

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO**



**EXPERIENCIAS DE LA FAMILIA CON UN
INTEGRANTE DROGADICTO. CHICLAYO, PERÚ
2011**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR: Bach. Ricardo Andrés Palomino Arce

Chiclayo, 10 de marzo 2014

**EXPERIENCIAS DE LA FAMILIA CON UN
INTEGRANTEDROGADICTO. CHICLAYO, PERÚ
2011.**

POR:

Bach. Ricardo Andrés Palomino Arce.

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de: **LICENCIADO
EN ENFERMERÍA**

APROBADO POR:

Mgtr. ANGELICA VEGA RAMÍREZ

Presidente de Jurado

Lic. MARY HEREDIA MONDRAGÓN

Secretaria de Jurado

Mgtr. SOLEDAD GUERRERO QUIROZ

Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 2014

DEDICATORIA

A mi madre por el apoyo incondicional que me brinda día tras día en la lucha por alcanzar mis metas trazadas en la vida, gracias a su cariño y comprensión infinita.

Ricardo A.

AGRADECIMIENTOS

A mis amigos ya que me brindan el apoyo, la alegría y me dan la fortaleza necesaria para seguir adelante.

A mis profesores, quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, con ello salir adelante buscando siempre el mejor camino; gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

Un agradecimiento especial a la Profesora Soledad Guerrero Quiroz, por la colaboración, paciencia, apoyo y sobre todo por esa gran amistad; por escucharme y aconsejarme siempre.

Ricardo A.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	12
1.1 Antecedentes del problema	12
1.2 Base teórico - conceptual	14
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO	24
2.1 Tipo de investigación	24
2.2 Abordaje Metodológico	24
2.3 Actores Sociales	26
2.4 Escenario	28
2.5 Instrumentos de Recolección de datos	29
2.6 Procedimiento	32
2.7 Análisis de datos	33
2.8 Criterios Éticos	34
2.9 Criterios de Rigor Científico	36
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y ANÁLISIS	38
CONSIDERACIONES FINALES	54
RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
ANEXOS	59

RESUMEN

La presente investigación cualitativa profundizó en el análisis de las experiencias de las familias con un integrante drogadicto del Centro de Tratamiento para Drogadictos – CETDRO, “Aprendiendo a vivir”; cuyo objetivo fue describir, analizar y comprender las experiencias de la familia con un integrante drogadicto. Se asumió como metodología el estudio de casos como técnica de recolección de datos la observación y la entrevista abierta a profundidad, la cual se aplicó en las familias donde existe un integrante con problemas de drogadicción. El marco teórico para familia tiene respaldo en los postulados de Pérez (2008); en lo referido al consumo de drogas, citamos a Bustamante (2004); y por último el contexto sobre experiencias lo descrito por Wojtyla (1999). Se trabajó con análisis de contenido para el tratamiento de los datos obtenidos. Así mismo se tomó en cuenta los principios de la bioética personalista, propuestos por Sgreccia (2009); valor fundamental a la vida humana, libertad y responsabilidad, socialización y subsidiaridad; y los criterios de rigor científico de Pólit (1997); credibilidad, consistencia y transferibilidad. Como resultados se llegó a plasmar las siguientes categorías: Búsqueda de alternativas de solución y Repercusión en la familia. La conclusión final es que el entorno familiar de la persona adicta experimenta estados de preocupación, desesperación, sufrimiento y en algunos casos se desarrolla un pensamiento o una idea suicida.

PALABRAS CLAVE:

Experiencias, familia, drogadicto, enfermería.

ABSTRACT

This qualitative research depth analysis of the experiences of families with a junkie integral Treatment Center for Drug Addicts - CETDRO, "Learning to Live" whose goal was to describe, analyze and understand the experiences of the family with a drug addict member. The case study methodology as was assumed as data collection technique open observation and depth interview, which was applied in families where a member with drug problems. The theoretical framework for family has supported the propositions of Perez (2008) with regard to drug use, we quote Bustamante (2004), and finally the context of experiences described by Wojtyla (1999). We worked with content analysis for the treatment of the data. It also took into account the principles of the personalistic bioethics, given by Sgreccia (2009); fundamental value of human life, freedom and responsibility, socialization and subsidiarity; and the scientific criteria of Polit (1997); credibility, consistency and transferability. As results came to reflect the following categories: Search for alternative solutions and Impact on the family. The final conclusion is that the familiar surroundings of the addicted person experiences states of worry, despair, and suffering in some cases suicidal thought or idea is developed.

KEYWORDS:

Experiences, family, drug problem, nursing.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el consumo de drogas es un problema social que afecta a una gran parte de la población mundial; una enfermedad que día a día va incrementando. En términos globales se señala que en el 2005 unos 162 millones de personas consumieron cannabis (marihuana); 26.1 millones anfetaminas; 7.9 millones éxtasis, 10.6 millones heroína y 5.3 millones otras drogas derivadas del opio. Se calcula que a los 13 años los adolescentes comienzan a consumir sustancias lícitas (alcohol y tabaco) y a los 14 años, las ilícitas, como marihuana, cocaína y otros, según este informe, el consumo de alcohol y de drogas ha aumentado y las políticas de prevención siguen siendo escasas.¹

Según los últimos reportes se estima que en el 2007 entre 172 millones y 250 millones de personas consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez el año anterior. Así mismo se describe que el número total de personas que consumieron cocaína por lo menos una vez en 2007 se estima entre 16 y 21 millones a nivel mundial. Solo en los Estados Unidos, unos 5.7 millones de personas consumieron cocaína por lo menos una vez. El mayor mercado sigue siendo América del Norte, seguido de Europa occidental y central y América del Sur.²

Dentro del contexto nacional y según los datos obtenidos de acuerdo a la “III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General de Perú - 2006” con respecto al consumo de drogas ilegales, nos indica que el 4.6 % de la población general ha hecho uso de estas sustancias en algún momento de su vida. Asimismo, la información refiere que 4 de cada 10 consumidores de marihuana muestran signos de dependencia, y en el caso de las drogas cocaínicas, 1 de cada 2. Es sin embargo importante tener en cuenta que el 1.7%

de los escolares de nivel secundario de las principales ciudades del país declaran haber consumido cocaína, el 1.6% PBC y el 3.1% marihuana.

Por ámbitos regionales, se tiene que Tacna, San Martín, Moquegua, Callao, Ancash, Ayacucho, Loreto, Huánuco, Lima Metropolitana y Apurímac registran las más altas prevalencias de uso de este tipo de sustancias, ubicándose por encima del promedio nacional. Se trata en su totalidad de regiones que cuentan con una importante presencia del narcotráfico, ya sea porque tienen zonas de producción y/o de salida de la droga. Huancavelica, Pasco, Puno, Amazonas y Cajamarca, por su parte, registran las más bajas prevalencias de consumo de sustancias ilegales, por debajo de la mitad del promedio nacional, seguidas, de menos a más, de Junín, Lambayeque, Ucayali, Tumbes, Cusco, Madre de Dios, Piura, Lima Provincias, Ica, La Libertad y Arequipa.³ Descrito lo anterior, podemos notar que los índices de consumo son muy altos, esto debido a que la persona con problemas de drogadicción tiene un alto grado de sujeción hacia el consumo de estas sustancias altamente nocivas; siente un “hambre” o “sed” por ingerir dichas sustancias, debido al grado de toxicidad y al “poder” que les otorga, como le es, el sentirse un ser superior, capaz de realizar cualquier acto sin problema alguno; el creer vivir en un mundo libre, donde la persona que consume la sustancia nociva es el propietario de su propio mundo, un mundo muy distinto al de los demás; el sentirse líder dentro de un grupo social, etc.

Por otro lado, este problema no solo tiene impacto en la salud física de la persona, sino que también altera su estructura conductual, llevando consigo a que éste muestre comportamientos que en la mayoría de casos sean inapropiados: desarrollar un carácter impulsivo, agresivo y tenaz frente a cualquier punto que él cree obstáculo para su desarrollo. Este tipo de comportamiento a menudo se describe dentro de los grupos sociales, con mayor énfasis dentro de la familia. A diario podemos observar cómo las familias se desintegran por la presencia de un integrante con estos problemas de adicción;

se vive un conjunto de experiencias negativas en el interior de estas familias; como manifestar sentimientos de culpabilidad por un descuido hacia los hijos, al creer que no dedicaron el tiempo suficiente para la buena crianza de los mismos, al sentir que dedicaron más tiempo al trabajo y al aporte económico, descuidando el lado ético y moral; la agresión tanto física como psicológica, que ocurre entre los conyugues debido al reproche de alguno de ellos porque no se supo criar a los hijos; los sentimientos de frustración al no obtener los resultados esperados al tratar de solucionar el problema de adicción del hijo afectado, etc.

Así mismo, con respecto a la persona afectada con los problemas de adicción, encontramos sentimientos de tristeza y soledad, al verse discriminados por los amigos, así como también por la propia familia, pues surgen dentro del hogar problemas, como por ejemplo la pérdida de pertenencias y objetos de valor, etc. Estos entre otros son los problemas que afectan a la familia y a la persona drogadicta. De allí que la presente investigación buscó abordar la experiencia de la familia con un integrante drogadicto, formulando la siguiente interrogante de investigación: ¿Qué experiencias afronta la familia, con un integrante drogadicto. Lambayeque 2011?, cuyo objeto de investigación fueron las experiencias vividas por dichas familias; teniendo como objetivo describir, analizar y comprender sus experiencias.

Finalmente la presente investigación estuvo orientada a la problemática diaria de las personas que se van adentrando al mundo de las drogas. Este es un problema social multicausal, que tiene repercusión en la familia como tal y como núcleo en la sociedad. Solo en el 2009, se reportaron 8,399 consultas registradas en los niveles de atención I y en hospitales de referencia a nivel nacional.⁴

Por ende, la investigación presentada se considera importante porque permite conocer la realidad del consumo de drogas en nuestra localidad, tomando como referencia un centro de rehabilitación para personas drogadictas

del puerto de Pimentel, departamento de Lambayeque;enfocando las familias con integrantes inmersos en el mundo de las drogas.

Asimismo, la realidad revelada permitirá priorizar una mejora en el nivel preventivo en relación a la problemática existente, de allí que la presente investigación servirá como guía para que el futuro profesional de salud, considere en la problemática de drogadicción, no solo al drogadicto sino también a la familia. De igual manera para la sociedad, ya que ésta involucra a todos en el tema del consumo de drogas por el daño y deterioro de la misma, esto evidenciado por el aumento de la delincuencia y el pandillaje; identificando la influencia de las drogas en las conductas de las familias; y estas conductas reflejadas en sus experiencias.

Asimismo el investigador justificó la presente investigación,tomando en cuenta su valor teórico, puesto que existe escasa información sobre la temática tratada, “las experiencias de la familia con un integrante drogadicto”. Finalmente el tema abordado presenta una implicancia práctica, puesto que los resultados de esta investigación, representa un documento válido, queconstituirá una base científica para otros estudios que surjan partiendo de la problemática presentada y además servirá como medio de consulta.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. ANTECEDENTES.

Esta investigación tomó en cuenta investigaciones con situaciones similares. Así tenemos:

A nivel internacional se reportó la investigación de Martínez González⁵, publicada en Valladolid – España (2004). Titulado. Prevención familiar del consumo de drogas. Investigación cualitativa. Se describe que la prevención familiar del consumo de drogas se encuentra en estado embrionario en España. A pesar de su importancia su grado de desarrollo es muy deficitario, de hecho en la actualidad se carece de modelos evaluados de prevención familiar universal, selectiva e indicada que se ajusten a los distintos perfiles de riesgo que pueden presentar las familias en relación al consumo de drogas. Esta situación es muy distinta en EE.UU. donde la prevención familiar está recibiendo un importante impulso desde los poderes públicos. Material y métodos. Se ha realizado una revisión de la etiología familiar del consumo de drogas y de la literatura anglosajona para identificar los programas de prevención familiar evaluados con mayor aval empírico. Resultados: Se presentan las implicaciones prácticas que se desprenden de los programas analizados agrupadas en los siguientes apartados: i) mediadores e instructores, ii) reclutamiento y captación de las familias, iii) incentivos, iv) sesiones de formación y de entrenamiento para las familias, v) componentes y contenidos de los programas, vi) otros aspectos metodológicos de la intervención, vii) materiales y viii) resultados. Conclusiones. Los programas bien evaluados de prevención familiar del consumo de drogas demuestran que pueden mejorar importantes áreas del funcionamiento familiar y de la conducta de los padres y de los hijos.

Asimismo se encontró la investigación de Nuño, B.⁶ publicada en la ciudad de Jalisco – México, titulado. La representación social que orienta las decisiones paternas al afrontar el consumo de drogas de sus hijos. Tuvo

como objetivo: Identificar la representación social que orientó la toma de decisiones en padres de adolescentes usuarios de drogas para afrontar el consumo de sus hijos. Como material y métodos de investigación, se optó por una selección aleatoria sistemática; se realizó un estudio cualitativo mediante listados libres, cuestionarios de caracterización y entrevistas profundas a 60 padres de usuarios que acudían a tratamiento a Centros de Integración Juvenil en Guadalajara, Jalisco, México, durante 2002. El análisis fue mediante correlaciones y análisis interpretativo. Como resultados. Se pudo identificar tres etapas: 1) descubriendo la adicción, caracterizada por decepción de los padres; 2) permanencia: la más prolongada en tiempo, inversión de recursos y pérdidas, y 3) retirada: caracterizada por debut en servicios de salud. Como conclusiones. La representación que orientó las diferentes decisiones fue la oferta de un mundo mejor, la cual emergió del contexto social, cultural y familiar que gira alrededor del consumo, y fue mantenida por dos creencias: “aprendiendo de los errores” y “querer es poder”.

A nivel local se encontró la investigación de Taboada, M.⁷ Titulada Proceso de adaptación: Vivencias de las madres ante la rehabilitación del hijo adolescente adicto a drogas. Esta investigación cualitativa con abordaje estudio de caso, tuvo como objetivo: describir, analizar y comprender las vivencias de las madres de los adolescentes adictos a las drogas que se encuentran en tratamiento en un centro de rehabilitación – Pimentel. Se justifica en que la principal educadora de los hijos en la familia, es la madre, pues tiene un rol muy importante en la formación de los hijos en el hogar. Por ello es a quien habría que instruir y apoyar para que pueda ser una mediadora eficaz en la prevención del problema de drogas. La base teórico tuvo respaldo en Vidal y Kalina. Los sujetos de investigación fueron siete madres de adolescentes adictos a las drogas. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista abierta a profundidad y

el tratamiento de los datos fue a través del análisis del contenido temático según Vítors, L. Se arribó a las siguientes consideraciones finales: Las experiencias de las madres de los adolescentes adictos a las drogas en tratamiento, es un proceso complejo y duradero. Pues en las madres coexisten sentimientos como la culpa, pero a la vez emergen tristeza al saber que sus hijos no van a lograr una desintoxicación total de las drogas, por ello surge miedo ante la posible reincidencia de su hijo a las drogas. Asimismo la recuperación que están logrando sus hijos trae alegría, las cuales se han dado una oportunidad para volver empezar junto con su familia, pues las madres han logrado mejorar sus lazos afectivos.

1.2 BASE TEÓRICO – CONCEPTUAL

Como base teórico conceptual de la investigación, se hizo referencia a los conocimientos sobre familia, y la relación existente entre ésta y las drogas; así mismo se tomó en cuenta conceptos sobre experiencias, parte fundamental del objeto de estudio de la presente investigación.

La familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar.⁵ Este ciclo está conformado por etapas; la primera etapa será la formación de la pareja. Aquí ha de formarse un compromiso permanente en la pareja, el cual se fortalece a medida que pasa el tiempo. Se desarrollará un clima de confianza basado en una buena comunicación, estilos de vida, intereses en común; lo cual va a implicar cambios en el ámbito personal de los integrantes de la pareja, con el único fin de lograr adaptación mutua.

La siguiente empieza con la aparición del primer hijo, una etapa de gran importancia, pues aquí, se da inicio a la formación de la familia; la tarea fundamental en esta etapa, es generar el desarrollo adecuado de los hijos, se debe empatizar con las necesidades biológicas y psicológicas de los mismos. Los padres deben compartir responsabilidades, no dejando de lado sus respectivos roles dentro del grupo familiar.

La tercera etapa es la de la familia con hijos en edad preescolar. En esta etapa el niño desarrolla mayor dominio sobre su cuerpo y comienza a conocer y explorar su medio ambiente u entorno. Aquí la pareja de padres deberá aceptar la autonomía e individuación de los hijos que empiezan un nuevo nivel de relación y socialización, al mismo tiempo proteger al niño de las posibles amenazas que puedan surgir en esta etapa.

La cuarta etapa, la de la familia con hijos en edad escolar. El niño sale parcialmente del ámbito familiar, aparece la competencia con compañeros. Es una etapa de prueba para la familia, puesto que en la escuela y sus exigencias evalúan la eficiencia con la que los padres han criado y socializado con sus hijos. Surgen nuevas personas importantes para los hijos; los profesores, compañeros de clases y amigos. Al tener compañeros, el niño va a conocer otras familias con otros estilos de funcionamiento, lo que le permite hacer comparaciones con su propia familia.

La quinta etapa es una de las más conflictivas; es la familia con hijos adolescentes. Los hijos entran en la pubertad, sufren cambios importantes y desconocidos para ellos y entran en crisis. Para muchos la etapa más difícil dentro del ciclo vital de la familia. Los padres deben aceptar el crecimiento y desarrollo de los hijos y darles progresivamente las condiciones para que se desarrollen y puedan llegar a decidir personalmente su futuro laboral, sexual y familiar.

Surgen opciones o decisiones que los hijos adolescentes toman en cuenta, las cuales pueden o no coincidir con las expectativas de los padres, con ello el surgimiento de conflictos entre la familia. En esta etapa es muy común una actitud controladora por parte de los padres hacia los hijos, lo cual retarda la independencia de los mismos; no dejando de lado una comunicación abierta brindando las posibilidades emocionales y materiales para que los jóvenes comiencen una vida independiente exitosa.

Así mismo, es posible que los hijos muestren una postura desinteresada, debido al abuso excesivo de autoridad por parte de los padres, lo cual tiene consecuencias negativas para el desarrollo del adolescente. Es una etapa en la que cada generación está viviendo cambios importantes. La familia se desplaza de manera natural hacia un sistema más individualizado y diferenciado lo que trae consigo alta inestabilidad de las reglas familiares, aumenta la ansiedad y los conflictos. Todo ello implica en cierta medida procesos de separación y de duelo para toda la familia. Para el adolescente es un duelo el ir abandonando la seguridad de la dependencia infantil, así como el quiebre de la imagen parental idealizada. Para los padres es también un duelo el aceptar que el hijo vaya separándose, compartiendo menos tiempo con la familia, teniendo su propia identidad que a veces no concuerda con el ideal de los padres. Suelen ocurrir grandes cambios en el estilo de vida: retiro laboral, divorcio, nuevas nupcias, cambios de empleo, etc. Es un momento de frecuentes crisis matrimoniales.

Por otro lado, es en este contexto donde el adolescente negocia permanentemente con los padres la posibilidad de romper los lazos de dependencia infantil y llegar a ser persona. Para poder permitir a los hijos desarrollarse, es importante que los padres aprendan a negociar convenios acerca los tiempos, espacios, deberes, propios y colectivos, deseos,

costumbres, vestimenta, lenguaje, etc. Esta etapa acaba con el llamado síndrome del “Nido vacío” que podríamos considerar como la sexta etapa. Los hijos se emparejan, dejan la casa y la pareja se reencuentra. Con el cambio de roles y papeles de hoy en día, esto está cambiando de manera que podemos hablar del síndrome del “Nido repleto”, dado que los hijos salen cada vez más tarde de casa y la mujer dedica menos tiempo a su cuidado, profesionalizándose como el hombre.⁸

A lo expuesto podemos decir que toda familia tiene un proceso de formación, un ciclo de vida, que empieza desde la unión de los conyugues, hasta la separación de los hijos para formar sus propias familias, caso contrario hasta la muerte de uno de los conyugues. Este ciclo está directamente relacionado con el ciclo de vida del ser humano, desde la concepción, niñez, adolescencia, adultez, senectud, por último la muerte.

Así mismo, la principal función de la familia durante todo el ciclo familiar será en todo momento potenciar el crecimiento de sus integrantes, mediante la educación, motivación y ayuda ante cualquier dificultad presentada; características que no se evidenciaron en las familias bajo estudio, puesto que en la investigación realizada se encontraron familias disfuncionales, predominando las familias nucleadas, monoparentales y extensas las cuales tienen dentro de sus integrantes adolescentes y adultos jóvenes.

Por otro lado, para que los integrantes o miembros de una familia tengan desarrollo como unidad, se necesita de una buena comunicación, esto permite intercambiar información y delinear los límites entre cada individuo y cada identidad que conforman el todo del sistema familiar, a la vez resolver situaciones y problemas comunes. Con respecto al modo de funcionamiento familiar a través de las comunicaciones se pueden

encontrar respuestas apropiadas como inapropiadas. Una respuesta es apropiada cuando satisface la demanda implícita en el significado como en la intención del mensaje recibido; por otro lado una comunicación escasa o negativa será punto de partida para el surgimiento de serios problemas dentro de la familia. Si se tiene una mala interacción en el seno familiar, la sociedad se va a ver afectada directamente, puesto que de ésta depende.

En las familias que formaron parte de esta investigación se pudo evidenciar dificultad en el proceso de comunicación, debido al ambiente familiar percibido e interpretado por los integrantes de dichas familias y que influye en sus conductas, como en su desarrollo físico, afectivo, intelectual y social. Es por esta razón que se debe mejorar el proceso comunicativo dentro de las familias que afrontan problemas sociales, tal como lo es el caso de la adicción a las drogas. Aquí la transferencia de mensajes no solo debe estar orientada o dirigida de padres hacia los hijos, por el contrario debe ser un proceso activo dinámico; en el cual el emisor (padres) transmita el mensaje a un receptor (hijos) y viceversa. Gracias a esta peculiaridad en la comunicación se lograra conocer el problema y ver posibles soluciones con mayor amplitud.

Asimismo, las familias se van a ver influenciadas por diversos factores, tanto económicos, políticos, culturales, sociales, etc. Tomando en cuenta el factor social podemos describir que en nuestra sociedad actual existe un sin número de problemas, como lo son el pandillaje, la delincuencia, la prostitución, la drogadicción, entre otros; los cuales van a tomar el nombre de problemas sociales. Estos problemas, afectan a la familia, dando hincapié a que éstas perciban experiencias, que en algunas ocasiones generen un lado positivo dentro de la misma familia, como son las lecciones de vida, las cuales ayudan a fortalecer los lazos de unión dentro de la misma, pero en la mayoría de los casos, estos originan

situaciones negativas que pueden ser catastróficas, como lo es en el caso de las familias en problemas de adicción. Aquí la persona drogadicta vive en un “mundo erróneo, confuso”, experimentan sentimientos de tristeza, soledad, angustia, entre otros. Estos sentimientos serán percibidos dentro del grupo familiar como una unidad, alterando a toda su estructura, en otras palabras involucrando a todos sus integrantes; esto se evidenció en las entrevistas realizadas, al obtener información por parte de los actores sociales, los cuales manifestaron descuido y abandono dentro de la familia; sentimientos de soledad, culpabilidad y sufrimiento al vivir en un entorno de reproches, discusiones y reclamos.

Por otro lado, este problema de adicción, suele iniciarse en la adolescencia y está vinculado con el proceso propio de crecimiento: la exploración de experiencias nuevas, la autoafirmación al contacto con personas fuera del ámbito familiar.⁹ Así mismo, puede desencadenar agresiones tanto físicas como emocionales, llegando muchas veces a influir en sus conductas, produciéndose en ellos rebeldía y comportamientos agresivos. Entonces hablamos de una alteración psicológica, con la cual no se llega a esclarecer el significado de auto concepto y una autoestima normal; la persona no puede tomar las decisiones más apropiadas, no puede enfrentar los problemas, no puede dar ni recibir afecto; en fin, tiene una serie de vacío en su personalidad que fácilmente lo conllevan al consumo de drogas, el cual entonces funciona como una muleta que ayuda a atravesar la vida. Sin embargo, esta personalidad del individuo se forma en un ambiente externo, que comienza en el núcleo familiar o la falta de él, pasa por la escuela y es determinada y condicionada por una sociedad que construye de generación en generación formas de pensar, formas de sentir y formas de actuar.¹⁰

Asimismo, la adicción como síntoma cumpliría una función en la familia. Cuando el adicto deja de consumir drogas, puede, en cierto modo, enfrentarse al abandono de la familia y, en este momento, desencadenarse una crisis familiar. Los padres se pelean o separan, o algunos de ellos hace algún síntoma, o algún hermano se convierte en problema. Ante esto el adicto retoma su conducta de fracaso y el otro problema desaparece. Aquí, no solo el adicto teme separarse de la familia, sino que ésta siente el mismo temor respecto de él, transformándose en un proceso interdependiente donde el fracaso se convierte en una función protectora de la cercanía familiar.⁹

Entonces se afirma sin duda alguna que la familia tiene un papel importante indiscutible en la prevención del consumo de drogas, por ser la única institución en la que el individuo participa durante toda su vida, ya que tiene la capacidad de construirse en transmisora de valores, costumbres, hábitos, modelos de comportamiento, así como elemento de apoyo, resolución de conflictos y sustento del estado de bienestar.¹¹

Por otro lado, en las familias con adolescentes o adultos que consumen drogas se puede ver el triángulo marido - esposa - hijos sintomáticos. Existe un progenitor sobre involucrado, aliado al hijo sintomático y otro progenitor menos cercano que lucha contra la alianza de su cónyuge con su hijo. Los problemas parentales de cómo guiar, educar, o comportarse con el hijo sintomático se convierten en signos explícitos de conflictos no resueltos.

Con frecuencia se observa que en las familias con más de un hijo aparece junto a este triángulo un hijo parental, que por lo general es mayor y que está aliado al otro progenitor. Este hijo parental por lo general se involucra en las decisiones concernientes a su hermano adicto. En

estatriangulación el adicto está en el medio de los padres (lo cual es una ubicación estructural disfuncional) formando un sistema que por momentos se puede ver amenazada por una discordia entre los padres. Por ejemplo, si esto ocurre, el consumidor activa y crea una situación que concentra la atención sobre él (sobredosis, crisis, detención, agitación, etc.) esto permite a los padres pasar de la crisis conyugal al apego parental y se estabiliza nuevamente el sistema que estaba amenazado. Por lo tanto, el adicto está atrapado en un dilema; por un lado se siente presionado a permanecer estrechamente ligado a la familia, por otro lado fuerzas biológicas y socioculturales lo llevan a establecer relaciones extra familiares más estrechas como parte del proceso de diferenciación. La adicción es entonces una solución paradójica para el dilema del adicto y su familia. Así las relaciones que establece el adicto con la cultura de la droga refuerzan su dependencia de la familia. Paradójicamente cuanto mayor sea el vínculo con el grupo de adictos, mayor es su indefinición, su adicción y en consecuencia su dependencia.⁹

A lo expuesto, podemos describir que las familias con miembros con problemas de drogadicción, tienen una serie de características bien definidas, las cuales se atribuyen a 3 puntos importantes; estos son: Existen pruebas de una mayor dependencia química en especial alcohol (se observa un alto índice de alcoholismo en padres de adictos) y mayor tendencia a desarrollar modelos adictivos familiares; así mismo frente a una crisis familiar, el consumidor tiende a crear redes externas donde refugiarse; amigos, tíos, abuelos, etc. por último, las personas bajo problemas de drogadicción, tienden a reaccionar, dramatizando la situación, utilizando la adicción, negando o minimizando la situación.

Por otro lado un punto importante a recalcar es el modelo adictivo familiar, el cual está constituido por los patrones de conducta familiar que

actúan como modelos de referencia para los miembros de la misma. Este modelo se caracteriza por presentar una gran dependencia y apego entre sus miembros; temores a la separación; codependencia; necesidad de calmar tensiones a través de alimentos, alcohol, psicofármacos, trabajo excesivo, conductas adictivas con el juego o la televisión. Así mismo, existen diversas condiciones económicas, sociales, culturales e individuales, las cuales se constituyen como factores de riesgo de tipo familiar para el consumo de sustancias psicoactivas, entre estas tenemos: Padres autoritarios; violencia familiar; conflictos familiares; ausencia de figuras de autoridad; figura materna sobre involucrada; predominio de formas de comunicación conflictiva; dificultad para marcar límites; confusión de valores; y confusión de roles.⁹

Adentrando al tema de experiencias, describimos que experiencia es todo aquello que se ha vivido o que le ha ocurrido a alguien. Es la percepción interna que una persona tiene de los acontecimientos en que se ha participado, consiste en relaciones sentidas las deducciones que saca y que pueden ser identificadas.¹²

La experiencia del hombre ante alguna realidad interna a sí mismo está siempre asociada a la experiencia del propio yo, de forma que nunca experimenta nada exterior sin al mismo tiempo tener la experiencia de sí mismo. Cuando se refiere a la experiencia del hombre se refiere a la manera de enfrentarse con uno mismo, es decir entre las relaciones cognoscitivas con su propio yo, el objeto de la experiencia es el hombre, que se manifiesta en todos los momentos y que al mismo tiempo está presente en cada uno de ellos.¹³

Así pues el término experiencia es una forma de conocimiento o habilidad derivados de la observación, vivencias de un evento o

proveniente de los casos que suceden en la vida. Además significa también conocer a las personas, sus reacciones y costumbres sociales, constituyéndose una capacidad para hacer análisis con más profundidad de los acontecimientos, relacionados con vivencias pasadas y adecuadas al presente para emitir juicios más precisos.¹⁴

De igual manera, las experiencias son producto de las emociones y experiencias pasadas, las cuales pueden traer consecuencias para el futuro, se llega a identificar y clasificar las emociones en 8 categorías que motivan varias clases de conducta: adoptiva, temor, sorpresa, tristeza, disgusto, ira, esperanza, alegría y aceptación, cada una de ellas nos ayudan a adaptarnos a las demandas de nuestro ambiente. Tal es así que estas 8 categorías son solo emociones básicas que el ser humano posee, como estas se encuentran en un círculo adyacente, cuando algunas emociones se combinan producen un espectro más amplio y rico de experiencias.¹⁵

Expuesto lo anterior, deducimos que experiencias son todos los acontecimientos vividos por una persona, en un determinado tiempo enmarcado en un determinado contexto; estas pueden ser agradables o desagradables de acuerdo a la persona que lo percibe; estas experiencias son el reflejo de emociones y experiencias ya vividas anteriormente.

Para el caso presentado sobre experiencias de la familia con un integrante drogadicto, se va a describir las experiencias durante la enfermedad del miembro afectado, una realidad que le toco vivir a dichas familias, asociadas a la experiencia que vive actualmente y los recuerdos de lo vivido en anteriores experiencias. En tal sentido, en la investigación se pretendió descubrir las experiencias de las familias frente al consumo de drogas por uno de sus miembros, pues muchas de las emociones que se ha vivido, en el transcurso de su crecimiento y desarrollo pueden ser

experiencias agradables o desagradables, las cuales ellos lo han procesado, y estos serán interpretados conforme estas emociones han sido percibidas por los actores sociales de dicho estudio.

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE INVESTIGACION

La investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural, intentando interpretar los fenómenos de acuerdo a los significados que tienen para las personas implicadas en el estudio¹⁶; como lo es en el caso de la investigación presentada, la cual tiene un enfoque descriptivo cualitativo, puesto que su finalidad fue explorar, describir, analizar las experiencias de los actores sociales y del escenario; en este caso familias que presentan un integrante con problemas de drogadicción.

2.2. ABORDAJE METODOLÓGICO

El diseño que se ajustó a la investigación, fue el estudio de caso, el cual se define como el estudio de un caso ya sea simple y específico o complejo y abstracto. El caso es siempre bien delimitado, debiendo tener sus contornos claramente definidos en el desarrollo del estudio. El caso puede ser similar a otros, pero es al mismo tiempo distinto, pues tiene un interés propio y singular. Se destaca por constituirse en una unidad dentro de un sistema más amplio. El interés por lo tanto incide en aquello que él tiene de único, de particular, aunque posteriormente vengan a quedar evidentes ciertas semejanzas con otros casos o situaciones. Cuando queremos estudiar algo singular, que tenga un valor en sí mismo, debemos escoger el estudio de caso. Este diseño o método de investigación permitió conocer en forma global el objeto de estudio de la investigación realizada; las experiencias de las familias con un integrante drogadicto, generando un panorama completo de dichas experiencias.

Por otro lado, se caracteriza el desarrollo del estudio de caso en tres fases, siendo una primera abierta o exploratoria, la segunda más sistemática en términos de recolección de datos donde se delimita el estudio y la tercera consistiendo en el análisis e interpretación de datos y la elaboración del informe.¹⁷

La fase exploratoria, el estudio de caso comienza con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. Pueden existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestren más o menos relevantes en la situación estudiada. Estas preguntas o puntos críticos iniciales pueden tener origen en el examen de la literatura pertinente, pueden ser producto de observaciones y declaraciones hechas por especialistas sobre el problema, pueden surgir de un contacto inicial con la documentación existente y con las personas ligadas al fenómeno estudiado o pueden ser derivadas de especulaciones basadas en la experiencia personal del investigador (o grupos de investigadores). En esta fase el investigador se planteó las siguientes interrogantes: ¿Qué experiencias afronta la familia, con un integrante con problemas de drogadicción?, después de observar la problemática existente en el país y su repercusión en la familia; por tal motivo se llegó a plantear una serie de preguntas descritas en la entrevista, que ayudaron a comprender el objeto de estudio.

Delimitación del estudio, una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, el investigador puede proceder a recolectar las informaciones de forma sistemática, utilizando instrumentos más o menos estructurados, técnicas más o menos variadas, su elección determinada por las características propias del objeto de estudio. La selección de aspectos más relevantes y la determinación del recorte de

estos, son pues crucial para lograr los propósitos del estudio de caso y para llegar a una comprensión más completa de la situación estudiada. Para esta fase se utilizó la entrevista abierta a profundidad, con las siguientes preguntas: ¿Cuénteme usted algunas de las experiencias que le toco afrontar frente a la problemática de su familiar adicto a las drogas?, ¿Podría decirme cómo se ha sentido frente a estas experiencias? ¿Podría usted contarme como es un día de convivencia con su familiar adicto?

El análisis sistemático y la elaboración del informe, ya en la fase exploratoria del estudio surge la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifieste sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado. Esos “borradores” de relato pueden ser presentados a los interesados por escrito o constituirse en presentaciones visuales y auditivas, etc. Para esta fase, se transcribió a papel lo referido en la entrevista almacenado en el dispositivo móvil, con ello generar un análisis profundo de las respuestas brindadas por los actores sociales.

Evidentemente, esas fases no se completan en una secuencia lineal, más se interponen en varios momentos, surgiendo a penas un movimiento constante en la confrontación teórica- empírica.¹⁷

2.3 ACTORES SOCIALES

Los sujetos que participaron en la investigación fueron los integrantes de las familias con un miembro drogadicto; madre, hermana, esposa, etc. enfatizando en la madre, puesto que ésta tiene un contacto más cercano con los hijos. Asimismo, se consideró en la investigación, familias afectadas con el problema de drogadicción en alguno de sus integrantes, el cual se encontró en etapa de remisión; etapa en la cual la persona drogadicta disminuye los síntomas de la enfermedad y la dependencia a la droga es

menor. La muestra se determinó por saturación. Aquí el investigador realizará las entrevistas hasta que los resultados de la misma tengan similitud en sus respuestas. Así mismo como criterios de inclusión se tomó en cuenta solo a familias con adicciones a las drogas, no incluyendo otras adicciones como es el caso del alcohol y tabaco.

A las familias designadas en la investigación, se les describió con una letra del abecedario, teniendo así a las familias A, B, C, D,... X. En ellas, a las madres de la personas drogadictas se les clasificó con las mismas letras del abecedario acompañado del número 1. Entonces se describieron a todas las madres de la siguiente manera: A1, B1, C1, D1,... X1. Así mismo al hermano(a) de la persona drogadicta se le calificó con las mismas letras del abecedario acompañado del número 2. Entonces se describieron a todos los hermanos(as) de la siguiente manera: A2, B2, C2, D2,... X2. Sucesivamente se agregaron más letras del abecedario, según se el grado de parentesco con la familia (Esposa, abuelos, etc.). Los actores sociales que participaron en la investigación se describen a continuación: Familias A, B, C, D, E, F, G. Miembro familiar: (1) Madre, (2) Hermano(a), (3) Esposa, (4) Tíos(as), (5) Abuelos(as).

Total de familias entrevistadas: 7. Total de personas entrevistadas: 7

1. Descripción de personas entrevistadas y su grado de parentesco con el adicto

Familia	Miembro Familiar	Parentesco con el miembro drogadicto
A	3	Esposa
B	1	Madre
C	5	Abuela
D	4	Tía
E	2	Hermana
F	1	Madre
G	1	Madre

2.4. ESCENARIO

El trabajo de investigación tomó en cuenta dos escenarios; como primer escenario, el Centro de Tratamiento para Drogadictos – CETDRO, “Aprendiendo a vivir”, ubicado en el pasaje Pedro Ruiz N°118 – Pimentel. Y un segundo escenario conformado por los hogares de las familias bajo estudio.

El centro de tratamiento para drogadicto “Aprendiendo a vivir”, es una comunidad terapéutica que brinda tratamiento a todas aquellas personas que tienen problemas con las drogas o el alcohol. Cuenta con un equipo de psicólogos y terapeutas especializados en el tratamiento de rehabilitación del tóxico dependiente y de personas con problemas de conducta. Atiende con servicios de consejería, orientación y tratamiento en las diferentes adicciones (PBC, Marihuana, Cocaína, Alcohol, Ludopatías); problemas de conducta de niños, jóvenes y adultos, garantizando una solución, buscando la raíz del problema, aplicando métodos modernos, en conjunto con la familia del adicto. Así mismo, cuenta con más de 50 camas para albergar a 50 internos, los cuales gozan de una buena alimentación; además de los servicios de primera necesidad; agua, luz, desagüe.

Para la investigación realizada, este primer escenario sirvió como nexo para conocer familias con un integrante drogadicto, lo cual facilitó la captación de las mismas. Para ello, se visitó los ambientes de dicha institución con el único fin de dar a conocer el trabajo a realizarse y obtener la autorización por parte de los encargados. Posterior a ello, se realizó una nueva visita, donde se pudo dar a conocer la temática a los familiares de las personas adictas, obteniendo aceptación por algunos de los oyentes. Se dio lectura del consentimiento informado y se logró la firma de los mismos.

El segundo escenario, estuvo conformado por los hogares de las familias con un integrante drogadicto bajo muestra, situados en el departamento de Lambayeque, los cuales se lograron captar en el primer escenario. Dichos hogares en la mayoría de los casos se encuentran en zonas urbano – marginales, así mismo, cuentan con los servicios básicos: agua, luz, desagüe. Se evidencia construcciones de material noble (cemento y ladrillo) y construcciones de material rústico (adobe y quincha, ésta última de la unión de la caña con el barro). Así mismo, al analizar las entrevistas y los datos obtenidos de las mismas, se puede apreciar en las familias bajo estudio, familias disfuncionales donde predominan los conflictos, discusiones, reproches, reclamos, comportamientos basados en malas conductas y maltrato físico – psicológico entre sus integrantes. De igual forma se evidenció otros problemas sociales en el entorno de estas familias, como lo son el pandillaje y la delincuencia.

2.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como punto de partida se tomó en cuenta la observación como técnica de recolección de datos, la cual consiste en el uso sistemático de nuestros sentidos orientados a la captación de la realidad que queremos estudiar. A través de la observación se logra captar la realidad que nos rodea, mediante innumerables observaciones sistemáticamente repetidas, la cual posteriormente se organiza intelectualmente y genera una apreciación del entorno observado.

La observación se puede clasificar en observación simple; la cual consiste en que el investigador u agente observador pase lo más desapercibido posible, actuando de tal manera como una parte de fondo en la situación presentada, logrando obtener observaciones confiables y de buena calidad. Así mismo, la observación participante; en donde el investigador u observador en vez de pasar desapercibido, trata de

integrarse a la acción de los observados u actores sociales, de participar en la situación presentada como si se tratara de un miembro más del grupo, situación que se vivió a la hora de realizar las entrevistas a los actores sociales en sus respectivos hogares; mediante la observación se pudo obtener datos importantes para la investigación, como lo es el apreciar un clima de tristeza, de soledad y desunión entre los integrantes de la familia.

Así mismo, el instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue la entrevista (Ver anexo N°2), la misma que es definida como una forma específica de interacción social. Aquí el investigador se sitúa frente al investigado y le formula preguntas, a partir de cuyas respuestas habrán de surgir los datos de interés.¹⁸ Se establece así un diálogo, pero un diálogo peculiar, asimétrico, donde una de las partes busca recoger informaciones y la otra se presenta como la fuente de estas informaciones. Su ventaja reside en que son los mismos actores sociales son quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes, expectativas, experiencias, etc., como lo es en el caso de la investigación realizada, donde se pudo conocer algunas de las experiencias de los entrevistados frente a la problemática de adicción a las drogas dentro de su familia, gracias a la formulación de las preguntas de debate, respetando en todo momento su integridad como persona, previo a la coordinación del horario para la realización de la entrevista.

Por otro lado, para que una entrevista obtenga éxito es preciso prestar atención a una serie de factores; es importante que toda la apariencia exterior del entrevistador (entorno), resulte adecuada al medio social donde habrá de formular sus preguntas, evitando innecesarias reacciones de temor, agresividad y desconfianza; factor que se tuvo en cuenta en la presente investigación, donde el entorno fijado por la persona entrevistada fue su hogar, el cual le permitió tener mayor confianza a la hora de

responder las preguntas planteadas en la entrevista; se generó un clima de confianza entre el investigador y el investigado, no obstante el recuerdo de experiencias negativas trajo consigo reacciones de tristeza, llegando en algunos de los casos al llanto por parte de los actores sociales.

Un factor predisponente al desarrollo de una buena entrevista, es que el entrevistador, deberá ser una persona de por lo menos una cultura media, que comprenda el valor y la importancia de cada dato recogido, y la función que su trabajo desempeña en el conjunto de la investigación. Tendrá que ser mentalmente ágil, no tener prejuicios marcados frente a ninguna categoría de personas y, sobre todo, ser capaz de dejar hablar libremente a los demás, dejando de lado todo intento de convencerlos, apresurarlos, o agredirlos por sus opiniones. La entrevista deberá realizarse a las horas más apropiadas según las características de la muestra, teniendo en cuenta que su posible duración no afecte la confiabilidad de sus datos. El horario para la ejecución de las entrevistas fue planteado por los entrevistados, en su mayoría de los casos optaron por un turno comprendido entre las 3:00 pm a 6:00 pm, puesto que en las mañanas se dedican más a los quehaceres del hogar y en algunos de los casos a trabajar.

Por otro lado, la entrevista abierta a profundidad; constituye un proceso de interacción específica y parcialmente controlada; en donde el esquema de preguntas y secuencia de las mismas no está prefijado. Las preguntas suelen ser de carácter abierto y el entrevistado tiene que construir la respuesta, son preguntas flexibles y permiten mayor adaptación a las necesidades de la investigación y a las características de los sujetos. El propósito de las entrevistas es obtener datos mediante una información válida y confiable para su posterior procesamiento y análisis. Para la realización de las entrevistas se tomó en cuenta como material fundamental un dispositivo móvil, el cual sirvió para las

grabaciones de las mismas; así mismo se utilizó material de escritorio como papel, lápiz, lapicero, borrador, entre otros.

Así mismo, algunos de los problemas u inconvenientes que afronto el investigador a la hora de realizar las entrevistas, fue la zona de ubicación de la vivienda, una zona insegura, debido a la presencia de pandillaje, delincuencia, entre otros. Otra dificultad que se pudo evidenciar es la ubicación retirada de algunas viviendas, siendo esto dificultad para el transporte del investigador. Para la validación de la entrevista, se tomó en cuenta a dos personas que presentaron características requeridas en la investigación.

2.6. PROCEDIMIENTO

Para la ejecución del trabajo de investigación se prosiguió de la siguiente manera:

Como punto de partida, la realización del proyecto, según la problemática observada, acto seguido fue la aprobación por el jurado y resolución por las autoridades correspondientes. Asimismo, se comenzó la ejecución del proyecto según el calendario de fechas correspondiente. Aquí se realizó una visita a la institución Centro de Tratamiento para Drogadictos – CETDRO, “Aprendiendo a vivir”, donde se dio a conocer el trabajo a realizar, logrando obtener aceptación por las personas encargadas de dicha institución; posterior se realizó una entrevista general con las familias que afrontan la problemática del consumo de drogas en uno de sus integrante; se llegó a un acuerdo previo con ellas para la exposición de los objetivos del trabajo de investigación. Obtenido el permiso autorizado por dichas familias, se dio paso a la preparación de una agenda, donde se describió el cronograma de las visitas domiciliarias a realizar.

Asimismo, la finalidad de la primera visita, fue el acordar la fecha de la entrevista y dar lectura al consentimiento informado; la segunda visita

tuvo por finalidad la ejecución de la entrevista establecida. Por último, se dio tratamiento a los datos para el informe final.

2.7 ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de contenido o análisis de datos constituye un método cuya utilización en la investigación es de indiscutible importancia. Los procedimientos desarrollados en la misma son estructurados de forma que promuevan una organización de los datos a través de fases o etapas, que conducen a un resultado estructuralmente organizado de su contenido¹⁹. Se ha de establecer las siguientes etapas:

La primera denominada Pre-análisis, es considerada como una fase de organización de la investigación. Sin lugar a dudas el cuidado y reflexión sobre las decisiones que se adopten en esta fase repercutirá sobre la calidad de la aplicación del análisis. En esta fase el investigador adoptó una serie de decisiones respecto a los objetivos concretos que persigue; se identificó y seleccionó textos de la muestra a los que posteriormente se le realizó el análisis. Se dio revisión de literaturas y de investigaciones similares que se realizaron sobre la temática de estudio seleccionado.

Durante esta etapa el investigador transcribió y organizó las entrevistas; teniendo en cuenta la conversión del *emical etic* de cada entrevista, posterior a ello se realizó lectura y recorte de los textos, para la identificación de fragmentos.

La segunda etapa es la Codificación, la cual implica la elección de las unidades de significado, de análisis o registro y la determinación de los indicadores de codificación que se utilizaron. Las unidades de análisis o registro son elementos básicos o de datos a los cuales le fue aplicado el sistema categorial elaborado. Aquí se dio origen a la elaboración de un

código o idea central que resuma la experiencia vivida por los actores sociales.

La tercera etapa es la Formación del sistema categorial, esta fase es la más significativa, refleja directamente el propósito del investigador y la teoría subyacente que organiza el estudio, además se pone a prueba la creatividad del científico. Aquí en esta fase se buscó similitudes en los significados de los códigos o ideas principales, con la finalidad de obtener categorías y sub categorías en la investigación.

Por último el Análisis e interpretación, aquí se aconseja que el investigador intente responder cuatro preguntas básicas: ¿Cuál es el resultado principal?, ¿Son interpretaciones competentes?, ¿La interpretación de los resultados toma sentido a la luz de alguna teoría o teorías? Y ¿Cómo decidir si la interpretación es en algún sentido correcta?

Como resultado se encuentra que los actores sociales vivenciaron un conjunto de experiencias, abarcando desde la preocupación y búsqueda del familiar adicto por las calles, discusiones con la persona adicta, sensaciones de temor, sentimientos de culpabilidad, pérdida de esperanza en la recuperación del familiar adicto e idea suicida.

2.8 CRITERIOS ETICOS

Para la investigación presentada se tomó en cuenta los principios de la bioética personalista propuestos por Sgreccia, E.²⁰: valor fundamental a la vida humana, libertad y responsabilidad, socialización y subsidiaridad.

1. Valor fundamental a la vida humana; todo profesional y especialmente los dedicados a la salud humana, asumen que toda persona sin distinción alguna reclama para sí el estatus de supremacía por encima

de todos los seres de la creación. La persona al ser una totalidad de valor, nunca puede ser utilizada como medio, sino como fin en sí mismo. No es justificable el sacrificio de una vida inocente por el bien social. En la investigación presentada este principio se tomó en cuenta a la hora en que el investigador se dirige a los sujetos de estudio, observándolos desde una perspectiva pandimensional, respetando sus formas de pensar, sentir, expresar sus ideas y experiencias a la hora de aplicar las entrevistas.

2. Libertad y responsabilidad, este principio se justifica que para ser libre se requiere estar vivo, en cuanto la vida es condición indispensable para actuar con libertad. En la investigación realizada se manifestó este principio a la hora en que el entrevistador asume la propia voluntad de los actores sociales para realizar la investigación, de ser partícipe en las entrevistas con suma libertad de expresión, respetándolos en todo momento. Así mismo se evitó en todo momento causarle alguna molestia a la hora de la visita domiciliaria y a la hora de realizar la entrevista y manteniendo el secreto profesional.

3. Socialización y subsidiaridad; reclama un trato igualitario para los posibles beneficiarios de la atención profesional, en el destino de recursos materiales y humanos, así como en la distribución de beneficios y riesgos. Se ha de considerar la propia vida y la de los demás como un bien social, el cual exige a la comunidad promover el bien común y el de cada uno de sus integrantes. En la investigación realizada, este principio se tomó en cuenta a la hora de realizar las entrevistas a las familias descritas, las cuales fueron respetadas y tratadas de forma igualitaria, buscando un bien colectivo para los actores sociales.

2.9 CRITERIOS DE RIGOR CIENTIFICO

En la investigación presentada se aplicó criterios de rigor científico, entre los cuales destacaron los criterios propuestos por Polit²¹: credibilidad, consistencia y transferibilidad.

El término credibilidad se asume a la confianza en la veracidad de los hallazgos realizados en la investigación, así mismo hace referencia a la necesidad de que exista una relación entre los resultados de la investigación y las percepciones que los sujetos participantes poseen de la realidad estudiada. La pieza clave en la calidad de la investigación se encuentra en el modo en que es narrada y en las evidencias que se presentan para apoyar su autenticidad. A través del informe de investigación se debe demostrar la veracidad de los argumentos, demostrando que existen datos que fundamentan dichos criterios.

La credibilidad hace referencia a que todos los datos de la investigación sean aceptables, es decir creíbles.²¹ Para garantizar esta condición en la investigación descrita, en primer lugar se tomó en cuenta la interrelación entre los actores sociales y el investigador, la cual se va generando durante el desarrollo de la propia investigación. La veracidad de los datos se aseguró al contrastar los resultados obtenidos en las entrevistas, con las fuentes. En la investigación los criterios de dependencia o consistencia, se garantizaron a través de la contrastación de los resultados obtenidos por los diferentes métodos que se aplicaron, entre los que podemos citar las entrevistas a los familiares de la persona drogadicta y el análisis de documentos; entre los que podemos mencionar la libreta de notas.

Por otro lado, la transferencia, consiste en transferir los resultados de la investigación a otros contextos y en este caso, la transferibilidad que se

desea, es favorecer con este estudio a las familias que presenten entre sus miembros a una persona con problemas de drogadicción, para que a través del análisis de los datos obtenidos en la investigación, éstos puedan ser interpretados y aplicados en otros contextos y situaciones similares, de forma tal que se garantice un mejor trato intrafamiliar. Aun no llegando a la generalización, puesto que no es posible dado al carácter único e irrepetible de los contextos, conductas y fenómenos estudiados, sí que cabe la posibilidad de algún tipo de transferencia entre contextos, dependiendo del grado de similitud entre los mismos.²² Para ello, en el presente trabajo de investigación se ofrece una descripción densa sobre la temática abordada, la cual permite al futuro lector manejar la información necesaria y suficiente facilitando establecer comparaciones y transferir dichos resultados.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y ANALISIS PRELIMINAR

CATEGORIA I. BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- 1.1. Indagando el paradero del adicto.
- 1.2. Comunicación con el adicto sobre su problema de adicción.
- 1.3. Costeo económico frente al problema de adicción.
- 1.4. Búsqueda de ayuda extra familiar: Por parte del profesional médico o especialista y espiritual a mano de Dios a la luz de la fe.

CATEGORÍA II. REPERCUSIÓN EN LA FAMILIA

- 2.1. Desequilibrio en las necesidades fisiológicas: Pérdida de apetito y sueño.
- 2.2. Estados de preocupación, desesperación y sufrimiento.
- 2.3. Sentimientos de soledad, culpabilidad.
- 2.4. Idea suicida.
- 2.5. Discusiones, reproches, reclamos por la pérdida de objetos en el hogar.
- 2.6. Búsqueda de independencia por parte de los familiares del adicto.

ANALISIS Y RESULTADOS

En la presente investigación se llevóa cabo la recolección y análisis de datos, sobre las experiencias vividas por parte de los integrantes de las familias con un integrante drogadicto, partiendo desde la comunicación empática con dichos familiares, utilizando el abordaje cualitativo, a través del método estudio de caso. Para ello se utilizó como instrumento de recolección de datos la entrevista abierta, la cual tuvo como preguntas generadoras de debate: ¿Cuénteme usted algunas de las experiencias que le toco afrontar frente a la problemática de su familiar adicto a las drogas?; ¿Podría decirme cómo se ha sentido frente a estas experiencias? y ¿Podría usted contarme como es un día de convivencia con su familiar adicto? De dichas preguntas, nacieron respuestas que posteriormente formaron parte de la estructuración de las categorías y sub categorías, para el análisis correspondiente.

CATEGORIA I. BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS DE SOLUCION ANTE LA PROBLEMÁTICA EXISTENTE

1.1. Indagando el paradero del adicto.

Búsqueda, es la acción de buscar. Es un verbo que permite nombrar a la acción de hacer algo para hallar a alguien o algo, indagar, hacer lo necesario para conseguir algo, ir por una persona para llevarla a otra parte o provocar. Se conoce como búsqueda a la operación que se lleva a cabo en situaciones de emergencia. Lo habitual es que la operación tenga lugar en lugares de difícil acceso cuando hay personas perdidas, heridas o enfermas.²³

Como se puede apreciar en el anunciado antes mencionado, esta búsqueda del familiar adicto está directamente relacionada con la preocupación que sienten los familiares de la persona adicta. La preocupación se puede apreciar como un mecanismo de reacción

automática para resolver nuestros problemas, pero ésta se convierte en patológica cuando nos preocupamos por sucesos de baja probabilidad o cuando damos vueltas a los problemas sin llegar a resolverlos nunca. Confrontando la subcategoría descrita anteriormente con lo manifestado por los actores sociales, se citan las siguientes premisas:

“... es por esta razón que lo buscaba y no paraba de buscarlo hasta que regresaba con él a donde vivíamos...” (A3)

“...le decíamos que no le íbamos a abrir la puerta, que la hora de llegada es a las diez de la noche, ya no venía, teníamos que buscarlo, saber dónde se encuentra; nos disfrazábamos a veces de hombre con sombrero con cualquier cosa, con tal de ubicarlo, porque no sabíamos dónde se encuentra, hasta que lo encontrábamos, le rogábamos que llegue, nos decíamos que estaba por la basura, vendiendo botellas, todo, lo encontrábamos, lo traíamos...” (D4)

Como se puede apreciar en las premisas anteriormente descritas, la familia siente la necesidad de buscar al familiar adicto, ya sea porque ésta manifiesta estados de preocupación por lo que le pueda suceder al adicto fuera de casa, y que en la mayoría de los casos esta inminente búsqueda es por parte de los tutores priorizando a la madre puesto que se ve estrechamente ligado el vínculo afectivo madre – hijo.

1.2. Comunicación con el adicto sobre su problema de adicción.

En términos generales, la comunicación es un medio de conexión o de unión que tenemos las personas para transmitir o intercambiar mensajes. Es decir, que cada vez que nos comunicamos con nuestros familiares, amigos, compañeros de trabajo, socios, clientes, etc., lo que hacemos es establecer una conexión con ellos con el fin de dar, recibir o intercambiar ideas, información o algún significado. La comunicación es el proceso mediante el cual el emisor y el receptor establecen una conexión en un momento y espacio determinados para transmitir, intercambiar o

compartir ideas, información o significados que son comprensibles para ambos.²⁴

Tradicionalmente, la comunicación se ha definido como el intercambio de sentimientos, opiniones, o cualquier otro tipo de información mediante habla, escritura u otro tipo de señales. Para ello se requiere básicamente un emisor, un mensaje y un receptor, el cual no necesariamente necesita estar presente ni consciente del intento comunicativo por parte del emisor para que el acto de comunicación se realice. En el proceso comunicativo, la información es incluida por el emisor en un paquete y canalizada hacia el receptor a través del medio. Una vez recibido, el receptor decodifica el mensaje y proporciona una respuesta.

En el anunciado anteriormente mencionado se muestra al familiar entablando una comunicación con el miembro afectado, como parte de la “ayuda” que se le brinda, pues mediante ésta percibe emociones que reflejan desahogo en la persona enferma, con ello generar bienestar en la persona misma. Esta subcategoría se origina después de analizar los siguientes enunciados:

“...cuando estábamos en casa conversábamos, porque él necesitaba desahogarse y yo lo escuchaba...” (A3)

“... ya estábamos cansados de su problema, de su vicio, siempre hablábamos con él, le decíamos que hacía mal y él nos escuchaba, pero después otra vez consumía drogas...” (E2)

Se va a describir en muchas familias con problemas de adicciones una permanente comunicación del problema de adicción con el adicto, con la única finalidad de hacerle entender su problema, su enfermedad y que necesita ayuda profesional. Aquí la comunicación juega un papel

importante en la recuperación del adicto, puesto que gracias a ella se pueden tomar decisiones que van a mejorar la crisis vivida en dichas familias.

1.3. Costeo económico frente al problema de adicción.

El costeo o gasto es la acción de gastar (emplear el dinero en algo, deteriorar con el uso). En un sentido económico, se conoce como gasto a la cantidad de dinero que se gasta o se ha gastado. Una familia necesita controlar su gasto para que los ingresos le permitan afrontar sus obligaciones y satisfacer sus necesidades.²⁵ Tales como alimentación, vestido, vivienda, educación, etc. Para ello el dinero juega un rol importante; sin ello la familia no llegaría a una formación completa. Es por ende que las familias deben organizar de modo adecuado el recurso económico. Esta subcategoría nace después de analizar los siguientes párrafos:

“... donde mi hijo llego hasta la comisaria, mi hijo llego a enfrentarse por la droga , lo llevaron los policías, lo encontraron con droga y lo llevaron, pero como hay un familiar de nosotros que trabaja en el juzgado, lo sacaron por primera vez, de nuevo recayó, de nuevo se fue y vino, lo tuvimos dos días, se salió, de nuevo se fue al mismo lugar, de nuevo cayó con la policía, nosotros pensábamos que ya no iba a salir, tuvimos un montón de gasto allí hasta poderlo recuperar y sacarlo de allí, para poder llevarlo al centro de rehabilitación...” (B1)

“... yo tenía discusiones con él, por motivos económicos, puesto que no me daba el dinero necesario para ayudar con los gastos de la casa, por eso yo le reclamaba, porque yo era quien tenía que gastar dinero en todos los gastos de la casa...” (F1)

Sumado al aporte económico que realizan las familias en común (vestido, vivienda, alimentación, salud, etc.), las familias que afrontan problemas de adicciones desembolsan dinero en la solución del problema del integrante afectado; esto va a generar otros problemas que serán percibidos por la familia en general, reflejados en malestar personal y

frustración. Hay menos aporte en la alimentación, se cancelan algunas reuniones o eventos sociales, problemas con el aporte económico para la educación, entre otros.

1.4. Búsqueda de ayuda extra familiar: Por parte del profesional médico o especialista y espiritual a mano de Dios a la luz de la fe.

Se denomina ayuda a una acción humana tendiente a paliar o resolver las necesidades de una persona o grupo social. La ayuda puede efectuarse de modo unilateral, cuando quien la recibe no la retribuye, o de modo reciproco, cuando se benefician todas las partes. ²⁶

Las familias con miembros adictos, constantemente están pidiendo ayuda, ya sea de manera consciente o inconsciente. El simple hecho de escuchar a una persona, puede servir de ayuda, para desahogar sentimientos negativos. Se formula esta subcategoría luego de analizar las siguientes premisas:

“...me dio bastante pena cuando lo fui a dejar al centro de rehabilitación, allí si me dolió...” (C5)

“...entonces yo dije, que pasa, y en la noche el me pidió perdón llorando, yo le dije que era mejor internarlo y como así lo hemos hecho y me siento más tranquila...” (F1)

Como se puede apreciar en los enunciados ya descritos, la familia opta por la ayuda profesional, ya que ella misma no puede dar solución al problema de adicción del familiar adicto. La primera opción de ayuda profesional, es el internamiento del adicto en un centro de rehabilitación lo cual, en la mayoría de los casos donde se evidencian familias con problemas de adicciones no suelen concurrir a dichos establecimientos, puesto que esto genera en ellas un gasto o aporte económico fuera de lo planeado, y el dinero en casa no es suficiente para el internamiento del familiar, como lo

es en el caso de muchos hogares con la problemática existente en nuestro país.

Por otro lado, la fe es un término propio de la religión que se refiere al acto de creer ciegamente en algo, ya sea en una deidad o en un conjunto de asuntos propios de la religión en cuestión. La creencia propia de la fe hace del asunto creído algo tan fuerte que adopta el carácter de verdadero aún sin ser comprobado. La fe puede comprenderse también como aquella actitud, que incluye tanto voluntad como intelecto, de totalidad del ser que se dirige a algo divino o a una entidad suprema. ²⁷Se llega a la formulación de esta subcategoría después de examinar las siguientes premisas:

“...parece que él ya entro un poco espiritualmente no, con el Señor, como nosotros que pertenecemos a una familia muy cristiana, soy de una persona bastante no, bastante leo mi biblia, no soy bautizada pero soy simpatizante de una iglesia linda, allí mis hermanos me están ayudando bastante espiritualmente en él, inclusive cuando él tenía su salida, puro este, pura oración, puro para él, como le puede decir para tenerlo espiritualmente preparado, preparado para cuando el salga, su salida definitiva...” (B1)

“... todo esto, no se puede remediar, es algo que a uno lo marca para toda la vida, es por eso que lo único que le pido a Dios y a la Virgen Santísima, es que lo ayude, que lo saque adelante; pues yo si tengo fe de que mi hijo se va a recuperar...” (C5)

La familia que atraviesa problemas de adicciones se ven sumergidas en muchos problemas, los cuales traen como consecuencias sentimientos de soledad, tristeza, abandono, entre otros. Todo esto genera en los integrantes de dichas familias, sufrimiento y desesperación al no ver solucionado el problema de adicción. Se ven agotadas todas las fuerzas humanas implicadas en la recuperación del integrante afectado; es aquí donde surge el lado más íntimo de la persona, el lado espiritual como ayuda sobrenatural, dejando todo a mano de Dios, gracias a la fe que uno como persona posee.

CATEGORÍA II. REPERCUSIÓN EN LA FAMILIA ANTE LA PROBLEMÁTICA EXISTENTE

2.1. Desequilibrio en las necesidades fisiológicas: Pérdida de apetito y sueño.

El apetito es el deseo de consumir alimento; la pérdida de apetito se da cuando el individuo muestra una reducción en el deseo de consumir el alimento, lo cual acontece a pesar de las necesidades calóricas básicas del organismo. ²⁸Cualquier enfermedad puede afectar un apetito previamente bueno. Si la enfermedad es curable, el apetito se normaliza una vez que la afección se cura.

Por otro lado, la disminución del apetito casi siempre se observa entre los adultos de edad avanzada; sin embargo, para las personas en sus diferentes etapas de vida; el nerviosismo, aburrimiento, la tensión, la soledad, ansiedad, pérdida de un ser querido y depresión son causas comunes de pérdida de apetito que no se explica por otros factores. Ésta disminución del apetito puede causar disminución de peso involuntario.

En el familiar de la persona adicta está pérdida de apetito se muestra por varias causas como la excesiva preocupación, tensión en el hogar, sentimientos de soledad e incluso depresión en el cual se llega a sumergir.

Por otro lado, el sueño es un estado fisiológico normal, que nos sucede con regularidad, cada día, alternando con el estado de vigilia que es el que tenemos cuando estamos despiertos. La pérdida de sueño, llamado también insomnio es un trastorno del sueño que consiste en la incapacidad o dificultad para dormir; ya sea por que cueste conciliar el sueño, porque existan despertares durante la noche, porque se da un acortamiento del sueño, un despertar precoz o una disminución de su calidad. Esto produce cansancio y afecta a la vida diaria de las personas que lo padecen. Es un

problema frecuente que aqueja entre el 10 y el 30 por ciento de la población adulta, más frecuente en mujeres, ancianos, personas de un nivel socioeconómico alto y en los que padecen una enfermedad psiquiátrica.²⁹ Esta subcategoría emerge de las siguientes premisas:

“... no podía ni comer, ni dormir, me sentía cansada...” (A3)

“... él salía de la casa con los amigos, pasaban las horas y no llegaba, yo no podía dormir cuando él no llegaba a casa...” (F1)

La ansiedad juega un papel importante en el surgimiento de este tipo de problemas. Altera a la persona a nivel fisiológico, mostrando síntomas como aumento en la tensión muscular y de la frecuencia cardíaca (taquicardia), sudoración, dificultad respiratoria, sequedad en la boca, dolores de cabeza, trastornos en la alimentación y pérdida de sueño.

2.2. Estados de preocupación, desesperación y sufrimiento.

La preocupación es el Estado emotivo - cognitivo en el que se activa el cerebro emocional para buscar una salida a una situación problemática. Preocuparse constituye la forma que tenemos los seres humanos, de buscar distintas alternativas de respuesta ante una situación conflictiva.

La preocupación conlleva la anticipación de peligros y su evitación. Preocuparse es normal pero puede convertirse en un problema si la preocupación se hace crónica y reiterativa. Si se convierte en una obsesión que hace dar vueltas y más vueltas a la mente y se repite continuamente sin llegar a alcanzar nunca una solución positiva.³⁰ La preocupación se vuelve positiva, cuando dura sólo el tiempo necesario para encontrar una solución y actuar. Si no hay solución o no está en nuestras manos, preocuparse es una pérdida de tiempo.

Con frecuencia nos preocupamos mucho, esto se vuelve un hábito. Mentalizamos a la preocupación como una muestra de responsabilidad, como una manera de resolver problemas, evitar conflictos o peligros. Confrontando con lo descrito en las entrevistas tenemos las siguientes premisas:

“...bueno para mí fue una experiencia muy mala, tenía preocupación por lo que le podría pasar a mi esposo, es por esta razón que lo buscaba...” (A3)

“...pero él ya estaba, y no hacía caso y se relajaba, no venía, mi mamá salía a buscarlo; yo en realidad ya estaba cansada, ya no salía, pero si me preocupaba que mi mamá salga a la una o dos de la mañana, ya tenía que verla pues, acompañarla a veces...” (E2)

Por otro lado, la desesperación es la pérdida total de la esperanza, de la tranquilidad de ánimo y la paciencia. Una alteración extrema del ánimo, causada por la consideración de un mal irreparable o por la impotencia de lograr éxito.³¹

La esperanza es la confianza que se tiene por lograr un objetivo, de que el objetivo deseado se realice. La pérdida de confianza es la alteración extrema del ánimo, causada por la consideración de un mal irreparable o por la impotencia de lograr éxito.³²

A menudo, la desesperación puede ocasionar depresión en la persona como enfermedad, ésta acompañada de sentimientos de tristeza permanente, llorar, sentirse inútil, sensación de vacío, sentirse miserable, sentimiento de culpa, pérdida de confianza, pérdida de interés en las actividades, entre otras. Y cuando todo parece terminarse; cuando la vida parece haber perdido su significado y no hay más nada que hacer; cuando nos sentimos acorralados por fuerzas superiores a las nuestras, surge la esperanza como recurso final para encontrar un nuevo rumbo, levantar la

frente y continuar hacia adelante y renovar los esfuerzos para cumplir con la misión asignada por la vida. El duro vivir de las familias con miembros drogadictos, generan en sus integrantes, sentimientos de tristeza, de abandono; al no encontrar solución a la problemática existente, por ello el vivir cotidiano se torna en un panorama oscuro. Se llega a la formulación de esta subcategoría después de examinar las siguientes premisas:

“... cuando él estaba metido en las drogas en la calle, era para mí desesperante, sentía que algo faltaba”. (A3)

“...ya últimamente, él nos llevó también, nos llevó todas las cosas de la casa, todo, todo nos llevó, llevo televisor, equipo, ollas, platos, todo, todo se lo llevo, de mi hijo, su ropa de mi nieta que estaba por nacer, todo se lo llevó, donde ya era algo desesperante para nosotros, donde ya tuvimos que ver la forma de ayudarlo, porque no dejarlo así...” (F1)

El sufrimiento es el padecimiento, la pena o el dolor que experimenta una persona. Se trata de una sensación, consciente o inconsciente, que aparece reflejada en padecimiento, agotamiento o infelicidad. Ante el sufrimiento, se produce una serie de emociones o estados, como la frustración o la ansiedad. El sufrimiento emocional también puede tener correlato en el cuerpo a través de la sed o hasta la pérdida de conciencia. Suele estar asociado al dolor psicológico. Su origen radica en la reacción del individuo ante los hechos, y no tanto en la realidad en sí misma. En otras palabras, el dolor surge en la mente, y no en la realidad, ya que entran en juego diversas cuestiones como los miedos, los deseos y las exigencias de cada persona. ³³

El sufrir es un fenómeno complejo. El dolor físico, el malestar, la sensación de desagrado, no son desde el principio idénticos al sufrimiento. Hay un grado moderado de dolor físico que de ningún modo podemos denominar sufrimiento, pues tiene, en la coherencia total de la vida, un sentido claramente conocido, una función biológica, y lo aceptamos sin

objeción. En término general, el sufrimiento significa tristeza, infelicidad, desagrado, frustración, dolor.

En la investigación realizada, el sufrimiento se da por la pérdida de esperanza en la recuperación del miembro afectado, por las discusiones o riñas entre los demás integrantes de la familia, e incluso con la persona adicta, por los sentimientos de soledad, tristeza, entre otros. Lo expuesto se evidencia en los siguientes enunciados:

“... yo sufría mucho al ver a mi mama tan preocupada por mi hermano, él no tenía conciencia de eso, del dolor que le causaba a ella; me daba cólera y a la vez tristeza...” (E2)

“...si con su tía, si con ella y con la bebe, se ponía a pelar por el pan, y como era las peleas con él, ella ya se la agarraba conmigo, por eso yo le llamo caos, porque yo era la que sufría, los problemas de él ya los agarraba yo...” (G1).

2.3. Sentimientos de soledad y culpabilidad.

La soledad, es la carencia de compañía y que se tiende a vincularla con estados de tristeza, desamor y negatividad. Así mismo, la soledad, salvo excepciones, es una experiencia indeseada, deprimente y generadora de ansiedad, angustia y desesperación. Es distinta del aislamiento social, y refleja una percepción del individuo respecto a su sistema de relaciones sociales, bien porque este sistema es escaso o porque la relación es insatisfactoria o demasiado superficial.³⁴

Los humanos necesitamos estar rodeados de personas, por lo tanto llegamos a sentirnos solos por diversos motivos, y en diferentes etapas de nuestra vida, pero debemos aprender las diferencias de sentirse solo, con el estar solo, ya que son dos situaciones diferentes. La persona que se sienta sola puede ser porque está atravesando cambios en su vida y sentir el miedo a adaptarse a ellos; en esta etapa se sentirá solo aun cuando vea que

hay otras personas que comparten su cambio. Lo expuesto se evidencia en las siguientes premisas:

“...yo me sentía muy sola, porque aparte de que mi esposo no estaba a mi lado, pero él me decía no tengas cólera hija, y yo solita me las aguantaba...” (C5)

“... ya no podía más, todos los días era problemas, me sentía sola...” (G1)

Los sentimientos de culpabilidad son catalogados como experiencias dolorosas que derivan de la sensación más o menos consciente de haber transgredido las normas éticas personales o sociales. ³⁵

En la base del sentimiento de culpa se entrelazan diferentes formas de relacionarse con el yo. Por ejemplo, la mayoría de las personas que experimentan constantemente el sentimiento de culpa tienen una baja autoestima y no se creen merecedores del amor o de las gratificaciones que le brinda la vida por lo que aprovechan el más mínimo error para auto castigarse. En el otro extremo, se encuentran las personas perfeccionistas para las cuales cualquier error es una buena excusa para auto reprocharse y criticarse constantemente. Se describe lo anterior en los siguientes enunciados:

“...me sentía culpable, de que mi esposo este en ese problema, quizás por no dedicarle más tiempo a él y a mis hijos, todo por el trabajo...” (A3)

“...quizás sea mi culpa por engreírlo mucho cuando era más niño y permitirle las malas juntas...” (B1)

2.4. Idea suicida.

El suicidio es el acto por el que un individuo, deliberadamente, se provoca la muerte. El pensamiento suicida está relacionado a la creación mental del deseo de auto eliminarse. El suicidio puede ser efecto de

trastornos psiquiátricos, que comúnmente se acompañan de depresión o ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y todos los trastornos de depresión. En estos casos es principalmente la enfermedad lo que provoca el suicidio y no el análisis lógico del individuo. Antes que la acción, el suicidio comienza en el pensamiento. ³⁶

La idea del suicidio nace cuando el dolor emocional es mayor que los mecanismos de defensa que tiene la persona para manejarlo. La persona que decide suicidarse se siente mejor pues piensa que al fin ha encontrado la solución a su problema. A menudo, las causas de los pensamientos suicidas son producto de una depresión severa. El convivir con una persona adicta, conlleva a generar problemas dentro del grupo familiar; y cuando la persona se siente vencida nace la idea suicida, en la mayoría de los casos por parte de la madre de la persona adicta y en él mismo, ya que en ella se encuentra fijo el vínculo materno – hijo. El surgimiento de esta subcategoría se denota en las siguientes premisas:

“... aparte de los reclamos, tuvimos peleas, discusiones muy fuertes, por ello es que pensé en suicidarme...” (A3)

“...suicidarme, metiéndome al carro, sí, cuando mi hijo este, lo llevaron la policía tuve esa mentalidad, decía me voy a la pista y yo sé que meterme al carro no, y no ver nada más...” (G1)

2.5. Discusiones, reproches, reclamos por la pérdida de objetos en el hogar.

Una discusión es una conversación o debate entre dos o más personas en la que intercambian puntos de vista, ponencias y propuestas sobre un dado tema de discusión, el cual se examina para solucionarlo o explicarlo.³⁷ El reproche es una acción netamente humana y negativa, referido a tal como la crítica o censura de alguien o de un determinado

tema.³⁸En la familia, es natural que las personas que viven juntas y comparten gran parte del su tiempo juntos(as) tengan opiniones diferentes y discutan cuando pierden el control de su temperamento.

Es recomendable que si uno de los integrantes se encuentra disgustado o enfadado, deberá intentar mantener la calma. A veces, cuanto más se demuestra el enfado o la frustración, más se querrá molestarle a la persona con la que se esté discutiendo. Intentar resolver el conflicto con ideas constructivas, para que el acto no vuelva a ocurrir, es una manera positiva de dar solución a las discusiones mediante una buena comunicación.

Por otro lado, en las familias con miembros en problemas de adicción siempre habrá discusiones, reclamos, reproches; ya sea entre los padres, entre los hermanos, entre padres e hijos y viceversa. Siempre habrá uno que esté de acuerdo con las medidas a optar por la recuperación del miembro afectado y uno que no siempre tenga el mismo ideal. Para lo expuesto anteriormente tenemos los siguientes enunciados:

“... problemas que empezó con mi hija, mi hija; mi hija acá ya se le comenzaron a perder cosas, allí entramos en razón, ya se le perdió a mi hija unas cositas pequeñas, por decir una secadora, una laceadora...” (C5)

“... después se empezaron a perder cosas en la casa, dinero, motivo por el cual discutía con él, puesto que yo le reclamaba por estas pérdidas de cosas y de dinero; en una ocasión le di un manotazo porque ya era demasiado, mucho trataba de controlarme, pues es muy celoso...” (D4)

2.6. Búsqueda de independencia por parte de los familiares del adicto.

La independencia, es la Capacidad para elegir y actuar con libertad y sin depender de un mando o autoridad extraña. ³⁹Al apostar por la independencia dejando de lado el hogar es positivo a nivel emocional;

gracias a ello el ser humano puede lograr asumir las riendas de su propia vida. Así mismo, abandonar el nido familiar ayuda a madurar a la persona, pero también, ayuda a los propios padres que hacen frente al síndrome de nido vacío para volver a apostar por el amor de pareja. Esta búsqueda de la independencia produce temor e inquietud, tanto en la persona misma como en los demás integrantes de la familia. La categoría expuesta anteriormente emerge después de analizar los siguientes enunciados:

“...bueno me sentía mal, porque él me hacía discutir con mi mamá, le hacía pensar cosas que no eran y la verdad que sí tenía ganas de vivir sola, incluso alejarme de acá para evitar la molestia; está él o estoy yo, y si mi mamá quería estar con él, pues que se quede con él y yo preferiría alejarme...” (D4)

“...pensé en irme de la casa, todos los días eran discusiones, mejor la pasaba cuando estaba fuera de la casa...” (E2)

CONSIDERACIONES FINALES

Después de analizar las entrevistas en relación a las experiencias de la familia con un miembro drogadicto, se tiene que:

1. En la problemática de adicción a las drogas dentro de la familia, existe un punto inicial; un estado de preocupación familiar por la persona adicta, reflejada en la búsqueda y comunicación que realiza la familia para con el miembro afectado. Esta inminente preocupación que en la mayoría de los casos es por parte de los padres o tutores del miembro adicto, ocasiona en los demás integrantes de la familia conflictos, discusiones, reproches, reclamos, entre otros; esto genera en algunos de los casos, que algunos de los integrantes de las familias con esta problemática busquen su autonomía, su independencia, con tal de evitar discusiones con sus seres queridos, así mismo buscando la paz que no lograr conseguir en la convivencia familiar.

2. El entorno familiar de la persona adicta, manifiesta estados de preocupación, sufre alteraciones en el desarrollo de sus necesidades fisiológicas, tales como la pérdida de sueño, apetito. Así mismo, llegar a la desesperación por el duro vivir que le toca afrontar frente a esta problemática, generando en los integrantes de dichas familias; sufrimiento, un dolor espiritual que en algunas veces conlleva a perder toda esperanza en el camino a la recuperación del miembro afectado y en la mayoría de los casos; a desarrollar un pensamiento o una idea suicida, con el único fin de terminar con el sufrimiento que carga como una cruz, en su vida.

3. Con respecto a la persona encargada por velar por la salud y desarrollo del miembro adicto, esta problemática genera en sí misma, sentimientos de culpabilidad por lo sucedido en el hogar; se siente sola, sin el apoyo emocional que otro ser humano pueda brindarle. Es por esta razón que busca ayuda para dar solución a esta situación, ya sea por parte de los profesionales que manejen esta temática o la ayuda espiritual a mano de Dios, a la luz de la fe.

RECOMENDACIONES

Se cree conveniente plantear las siguientes recomendaciones:

1. Las entidades de salud, deben estar más enfocadas a la prevención y cuidado de los problemas sociales.

2. Promover un clima de confianza y unión en las familias, enfatizando en aquellas que tengan entre sus integrantes, miembros adictos, reforzando los valores y virtudes en la persona afectada.

3. Promover la existencia de momentos de comunicación, donde sea tema de debate el problema del adicto entre todos los integrantes de dichas familias. Así mismo en los hogares de todas las familias en general, enfatizando en aquellas ubicadas en zonas urbanas marginales, puesto que aquí se evidencia con mayor frecuencia los problemas sociales. (Promoción de la salud)

4. Garantizar la ayuda a estas familias por parte de profesional, que conozca la temática de adicciones y familia (Psicólogo, Médico, Enfermero, entre otros)

5. La escuela de enfermería debe profundizar la temática de los problemas sociales, los cuales tienen gran incidencia en nuestro país, como es el caso del consumo de drogas; con ello generar conciencia en los estudiantes como parte de la sociedad, sobre el daño causado por el consumo de drogas, lo cual no solo afecta la salud física –psicológica del consumidor, por el contrario causa deterioro del grupo familiar. Con este fin lograr mayor difusión sobre la temática planteada dentro de los entornos sociales de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud: OMS. [citado 2011-11-19]. Disponible en Url:<http://www.comunidadsegura.org>.
2. Naciones Unidas. Oficina contra la droga y el delito. Informe mundial sobre las drogas 2010. Resumen ejecutivo.(artículo). Disponible en: Url:http://www.unodc.org/documents/dataandanalysis/WRD2010/EXECUTIVE_SUMMARY_-_SP.pdf
3. DEVIDA. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. Estrategia Nacional de lucha contra las drogas 2007 – 2011. Primera Actualización. 2009. [revista en el internet]. [citado 2011 setiembre]. Disponible en: Url:http://www.devida.gob.pe/Documentacion/Actualizacion_ENLCD_2007%202011.pdf
4. Estudio del impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú. Observatorio peruano de drogas. (artículo). Disponible en: Url:<http://www.cicad.oas.org/oid/research/Costs/Estudio%20Impacto%20Social%20Economico%20Peru%202010.pdf>
5. González F. Prevención familiar del consumo de drogas. Family prevention and drug us.[consultado el 02 de octubre del 2011]. Disponible en: Url:<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/182/182v03n04a13021694pdf001.pdf>
6. Nuño B. La representación social que orienta las decisiones paternas al afrontar el consumo de drogas de sus hijos. [consultado el 02 de octubre del 2011]. Disponible en: Url:<http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2004/sal042e.pdf>
7. Taboada, M. Proceso de adaptación: Vivencias de las madres ante la rehabilitación del hijo adolescente adicto a drogas. Pimentel. 2009.
8. Pérez C. Definición de la Familia: Una visión del Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer. Barcelona: 2008
9. Concepto de la familia. [Internet]. [consultado el 25 de setiembre del 2011]. Disponible en: Url:http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2012_UT_1.PDF
10. Bustamante, Sebastián: “Enfermería Familiar”. Principios de cuidado a partir del saber común de las familias. Trujillo. 2004.
11. Drogas. [Internet]. [consultado el 27 de setiembre del 2011]. Disponible en: Url:http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/enf_frecuentes/drogas.htm
12. Marriner T. Modelos y teorías en Enfermería. 4ta Edición. Madrid: Harcourt. 1990.
13. Wojtyla, K. Carta del Santo Padre JUAN PABLO II a los ancianos. España: Libencia Editrice. 1999
14. Marshall J. Motivación y emoción. 3era edición. Mc Graw Hill /Interamericana Editores, S.A. Mexico. 2003
15. Morris A. Psicología. Edición 10ma. México: Editorial Pearson. 1998.

16. Rodríguez Gómez; Gil y García. Metodología de la investigación cualitativa. Granada: ediciones aljibe. 1996
17. Menga L, Marli A. El estudio de caso: Su potencial en educación. 1986
18. Bunge M. La Investigación Científica. Barcelona: Ariel; 1995.
19. Delgado J, Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias, Sociales. Madrid: Síntesis; 1994.
20. Sgreccia, E. Manual de Bioética. Biblioteca de Autores. Cristianos, Madrid. 2009
21. Polit; hungler. Investigación científica en ciencia de la salud. México: mcgraw-hill interamericana 1997
22. Mesa M, Cruz R. Fuentes de rigor en la Investigación Cualitativa. [Consultado el 08 de octubre del 2011]. Disponible en:
Url:<http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/revistas/index/assoc/HASH0197/ef6fd6bc.dir/doc.pdf>
23. Definición de búsqueda. [consultado el 18 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:<http://definicion.de/busqueda/>
24. Definición de comunicación. [consultado el 18 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:<http://www.promonegocios.net/comunicacion/definicion-comunicacion.html>
25. Definición de gasto. [consultado el 20 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:<http://definicion.de/gasto/>
26. Definición de ayuda. [consultado el 20 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:<http://www.definicionabc.com/social/ayuda.php>
27. Qué es la fe. [consultado el 20 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:<http://www.misrespuestas.com/que-es-la-fe.html>
28. Pérdida de apetito. [consultado el 29 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:<http://www.diagnosticosmedicos.com/enfermedades/perdidaapetito.html>
29. Insomnio. [consultado el 19 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:http://www.geosalud.com/adultos_mayores/insomnio.htm
30. Definición de preocupación. [consultado el 19 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:<http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/preocupacion>
31. Desesperación. [consultado el 20 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:<http://es.thefreedictionary.com/desperaci%C3%B3n>
32. Valores. Consejo Estatal de Población. COESPO. Desesperación. [consultado el 05 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:<http://coespomor.gob.mx/calidad/valores1.pdf>
33. Definición de sufrimiento. [consultado el 21 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:<http://definicion.de/sufrimiento/>
34. La soledad. [consultado el 22 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:<http://www.taringa.net/posts/info/14649795/La-soledad-un-mal-de-nuestro-tiempo>
35. Ideación suicida y culpa. [consultado el 23 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:<http://www.redba.com.ar/monografias/salvador.marin.asp>
36. Suicidio. [consultado el 23 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:<http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>

37. Discusión y debate. [consultado el 23 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:<http://www.buenastareas.com/ensayos/Discusion-y-Debate/3574688.html>
38. Definición de reproche. [consultado el 23 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:<http://www.definicion.org/diccionario/41>
39. Definición de independencia.[consultado el 23 de mayo del 2012]. Disponible en:
Url:<http://es.thefreedictionary.com/independencia>

ANEXO 01**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo _____

Identificado con DNI N° _____brindo mi consentimiento para ser partícipe en la presente investigación titulada EXPERIENCIAS DE LA FAMILIA CON UN INTEGRANTE DROGADICTO. CHICLAYO, PERU 2011.

Bajo la presente admito haber sido informado(a) de los objetivos de la mencionada investigación por lo cual accedo a que la presente entrevista se me realice y que el investigador utilice la información únicamente para los fines de la investigación; además se me asegura que en todo momento será respetada en mi dignidad de persona.

Firmo la presente para dar fe de mi testimonio.

FIRMA

Lambayeque..... de.....del 2011

ANEXO 02

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO – USAT

Facultad de Medicina Humana – Escuela de Enfermería

EXPERIENCIAS DE LA FAMILIA CON UN INTEGRANTE DROGADICTO.

CHICLAYO, PERU 2011.

Objetivo: Describir, analizar y comprender las experiencias de la familia con un integrante con problemas de drogadicción.

Familia:

Madre:

Hermano(a):

Tiempo del familiar como adicto

1. Cuénteme usted algunas de las experiencias que le toco afrontar frente a la problemática de su familiar adicto a las drogas.
2. ¿Podría decirme cómo se ha sentido frente a estas experiencias?
3. ¿Podría usted contarme como es un día de convivencia con su familiar adicto?

Gracias por su colaboración.