja nadie, es muy difícil, entonces ahí es donde uno empieza a hacer lo que uno quiere, lo que a uno le da la gana o lo que uno le parezca.

Igualmente el entrevistado #3 afirma: Nosotros siempre queremos romper las normas, no acatarlas, la misma sustancia, los mismos comportamientos nos han vuelto así y uno

sabiendo que no se puede, el consumo es lo último que uno hace, siempre va a ser una serie de comportamientos inadecuados.

Además, en el relato presentado a continuación, se demuestra que “las relaciones familiares conflictivas pueden llegar a desarrollar baja autoestima, las mismas que causan sufrimiento al individuo dando como consecuencia la alteración del comportamiento y afectando distintas áreas”. (Castro, 2016, p.7). Tal cual lo mencionó el “Entrevistado #10”:

Me sentía muy mal ya a lo último, la familia en mesa redonda lo único que hablaban era del tema mío, el tema de Andrés, Andrés el gato negro de la familia, entonces uno ya a lo último como que uno es el peorcito, entonces cada vez que llega uno a la casa o regañan, entonces, ahí es donde le juega el truco mental a uno, se le mete el diablo a la cabeza y empieza amañarse más en la calle que en la propia casa, entonces ya se aferra uno más a las amistades tan negativas, que uno le va aprendiendo esas cualidades a las personas, cualidades como cuales: otra clase de consumo, heroína, bazuco, sacol, como las pepas, entonces ya uno va cambiando de amistades, y a medida que cambia de amistades va cogiendo más influencia negativa y más cadenas de drogadicción. Entonces eso lo lleva más a amañarse en la calle por medio de los conflictos que tiene en la casa; empieza uno a evadir la realidad en lugar de colocar el pecho y decir yo fallé, ayúdenme como hago para dejar las drogas. Se llena uno de ego, y uno empieza a decir, mejor voy a estar con mis amistades y se aísla totalmente de la casa.

Por lo que “La confrontación entre padres, madres e hijos crearon, según ellos, sentimientos de «frustración, insatisfacción» y emociones de «ira, miedo, ansiedad, culpa, pereza y soberbia»” (Callejas y Sánchez, 2020, p.11).

En mi caso, es un sentimiento como de inmensa recriminación, por el mismo dolor y sufrimiento que causa uno a las personas que uno más ama cierto, porque mi familia por

ejemplo, yo creo que el motivo más importante o el principal motivo que yo encontré para cambiar fue ese, yo creo que ni siquiera lo pensé al principio por mí mismo, sino por volver a abrazar a mi familia, volver a hacer familia, volver a hacer parte de ese hogar, me hacía mucha falta verlos, abrazarlos, compartir con ellos, ver televisión con ellos, recordaba tantas cosas de la infancia y sentí la necesidad de volver a vivir lo mismo cierto. (Entrevistado #6)

Siendo el consumo de sustancias psicoactivas una conducta que los entrevistados identifican como una causante del sufrimiento familiar, así lo expresó el entrevistado #7:

La familia por lo menos la mía fue muy unida pero fue mucho el sufrimiento que le causé a mi madre y eso pues genera de que uno se culpabiliza, de que uno si es la embarrada pero digamos si uno fuera, si uno fuera tenido consciencia de saber de todo lo que iba a pasar, si uno ósea hubiera analizado de que los comportamientos y que la familia iba a sufrir si uno se hubiera metido en eso, obviamente uno no coge ese vicio, no, uno no mide las consecuencia de lo que puede causar más adelante, se hubiera tomado la decisión.

Con todo lo anteriormente expuesto, es evidente que además de la persona que padece la adicción a sustancias psicoactivas, la familia como sistema, afronta una serie de conflictos al interior de su relacionamiento, que involucra no solamente los comportamientos desarrollados por la persona que consume, sino además por el manejo que los miembros de la familia le dan a la problemática. Por lo tanto, los hallazgos de la presente investigación, corroboran lo que Alvarado (Como se citó en Larrahondo, 2017, p.10) plantea cuando dice que “no existe una familia que no se vea afectada en su estructura de funcionamiento cuando uno de sus miembros enfrenta este proceso”.

Al mismo tiempo que Callejas y Sánchez (2020) encontraron en su investigación realizada a cuatro familias desde el enfoque construccionista, que “Las pautas de interacción

implicaron aquellas acciones e interacciones repetitivas que entorpecieron el bienestar de las personas y sus contextos relacionales socio familiares” (p.9).

Asimismo, Zeledón, P (2013) en su investigación de corte cualitativo, que buscaba determinar los niveles de Calidad de Vida en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas de cuatro centros de rehabilitación de Managua, encontró como hallazgos que “la mayoría de los participantes tiene un bajo nivel de Calidad de Vida y expresaban, que para tener una buena Calidad de Vida tenían que estar limpios de sustancias, estar con la familia, tener un trabajo digno y estar bien tanto física como mentalmente., además de tener esa responsabilidad en el hogar, en la sociedad y con uno mismo” (p.43) . Siendo el buen relacionamiento con la familia, un ámbito que para ellos representa una alta Calidad de Vida.

En consecuencia, la Calidad de Vida referida desde la evaluación que los entrevistados hacen frente a las relaciones y contactos que establecieron con su familia antes del ingreso a la Clínica, muestra graves repercusiones negativas que ha traído consigo en el sistema familiar, puesto que a partir de esta situación se generan, problemas y confrontaciones del consumidor con su familia y una “lucha por encontrar salidas a un estado corporal, emocional y relacional marcado por dolores, rabias y frustraciones y la impotencia frente a una sustancia psicoactiva que envuelve a las personas y fragmenta los límites personales e interpersonales” (Callejas y Sánchez, 2020, p.3). En el que la persona que consume sustancias es visto como “un estresor que exige cambios en el sistema de funcionamiento familiar” Martínez (Como se citó en Callejas y Sánchez, 2020, p.3).

En definitiva, los hallazgos demuestran que los conflictos en el relacionamiento familiar, si surgen a partir de dicha confrontación subjetiva que cada miembro hizo a causa de la conducta adictiva, en la que se vieron afectados aspectos de su dinámica y estructura como

lo son: normas, límites, roles y jerarquías, al interior de su sistema familiar y que no permiten el pleno desarrollo de la vida familiar.

## **Cap. 6 Características del relacionamiento social de los residentes antes de su ingreso en la Clínica Psico**

El relacionamiento social como categoría para dar cuenta de un aspecto específico de la calidad de vida autopercibida según Moyano (2014) tiene que ver con el hecho de que todas las personas establecen un sin fin de relaciones de diversa índole mediadas a lo largo de su vida por intereses, necesidades, gustos y circunstancias específicas, lo cual permite construir experiencias, edificar conocimientos, y forjar maneras de entender y sentir la vida.

Por lo tanto, las relaciones sociales que se crean y se mantienen en la cotidianidad de las personas están basadas en la referencia a una cultura, a estilos de vida, en identidades e intereses de los mismos sujetos en relación (Herrera, 2000). Y por ende, la relación social implica de acuerdo a los postulados de Moyano (2014) una interacción entre mínimo dos personas, en la cual haya una frecuencia en el trato o la comunicación y sugiera un efecto entre los sujetos implicados. Además, el proceso de fortalecimiento de las interacciones sociales también se encuentra referido por la construcción subjetiva que hacen del mundo social cada uno de los individuos y por esta razón, es preciso enunciar que sus formas de interactuar en sociedad logran dar cuenta de los significados asociados a aspectos específicos de su historia de vida.

Al respecto, en la exploración se halló que sobresalen “problemas para establecer relaciones interpersonales, poca comunicación, poca empatía, frialdad afectiva... en muchos casos, ansiedad, compulsión y pesimismo” (Jiménez y Pantoja, 2007, p. 81). Por tanto, los rasgos típicos de la conducta adictiva, se identificaron como el factor determinante para afectar de manera negativa las interacciones con su red social.

La pérdida de las relaciones con las demás personas, es algo que viene ligado al consumo por derecho de que uno mantiene dopado, mantiene por decirlo así, con desinterés

de obtener alguna relación con alguien, sin el interés de entablar alguna conversación, porque lo único que mantiene haciendo es pensar en el consumo, si usted se droga, pues usted va estar es en el vuelo que quiere disfrutar y pocas veces en ese vuelo usted entabla conversaciones con otras personas que no son consumidoras. (Entrevistado #4)

A través de lo expresado, se denota una creencia muy particular frente al porqué sostienen ellos que las relaciones con los demás llegan a fragmentarse y en esta medida, refieren hechos específicos en los cuales agrupan una serie de acciones que responden a cómo esas interacciones con los otros, empezaron a desintegrarse desde el inicio de su conducta adictiva; lo cual, coincide con lo planteado por Aragón et al. (2019) al reafirmar que el consumo desmesurado de cualquier tipo de sustancia afecta las relaciones de las personas en su círculo social.

Cuando uno entra a consumir sustancias pues uno tiene amigos de bien, normales que no tienen consumo, de pronto que uno estudió con ellos, del barrio, y entonces uno se va con cierto amigo de pronto por curiosidad, porque quiere probar alguna sustancia, entonces eso está mal visto no, pues todos sabemos que así fume marihuana, que digamos que es como lo más suave, está mal visto, entonces ya los amigos del barrio que son bien, ya lo empiezan a ver a uno mal y lo empiezan a rechazar, eso es lo primero que uno pierde los amigos, pues aparte de la familia. (Entrevistado #2)

Igualmente, el “Entrevistado #1” refirió lo siguiente:

Los compañeritos de infancia nunca querían verme en situación de droga, cuando ellos empezaron a saber que yo consumía me fueron alejando, me fueron alejando y pues yo ya llegaba al parche así todo asustado, todo timbrado, ellos me decían estaba oliendo y yo no no, pero entonces ellos ya se dieron cuenta y me fueron sacando del llavero como se dice.

De manera que, así los sujetos en condición de adicción mantengan un mayor número de interrelaciones, estas se auto describen con mayores efectos negativos en su entorno social inmediato y sobre sí mismos (Jiménez y Pantoja, 2007). Y en consecuencia, los residentes se encuentran convencidos de que no existe un relacionamiento consciente con los otros, pues los cambios en sus comportamientos, hacen que la forma en la que establecen sus relaciones sea tolerable para personas en su misma condición de adicción. En palabras del “Entrevistado #6”:

O sea, prácticamente no hay un relacionamiento, porque uno, en medio del consumo, lo crea a usted una persona temperamental, personas irritables, las personas que no lo rechazan a uno y lo quieren ayudar, uno simplemente les dice no se meta en la vida que no me importa, y ahí uno afecta totalmente la relación.

A raíz de lo anterior, según Castilla (2019) “todas las adicciones comparten el hecho de ser intentos fallidos para la regulación del afecto” (p.13). Es decir, la afectividad como disposición o estado mental que es asociado generalmente con un sentimiento sea de amor, cercanía, cariño, no logra expresarse positivamente hacia las otras personas que conforman la red social, pues, se evidenció en el relato de los entrevistados unos niveles de ruptura de las relaciones, es decir, primero se fragmentaron las interacciones con compañeros y/o amigos desde el trato, la afinidad, la confianza, la comunicación. Y posteriormente, fueron los vínculos con los habitantes del sector donde se ubica su hogar. De manera que, la fuerte conexión que las personas mantienen con las sustancias objeto de su adicción, se convierte en un sustituto de la necesidad como seres humanos de establecer vínculos con las personas (Castilla, 2019). El “Entrevistado #8” expresó lo siguiente:

Una pérdida muy grande que yo tuve fue una compañera, una mujer que era muy importante para mí, una relación que me hizo daño por mucho tiempo y fue por culpa del consumo uno pierde relaciones y genera conflictos con las demás personas.

Además, el desgaste y debilitamiento de las relaciones a causa de la conducta adictiva, tiene que ver con una desinhibición del pensamiento y la forma de comportarse de la persona cuando se encuentra bajo los efectos de la sustancia (Aragón et al. 2019). Lo cual se logra constatar en el corto relato del “Entrevistado #2” donde argumenta por qué se fragmentan las interacciones con las personas que habitan el sector donde se ubica su hogar.

Yo era de los que me traspasaba toda la noche me quedaba despierto y tipo 5 de la mañana yo ya buscaba era la casa, yo sabía que mi mamá se despertaba tempranito a despachar a mi papá para el trabajo, entonces yo me quedaba ahí enseguida y a esperar pues que prendiera la luz, yo apenas veía que prendía la luz yo ya tocaba porque ya sabía que estaban despiertos, pero muchas veces me sentaba ahí y me quedaba dormido, entonces ya salía la señora de enseguida de mi casa o en cualquier andén de ahí de la cuadra a barrer o salía el señor a trabajar, entonces yo recuerdo que me miraban y a mí me daba mucha rabia que se quedaran ahí a ver qué era lo que estaba haciendo uno ahí, sí me entiende, entonces yo hoy mismo les contestaba “ que mira deje de ser metida” si me entiende, entonces ya también acaba uno con los vecinos, ya yo llegaba a mi barrio y yo no saludaba a nadie y nadie me saludaba a mí , pero yo sí veía que pasaba uno y lo señalaban a que ahí viene pipe que en la juega y a la final ya termina uno es solo.

Más claramente, la pérdida de interacciones y el establecimiento de nuevos vínculos, responde expresamente a que ya no encuentran satisfacción con las actividades comunes que disfrutaban las personas en general, dada la prevalencia del consumo excesivo y su acercamiento con los pares drogodependientes.

Ya uno no quiere estar con ellos porque ya les parece que las actividades de ir a un parque a comerse un helado, de pronto a un centro comercial o a cine, ya eso para uno estando en el consumo, ya eso es muy aburrido, ya eso para que, yo quiero es al río, por allá a fumar o en el parche, ya las actividades normales ya le parecen a uno aburridas, entonces uno deja de frecuentar esos amigos y de igual forma uno como que los trata de saludar o entablar una conversación pero ya no es lo mismo, ya no tiene uno de qué hablar con ellos.

(Entrevistado #2)

Con otras palabras, los vínculos que se entablan con las red social se empiezan a transformar debido a que si bien “el mundo está lleno de gente... sólo nos sentimos acompañados cuando están con nosotros las personas a quienes nos hemos vinculado afectivamente.” (Aragón et al., 2019, p. 34). Así se identificó en el relato del “Entrevistado #7”: “lo aleja a uno totalmente de todo el mundo y solamente la gente de la olla es la que la recibe con los brazos abiertos, entonces uno quería mantener las 24 horas del día ahí metido”.

En consecuencia, el término “efectivamente” hace referencia a un círculo de consumo más amplio, donde encuentran satisfacción por el fácil acceso a cualquier tipo de sustancias y por tal motivo, valoran o significan más los espacios donde eran bien recibidos por su conducta adictiva. Este es el caso de los residentes de la clínica, pues para ellos ya no era importante contar con la compañía de los amigos y/o compañeros que no se encontraran en la reiterativa cotidianidad del consumo de sustancias psicoactivas.

Y hay veces que uno se aísla, que qué pereza uno estar con ese combo que no hace nada, que no fuma nada, voy es pa donde otros parceros que si fuman, porque a mí me pasaba que yo tenía mis amigos que eran bien y yo me fui alejando yo mismo, a tal punto de que a veces me iban y me buscaban y yo me les escondía. (Entrevistado #3)

Por consiguiente, se presenta un relato que deja en evidencia que las “experiencias o pensamientos se crean según los acontecimientos vividos con él otro en el transcurso de la vida” (Aragón et al., 2019, p. 12). Motivando de esta manera, una significación específica sobre la forma en que se configuran sus relaciones sociales y la sensación de saciedad y autosuficiencia que le producía su compulsión por ingresar la sustancia a su cuerpo; reflejando a la vez, que ya no era oportuna ni necesaria la compañía de otras personas, y en ocasiones, tampoco les satisfacía compartir con el grupo de pares drogodependientes.

Estaba en Bogotá, era el 24 de diciembre, lógicamente después de haber hecho un hurto, me senté en el separador de transmilenio, en toda la 19 avenida Jiménez, solo, con un baflecito parecido al que tiene Cristian pero cuadrado, la botella de reyes, que vale como dos mil pesos la botella. Un aguardiente barato, y una cantidad de papeletas de bazuco impresionante, y era el 24 de diciembre, tres de la tarde, y todo el que se me hacía al lado le decía “cójala”, no me quiero desquitar con nadie, “cójala de acá”. Y ahí recibí la feliz navidad, 12 de la noche, ahí sentado solo escuchando la feliz navidad, no quería relacionarme con nadie, y lo mismo me sucedió el 31 de diciembre, en el mismo separador pero más arriba, ya hacia la parte de la quinta. Me senté en el separador con mi baflecito y lleno de papeletas, los tombos subían por la Jiménez, y bajaban por la caracas, ahí sentado y consumiendo, a todo el que llegaba le decía, “cójala de acá que no me quiero desquitar con nadie”. Yo me sentía mejor estando ahí solo que poniéndome a charlar con alguien o de pronto parcharme con alguna amiga, tenía con qué o sea, precisamente salía uno temprano a cobrarlo, a facturarlo, precisamente para eso para relajarse uno todo el día. Ya no me gustaba parchar con nadie, ya me mantenía solo, yo en mi pedazo, mi vida, mi mundo y ya.

En efecto, “las relaciones interpersonales de las personas adictas... tienden a ser inestables y poco sólidas (Jiménez y Pantoja, 2007, p. 88). Pues se halló en lo expresado por

los residentes el rechazo de la ayuda brindada por las personas que se encuentran interesadas en aportar a la construcción de una visión distinta de su Calidad de Vida. A continuación una corta historia del “Entrevistado #3”:

En el barrio mío hay una parte donde hay una invasión y ahí siempre se vendía vicio, y yo me parchaba allá, de hecho también allá vendía o hacía respetar el parche, cosas que uno hace cuando está más joven, entonces llegaban amigos míos a buscarme entonces, uno se paraba para uno ver por dónde se metía la policía, o por donde se iba a meter mi mamá a buscarme, ese era el delirio mío, mi mamá, no me importaba nada, la policía, los amigos, yo si veía a mi mamá y yo pagaba escondedero, de una. Entonces yo me hacía en un sitio donde yo pudiera ver, para el lado de mi casa, para el lado de la avenida, y yo apenas aparecían mis amigos en moto o en carro, yo ahí mismo me les escondía me metía por allá en un guadal o bueno, y eran no, ese huevon de juan debe estar por acá, que hubo juan, salga que ya lo vimos y boleaban piedra... parcero salga de allá, no lo queremos ver ahí, ya sabemos que está allá metido, salga para no sacarlo. Y yo a veces para que se fueran ligero, salía, ahí mismo, vea hermano usted cómo está, mine haber, y no parece, no déjeme sano, yo quiero estar acá, déjenme fumar esto. Hubo un día, que un man de esos me dijo, yo me lo voy es a llevar, yo, qué? usted me está diciendo que me va llevar a las malas, le toca que pelear conmigo, si me toca que pegarle le pego, yo no voy a dejar que usted se siga dañando, se siga destruyendo, usted es de nosotros, usted no tiene que estar aquí en estos basureros junto con esta mano de locos, y ese man alborotado, y yo sabía que era un man de respeto, a la final le dije, no sabe qué, mine vámonos, para dónde me va llevar, vámonos para otra parte, para donde me va llevar, nos fuimos a comer, me llevó a tomar algo, pero a lo último yo le dije, ¿me va regalar la liga para irme para la casa? vea que ya es muy tarde para irme para la casa, me dio 20 mil y a dónde fui a parar, allá donde él me sacó. Entonces los amigos como que ya no, él ya quiere estar allá, entonces dejémoslo, porque muchas veces, si hay amigos que se preocupan, que

van y lo buscan, que le llevan un plato de comida, que le dicen, mire mano usted cómo está, usted no es así, pero no, uno quiere estar en ese mundo.

En contraste, el consumo problemático, el estilo de vida desorganizado y el hecho de desplazar las responsabilidades de sus acciones a otros, acercó a cada uno de los residentes a un contexto muy distinto, en el cual se establecieron nuevos contactos sociales. El

“Entrevistado #1” definió como eran estos nuevos nexos:

Las relaciones que se establecen con las personas no eran muy estables, porque uno no alcanzaba a expresarse fácilmente como una amistad porque mantenía consumiendo, a uno el consumo a veces lo deja como sin la facultad de expresar verdaderamente lo que uno siente, lo que uno verdaderamente está pensando.

Además, el “Entrevistado #5” enunció que “yo prácticamente asociaba con la gente para pedir, solamente para pedir, yo no me sentaba a conversar con una persona de cosas, no, sólo para pedirles”. Esto quiere decir que, según Codoñer (2018) las relaciones sociales establecidas en la vida activa de consumo, son referencias porque disponen de significados concretos aunados a fines específicos buscados, con personas externas a ese entorno social inmediato que sería el grupo de amigos con conducta adictiva. El “Entrevistado #8” narró lo siguiente:

Cuando uno tiene un buen relacionamiento con las personas, uno pues usa el carisma, usa el intelecto, usa la experiencia, pero cuando uno se relaciona con personas de consumo, la única estrategia que uno usa es la sustancia, porque si usted llega a un parche donde fumen marihuana, sin nada, esas mismas personas, se van a encargar de que usted no pertenezca a ese grupo, usted tiene que tener sustancia para relacionarse con esas personas que también son consumidoras, porque si usted llega a ese lugar sin nada, a usted lo van hacer aparte, la única estrategia de relacionarse con esas personas es también tener sustancias para poder ser

aceptado en ese grupo y ya, y se ve afectado en las personas más cercanas, porque ya de pronto a la mamá casi no, pero sí a los primos, los tíos, como que les va a dar vergüenza de que lo vean con uno y todo eso, pero el relacionamiento en sí con las personas es ese, yo ser consumidor y juntarme con personas de consumo.

Efectivamente, el consumo como factor detonante para expandir y a su vez limitar la red social a un tipo de personas con características específicas permite realizar una comparación entre lo que para ellos implica establecer relaciones externas al hogar sin estar bajo el efecto de una sustancia y lo que piensan de la amistad que entablan bajos los efectos de los estupefacientes con los pares drogodependientes.

Las relaciones que uno entabla con personas consumidoras, pues tampoco es que sean muy buenas porque son relaciones de disfrutar el consumo, de disfrutar el momento en el que uno está o pegándolo o si uno compra la dosis, con el que uno compra para consumir, apoya al otro que ármelos pues para fumar. Son relaciones así de esa manera, no se ve uno como muy ligado a ellas en cuanto a una amistad seria, que uno pueda contarle las cosas que uno siente, o las cosas que uno piensa. (Entrevistado #4)

Así pues, es indudable que las relaciones entre las personas que padecen una adicción a sustancias químicas, se hallan sometidas a “unas singularidades, presiones y simbolismos que las caracterizan” (Ruiz y Moral, 2018, p.45). Y precisamente, esto permite que entre el mismo círculo se dé un rechazo a los sujetos, dado el tipo de sustancia que consumen, lo cual ha llevado a que se fomente el pensamiento de que su verdadera compañía es la sustancia que administran a su organismo por distintas vías. Seguidamente, una corta descripción del “Entrevistado #2”:

Yo estaba en un grupo de adictos de marihuana y todo eso pues nos vestíamos normal, bien, trabajábamos, entonces cuando yo pase al otro plano, ya con el bazuco ya era muy

diferente porque ya me sentía aún peor porque ya los amigos que también tienen un problema pues lo rechazan a uno, entonces, es como más incómodo que alguien que no tenga la misma adicción, pero si el mismo problema con las sustancias como que lo rechace a uno. Entonces ya esas personas, pues por lo menos las personas que no consumen nada muy amablemente le dicen : “es que usted ya anda en cosas malas, ya no nos parece que lo que usted haga está bien”, ya por lo menos esos amigos le dicen así, pero ya por ejemplo los que fuman marihuana y este ya se dirigen a uno es como con otras palabras, “no es que usted ya es un chirrete” o “usted ya es un gamín, usted ya es un degenerado” y todo eso, entonces, es peor y pierde los amigos bien y pierde los amigos que están mal también, entonces uno se queda sin nada.

De manera que, este estilo de vida caótico forja una barrera hacia su red social la cual se refleja en ideas preconcebidas de cómo los ven las demás personas y las cuales se convierten en argumentos para aislarse de la sociedad.

En consecuencia, el “Entrevistado #4” complementa la idea anterior, al decir que:

Las personas que no son consumidoras lo empiezan a uno a mirar mal, uno pierde ese prestigio por decirlo así de ser una persona normal, las demás personas pierden la confianza en uno, pues ya por decirlo así, eh de pronto si lo van a saludar a uno lo saludan es con miedo o con pesar de que porque está consumiendo, entonces lo hacen no amistosamente, entonces uno no muestra mucho amistad en cuanto a los demás.

Precisamente, las personas que conviven con una adicción a sustancias tóxicas han presentado reacciones antisociales basadas en la consigna de que ellos viven por y para la droga y basados en esta creencia no les importa perturbar la tranquilidad de las demás personas (Del Moral, et al., 1998).

Así y todo, los residentes son conscientes de que el hecho de aislarse de la sociedad, fue consecuencia del consumo desmedido y de la búsqueda de otros espacios en los cuales pudieran ingerir la sustancia con sus pares sin ser señalados y fue así como empezaron a frecuentar los sitios de consumo ya no por horas, sino por días enteros, convenciéndose a asimismo de que era la mejor opción para que las personas cercanas a su red familiar no observaran las constantes transformaciones en su apariencia debido a las nulas prácticas de autocuidado y a los cambios en su comportamiento.

En el trayecto de mi casa al parche, yo tenía que llegar con la gestión, alargaba el camino, lo que viera por ahí. Llegaba yo con la gestión al parche y muchas veces me quedaba todo el día ahí como un bobo, no falta el que lo invite a uno o haciendo mandados, y ahí se aísla uno, en un potrero, en un potrero. (Entrevistado #5)

Respectivamente, el “Entrevistado #4” completó la idea anterior con lo siguiente:

Yo salía de allá cuando me iba para la casa a bañarme o cuando lo iba atrapar, de resto no salía de allá. La segunda razón, era porque uno cuando está con la sustancia encima, uno hace como muy feo, una bandera que la gente lo vea a uno, todo asustado, todo mimiado, todo como cagado de miedo, entonces, más sin embargo, uno sale al ruedo, pero uno no es capaz de dar cara así todo pringado. Y la otra era por qué, porque yo muchas veces no me preocupaba por mantener limpio, los zapatos rotos, la camiseta sucia, el pantalón roto también, entonces después de que se le pasa el vuelo a uno, ya uno como que la piensa para uno bajar. Me tocaba esperar que ya fuera muy tarde de la noche, para poder salir y llegar a la casa, porque en pleno 6 o 7 de la tarde que es hora pico, que sale todo el mundo, me daba como pena, como salir como de que me vieran en esas condiciones, entonces yo más bien esperaba así no estuviera consumiendo, esperando allá, yo todo mugroso, cuando ya estaban las calles solas.

A propósito de las conductas antisociales, el entrevistado #11 reconoce el aislamiento social que tuvo como consecuencia de sus acciones cuando estaba en medio del consumo.

Yo siento que fui yo el que me alejé de la sociedad, porque uno mismo con los pensamientos se empieza a recriminar uno mismo y se saca uno mismo de la sociedad porque se siente que no encaja. Por lo menos mi familia me invitaba, mi hijo vea vamos hacer tal reunión, yo me sentía como mal, toda mi familia sana y yo ahí me sentía como un cero a la izquierda, como la mosquita que le cae al vaso de agua, pero son meras cosas mentales que uno maneja. Porque la otra persona puede estar disfrutando de la compañía de uno pero a uno en el momento se le vienen tantos pensamientos y tantas cagadas que ha hecho y eso lo lleva a uno como a sentirse mal en un espacio de esos. Entonces, sí, es uno mismo el que se aísla para seguir en el consumo. Porque la gente al ver que uno está cambiando y enderezando su camino, hay personas que le abren las puertas y le extienden las manos, pero uno en el momento está como trastornado uno, como que se mete la mente negativa, la mente pesimista, de que uno no vale nada, no vale nada y sigue en el consumo y ahí es donde el diablo más le gusta para atraparlo a uno.

Al respecto, es importante resaltar que los entrevistados conciben que ellos mismos son quienes se iban alejando de la sociedad debido a la culpa y remordimiento que sentían por el resultado de sus acciones; pero de manera paralela la sociedad también los iba excluyendo a causa de sus comportamientos. Así lo manifestó el “Entrevistado #1”:

Uno mismo se va aislando de la sociedad, uno mismo por medio del consumo, ya uno como que se le viene a la mente que uno la cagó, que es un perdedor, que prácticamente de tanto consumo ya empieza uno a no valerse por uno mismo, porque uno ya empieza a cagarla en los trabajos, entonces ya empieza uno a no saber qué hacer para costearse su consumo, y uno busca otros recursos como el hurto. Entonces, ya al hacer uno hurtos y hurtos, va

manejando la mente ya con pecado, mantiene uno con el pecado encima, entonces empieza uno a aislarse, a recriminarse, uno mismo echarse golpes de pecho por tantas cosas malas que ha hecho, entonces eso lo hace a uno apartarse de la sociedad, y siempre andar uno por los rincones, como un ratón de panadería, mantiene uno escondido, entonces uno ya empieza de pronto abrirse de las personas que de pronto lo quieren ver a uno bien, personas positivas. Entonces uno siempre abusa de la confianza de la gente. Los únicos que le quedan a uno es la gente que lo quiere y es a esas personas que más le hace cagadas, se vuelve uno desagradecido, se vuelve uno una persona totalmente despreciable, porque uno puede ser un tío, un primo, que siempre está detrás de uno, uno mal vestido, si huele uno feo por estar en las calles en el consumo, siempre están ahí para estirar su mano a uno; pero uno ya por el efecto del consumo hace como el cuervo, que le muerde la mano. Cría cuervos y te sacarán los ojos, eso se vuelve uno en medio del consumo, ya no le importa la persona que de verdad le da la mano a uno para uno hacerle las cagaditas; entonces eso lo aísla a uno de la sociedad.

De modo que, los relatos evidencian que el consumo de sustancias psicoactivas “está fuertemente enraizado en un proceso de representación social negativa” (Rengel, 2005, p.6) ya que “el campo de las drogas es uno de los ámbitos de la vida social que más están sujetos a estigmatizaciones y prejuicios” (Rengel, 2005, p.6).

Me sentía rechazado, discriminado, me volvía muy solitario, no hacía contacto con la gente si no era para pedirle, yo sabía que la necesitaba, porque todos necesitamos de los demás, pero yo arreaba madres antes de ir pedir algo, yo ahhh que pereza, que chirolada uno tener que pedirle a otra persona, porque ya tiene la experiencia uno de tanto menosprecio. Entrevistado #10 (Comunicación personal, 14 de agosto, 2021)

En este sentido, “se construye en el imaginario social una visión del drogodependiente deteriorada, siendo a partir de la criminalización del "problema droga" cuando se elaboran las

condiciones para que el consumo de droga se convierta en un hecho conflictivo a nivel social” Romaní (Como se citó en Rengel, 2005, p.6).

A mí me pasó un día, yo no estaba pensando en robar ni en nada, yo quería era llegar a mi casa, ya entonces yo venía amanecido, con todo en la cabeza, cuando entonces sabe qué, venía una señora y una muchacha, nos encontramos en un cruce de calle, ella hay mismo cogió el bolso, entonces yo le dije: uy madre, pero ¿qué? por eso es que lo hacen matar a uno, le hacen dar la pela, por gente como usted. Yo acaso la voy a robar señora, yo voy es para mi casa. La gente ve un gesto de esos, un man de un carro, un man de una moto se baja y me da la pela de alegría por culpa suya; esas señoras se quedaron mirándome. Por eso es que muchas veces uno lleva un aspecto como de un espíritu o algo así como... que sabe qué, la gente lo mira a uno. A mí a veces me decían, uy parece no, es que sabe que webón, usted a lo bien yo lo veo a usted por la noche, enjuetado o con un arma y yo le entrego lo que sea, porque usted a lo bien, tiene un aspecto como de maldad como de un espíritu, como algo mal. (Entrevistado #3)

Además, las situaciones a nivel social no solamente incluían el sentimiento de estigmatización experimentado, sino también las amenazas que atentaban contra la vida de los entrevistados.

Varias veces me han llegado apuntar en la lista de los que van a limpiar de Obando. Entonces, la palabra limpiar es porque uno es dañino para la sociedad, uno no es apto para estar existiendo en la sociedad. Entonces queda uno estigmatizado y discriminado, porqué, por las mismas actitudes que uno tiene porqué, porque llega hasta un punto la droga que lo deteriora a uno totalmente la mente que uno ya pues dice, ya soy así así seguiré, me voy hacer matar de eso. Empieza uno a tomar decisiones incorrectas que lo lleva a uno a una cárcel o a

un hospital con una enfermedad terminal como silla de ruedas o un cementerio. Entrevistado #11 (Comunicación personal, 14 de Agosto, 2021)

Por lo tanto, queda de manifiesto que las personas con conductas adictivas, padecen de una exclusión que los aleja de la vida en sociedad; dicha exclusión vista desde el “debilitamiento de los vínculos entre los individuos consumidores y la sociedad, entendida la sociedad como la diversidad de espacios de socialización en que cotidianamente se mueve la persona” (Gonzales, 2007, p.2). Espacios que se ven afectados, por un lado, debido al reconocimiento y categorización negativa de esta población, y por otro, dado el sentimiento de culpa, remordimiento y auto reproche, que conlleva al aislamiento voluntario de esta población.

Las personas ya tienen experiencias de otros adictos y no son muy buenas experiencias, entonces generalizan, entonces yo creo que por eso nos vemos perjudicados todos los que entramos en esa problemática. Que los han robado, que son groseros, hay unos que como dice el dicho popular “piden con escopeta”, piden groseramente ehh, si eso.

Entrevistado #10 (Comunicación personal, 14 de Agosto, 2021)

De esta manera, la categorización negativa de las personas con una conducta adictiva comienza según Alemany y Rossell (Como se citó en Rengel, 2005):

En la dicotomización entre el ciudadano "normal y formal" y el sujeto marginal, al primero se le atribuye todo lo bueno y se le perdonan pequeños deslices (como puede ser el tráfico de drogas o la prescripción abusiva de fármacos), porque forman parte del sistema social, por otro lado, al sujeto marginal, en este caso el "drogadicto", se le atribuye todo lo malo sin concedérsele ningún valor positivo.

(Pp.6-7)

Esto indica que se genera una distinción entre las personas “normales” y aquellas que no son funcionales para vivir dentro de la sociedad. Así lo vivió uno de los entrevistados que fue habitante de calle:

El menosprecio que se ve en la calle para las personas de la calle es muy alto, demasiado alto, hay veces que uno va caminando por la cera y se pasan de andén para otro andén por miedo de que uno los robe o por asco, no sé qué pasara por las cabezas de esas personas, entonces por eso. Entrevistado #10 (Comunicación personal, 14 de Agosto, 2021)

Además el “Entrevistado #6” reafirma diciendo:

Tan así es, que nosotros vamos por el comercio y la gente es bienvenido a la orden caballero, siga bien pueda que busca, y cuando va pasando uno no le dicen nada, y cuando va pasando el que viene atrás bienvenido a la orden caballero, siga bien pueda que busca, ¿nos están incluyendo? no.

De lo anterior se denota lo que Gonzales (2007) plantea en su artículo cuando hace referencia a la inferioridad con la que son vistas las personas consumidoras.

Su marginación y estigmatización se sustenta en las características que se construyen desde la cultura, desde las representaciones sociales, desde los ámbitos de poder: Características recurrentes de delincuencia, pandillismo, violencia, promiscuidad, entre otras, son las que van a asociarse a la imagen del adicto a las drogas y que, a su vez, van a constituirse en patrones de comportamiento que tienden a ser reproducidas por parte de los mismos consumidores, confirmando de esa manera el discurso vigente y recrudeciendo aún más las dinámicas de exclusión. (p.3)

De manera que, las dinámicas sociales en las que se encuentran inmersas las personas que abusan de las sustancias psicoactivas, están permeadas por la pérdida de oportunidades

laborales, académicas y de cualquier índole, dado que “este debilitamiento de los vínculos sociales se acompaña del no acceso a los recursos y ventajas que estos ámbitos prodigan” (González, 2007, p.2).

A mí me parece que uno pierde muchas oportunidades, claro, con el consumo uno es muy interesado por consumir siempre, además de que el consumo le provoca a uno problemas de memoria, de verse uno descuidado, lo hace a uno irresponsable, entonces eso se ve reflejado en las oportunidades que uno tiene, por ejemplo a mí, una oportunidad que tuve muy importante fue la de no poder terminar de estudiar, porque empecé a consumir bazuco cuando estaba en cuarto semestre, y eso ha sido muy duro para mí, eso es algo que me ha dado mucho que aprender también, pero ya sé que es necesario decidir con mucho carácter, las decisiones son una de las grandes oportunidades que uno tiene y no las puede perder porque cada decisión puede ser una oportunidad que uno tiene para hacer las cosas bien o para hacer las cosas mal. (Entrevistado #4)

Igualmente el “Entrevistado #6” relata su historia a nivel laboral, a continuación su experiencia:

Desde que me acuerdo de mi vivencia laboral, yo todo lo he desaprovechado, lo he perdido por el consumo. Yo tenía 18 años cuando manejaba un camión de bavaria, luego me fui a manejar una buseta en Manizales, luego del camión de bavaria, y me fui a vivir en un apartamento en Manizales, apenas tenía 19 años, y mi mamá cierto día fue y cuando yo llegué me tenía todo el apartamento todo amueblado. Era un apartaestudio, es muy pequeño, pero todo estaba muy bien acomodado. Yo duré como un año y algo allá, entonces yo tuve la recaída. Yo me fumé todo, yo desocupé el apartamento, totalmente quedé sin nada y esa oportunidad en el gremio de los trabajadores es hacer escuela, lo que representa que ya hay experiencia laboral. Pero ya empecé a tener malos antecedentes. Estaba descargando un viaje

de aguacate, y los muchachos se estaban fumando un pistolo, eso me pegó una proyectada horrible, sin embargo, llevé el viaje al minorista de Medellín y me devolví para Apartadó, metí el carro al parqueadero y me encerré en una olla. Lo primero que me fumé fue la hamaca de camionero cuando se me acabó la plata, como en 30 mil pesos empeñe toda la herramienta del carro, manguera de aire, gato, cruceta, yo estaba desvalijando el carro en medio de ese consumo. A mi papá lo llamaron, cogió el bus de Pereira y viajó al Urabá, efectivamente encontró el carro casi desvalijado y yo flaco en una olla metido. Mire todas las oportunidades, ese carro era para mí, yo estaba librando el carro, hoy en día no tendría ese camión tendría uno nuevo, estamos hablando de hace muchos años. Las oportunidades tienen fecha de vencimiento. Ahora, haber entrado Arauca fue como un nivel diferente, mi papá llevaba 21 años en Arauca y para mí ponerme la corbata era un objetivo que yo tenía, una meta alcanzada, era como otro nivel para mí, Arauca, una empresa reconocida, televisión con pantalla plana, aire acondicionado, baño ya no era una buseta o un camión. Y yo que duré en Arauca, un año y dos tres meses, yo no duré más. El problema fue por el consumo. Tomé una mala decisión después de casi 3 años juicioso. Si no hubiera tomado esa mala decisión estaría en la empresa. Pero vea, en vez de meterme a la empresa me tocó meterme para acá. Tantas oportunidades que desaprovechamos nosotros en medio del consumo, muchas o al menos en mi caso.

En consecuencia, se comienzan a restringir no solamente los espacios de socialización, sino además de oportunidades laborales, académicas entre otras, que termina haciéndolos retornar a las relaciones establecidas en medio del consumo.

Perdí la oportunidad que tuve de entrenar levantamiento de pesas con Oscar Figueroa, perdí la oportunidad de ser soldado profesional, perdí la oportunidad de estudiar, eché por la borda una beca. (Entrevistado #1)

Además, la participación en diferentes grupos o actividades culturales se vio afectada, dado que entre sus prioridades de vida, no se encontraba alguna aspiración diferente a la de consumir sustancias psicoactivas.

A mí el consumo me ha sacado de varios grupos importantes, yo trataba de tener clases de música en la iglesia donde yo asistía, de tener un liderazgo que pueda ayudar a las demás personas, a cualquier persona que llegue con la necesidad de buscar a Dios y de cambiar muchas de sus conductas, de sus pensamientos, esa es una oportunidad que he perdido. También la oportunidad que perdí de la universidad porque eché una beca a la nada, y también la oportunidad de sacar la libreta militar. He perdido muchas cosas por el consumo. (Entrevistado #4)

Por ende, “a mayor número de espacios o colectivos sociales de los cuales se excluye a un individuo o a un grupo, de manera persistente, tienden a incrementarse sus condiciones de vulnerabilidad” (González, 2007, p.2). Puesto que en los relatos expuestos, quedan de manifiesto historias que demuestran por parte de los entrevistados, un estilo de vida que los ha llevado a tener baja autoestima y poca o nula capacidad para proyectarse a un futuro, lo cual además de hacerlos sentir excluidos y estigmatizados, ha sido una población vista desde la inferioridad por la sociedad.

### **Aspectos emergentes sobre la Calidad de Vida**

Aunado a lo anterior, resulta conveniente agregar que en este proceso de evaluación subjetiva de las interacciones con la red social, emergió en los relatos de los residentes un enlace entre las situaciones vividas en su zona social y la participación innata de estas en lo que es la autopercepción de la Calidad de Vida, ya que, para ellos fue necesario enunciar las inhumanas circunstancias que se encontraban sobrellevando para recapacitar y reivindicar un estado de bienestar general del cual carecían debido a la drogodependencia. Al respecto, el “Entrevistado #9”:

Resulta que a mí me estaba pasando algo muy negativo, pero que se ve muy positivo en otros aspectos y es que me estaba adaptando a la calle, ya lo veía como algo normal, ya sabía dónde conseguir comida, sabía dónde conseguir la plata para el consumo, como conseguir el consumo, entonces eso prácticamente me despertó porque yo decía “no yo tan joven con 23 años y ya sintiéndome bien estando en la calle”, esto no es vida para mí.

En consecuencia, en la intención de lo expresado existe una claridad frente a cómo ellos definen que era su Calidad de Vida antes de ingresar a un tratamiento, pero a la vez, surge una ambigüedad que relaciona de manera positiva la resignación que tenían con la cotidianidad creada por la dependencia a la sustancia y su compulsión por estar bajo los efectos de la misma.

No era buena mi calidad de vida, pero si por lo menos satisfacía ya las necesidades básicas, ya tenía un techo fijo donde dormir pues en un andén, pero tenía un rinconcito donde no me mojaba, allá nadie iba y se acostaba o si iban y se acostaban ellos se paraban de allá, tenía mi propio lugar. Entrevistado #9 (Comunicación personal, 14 de agosto, 2021).

En este sentido, un aspecto emergente y clave que es oportuno aclarar en el análisis de la CV autopercebida es que las interacciones sociales que se establecen en la vida de consumo activo, influyen de manera negativa en la visión que construye la persona sobre su Calidad de Vida, porque, si bien “las relaciones con los amigos desempeñan un papel crítico para el desarrollo de habilidades sociales y de sentimientos de competencia personal, fundamentales en el funcionamiento apropiado del adulto” (Jiménez, et al., 2016, pp. 6-7). Estas personas en condición de adicción no cuentan con tal grado de introspección para lograr valorarse a sí mismos, afrontar los retos y las dificultades presentes en la cotidianidad y poder propiciar o reflejar a los otros un apoyo y orientación responsable constantemente.

No obstante, pese a las dificultades y problemas presentados en el relacionamiento social de los entrevistados, surge otro aspecto relevante en el análisis y este tiene que ver con que la mayoría de sus relatos, indican la gratificación que sienten por los aprendizajes adquiridos en la vida de consumo, al enseñarles a valorar más las oportunidades. Así lo planteó el “Entrevistado #2”:

Si se desperdician muchas oportunidades, demasiadas, las que quiera, pues antes del consumo uno no aprecia las oportunidades que tiene, en el consumo las pierde, pero lo que quiero decir es que, gracias al consumo, hoy en día pues se el valor que tienen las oportunidades, si yo de pronto no hubiera perdido por la sustancia, por el consumo esas oportunidades, no me hubiera dado cuenta nunca de cuan valiosas son, entonces como que tampoco, perdí mucho, pero gracias a esas experiencias a esas oportunidades perdidas, se lo valiosas que son las oportunidades, más que todo está que estoy teniendo hoy en día, que es la que los presentes tenemos acá, debemos aprovechar y darnos cuenta si perdimos tantas oportunidades, de que por lo menos apreciemos esta nueva oportunidad que se nos está dando.

Al igual, en el análisis de otras descripciones que realizaron los participantes del estudio sobresale su capacidad para reconocer que adquirieron habilidades sociales en medio de la vida de consumo, pues la droga representó una posibilidad para hacer vida social. Así lo planteó el “Entrevistado #10”:

Eh, yo por ejemplo, aunque suene raro e ilógico, yo no me arrepiento de haber conocido la droga en ese sentido social, porque yo cuando probé la marihuana por ejemplo, me volví más extrovertido y conversaba más con la gente y comencé a ser un poco más social de lo que era, porque antes como me molestaban me volví antisocial, pero conocí la marihuana y volví a integrarme, conocí muchos amigos del mismo consumo.

### **Consideraciones finales**

El interés de esta investigación, fue describir aspectos concernientes a la Calidad de Vida de personas diagnosticadas por uso y abuso de sustancias psicoactivas desde una perspectiva social, por tanto, fue importante resaltar que la CV resulta ser un término holístico que abarca dimensiones tanto objetivas como subjetivas sobre la forma en que cada persona construye su concepción de bienestar a nivel físico, social, familiar y material.

En consecuencia, el presente estudio está enfocado desde la parte subjetiva, orientado a describir cómo era la Calidad de Vida de las personas diagnosticadas por uso y abuso de sustancias psicoactivas antes de ingresar a un tratamiento de transformación de vida, en el que inicialmente se halló a nivel de la autopercepción de su salud física que el estilo de vida caótico al cual ellos se había habituado los privó de sentir la obligación de satisfacer algunas de las necesidades primarias, lo cual se reflejó evidentemente, en la pérdida de peso corporal, el deterioro del semblante personal en relación con la irregularidad en los horarios para dormir, ojeras somnolencia, falta de interés en la higiene personal y aspecto descuidado.

Además, se halló que lo anterior se encuentra aunado a otra serie de cambios físicos auto percibidos, los cuales resultan más comunes en la evaluación subjetiva que hace cada persona de su estado de salud en general y los cuales tienen que ver con lo señalado por Díaz (2015) en cuanto a ser una persona funcional, con capacidad física para ejecutar diversas tareas o trabajos tales como levantar objetos pesados, agacharse o arrodillarse, correr, subir varios pisos, inclinarse; pues, en la vida activa de consumo, su condición física no mostraba un estado de vitalidad para llevar a cabo las tareas diarias habituales sin fatigas excesivas.

En este sentido, emergió de esta investigación que el consumir sustancias psicoactivas influye notablemente en la capacidad de desempeño de la persona (León et al., 2013). Lo cual afecta la percepción que tienen los sujetos sobre su Calidad de Vida, pues el hecho de consumir sustancias psicoactivas sin control, causa que la persona tenga una pésima

funcionalidad en el desarrollo de sus diversos quehaceres, dado que, como lo menciona León et al. (2013) hay una serie de cambios en las rutinas, roles y hábitos de la persona con adicción, que afectan de manera negativa sus relaciones sociales y su desenvolvimiento delimitando así su actividad ocupacional e impactando su estado de salud.

Por tanto, si bien ellos no identifican cambios abruptos en su salud física en medio de la vida activa de consumo, son conscientes en este momento de su vida de las afectaciones causadas a su cuerpo, pues el desarrollo de otras patologías, dolores y secuelas como la pérdida de órganos, la poca funcionalidad de sus extremidades, son en cada día, su primer encuentro con los recuerdos de la tormentosa vida pasada, pero también, todo este tipo de secuelas físicas que reflejan las decisiones tomadas en un pasado que se tornó insufrible y despiadado, se convierten en una oportunidad para ser aún más conscientes de que preservar su salud es lo más importante cuando se emprende la decisión de cambiar y transformar el estilo de vida y por ende, su Calidad de Vida.

Ahora bien, se encontró que los residentes enuncian otro tipo de cambios asociados a la salud física y estos tienen que ver con lo planteado por Arias, et al. (2010) cuando hace referencia a que las personas en condición de adicción no relacionaban su Calidad de Vida, específicamente con la salud, sino que mencionan otros aspectos.

Es decir, los sujetos en la descripción subjetiva que hacen de su Calidad de Vida, involucran cambios a nivel físico asociados con el tema de la escasa o nula expresión de sentimientos, reflejado en el indiscutible desinterés por construir relaciones afectuosas con los demás. Y por tanto, al aspecto auto percibido de la salud física, también vinculan (sin profundizar en ello) temas asociados a la parte neuronal y cognitiva, debido a que experimentan momentos de ansiedad agobiantes los cuales se reflejan tanto en su apariencia como en sus comportamientos (Castaños y Sánchez, 2015).

Por otro lado, fue evidente en los relatos de los residentes, que los conflictos en el relacionamiento familiar se acentúan a causa de las situaciones y comportamientos que surgen por la presencia de un miembro que abusa de las sustancias, dado que como lo mencionaron Callejas y Sánchez (2020) la interacción dentro del sistema se transforma en la medida que se tiene conocimiento de la situación de adicción por la que está atravesando algún miembro del núcleo familiar.

Así pues, entres los conflictos más frecuentes al interior del relacionamiento se encontraron aquellos desencadenados por el deterioro físico, emocional, económico y laboral, el abuso de confianza y deshonestidad del paciente, la preocupación, incertidumbre y codependencia por parte de la familia y otros que tienen relación con lo que Almanza y Gómez (2020) encontraron en su investigación, tales como: las alteraciones de carácter, deterioro de la salud, sobrecarga y desconfianza familiar; situaciones que llevaron a esta población a alejarse de su sistema familiar o en otros casos a desligarse completamente del mismo.

En consecuencia, debido al importante significado que los pacientes le atribuyen a su sistema familiar, queda de manifiesto que la Calidad de Vida de estos mismos, vista desde una dimensión familiar, se ha afectado de manera negativa desde antes de ingresar a la clínica; pues los conflictos que emergieron durante la conducta adictiva, no solo estuvieron basados en las pautas de interacción, comunicación y sus dinámicas, sino además en lo que Marín et al. (2019) referencian como un “encuentro entre las subjetividades” atravesados por límites, normas, roles y vínculos afectivos que se van tergiversando por la misma condición de adicción de un miembro que va deteriorando la calidad de las relaciones familiares.

A propósito de las relaciones, se puede concluir que en el relacionamiento social de los pacientes, se encuentra una constante pérdida y establecimiento de nuevas relaciones,

pues la dependencia a la sustancia y sus rasgos comportamentales afectaron sus formas de interactuar en la sociedad.

Por tanto, la forma de interactuar con otras personas está mediada por una clara desinhibición del pensamiento y de la forma de comportarse de la persona cuando está bajo los efectos de la sustancia (Aragón et al., 2019). Y, por ende, la variación en sus comportamientos resulta tolerables para personas en su misma condición de adicción, pues estos se caracterizan por la alteración en el trato, la afinidad, la confianza y la comunicación entre pares.

En consecuencia, las personas policonsumidores de sustancias psicoactivas, no disfrutan de las actividades que son comunes para las demás personas tales como compartir una tarde en un centro comercial, salir a comer, pasear, y en su lugar prefieren entablar relaciones de cercanía con los pares consumidores de su misma sustancia, es decir que, resulta acertado afirmar que el consumo logra expandir y a la vez limitar la red social a un tipo de personas con características específicas; llegando hasta el punto de tener reacciones antisociales basadas en la prevalencia de la compulsión por el consumo de las sustancias.

Por otra parte, en el relacionamiento social de los pacientes fue prevalente lo que Rengel (2005) reconoce como “estigmatizaciones y prejuicios” dado que, desde los hallazgos se demuestra que esta población atraviesa una situación de exclusión que los aísla de cualquier contexto que no incluya el consumo de sustancias, dado que la persona en condición de adicción y la sociedad construyen un imaginario negativo que hace debilitar sus vínculos.

Como resultado, no es únicamente la sociedad quién rechaza a esta población, sino que además son ellos mismos quienes optan por apartarse de espacios de socialización que

traen consigo lo que Gonzales (2007) reconoce como una visión vulnerable de los sujetos que lo restringen de espacios y generan una pérdida de oportunidades.

## Referencias

Almanza, A. y Gómez, A. (2020). Narrativas sobre el proceso de recuperación ante la adicción: la perspectiva de familiares que asisten a servicios de atención. *Revista Scielo*, 16(2523) ,1-17. <https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2523/>

Arias, E., Gómez, L., Verdugo, M., y Navas, P. (2010). Evaluación de la calidad de vida en personas drogodependientes mediante el modelo de Rasch. *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (1), 206-219.

[https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/22444/v35n2\\_7.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/22444/v35n2_7.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Acuna, K. (2018). *La regulación emocional en el tratamiento de las adicciones*. InDependientes Revista especialista en adicciones.  
<http://revistaindependientes.com/la-regulacion-emocional-en-el-tratamiento-de-las-adicciones/>

Aragón-Castro, J., Betancur-Gómez, J. E., y Usuga-Chavarrí, A. M. (2019). *Pensamientos asociados a las dificultades en las relaciones interpersonales de seis adictos en recuperación entre los 18 y 30 años de edad que se encuentran en una comunidad terapéutica en Barbosa–Antioquia* [Tesis de pregrado, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Repositorio institucional Uniminuto.  
<https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/10835>

Barreto-Pico, A. (2017). El papel del trabajador social en las adicciones. Role of the social worker in addictions. Papel da assistente social em vícios. *Revista científica dominio de las ciencias* 3(4), 310-326.  
<https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/688/764>

Bustos, M. (2018). *“Codependencia e impacto en familiares de pacientes adictos en el instituto de neurociencias de Guayaquil”* [Tesis de especialización, Universidad de Guayaquil]. Repositorio institucional de la universidad de Guayaquil.  
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/39090>

Cabezas,E y Vélez,I. (2020) . *Relación entre las manifestaciones de violencia y la convivencia escolar de los estudiantes del grado 3° de primaria de la institución educativa Gabriel García Márquez sede Alfonso Bonilla Naar en el municipio de Santiago de Cali,2019*. [Tesis de pregrado, Clínica Psico Universitaria Católica Lumen Gentium]. Repositorio institucional.

[https://repository.unicatolica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12237/1890/RELACI%c3%93N\\_ENTRE\\_MANIFESTACIONES\\_VIOLENCIA\\_CONVIVEN](https://repository.unicatolica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12237/1890/RELACI%c3%93N_ENTRE_MANIFESTACIONES_VIOLENCIA_CONVIVEN)

Castañeda, E. (2018). Relación entre Calidad de Vida, tiempo de consumo y tiempo de permanencia de los niños, niñas y adolescentes adictos a sustancias psicoactivas en una comunidad terapéutica de Lima. *Revista Psicológica Herediana*, 11(2), 20-27.  
[https://www.researchgate.net/publication/337912603\\_Relacion\\_entre\\_calidad\\_de\\_vida\\_tiempo\\_de\\_consumo\\_y\\_tiempo\\_de\\_permanencia\\_de\\_los\\_ninos\\_ninas\\_y\\_adolescentes\\_adictos\\_a\\_sustancias\\_psicoactivas\\_en\\_una\\_comunidad\\_terapeutica\\_de\\_Lima](https://www.researchgate.net/publication/337912603_Relacion_entre_calidad_de_vida_tiempo_de_consumo_y_tiempo_de_permanencia_de_los_ninos_ninas_y_adolescentes_adictos_a_sustancias_psicoactivas_en_una_comunidad_terapeutica_de_Lima)

Castaños, C., y Sánchez, S. (2015). Niñas y adolescentes en riesgo de calle: Bienestar subjetivo y salud mental. *Revista CES Psicología*, 8(1), 120-133.

Castro, E. (2016). *Factores familiares y personales que inducen al consumo de sustancias psicotrópicas alterando el comportamiento y el rendimiento académico en adolescentes (examen complejo)*. [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Machala] Archivo digital. <http://186.3.32.121/handle/48000/8542>

Castilla Puerta, J. (2019). *Adicciones y vínculos afectivos. Un análisis biográfico de personas con drogodependencias* [Tesis de maestría, Universidad de Almería]. Archivo digital.  
[http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/8145/TFM\\_CASTILLA%20PUERTA,%20JUAN.pdf?sequence=1](http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/8145/TFM_CASTILLA%20PUERTA,%20JUAN.pdf?sequence=1)

Coñoder, J. (2018). La familia como relación social. *Universidad Católica de Valencia* 1 (1), 11-42.

[https://www.upaep.mx/templates/cefás/docs/01\\_familia\\_como\\_relacion\\_social.pdf](https://www.upaep.mx/templates/cefás/docs/01_familia_como_relacion_social.pdf)

Callejas, A y Sánchez, M. (2020). Conflictos y cambios familiares: significados asociados al consumo de sustancias psicoactivas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 18 (2), 244-265.

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/773/77365213011/77365213011.pdf>

Contreras, Y., Miranda, O., y Torres Lio-Coo, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(1), 71-85. <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/492/449>

Días, G. (2015). *Taller pedagógico me siento bien para mejorar la Calidad de Vida relacionada con la salud en adictos a sustancias psicoactivas que asisten a CADES - Hospital regional de docente de Trujillo*. [Tesis de maestría, Universidad privada Antenor Orrego]. Repositorio institucional UPAO.

<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/2287>

DANE. (2019). Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA). <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/encuesta-nacional-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-encspa>

Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios de familia. *Revista internacional de sistemas*, 14(4), 21-34.

[https://www.researchgate.net/profile/Francisco\\_Sala2/publication/266050972\\_El\\_Enfoque\\_Si](https://www.researchgate.net/profile/Francisco_Sala2/publication/266050972_El_Enfoque_Si)

[stemico\\_En\\_Los\\_Estudios\\_Sobre\\_La\\_Familia/links/583bfa4708aed5c6148cb762/El-Enfoque-Sistemico-En-Los-Estudios-Sobre-La-Familia.pdf](#)

Fernández-Vindas, C., Hoffmans-Cordero, E., Méndez-Montero, F., Méndez-Arias, L., y Jara-Rojas, Y. (2021). *La realidad acerca de la dependencia sobre el consumo del cannabis y las consecuencias de su uso en el cuerpo humano*. ResearchGate.

[https://www.researchgate.net/publication/353104896\\_La\\_realidad\\_acerca\\_de\\_la\\_dependencia\\_sobre\\_el\\_consumo\\_del](https://www.researchgate.net/publication/353104896_La_realidad_acerca_de_la_dependencia_sobre_el_consumo_del)

González, A. (2003). Los paradigmas de la investigación en ciencias sociales. *Islas*, 45(138), p. 125-135. [138-12-Alfredo \(11\) \(wordpress.com\)](#)

Gonzales, L. y Ruiz, H. (2020). *Calidad de Vida y estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia Tarapoto, 2019*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Unión]. Upeu.

<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/3393>

Gobernación del Valle del Cauca. (2016). *Plan Integral Departamental de Drogas del Valle del Cauca 2016-2019*.

[http://www.odc.gov.co/Portals/1/politica-regional/Docs/plan-departamental-drogas-valle-cauca\\_2016\\_2019.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/politica-regional/Docs/plan-departamental-drogas-valle-cauca_2016_2019.pdf)

García y Silva. (2019). *“Amar para Prevenir” Fortalecimiento de Vínculos Afectivos y Comunicación Asertiva como Eje Fundamental para la Prevención del Consumo de - SPA*

[Tesis de grado, Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD]. Repositorio institucional. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/36218>

Goikolea, J., y Vieta, E. (2016). *Protocolos de intervención trastorno bipolar y patología dual*. EdikaMed, S.L.

Guevara-Urbe, N. J., y Najera-Muñoz, L. V. (2018). *Deterioro de la inteligencia general asociado al consumo de sustancias psicoactivas [Informe final seminario, Universidad Cooperativa de Colombia]*. Archivo digital.  
[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/6731/1/2018\\_consumo\\_sustancias\\_psicoactivas.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/6731/1/2018_consumo_sustancias_psicoactivas.pdf)

Giménez-Meseguer, J., y Tortosa-Martínez, J. (2018). *Beneficios del ejercicio físico para la salud mental en pacientes drogodependientes* [Tesis de doctorado, Universidad de Alicante]. RUA repositorio institucional Universidad de Alicante.  
<http://hdl.handle.net/10045/95731>

Gonzales, A. (2007). La adicción a las drogas y la exclusión social, *Liberaddictus*, (97),14-18. <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0934-97.pdf>

Herrera, G. (2000). La relación social como categoría de las ciencias sociales. *Revista española de investigaciones*, 90 (0), 37-77.  
<https://www.redalyc.org/pdf/997/99717877002.pdf>

Ituarte, A., Fombuena, J., Herrera, J. (2019). *Guía breve de trabajo social clínico*. Colegio oficial de Trabajo Social Santa Cruz de Tenerife.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas; Institutos Nacionales de la Salud; Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. (2019, agosto). *Comorbilidad: trastornos por consumo de drogas y otras enfermedades mentales*.  
[drugfacts-comorbidity-sp.pdf](http://drugfacts-comorbidity-sp.pdf) ([drugabuse.gov](http://drugabuse.gov)) .

Jaramillo, I. y Quintero, G. (2019). El rol de la familia en el proceso de tratamiento de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas y situaciones asociadas. [Informe de práctica

Universidad Católica de Pereira] Archivo digital.

<https://repositorio.ucp.edu.co/handle/10785/5596>

Jiménez, L., y Pantoja, V. (2007). Autoestima y relaciones interpersonales en sujetos adictos a Internet. *Psicología-Segunda Época*, 26(1), 78-89.

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/repasi/v26n1/v26n1a06.pdf>

Jiménez, C. S., Rodríguez, V. M. H., Paredes, J. M. H., y Perales, M. S. (2016). Dificultades interpersonales y sustancias psicoactivas en adolescentes/Interpersonal difficulties and psychoactive substances in adolescents. *RICS Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 5(9), 51-67. <http://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/33>

López, A. (2013). *Los grupos focales*. Centro de investigaciones educativas. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjYyfTNkonvAhVG0FkKHYz7COIQFjAAegQIAhAD&url=http%3A%2F%2Fcea.uprrp.edu%2Fwp-content%2Fuploads%2F2013%2F05%2Fgrupo\\_focal.pdf&usg=AOvVaw0F\\_vGII74hgYSo17ISIOeR](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjYyfTNkonvAhVG0FkKHYz7COIQFjAAegQIAhAD&url=http%3A%2F%2Fcea.uprrp.edu%2Fwp-content%2Fuploads%2F2013%2F05%2Fgrupo_focal.pdf&usg=AOvVaw0F_vGII74hgYSo17ISIOeR)

León, D. Cantero, P, Zabala, C. (2013). Desempeño ocupacional y Calidad de Vida en personas con adicción a sustancias. *Tog*, 10(18), 1-21.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4507569.pdf>

Larrahondo, J. (2017). *La codependencia: un enemigo silencioso*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD]. Repositorio institucional, Universidad Nacional.

<https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/12391/14590904.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Maldonado, L. (2013). *Caracterización socioeconómica en el municipio de Zarzal (Valle) en los años 1986 al 2011*. [Tesis de pregrado, Universidad del Valle]. Repositorio institucional Univalle.

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiOyKTBg4nvAhUC2FkKHbBSA64QFjAAegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fbibliotecadigital.univalle.edu.co%2Fbitstream%2Fhandle%2F10893%2F10967%2F0497138%2520.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&usg=AOvVaw1JmULo5Bn4KEy2phy-da4>

Marín, M., Quintero, P., y Rivera, S. (2019). Influencia de las relaciones familiares en la primera infancia. *Poiésis*, (36), 164-183.

file:///C:/Users/usuario/Downloads/3196-12214-3-PB.pdf

Ministerio de Justicia. (2018). *Ruta futuro: política integral para enfrentar el problema de las drogas 2018*.

[http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/POLITICA\\_RUTA\\_FUTURO\\_ODC.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/POLITICA_RUTA_FUTURO_ODC.pdf)

Ministerio de salud y protección social. (2014). Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, 2014-2021.

<https://www.odc.gov.co/PUBLICACIONES/ArtMID/4214/ArticleID/5851/Plan-nacional-par-a-la-promoci243n-de-la-salud-la-prevenci243n-y-la-atenci243n-del-consumo-de-sustancias-psicoactivas-2014-2021>

Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. Informe final. [Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](#)

Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2015). *Modelo Nacional de Atención Integral para Trastornos por el Uso de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. [modelo-atencion-integral-sustancias-psicoactivas-2015.pdf](http://modelo-atencion-integral-sustancias-psicoactivas-2015.pdf) (minsalud.gov.co)

Moyano, A. (2014). *Relaciones sociales en las organizaciones* [Tesis de pregrado, Universidad del Rosario]. Repositorio institucional. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9487/Trabajo%20de%20grado%20Ana%20Maria%20Moyano%20Avila.pdf;sequence=1>

Moreno, E. (2019). *Calidad de Vida en condición de drogodependencia y enfermedad mental* [Tesis de pregrado, Universidad de Salamanca]. Repositorio institucional. [https://gedos.usal.es/bitstream/handle/10366/141408/TFG\\_CarMorE\\_calidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gedos.usal.es/bitstream/handle/10366/141408/TFG_CarMorE_calidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Montero, D. (2017). *Análisis diferencial de salud autopercebida, resiliencia, perspectiva temporal futura y actitudes de género en adolescentes. Un abordaje desde la psicología positiva con perspectiva de género* [tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. Archivo digital. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46676/>

Muñoz, N. Y Vargas, P. (2013). A propósito de las tendencias epistemológicas del Trabajo Social en el contexto latinoamericano. *Ensaio, 16(1)*, 122-130. [RKv16n1a12.pmd](http://www.scielo.br/RKv16n1a12.pmd) (scielo.br)

Monroy, S. (2017). *El bienestar y el consumo de sustancias psicoactivas: Una mirada desde las políticas públicas, los expertos y los consumidores* [Tesis de pregrado, Universidad de Externado de Colombia]. Archivo Digital. [https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/001/948/1/DEA-Spa-2017-El\\_bienestar\\_y\\_el\\_consumo\\_de\\_sustancias\\_psicoactivas\\_Trabajo\\_de\\_grado.pdf](https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/001/948/1/DEA-Spa-2017-El_bienestar_y_el_consumo_de_sustancias_psicoactivas_Trabajo_de_grado.pdf)

Moreno, C , Palomar ,D. (2017). Factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 51(2), 141-151.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2845454600>

Ley 1566 de 2012. (2012, 31 de julio). Congreso de Colombia. Diario Oficial N° 48508.  
[https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013\\_html/Normas/Ley\\_1566\\_2012.pdf](https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_1566_2012.pdf)

Ley 100 de 1993. (1993, 23 de diciembre). Congreso de Colombia. Diario Oficial N° 51.609.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

Ley 1616 de 2013. (2013, 21 de enero). Congreso de Colombia. Diario Oficial N° 48680.  
[https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013\\_html/Normas/Ley\\_1616\\_2013.pdf](https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_1616_2013.pdf)

Olivero, H. (2016). *Satisfacción con el bienestar percibido y los factores de influencia del consumo de sustancias psicoactivas* [Tesis de maestría, Universidad de La Laguna].  
 Archivo digital. [Satisfacción con el bienestar percibido y los factores de influencia del consumo de sustancias psicoactivas \(ull.es\)](#)

Pedroza, J., Cervantes, A., Aguilera, J. y Martínez, K. (2012). Interacciones sociales de adolescentes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Rev. mex. anál. conducta*, 38(2), 126-150.  
[www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-45342012000200009&script=sci\\_abstract&tlng=p](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-45342012000200009&script=sci_abstract&tlng=p)  
[t](#)

Paparella, C. V., Pavesi, A. B., Provenzal, O., Ombrella, A. M., Luciano, M. Á., Rodríguez, A., y Bouvet, B. R. (2017). *Infertilidad masculina: consumo de tabaco y su relación con fragmentación del ADN y apoptosis espermática temprana*. Red Hip UNR Aprendizaje e Investigación. <http://hdl.handle.net/2133/9403>

Pedrero, E., Olivar, Á., Chicharro, J. (2008). Cuestionario CAD-4: una medida biopsicosocial de la Calidad de Vida autopercibida en pacientes drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, 10(1), 17-31.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097308745434>

Psico Salud y transformación S.A.S (2020). *Modelo de atención*.

Quiroz, A., Velázquez, Á., García, B. y González, S. (2002). *Técnicas Interactivas para la Investigación Social Cualitativa*. Clínica Psico Universitaria Luis Amigo.

Quinde-Mite, L. I. (2017). *Síndrome de abstinencia en pacientes del Hospital Universitario de Guayaquil entre 2014 y 2015* [Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil]. Archivo digital.  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/32763/1/CD%201950-%20QUINDE%20MITE%20LEONELA%20IVONNE.pdf>

Rayón, A., Horillo, J. y Díaz, C. (2012). *Consumo de sustancias psicoactivas de tipo legal e ilegal, y Calidad de Vida en adolescentes* [Tesis de especialización, Universidad de la Sabana]. Archivo digital.  
<https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3946/Angelica%20Maria%20Rayo%20Bar%C3%B2n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rengel, D. (2005). La construcción social del “otro”. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida. *Gazeta de antropología*, 21(25), 1-14. [La construcción](#)

[social del 'otro'. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida \(gazeta-antropologia.es\)](#)

Rivera, A. (2014). Los conflictos familiares como factor de riesgo frente al consumo de drogas en los y las adolescentes del colegio fiscal provincial del Carchi de la ciudad de Guayaquil, 2013. [Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil] Repositorio Universitario. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/13221/2/TESIS%20DE%20GRADO%20Lisette%20Amada%20Rivera%20Ortiz.pdf>

Rodríguez, F., Fernández, A. y López, J. (2015). La Calidad de Vida desde la perspectiva de las adicciones. *Elsevier*, 31(1), 1-9. [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Castro40/publication/283493172\\_Quality\\_of\\_life\\_from\\_the\\_perspective\\_of\\_addiction/links/570b4a2c08ae2eb942201c28/Quality-of-life-from-the-perspective-of-addiction.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Castro40/publication/283493172_Quality_of_life_from_the_perspective_of_addiction/links/570b4a2c08ae2eb942201c28/Quality-of-life-from-the-perspective-of-addiction.pdf)

Ruiz, C. S., y Moral-Jiménez, M. (2018). Construcción y validación del inventario de relaciones interpersonales y dependencias sentimentales (IRIDS-100). *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(2), 35-47. [https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sirvent/publication/326803367\\_Construccion\\_y\\_validacion\\_del\\_Inventario\\_de\\_Relaciones\\_Interpersonales\\_y\\_Dependencias\\_Sentimentales\\_IRIDS-100\\_Construction\\_and\\_validation\\_Inventory\\_Sentimental\\_Relationships\\_and\\_Dependencies\\_IRIDS-100/links/5b6411f8458515298ce14883/Construccion-y-validacion-del-Inventario-de-Relaciones-Interpersonales-y-Dependencias-Sentimentales-IRIDS-100-Construction-and-validation-Inventory-Sentimental-Relationships-and-Dependencies-IRIDS-100.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sirvent/publication/326803367_Construccion_y_validacion_del_Inventario_de_Relaciones_Interpersonales_y_Dependencias_Sentimentales_IRIDS-100_Construction_and_validation_Inventory_Sentimental_Relationships_and_Dependencies_IRIDS-100/links/5b6411f8458515298ce14883/Construccion-y-validacion-del-Inventario-de-Relaciones-Interpersonales-y-Dependencias-Sentimentales-IRIDS-100-Construction-and-validation-Inventory-Sentimental-Relationships-and-Dependencies-IRIDS-100.pdf)

Scalo, J., Desai, P., y Rascati, K. (2015). Insomnia, hypnotic use, and health-related quality of life in a nationally representative sample. *Quality of life research: an international*

*journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 24(5), 1223–1233.

<https://doi.org/10.1007/s11136-014-0842-1>

Sáiz, P., Jiménez-Treviño, L., Menéndez, I., García-Portilla, M.P., y Bobes, J. (20116). *Protocolos de intervención patología dual y ansiedad*. EdikaMed, S.L.

Tirado, A., Álvarez, M., Velásquez, J., Lugo, L., Giraldo, L., Suarez, A. y Rivera, W. (2012). Calidad de Vida de pacientes con dependencia a heroína de un centro de atención de drogodependencias de Medellín (Colombia). *Invest Educ Enferm*, 30(1), 35-43.

<https://www.redalyc.org/pdf/1052/105224287011.pdf>

Uglande, N. y Balbastre, F. (2013). Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. *Revista de Ciencias Económicas*, 31(2), 179-188.

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/12730>

Urzua, A. y Caqueo, A. (2012). Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto. *Scielo*, 30(1), 61-71. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06>.

Rodríguez, F., Fernández, A. y López, J. (2015). La Calidad de Vida desde la perspectiva de las adicciones. *Elsevier*, 31(1), 1-9.

[https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Castro40/publication/283493172\\_Quality\\_of\\_life\\_from\\_the\\_perspective\\_of\\_addiction/links/570b4a2c08ae2eb942201c28/Quality-of-life-from-the-perspective-of-addiction.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Castro40/publication/283493172_Quality_of_life_from_the_perspective_of_addiction/links/570b4a2c08ae2eb942201c28/Quality-of-life-from-the-perspective-of-addiction.pdf)

Resolución 00000089 de 2019. (2019, 16 de enero). *Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Ministerio de salud y protección social de Colombia. [089 dopta Politica integral para Prevencion y Atencion del Consumo de Sustancias Psicoactivas \(minsalud.gov.co\)](https://www.minsalud.gov.co/089_dopta_Politica_integral_para_Prevenccion_y_Atencion_del_Consumo_de_Sustancias_Psicoactivas)

Del Moral, M., Fernández, P. L., Ladero, L., y Lizasoain, L. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Médica Panamericana*, 1-25.  
[https://web.vocespara.info/comparte/2017\\_vcs/Drogodependencias\\_y\\_adicciones/OK\\_Terminos\\_en\\_adiccion.pdf](https://web.vocespara.info/comparte/2017_vcs/Drogodependencias_y_adicciones/OK_Terminos_en_adiccion.pdf)

Zeledón, P. (2013). Niveles de Calidad de Vida y determinantes de las recaídas en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación de Managua, Agosto-Octubre, 2013 [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. Archivo digital.

<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/5578/1/225283.pdf>

Zambrano, G. (2019). *Las redes de apoyo y su importancia en la intervención del trabajador social en el ejercicio profesional. Tesis* [Tesis de pregrado, Universidad técnica de Machala]. Repositorio digital Utmach.

<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/14739>

## ANEXOS

### INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para dar respuesta a los objetivos del estudio, las técnicas a emplear serán la entrevista semiestructurada y el grupo focal.

**Objetivo general del estudio:** Describir la calidad de vida de los residentes antes de su ingreso a la Clínica Psico Salud y Transformación de Cartago Valle del Cauca.

#### ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA:

- **Objetivo específico 1:** Indagar los cambios autopercebidos en la salud física de los residentes antes de su ingreso a la Clínica Psico.

#### Primer momento:

1. Presentación del entrevistador y explicación sobre el propósito de la entrevista; aquí se mencionará la confidencialidad de la información y se aclarará que sus fines son netamente académicos/investigativos. Además, se explicará que la información suministrada en el respectivo análisis será anónima asignado el término entrevistado 1, 2, etc.
2. Se comentará que no existen respuestas buenas o malas, dado que se valora de manera primordial la subjetividad de cada entrevistado y su experiencia de vida.

3. Se solicitará autorización para grabar la entrevista y se explicará que el uso de la grabación será netamente para el análisis de la información suministrada.

**Segundo momento:**

Datos generales:

Nombre completo \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

De qué municipio proviene: \_\_\_\_\_

Cuántos meses lleva en la institución: \_\_\_\_\_

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted pensaba sobre su salud antes del ingreso a la clínica.

1-¿Cómo considera que se encontraba su salud física antes de ingresar a la clínica?

2-¿Considera que el abuso de sustancias psicoactivas trajo consigo cambios en su salud?

3-¿Cree que estar en la vida de consumo le limitó, impidió o dificultó físicamente desarrollar actividades o determinadas tareas? ¿De qué forma?

4- ¿El consumo de sustancias causó enfermedades y/o dolores que anteriormente no tenía? ¿Cuáles?

5. ¿Qué otras consecuencias cree que le pudo haber causado el consumo de sustancias?

**GRUPO FOCAL:**

- **Objetivo específico 2:** Identificar los conflictos más frecuentes al interior del relacionamiento familiar de los residentes de la Clínica Psico

**Primer momento:**

1. Presentación del entrevistador y explicación sobre el propósito del grupo focal; aquí se mencionará la confidencialidad de la información y se aclarará que sus fines son netamente académicos/investigativos. Además, se mencionará que la información suministrada en el respectivo análisis será anónima asignado el término entrevistado 1, 2, etc.
2. Se explicará que no existen respuestas buenas o malas, dado que se valora de manera primordial la subjetividad de cada entrevistado y su experiencia de vida.
3. Se solicitará autorización para grabar y se explicará que el uso de la grabación será netamente para el análisis de la información suministrada.

**Segundo momento:**

Datos generales:

Nombre completo \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

De qué municipio proviene: \_\_\_\_\_

Cuántos meses lleva en la institución: \_\_\_\_\_

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted ha vivido al interior del relacionamiento familiar antes del ingreso a la clínica.

1- Desde el inicio de su consumo ¿Cuáles han sido los conflictos familiares más frecuentes?

2- ¿De qué manera ha sido su reacción en los conflictos? ¿Cómo han intentado solucionar los conflictos familiares?

3-¿Cuáles han sido las causas de los conflictos familiares?

4-¿En el hogar han existido normas y límites claros?

5-¿Cómo se ha sentido usted cuando hay conflictos o disgustos en su familia a causa de los comportamientos adictivos?

6- ¿La comunicación entre la familia se vio afectada por sus comportamientos?

7- ¿siente que los conflictos que surgieron al interior de las relaciones familiares lo alejaron de personas queridas? o ¿siente que los conflictos los acercaron a otras personas no tan cercanas?

8- ¿Qué otros aspectos considera ustedes que vale la pena mencionar en relación con los conflictos familiares y el consumo de sustancias?

- **Objetivo específico 3:** Explorar las características del relacionamiento social de los residentes antes de su ingreso en la Clínica Psico.

**Primer momento:**

1. Presentación del entrevistador y explicación sobre el propósito de la entrevista; aquí se mencionará la confidencialidad de la información y se aclarará que sus fines

son netamente académicos/investigativos. Además, se mencionará que la información suministrada en el respectivo análisis será anónima asignado el término entrevistado 1, 2, etc.

2. Se explicará que no existen respuestas buenas o malas, dado que se valora de manera primordial la subjetividad de cada entrevistado y su experiencia de vida.

3. Se solicitará autorización para grabar la entrevista y se explicará que el uso de la grabación será netamente para el análisis de la información suministrada.

### **Segundo momento:**

Datos generales:

Nombre completo \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

De qué municipio proviene: \_\_\_\_\_

Cuántos meses lleva en la institución: \_\_\_\_\_

Las preguntas que siguen se refieren a las relaciones sociales que usted construyó antes del ingreso a la clínica.

1- ¿El abuso a sustancias psicoactivas afectó sus relaciones con (amigos, compañeros de trabajo, vecinos, personas allegadas) antes de ingresar a la clínica? ¿De qué manera?

2- ¿Cómo eran las relaciones que se establecían en la vida de consumo? y ¿cómo afectaban su relacionamiento con familiares y personas cercanas?

3- ¿El abuso de sustancias psicoactivas lo llevó a tener comportamientos de aislamiento social, ruptura de relaciones antes de entrar a la clínica?

4- ¿Considera que el consumo de sustancias lo llevó a perder relaciones sociales, o por el contrario, lo llevó a establecer relaciones nuevas? ¿De qué forma?

5- ¿La vida en consumo le hizo perder o encontrar oportunidades?

6- Antes de entrar a la clínica ¿el consumo los llevó a dejar de participar en grupos, asociaciones, clubes, organizaciones, perder el trabajo.