



**Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Medicina y Salud Mental
Doctorado en Salud Mental**

**EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA (EAI), FUNCIONALIDAD
FAMILIAR Y SEVERIDAD DE LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN ADULTOS EN TRATAMIENTO DESDE UN ENFOQUE
MIXTO**

Tesis para optar al grado de Doctor en Salud Mental

POR ADOLFO ALEJANDRO SOTO LAGOS

Docente Guía: Patricia Rubí González,

Noviembre, 2023
Concepción, Chile

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a mi pareja, familia, amigos, queridas compañeras de cohorte del Doctorado en Salud Mental, por acompañar y apoyar esta travesía, dar aliento y confiar en mis decisiones y desafíos.

Agradezco también a ANID, sin cuya beca y confianza no hubiera sido posible. A mis queridos docentes del programa, que cultivaron constantemente el afán por aprender, desafiarme y contribuir desde la investigación y docencia a una mejor salud mental y un Chile más equitativo.

Agradezco la ruta, este andar, y asumo el compromiso de ponerlo a servicio de las personas.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	7
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1: FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.1 Problema de investigación	10
1.1.1 Abuso de sustancias y familia.....	13
1.1.2 Experiencias adversas en la infancia	14
1.2 Marco teórico	18
1.2.1 Marco teórico conceptual.....	21
1.2.2 Marco empírico (estado del arte)	29
1.2.3 Marco teórico referencial	33
1.3 Objetivos/Hipótesis de investigación	46
1.3.1 Objetivo general	46
1.3.2 Objetivos específicos	46
1.3.3 Hipótesis de investigación	47
CAPÍTULO 2: MARCO METODOLÓGICO	48
2.1 Enfoque.....	48
2.2 Fase cuantitativa	49
2.2.1 Diseño del estudio	50
2.2.2 Definición de variables	50
2.2.2.1 Variables demográficas y de consumo	51
2.2.2.2 Variables sobre funcionalidad familiar.....	52
2.2.2.3 Variables de control.....	53
2.2.3 Diseño muestral.....	53
2.2.3.1 Muestra.....	54
2.2.3.1.1 Tipo: muestra intencionada	54
2.2.3.1.2 Tamaño.....	55
2.2.3.1.3 Selección.....	55
2.2.3.1.4 Perfil	56
2.2.4 Técnicas e instrumentos.....	56

2.2.4.1 Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF)	56
2.2.4.2 FACES 20 Español.....	58
2.2.4.3 Escala de Severidad de la Dependencia (SDS).....	60
2.2.5 Propuesta de análisis de datos	61
2.2.5.1 Modelo de regresión lineal múltiple	62
2.3 Fase cualitativa.....	67
2.3.1 Diseño de estudio	67
2.3.2 Variables.....	69
2.3.3 Instrumento de levantamiento de datos	70
2.3.3.1 Entrevista en profundidad	71
2.3.4 Población y muestra.....	73
2.3.5 Procesamiento y análisis	73
2.4 Integración de los métodos	74
2.5 Consideraciones éticas.....	74
CAPÍTULO 3: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	76
3.1 Fase cuantitativa.....	76
3.1.1 Resultados descriptivos simple	77
3.1.2 Resultados de correlaciones	79
3.1.3 Relación de funcionalidad familiar y consumo	81
3.1.4 Relación experiencia adversa con el consumo	85
3.1.5 Resultados de regresión lineal.....	87
3.2 Resultados fase cualitativa.....	88
3.3 Integración de enfoques.....	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS.....	111

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Tipos de usuarios y necesidades de intervención	12
Figura 2: Modelo circuplejo de Olson.....	37
Figura 3: Modelo PARCUVE, propuesta de Manuel Hernández.....	38
Figura 4: Funcionalidad familiar	77
Figura 5: Funcionalidad y disfuncionalidad por escala	78
Figura 6: Cuantificación de eventos traumáticos.....	85
Figura 7: Relación trauma y vínculos familiares.....	87
Figura 8: Relación recuerdos y vínculos familiares.....	88
Figura 9: Relación relato de vida y necesidad de socorro.....	89
Figura 10: Relación inicio de consumo y propósitos.....	90
Figura 11: Relación causa y consumo.....	91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Variables demográficas	48
Tabla 2: Variables sobre severidad de la dependencia a sustancias psicoactivas	49
Tabla 3: Variables sobre experiencias adversas en la infancia	50
Tabla 4: Variables sobre funcionalidad familiar	51
Tabla 5: Variables convergentes	73
Tabla 6: Tópicos de entrevista	75
Tabla 7: Experiencias adversas en la infancia según gravedad	83
Tabla 8: Tipología de abuso-negligencia y nivel de abuso.....	84
Tabla 9: Estadísticos: cruce subescalas y sexo	85
Tabla 10: Correlación total escala experiencia adversa temprana y subescalas	87
Tabla 11: Tabla cruzada nivel de funcionalidad y nivel de consumo	90

Tabla 12: Correlación total escala severidad y reactivos escala	92
Tabla 13: Integración resultados de datos estadísticos y textuales	98

RESUMEN

Esta investigación tiene por objeto relacionar la severidad de la dependencia a sustancias psicoactivas en torno a la funcionalidad familiar y Experiencias Adversas en la infancia (en adelante EAI) a partir de un modelo de regresión lineal . Establecer, además, correlaciones entre las variables consideradas y la prevalencia de las EAI en la población tratada, profundizando, en una segunda fase, en los relatos de vida y la propia percepción respecto los eventos traumáticos en la infancia. Esto se logró a través de un estudio mixto explicativo secuencial, con una fase cuantitativa de alcance correlacional – explicativo, centrada en establecer relaciones entre las variables y ponderar el tamaño del efecto de las dos variables vinculadas a la dinámica familiar y su efecto en la severidad del consumo de sustancias y; con una fase cualitativa, de tipo narrativo experiencial, que profundizó en los esquemas conceptuales con que las/los entrevistados representan su historia vital, a partir de entrevistas centradas en su relato de vida. Los principales resultados muestran que el modelo de regresión lineal centrado en la Severidad de la dependencia respecto las otras variables es débil (explica sólo un 3%), mientras que la introducción en torno a la Funcionalidad familiar, respecto a la severidad del consumo y las experiencias adversas es altamente significativa (90%). La correlación entre EAI y Funcionalidad familiar es significativa y negativa lo que ratifica la hipótesis que a mayor experiencias adversas y menor funcionalidad familiar, mayor severidad en el consumo de sustancias (6 de cada 10 consumidores severos provienen de familias disfuncionales). Desde lo cualitativo, se evidencia que el primer episodio constitutivo de trauma ocurre antes de los 5 años, la evitación aparece como la principal estrategia de regulación y que de esto deriva una disociación respecto sí mismos/as y sus figuras parentales.

ABSTRACT

The article aims to explain the severity of dependence on psychoactive substances using a linear regression model based on family functionality and Adverse Childhood Experiences (ACEs). It also establishes correlations between the aforementioned variables and the prevalence of each phenomenon in the treated population, delving in a second phase into the life stories and one's own perception of traumatic events in childhood. This was achieved through a sequential mixed explanatory study, with a quantitative phase focused on establishing relationships between the variables and weighting the effect size of the two variables linked to family dynamics and their effect on the severity of substance use, and a qualitative phase, which delved into the conceptual schemes with which the interviewees represent their life history, based on interviews focused on their life stories. The main results show that the linear regression model centered on Severity of dependence with respect to the other variables is weak (explaining only 3%), while the introduction around Family Functionality, with respect to severity of use and adverse experiences is highly significant (90%). The correlation between EAI and Family Functionality is significant and negative, which ratifies the hypothesis that the greater the adverse experiences and the lower the family functionality, the greater the severity of substance use (6 out of 10 severe users come from dysfunctional families). From the qualitative point of view, it is evident that the first episode constituting trauma occurs before the age of 5 years, that avoidance appears as the main regulation strategy and that this leads to dissociation with respect to themselves and their parental figures.

INTRODUCCIÓN

Según cifras de La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y Delito (2022) cerca de 284 millones de personas entre los 15 y 64 años en el mundo consumieron alguna droga durante el 2020, representando un aumento del 26 % respecto la década anterior.

Existe un patrón evolutivo en el desarrollo de trastornos por dependencia a las sustancias psicoactivas, cuyo rango va, desde quienes no presentan consumo e inician en una fase experimental, hasta quienes debido a un aumento en la frecuencia y dosis pierden el control, con una conducta compulsiva e incapaces de reconocer el daño que les produce (Plan de acción hemisférico sobre drogas 2021-2025, 2020).

El abuso en el consumo de sustancias se plantea como un problema sanitario con un alto costo social. La Organización Panamericana de la Salud plantea que el año 2019 se registraron 85.984 muertes en el continente americano derivadas de trastornos por consumo de drogas, representando un 47 % de las muertes causadas por el abuso de drogas; además, se estima que el número de muertes aumentó en un 296% respecto el año 2000, con EEUU a la cabeza. (Informe anual del director OPS/OMS, 2019).

Existen tres grandes categorías en las cuales agrupar los elementos implicados en el consumo de sustancias psicoactivas (Garrido-Montesinos et al., 2018): la sustancia (estimulante o depresora), la situación del consumidor/a (personales e inmediatos) y las condiciones de contexto (cultura).¹

Una familia funcional despliega diversas acciones de ajuste ante los procesos de cambio en su ambiente, que pueden facilitar y promover su adaptación durante diversas crisis experimentadas a lo largo del ciclo de vida de la familia. Sin embargo, también es posible que tales acciones de ajuste tarden en desplegarse, desencadenando alteraciones en el funcionamiento del sistema familiar (Orte y Pozo, 2021).

Las Experiencias Adversas en la Infancia son situaciones altamente estresantes que, se viven o experimentan en la infancia, pero tienen repercusiones en la vida adulta. Las más

¹ La sustancia, afectando determinados neurotransmisores, deprimiendo o estimulando (o ambas) sus funciones; la situación del consumidor/a, que posee dos subcomponentes, personales (genética, conducta) e inmediatos (crianza, convivencia, modelos parentales, etc.) y; están las condiciones de contexto, relacionadas con la producción de sustancias (oferta y demanda), así como los factores culturales vinculados al consumo.

frecuentes son el maltrato (físico, verbal, o psicológico) y la disfunción familiar (Castillo et al., 2017).

Para Brown y Shillington (2017) existirían mayores probabilidades de que los niños, niñas y adolescentes desarrollen depresión, problemas de comportamiento, abuso de sustancias, ideas suicidas, experiencias psicóticas, entre otras, al experimentar experiencias adversas tempranas. Estas experiencias adversas pueden ser activas, cuando asumen la forma de abuso emocional o maltrato físico y, pasivas, cuando asumen la forma de negligencia emocional (Taillieu et al., 2016)(Casas-Muñoz et al., 2024).

Es posible afirmar que el cerebro en la adultez se activa como si el daño fuera presente y real, aunque hayan transcurrido años de los eventos traumáticos, vale decir, el pasado se experimenta en presente, por tanto, la mente y el cuerpo actúan acorde con ello (Lecannelier, 2018). Un efecto importante del maltrato es que produce daño cerebral específico según su tipo. Presenciar violencia intrafamiliar disminuye el volumen y grosor de la corteza visual, afectando la relación neuronal entre el sistema visual y límbico² (Jimenez, 2019).

El objetivo de la investigación fue establecer la relación entre Experiencias Adversas en la Infancia, Funcionalidad Familiar y Severidad en la dependencia a Sustancias Psicoactivas en adultos/as, considerando las 5 tipologías de trauma temprano de Felitti et al., (2019) y el Modelo Circumplejo de Olson para la Funcionalidad Familiar (cohesión y adaptabilidad) y sus respectivas tipologías familias (aglutinadas, estructuradas, caótica y flexible)(Grimaldo et al., 2020). Además, en su fase cualitativa, profundizó en la narrativa del trauma, desde el relato de vida de las personas en tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas.

CAPÍTULO 1: FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

² El abuso sexual, deriva en una reducción bilateral del volumen de materia gris, afectando posteriormente la memoria visual, además afecta porciones de la corteza somatosensorial.

1.1 Problema de investigación

El fenómeno del consumo y adicción a sustancias psicoactivas y alcohol aparece como uno de los problemas de salud mental más prevalentes a nivel mundial, agravado por lo complejo que resulta la intervención en estas personas, los altos costos asociados a los tratamientos y sus cuestionables resultados, además de la compleja o poco efectiva inserción social de los sujetos (Pozo et al., 2018), estos autores evidencian la existencia de una “puerta giratoria” en los centros de tratamiento para personas drogodependientes, sobre todo aquellos que padecen diagnóstico de “patología dual”³, cuando no se hace un abordaje integral para cada persona.

La cuestión del consumo y abuso de sustancias y sus alcances, preocupa a organismos y agencias internacionales, quienes buscan contribuir a los Estados en el abordaje oportuno y eficaz del fenómeno. Según cifras de La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y Delito cerca de 284 millones de personas entre los 15 y 64 años consumieron alguna droga durante el 2020, representando un aumento del 26% respecto a la década anterior. Se evidencia entonces, una especial preocupación por el aumento del consumo problemático y/o adicción en jóvenes y mujeres, siendo Latinoamérica una de las regiones en donde más personas menores de 35 años reciben tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. (United Nations Office on Drugs and Crime & Division for Treaty Affairs, 2022).

Para la Oficina de Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas el abordaje de los problemas derivados del tráfico y consumo de drogas debe ser integral, siendo

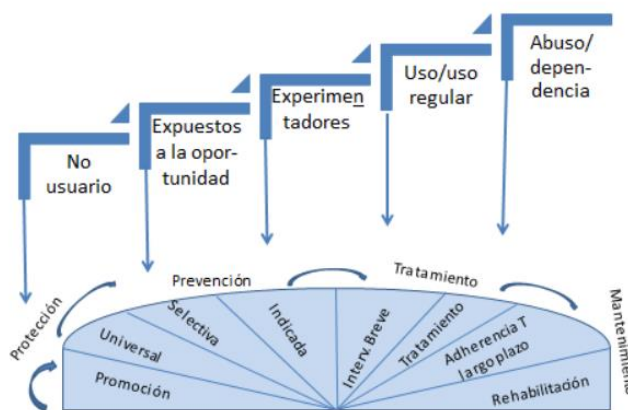
³ Se refiere a la coexistencia, en un mismo paciente, de una dependencia a una o más sustancias junto con otro trastorno psiquiátrico.

responsabilidad de los Estados miembros proteger, respetar y cumplir con el derecho a la salud de la población afectada, aportando recursos y garantizando la intervención en sus distintos niveles desde la oferta sanitaria (Mofokeng, 2022).

A su vez, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas plantea la necesidad de contar con un enfoque integral, equilibrado y multidisciplinario, sustentado en la evidencia, respetando los derechos humanos y las libertades fundamentales, en concordancia con el derecho internacional (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2020).

Existe un patrón evolutivo en el desarrollo de trastornos por dependencia a las sustancias psicoactivas (Figura 1), que va desde quienes no presentan consumo e inician en una fase experimental, hasta quienes debido a un aumento en la frecuencia y dosis pierden el control, presentando una conducta compulsiva e incapacidad de reconocer el daño que les produce (Organización de Los Estados Americanos, 2020).

Figura 1: Tipos de usuarios y necesidades de intervención



Fuente: Organización de Los Estados Americanos.

El fenómeno del abuso de sustancias psicoactivas es multicausal en su origen y desarrollo, es muy importante analizarlo y abordarlo como un problema sanitario, que altera

la salud física y mental de las personas, así como la de su entorno inmediato y las comunidades. Esto implica poner atención a la comorbilidad de las adicciones, ya que afectan de forma sistémica a la sociedad, elevando los costos de atención para los servicios de salud (Lara et al., 2018.).

El consumo de sustancias aumenta los costos sociales para el Estado. Un estudio reciente estima que en Cataluña (España) el año 2020, el 82 % del costo social total del consumo de drogas ilegales correspondió a costos directos, entre los cuales destaca un 30,32% en gastos del sistema penal, un 15,99% gastos por hospitalizaciones, un 13,48% gastos vinculados con seguridad o la policía, un 17,19% por concepto de farmacia, un 8,34% por gastos de tratamiento en centros especializados y 5,74 % por internación en comunidades terapéuticas. En dicho estudio, los costos indirectos representaron el 18% de los costes totales, principalmente siendo relacionados con pérdidas de productividad por muertes causadas por el consumo de drogas (Vella et al., 2022).

Según la CEPAL, la carga económica que significó para Chile el consumo de drogas en el año 2006 fue de al menos 266.744 millones de pesos. Esto equivale a más de 503 millones de dólares (de acuerdo con su valor nominal promedio en 2006), y representó el 0,45% del PIB del país en tal año (Fernández, 2012).

1.1.1 Abuso de sustancias y familia

Son muchas las dimensiones y factores que se conjugan para facilitar el inicio del consumo de sustancias y su posterior cronificación.

Existen 3 categorías en las cuales agrupar los elementos implicados en el consumo de sustancias psicoactivas: primero, la sustancia, que afecta determinados neurotransmisores, deprimiendo o estimulando (o ambas) sus funciones; en segundo lugar, la situación del consumidor/a, que posee dos subcomponentes, personales (genética, conducta) y relacionales (crianza, convivencia, modelos parentales, etc.) y; por último, las condiciones de contexto, relacionadas con la producción de sustancias (oferta y demanda) y otros factores culturales vinculados al consumo (Pons Diez, 2008).

Existen múltiples estudios que demuestran cómo el ambiente familiar, las relaciones parentales y los patrones de comportamiento observados durante la infancia pueden incidir en el riesgo de consumir drogas.

1. **Dinámicas Familiares:** La literatura sugiere que las disfunciones familiares, como la falta de cohesión, altos niveles de conflicto y falta de comunicación efectiva, pueden incrementar el riesgo de abuso de sustancias. Por ejemplo, estudios han mostrado que "las familias con altos niveles de disfunción tienden a tener una mayor prevalencia de consumo de drogas entre sus miembros jóvenes" (Gómez et al., 2019, p. 74).
2. **Modelos de Conducta:** Los padres y otros miembros de la familia suelen servir como modelos de comportamiento, ya sea positivo o negativo. Según Bandura (1986), el aprendizaje social juega un papel importante en la adopción de conductas como el consumo de drogas. Los hijos que observan a sus padres o familiares consumiendo

sustancias tienden a ver ese comportamiento como aceptable o normal, aumentando su propio riesgo de consumir.

3. **Factores de Protección Familiar:** Por otro lado, una familia que ofrece apoyo emocional, establece límites claros y promueve una buena comunicación puede actuar como un factor protector contra el consumo de drogas. Según un estudio, "el apoyo familiar ha sido identificado como un factor clave en la prevención del consumo de sustancias, actuando como una barrera frente a influencias externas" (Martínez & López, 2020, p. 85).
4. **Ciclos de Adicción:** Las investigaciones también muestran que las familias con antecedentes de abuso de sustancias tienen más probabilidades de ver perpetuados estos patrones a lo largo de generaciones. "La transmisión intergeneracional del abuso de sustancias es un fenómeno bien documentado, donde los hijos de padres con problemas de adicción son más propensos a desarrollar ellos mismos problemas de consumo" (Sánchez & Ramírez, 2021, p. 92).

Un concepto ampliamente utilizado en los Estudios de Familia es la funcionalidad o la disfuncionalidad familiar, referido al adecuado (o no) ejercicio de funciones tradicionales al interior del núcleo familiar. La funcionalidad familiar puede definirse como la capacidad de una familia para adaptarse a los cambios, resolver problemas, y ofrecer apoyo emocional y estructural a sus miembros. Una familia funcional es aquella que promueve el bienestar y la salud mental de todos sus integrantes. Según Rodríguez y Pérez (2021), "la funcionalidad familiar se refiere a la habilidad del sistema familiar para mantener un equilibrio entre sus relaciones internas, permitiendo la resolución eficaz de conflictos y la adaptación a las crisis" (p. 95).

Algunos factores claves en la funcionalidad familiar son: **Comunicación:** En las familias funcionales, la comunicación es clara y directa. En las disfuncionales, puede ser ambigua o pasiva-agresiva, lo que puede llevar a malentendidos y conflictos. La comunicación deficiente es uno de los indicadores más comunes de la disfuncionalidad familiar (Martínez & García, 2020). **Roles Familiares:** Los roles claros dentro de la familia permiten a los miembros saber qué se espera de ellos, mientras que en las familias disfuncionales, los roles pueden ser confusos o inapropiados. Las investigaciones muestran que "la confusión en los roles familiares puede llevar a la sobrecarga emocional y a la aparición de patrones de dependencia" (Pérez & López, 2019, p. 108). **Resolución de Conflictos:** Las familias funcionales enfrentan los conflictos de manera constructiva y encuentran soluciones cooperativas. Las familias disfuncionales, en cambio, pueden evitar los conflictos o recurrir a conductas destructivas, perpetuando los problemas (Sánchez et al., 2018).

1.1.2 Experiencias adversas en la infancia

Un constructo ampliamente estudiado a nivel internacional es el de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI, en inglés ACES: Childhood Adversity Experiences), en tanto componente que influye en y/o determina el desarrollo de muchas conductas en la adolescencia y adultez, poniendo en relieve el rol de los cuidadores o agentes formadores en la salud mental de las personas. Las Experiencias Adversas en la Infancia son situaciones altamente estresantes que se viven o experimentan en la infancia, pero tienen repercusiones en la vida adulta. Las más frecuentes son el maltrato (físico, verbal, o psicológico) y la disfunción familiar (Castillo Martínez et al., 2017).

Según Brown y Shillington (2017) existen mayores probabilidades de que los niños, niñas y adolescentes desarrollen depresión, problemas de comportamiento, abuso de sustancias, ideas suicidas, experiencias psicóticas, entre otras, al haber experimentado Experiencias Adversas Tempranas.

Desde un punto de vista sistémico, estos efectos negativos surgen en un primer nivel en el círculo familiar más cercano de los niños/as, pudiendo originarse en una acción o una negligencia/descuido. Suelen definirse estas experiencias como activas, cuando asumen la forma de abuso emocional o maltrato físico y, pasivas, cuando asumen la forma de negligencia emocional:

Las experiencias adversas son perjudiciales para los niños, perjuicio que puede ser intencional (abuso o maltrato físico o psicológico) o resultado de la omisión de la atención necesaria, a menudo se experimentan de manera prolongada, suscitan reacciones emocionales negativas, su efecto es acumulativo pues ocurren de manera solapada, y su efecto puede ser moderado por la resiliencia individual y las redes de apoyo con las que el niño o adolescente cuente (Vásquez, 2020, p.15).

Estas Experiencias Adversas además tienen un efecto incremental, se adicionan en el tiempo, amplificando así el efecto nocivo para los niños, niñas y adolescentes. Kalmakis y Chandler (2014) desarrollaron un metaanálisis sobre Experiencias Adversas en la Infancia, concluyendo que existen cinco características que un factor estresante debe cumplir para ser considerado como tal: ser dañino, crónico, angustiante, acumulativo y de gravedad variable.

Es importante comprender cómo la Experiencia Adversa Temprana se constituye en trauma y se hace presente en la adultez como algo vivido, desde el darse cuenta o expresada

en alguna conducta que altera la armonía propia y de los demás. Para Lecannelier (2018) la mente en la adultez se activa como si el daño fuese presente y real, aunque hayan transcurrido años de los eventos traumáticos, vale decir, el pasado se experimenta en presente, por tanto, la mente y el cuerpo actúan acorde con ello.

Muñoz-Jiménez (2020), expone algunas cifras recogidas en una colaboración entre Kaiser Permanente y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, develando importantes resultados:

La exposición a uno o más ACEs relacionados con el maltrato representa el 54 % del riesgo atribuible de la población de depresión, el 67 % del riesgo atribuible de intentos de suicidio y el 64 % del riesgo atribuible de adicción a las drogas ilícitas. La exposición a cinco o más ACEs se asoció con un aumento de 2, 3, 10 o 17 veces en el riesgo de recibir una prescripción de un medicamento ansiolítico, antidepresivo, antipsicótico o estabilizador del estado de ánimo, respectivamente (p.7).

Un aspecto importante respecto a las Experiencias Tempranas constitutivas de trauma es que la exposición al evento adverso impacta inclusive a nivel cerebral, alterando su estructura y funciones. Arias-Jiménez (2020) señala que un efecto importante del maltrato es que produce daño cerebral específico según el tipo de maltrato. El presenciar violencia intrafamiliar disminuye el volumen y grosor de la corteza visual, afectando la relación neuronal entre el sistema visual y límbico. El abuso sexual, deriva en una reducción bilateral del volumen de materia gris, afectando posteriormente la memoria visual, además, afecta porciones de la corteza somatosensorial (clítoris y área genital extendida). El abuso emocional, se vincula a un adelgazamiento de la corteza cingular y posterior izquierda y en las regiones laterales del precuneus, afectando la autoconciencia y la autoevaluación. Con lo

anterior, se hace de vital importancia comprender el consumo con causas y efectos desde una perspectiva holística histórica, situando a los sujetos en el centro de dicha construcción explorativa y explicativa.

1.2.- Marco teórico

A continuación, se presentan una serie de antecedentes que permitirán delimitar los conceptos y referentes teórico-empíricos que sustentaron la investigación, permitiendo una mayor comprensión de las variables centrales en su especificidad y en su relación.

1.2.1.- Marco teórico conceptual

Se exponen en este apartado, desde la revisión teórica, los conceptos centrales del estudio y sus respectivas taxonomías.

1.2.1.1.- Experiencias Adversas en la infancia

Las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) se refieren a eventos traumáticos o situaciones estresantes significativas que ocurren durante la niñez, generalmente antes de los 18 años, y que tienen un impacto negativo duradero en el desarrollo físico, emocional y social de un individuo (Bethell et al., 2020). Estas experiencias pueden incluir abuso físico, emocional o sexual, negligencia, violencia doméstica, separación parental, y otros factores relacionados con el entorno familiar o comunitario (Merrick et al., 2020).

El impacto de las EAI en el desarrollo infantil es profundo y multifacético. Se ha demostrado que las EAI afectan el desarrollo neurológico, cognitivo y emocional de los niños, aumentando el riesgo de problemas de salud mental y física a largo plazo (Hughes et al., 2021). Las EAI también se asocian con dificultades en el rendimiento académico, conductas de riesgo, y problemas en la formación de relaciones sociales saludables (Racine et al., 2022).

Taxonomía de las Experiencias Adversas

La clasificación de las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) realizada por Vincent J. Felitti y sus colegas (1998) es uno de los estudios más influyentes sobre EAI, llevado a cabo en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos. Este estudio identificó diez tipos principales de experiencias adversas que se agrupan en tres categorías principales: abuso, negligencia, y disfunción familiar.

1. Abuso:

- Abuso físico: Golpes, golpes severos, u otras formas de agresión física.
- Abuso emocional: Insultos, humillaciones, amenazas, o cualquier tipo de conducta que degrade emocionalmente al niño.
- Abuso sexual: Cualquier forma de contacto sexual inapropiado o explotación sexual de un menor.

2. Negligencia:

- Negligencia física: Falta de atención a las necesidades físicas básicas del niño, como comida, ropa, refugio, y cuidado médico adecuado.
- Negligencia emocional: Falta de apoyo emocional, afecto, y atención a las necesidades emocionales del niño.

3. Disfunción Familiar:

- Divorcio o separación de los padres: La separación de los padres, especialmente cuando es conflictiva o abrupta, puede tener un impacto negativo en el bienestar del niño.
- Violencia doméstica: Presenciar actos de violencia entre los padres o cuidadores en el hogar.

- Presencia de un miembro de la familia con trastornos mentales: Vivir con un miembro de la familia que tiene trastornos mentales, como depresión, ansiedad, o esquizofrenia.
- Alcoholismo o abuso de sustancias en el hogar: La convivencia con un miembro de la familia que abusa de alcohol o drogas.
- Incarceración de un miembro de la familia: Tener un padre u otro miembro cercano de la familia encarcelado.

El estudio de Felitti y sus colegas demostró que a medida que aumenta el número de experiencias adversas vividas en la infancia, también aumenta el riesgo de problemas de salud física y mental en la vida adulta. Estos problemas pueden incluir enfermedades crónicas, trastornos de salud mental, conductas de riesgo, y reducción de la esperanza de vida.

David Finkelhor (2015), un destacado investigador en el campo de la victimología y la violencia infantil, propuso una clasificación ampliada de las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) que va más allá de la clasificación original de Felitti. Finkelhor y sus colegas argumentaron que la clasificación tradicional de EAI no capturaba completamente la gama de experiencias traumáticas a las que los niños pueden estar expuestos. Por ello, ampliaron el concepto para incluir una mayor variedad de factores estresantes y traumáticos.

Finkelhor propuso cuatro categorías principales de experiencias adversas en la infancia, que incluyen tanto las categorías tradicionales de abuso y disfunción familiar, como otras formas de victimización y adversidades:

1. Abuso:

- Abuso físico: Daño corporal intencionado infligido por un cuidador o adulto.
- Abuso emocional: Amenazas, humillación, o cualquier forma de maltrato psicológico.

- Abuso sexual: Cualquier forma de actividad sexual no deseada o inapropiada impuesta a un menor.

2. Negligencia:

- Negligencia física: Falta de provisión de necesidades físicas básicas.

- Negligencia emocional: Falta de apoyo emocional y afecto, lo que deja al niño sin una red de apoyo.

3. Dificultades en el Hogar:

- Violencia intrafamiliar: Presencia de violencia entre padres o cuidadores.

- Alcoholismo o abuso de sustancias: Exposición a un miembro del hogar que abusa de alcohol o drogas.

- Problemas de salud mental de un familiar: Convivencia con un miembro de la familia que tiene trastornos mentales.

- Separación o divorcio de los padres: Ruptura del núcleo familiar.

- Incarceración de un miembro de la familia: Un padre u otro familiar cercano encarcelado.

4. Victimización por Pares y Comunidad:

- Acoso escolar (bullying): Victimización por parte de compañeros en la escuela o en la comunidad.

- Violencia en la comunidad: Exposición a la violencia en el vecindario o comunidad, incluyendo tiroteos, robos o violencia callejera.

- Pobreza extrema: Vivir en condiciones de pobreza severa que afectan el bienestar físico y emocional del niño.

- Discriminación: Experiencias de discriminación racial, étnica, de género u orientación sexual.

La ampliación de la clasificación de EAI por Finkelhor subraya la necesidad de considerar una variedad más amplia de factores que pueden impactar negativamente el desarrollo infantil. Al incluir elementos como el bullying, la violencia comunitaria y la pobreza, esta clasificación ofrece una visión más integral de las experiencias adversas que pueden afectar a los niños.

1.2.1.2.- Funcionalidad y disfunción familiar.

La funcionalidad familiar se refiere a la capacidad de una familia para cumplir adecuadamente con sus roles y funciones para mantener el bienestar y desarrollo de sus miembros. Una familia funcional es aquella que proporciona un ambiente seguro, afectivo, y de apoyo, donde las necesidades emocionales, físicas y sociales de cada miembro son atendidas de manera efectiva. Este concepto abarca aspectos como la comunicación, la cohesión, la adaptabilidad, la resolución de problemas, y la afectividad en el contexto familiar (Olson, 2021).

La funcionalidad familiar es crucial para el desarrollo saludable de los individuos, especialmente en la infancia y adolescencia. Una familia funcional fomenta el crecimiento personal, la autoestima, y la resiliencia, mientras que una disfuncional puede contribuir a problemas emocionales, de comportamiento, y de salud mental (Rivera & Vélez, 2020). En términos clínicos, la funcionalidad familiar se evalúa a través de herramientas como el Modelo Circumplejo de Olson, que mide la cohesión y adaptabilidad de la familia, aspectos clave para determinar la funcionalidad (Gorall, Tiesel, & Olson, 2016).

Este concepto es fundamental en la terapia familiar y la intervención psicosocial, ya que permite identificar las dinámicas familiares que pueden ser beneficiosas o perjudiciales para sus miembros.

Una familia disfuncional es aquella en la que las interacciones y dinámicas entre sus miembros son perjudiciales para su bienestar emocional, psicológico y, en algunos casos, físico. En una familia disfuncional, los patrones de comportamiento son caóticos, conflictivos, o insanos, lo que impide a los miembros de la familia satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas de apoyo emocional, seguridad, y desarrollo personal (Cummings & Schatz, 2021).

Las características comunes de una familia disfuncional incluyen una comunicación deficiente, falta de cohesión, roles familiares desorganizados o invertidos, y la presencia de abuso o negligencia. Estas dinámicas pueden llevar a problemas significativos en los individuos, como baja autoestima, dificultades en las relaciones interpersonales, y una mayor vulnerabilidad a trastornos de salud mental (Walsh, 2020). Las familias disfuncionales también tienden a reproducir estos patrones en las generaciones posteriores, perpetuando ciclos de comportamiento negativo y trauma (Briere & Scott, 2021).

1.2.1.3.- Dependencia a sustancias psicoactivas.

La dependencia a sustancias psicoactivas se refiere a un estado crónico y compulsivo en el que una persona siente una necesidad irresistible de consumir una droga o sustancia que altera el estado mental. Esta dependencia se caracteriza por la presencia de tolerancia (necesidad de consumir dosis mayores para lograr el mismo efecto), síndrome de abstinencia (reacciones físicas o emocionales al no consumir la sustancia), y un patrón de uso continuado a pesar de las consecuencias negativas (American Psychiatric Association [APA], 2022).

La dependencia a sustancias psicoactivas está profundamente relacionada con los sistemas neurobiológicos del cerebro, particularmente los circuitos de recompensa y motivación, que involucran neurotransmisores como la dopamina. El uso repetido de

sustancias puede llevar a cambios en la estructura y función cerebral, lo que perpetúa el ciclo de dependencia al alterar la forma en que el cerebro experimenta placer y refuerza la conducta adictiva (Volkow & Koob, 2021).

Existen múltiples factores de riesgo que pueden aumentar la vulnerabilidad a la dependencia a sustancias psicoactivas, incluyendo predisposición genética, trastornos de salud mental coexistentes, exposición a un entorno social donde el consumo de sustancias es prevalente, y experiencias adversas en la infancia (EAI) (Sinha, 2020). Además, factores como el estrés, la falta de apoyo social, y la disponibilidad de sustancias pueden actuar como catalizadores en el desarrollo de la dependencia (Koob & Mason, 2020).

La dependencia a sustancias psicoactivas tiene un impacto devastador en el individuo y su entorno social. A nivel individual, puede llevar a la pérdida de control sobre la vida personal, problemas de salud física y mental, y un deterioro significativo en la calidad de vida. A nivel social, puede causar conflictos familiares, problemas legales, desempleo, y un incremento en la carga para los sistemas de salud y justicia (Jones & McEwen, 2021).

El tratamiento de la dependencia a sustancias psicoactivas generalmente requiere un enfoque multidisciplinario que incluye intervenciones médicas, psicológicas y sociales. Las terapias farmacológicas, como el uso de agonistas o antagonistas de los receptores de opioides, junto con la psicoterapia cognitivo-conductual, han demostrado ser eficaces. Además, los programas de rehabilitación que integran apoyo social, educación y prevención de recaídas son esenciales para el tratamiento exitoso (Marlatt & Witkiewitz, 2020).

Severidad de la Dependencia a Sustancias Psicoactivas

La severidad de la dependencia a sustancias psicoactivas se refiere al grado en que el consumo de una sustancia afecta negativamente la vida de una persona, tanto en términos de

la cantidad de síntomas presentes como de su impacto en el funcionamiento diario. Esta severidad es evaluada en función de varios criterios, como la cantidad de sustancias consumidas, la frecuencia del uso, la presencia de síntomas de abstinencia, la tolerancia, y las consecuencias negativas en áreas como la salud física y mental, las relaciones interpersonales, y el rendimiento laboral o académico (American Psychiatric Association [APA], 2022).

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) de la APA clasifica la severidad de la dependencia en leve, moderada o grave, en función del número de criterios diagnósticos que se cumplen. Por ejemplo:

- Leve: Presencia de 2 a 3 síntomas.
- Moderada: Presencia de 4 a 5 síntomas.
- Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Estos síntomas incluyen el deseo intenso de consumir la sustancia, incapacidad para reducir o controlar el uso, pasar mucho tiempo obteniendo o usando la sustancia, y continuar su uso a pesar de conocer las consecuencias negativas significativas (APA, 2022).

La severidad de la dependencia tiene implicaciones directas en el pronóstico y la elección del tratamiento. Las personas con dependencia severa suelen experimentar mayores dificultades para lograr la abstinencia, mayor riesgo de recaídas, y pueden necesitar intervenciones más intensivas, como programas de desintoxicación, terapia conductual intensiva, y apoyo continuo a largo plazo (Volkow & Koob, 2021). Además, la severidad puede estar asociada con comorbilidades, como trastornos de ansiedad o depresión, que también deben ser abordadas en el tratamiento (Koob & Volkow, 2016).

1.2.2.- Marco empírico (estado del arte)

A continuación, se exponen los hallazgos más relevantes respecto Experiencias Adversas en la Infancia y su relación con la funcionalidad familiar y la severidad de la dependencia a sustancias psicoactivas.

1.2.2.1.- Experiencias Adversas en la Infancia y severidad de la dependencia.

Estudios recientes han confirmado que la exposición a múltiples EAI incrementa la probabilidad de desarrollar una dependencia severa a sustancias psicoactivas. Un meta-análisis de Hughes et al. (2020) encontró que la acumulación de EAI está directamente correlacionada con la gravedad de la adicción, con un aumento en la severidad a medida que crece el número de EAI experimentadas. Este hallazgo subraya la naturaleza dosis-respuesta entre las EAI y la dependencia a sustancias, destacando la importancia de la intervención temprana.

El trabajo de McCrory et al. (2022) sugiere que las EAI afectan las vías dopaminérgicas del cerebro, alterando los sistemas de recompensa y aumentando la probabilidad de dependencia severa. Estos cambios neurobiológicos son particularmente prominentes en individuos con historia de trauma repetido, lo que puede resultar en una mayor necesidad de auto-medicación con sustancias psicoactivas.

Los factores psicosociales continúan siendo un área crítica de investigación. Bellis et al. (2019) señalaron que la interacción entre EAI y condiciones socioeconómicas adversas exacerba la severidad de la dependencia a sustancias. Además, se ha demostrado que la presencia de comorbilidades como el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión, común en individuos con EAI, complica el tratamiento y está asociada con una dependencia más grave (Fitzgerald et al., 2020).

Recientes avances en intervenciones terapéuticas han mostrado que los enfoques que integran el tratamiento de traumas y la adicción son más efectivos. Según un estudio de LeTendre y Reed (2020), las terapias que combinan enfoques de trauma y cognitivo-conductuales han reducido la severidad de la adicción en pacientes con antecedentes de EAI. Además, la investigación en prevención ha destacado la importancia de programas dirigidos a poblaciones vulnerables, con un enfoque en la resiliencia y el apoyo social (Zarse et al., 2019).

1.2.2.2.- Experiencias Adversas en la Infancia y disfunción familiar.

La disfunción familiar puede tomar diversas formas, incluyendo la ausencia de comunicación efectiva, la violencia intrafamiliar y la falta de apoyo emocional (Olson & Wilson, 1982). Los modelos de comunicación disfuncionales pueden llevar al desarrollo de trastornos del comportamiento y problemas emocionales en los niños (Chase-Lansdale et al., 2003).

Las investigaciones sugieren que la disfunción familiar es un potente predictor de EAI. Un ambiente familiar disfuncional puede aumentar la vulnerabilidad de un niño a experimentar traumas. Por ejemplo, el abuso físico y emocional son más frecuentes en hogares donde existe violencia (Stith et al., 2009). Estas experiencias pueden perpetuarse en generaciones, formando un ciclo de disfunción y trauma (Widom, 1999).

1.2.2.3.- Disfunción familiar y Severidad de la dependencia

Se ha documentado ampliamente que la disfunción familiar, caracterizada por una comunicación deficiente, altos niveles de conflicto, y falta de cohesión, es un factor de riesgo significativo para la iniciación y el mantenimiento del uso de sustancias. Las familias

disfuncionales pueden proporcionar un entorno que refuerza comportamientos de riesgo, limitando la capacidad de los individuos para desarrollar mecanismos de afrontamiento saludables (Xia et al., 2022) (Karakaş y Ersöğütçü, 2023).

Los estudios han mostrado un aspecto recurrente denominado ciclo de Retroalimentación Negativa, en donde el abuso de sustancias puede, a su vez, exacerbar la disfunción familiar, creando un ciclo de retroalimentación negativa. Las tensiones y conflictos resultantes del uso de sustancias pueden agravar la disfunción familiar existente, lo que, a su vez, refuerza el consumo de sustancias como un mecanismo de afrontamiento (Lander et al., 2019) (Lüscher et al., 2020).

Dada la influencia significativa de la familia en el desarrollo de la dependencia a sustancias, se han desarrollado y potenciado las intervenciones centradas en la familia. Estas intervenciones buscan mejorar la dinámica familiar, fortalecer la comunicación y proporcionar apoyo emocional, con el objetivo de reducir la dependencia de sustancias y mejorar los resultados de tratamiento (Groenewald y Bhana, 2016).

Algunas cifras:

- Un estudio reciente en la Universidad de Cartagena, Colombia, con estudiantes de Odontología arrojó que un 55% de ellos/ellas experimentó alguna Experiencia Adversas en la Infancia, siendo la más frecuente el abuso emocional (Guzmán et al.,2023).
- Wang et al. (2019) en un estudio llevado a cabo con 989 estudiantes universitarios chinos, indicaron que el 43.9% de los estudiantes habían experimentado al menos una experiencia adversa en su infancia y el predictor más fuerte de ideación suicida en la adultez

fue el aislamiento/rechazo de los compañeros, seguido por la negligencia emocional y luego por el bajo nivel socioeconómico.

- Otro estudio plantea la conexión entre el apego inseguro a los padres o cuidadores primarios y las experiencias traumáticas en la infancia, como factores que aumentan el riesgo de conductas autolesivas en adolescentes. Los resultados señalan que las experiencias de trauma infantil están marcadas principalmente por el maltrato físico y psicológico, junto con la negligencia por parte de los padres o cuidadores (Reinosa et al., 2023).
- Vega (2023) en su estudio llevado a cabo en Chile con 63 cuidadores/as de NNA que sufrieron abuso sexual concluyó que no existen correlaciones estadísticamente significativas entre la polivictimización en los niños y niñas, y la vivencia de Experiencias Adversas en la infancia en sus cuidadores/as. Tampoco se encontró relación entre el número total de polivictimización y el puntaje total del instrumento CTQ, también utilizado en este estudio.
- Existe una alta asociación entre tipos de abuso en la infancia y el desarrollo del trastorno de personalidad limítrofe (TLP). Bozzatello et al. (2021) dieron cuenta de la asociación clínicamente significativa entre un historial de maltrato en la infancia y el desarrollo de TLP, evidenciando su impacto en la salud mental.

1.2.3.- Marco teórico referencial

En este apartado se presentan algunos enfoques, teorías y modelos teórico-prácticos desde los cuales se ha observado el fenómeno en estudio, y que proporcionan sustento para su comprensión y posteriores análisis de la presente investigación.

1.2.3.1.- Modelo Circumplejo de Olson

Olson et al. (1979) elaboraron el Modelo Circumplejo de los Sistemas Maritales y Familiares, el cual tomaba en cuenta dos dimensiones: la cohesión y la adaptabilidad (también conocida como “flexibilidad”); cuya combinación permite identificar 16 tipos de familia. Unos años después, en 1983, se agrega una tercera dimensión: la comunicación, considerada una dimensión facilitadora al ser fundamental para el movimiento de las otras dos. Por tanto, la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación son las tres dimensiones que definen y permiten entender el constructo “funcionamiento familiar”.

Dimensiones del modelo

Cohesión: La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de una familia. En otras palabras, se refiere al nivel de afecto o desapego entre los miembros de una familia (Schmidt et al., 2010). De acuerdo con Olson et al. (1979), la definición del término utilizado en el modelo tiene dos componentes: los lazos afectivos que los miembros de la familia se tienen entre sí y, el grado de autonomía que cada miembro experimenta dentro del sistema familiar.

Para conocer el grado de cohesión dentro de la familia (Aguilar, 2017; Olson et al., 1979), se utilizan los siguientes indicadores:

- Vinculación emocional: Unión de los miembros de la familia.
- Límites: Permiten a la familia socializar sin perder su unidad.
- Coaliciones: Se dan cuando algún miembro de la familia se alía con otro(s).
- Espacio y tiempo: Estilo de la familia al momento de compartir espacios y tiempo juntos.
- Amigos: Aprobación de la familia hacia los amigos de sus miembros.
- Toma de decisiones: Se da cuando la familia concuerda y toma decisiones conjuntamente.
- Recreación: Compartir pasatiempos y actividades de esparcimiento en familia.

Dependiendo del grado de cohesión, se pueden identificar cuatro tipos de familia: No relacionada, semi relacionada, relacionada y aglutinada (Olson et al., 1979; Olson, 1999; Sigüenza, 2015).

- **Familia no relacionada.** Prima el “yo”. No se han cultivado los vínculos familiares. Es evidente la extrema independencia y autonomía personal, en donde cada miembro de la familia es un subsistema. Las decisiones, actividades y amigos son individuales, mas no familiares. Hay propensión al distanciamiento físico y emocional, se evidencia falta de lealtad, límites generacionales rígidos, tienen poco en común y no comparten tiempo juntos.
- **Familia semi relacionada.** Prima el “yo” con presencia del “nosotros”. Hay un poco de ausencia emocional entre los miembros de la familia, pero no al nivel de la cohesión desligada. Prevalece la moderada independencia e individualidad de sus miembros. Las decisiones, actividades y amigos tienden a ser individuales, aunque las dos últimas, en

ocasiones, pueden ser familiares. Los límites generacionales son claros. Disponen de algún tiempo para departir en familia y llegar a ciertos acuerdos.

- **Familia relacionada.** El “nosotros” prima con la existencia del “yo”. Los vínculos se caracterizan por ser íntimos, honestos y de confianza. Hay cierta dependencia hacia la familia. Las actividades pueden darse tanto individualmente como en común, aunque prefieren estas últimas. Los límites generacionales son claros y las decisiones importantes se toman conjuntamente. Se la conoce también como “familia unida” o “familia conectada”. Martínez et al. (2014) manifiesta que, de acuerdo con Olson, la principal diferencia entre la familia separada y la familia relacionada es el grado de vinculación emocional entre sus miembros.
- **Familia aglutinada.** Prima el “nosotros”. Los vínculos son tan intensos que no dejan lugar para el desarrollo individual, la independencia, ni la autonomía personal. La toma de decisiones es en función de los deseos del grupo; y el tiempo, los amigos y las actividades deben compartirse en familia. Se evidencia un altísimo grado de lealtad entre sus miembros. Los límites generacionales son borrosos.

Las hipótesis del modelo indican que los niveles centrados o balanceados de cohesión (familia semi relacionada y familia relacionada) representarían un funcionamiento familiar saludable; mientras que los niveles extremos (familia desligada y familia aglutinada) implicarían un funcionamiento familiar más problemático (Costa et al., 2009; Olson et al., 1979; Olson, 1999).

La segunda dimensión que nos va a permitir entender el constructo de “funcionamiento familiar” es: **Adaptabilidad.** Olson et al. (1979) indican que la adaptabilidad es “la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas

de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo” (p. 8). Es el balance de la estabilidad versus el cambio (Olson, 1999, 2000).

Diversos autores (Costa et al., 2009; Ferrer-Honores et al., 2014; Schmidt et al., 2010; Sigüenza, 2015) coinciden en que la adaptabilidad es la plasticidad o capacidad de cambio de la familia respecto a su liderazgo, organización, estructura, roles y reglas; con el fin de adecuarse a los permanentes cambios que suceden (edades de sus miembros, composición familiar, crecimiento de los hijos, jubilación, etc.).

Los indicadores para conocer el grado de adaptabilidad son (Aguilar, 2017; Costa et al., 2009; Olson y Craddock, 1980; Olson et al., 1979; Olson, 1999):

- Poder: Consiste en la capacidad de liderazgo de los padres. El objetivo es llegar a acuerdos y resolver problemas de manera conjunta (asertividad, control y disciplina).
- Estilos de negociación: Se refiere a las estrategias que aplica la familia para resolver problemas.
- Relaciones de rol: Se refiere a cómo se organiza la familia para la colaboración conjunta de sus miembros en cuanto a sus compromisos domésticos.
- Reglas relacionales: Se refiere a qué tan claras son las normas que deben seguir los miembros de la familia.
- Asertividad: Capacidad de los miembros de la familia para expresar sus opiniones y sentimientos con respeto y sin restricción alguna.
- Retroalimentación: Se tiene dos tipos, positiva (impulsar el cambio) y negativa (lucha por mantener el statu quo).

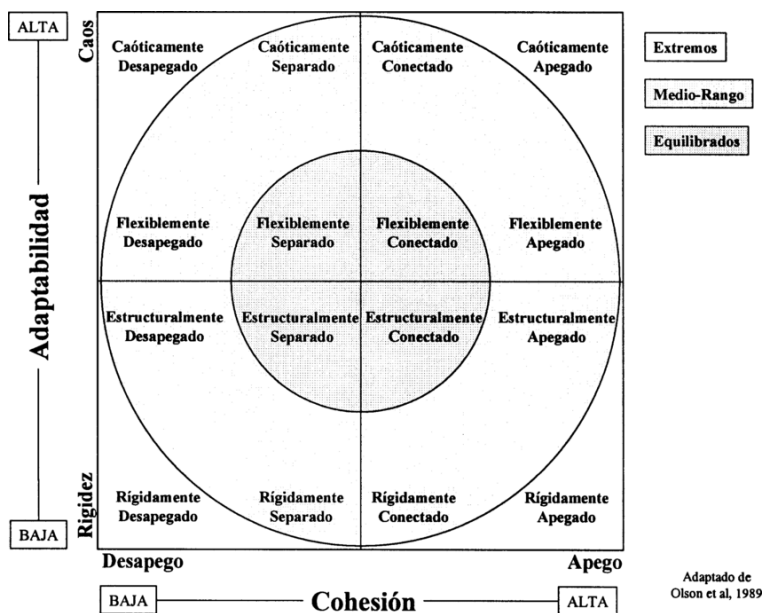
Dependiendo del grado de adaptabilidad, se pueden identificar cuatro tipos de familia: rígida, estructurada, flexible y caótica (Aguilar, 2017; Montoya, 2019; Olson et al., 1979; Olson, 1999; Sigüenza, 2015; Sigüenza et al., 2017):

- **Familia rígida.** Se caracteriza por su liderazgo autoritario y excesivo control parental, donde los padres no proponen las ideas, más bien, las imponen, impidiendo la negociación. La disciplina es muy estricta y sin lugar a cambios, pues las reglas deben seguirse estrictamente. Los roles son fijos y estereotipados. Representa una baja adaptabilidad.
- **Familia estructurada.** Se caracteriza por su liderazgo en ocasiones compartido y con cierto grado de democracia, abierto al cambio si así los miembros de la familia lo solicitan. Los padres toman las decisiones y las reglas se hacen cumplir. Si bien los roles son estables, pueden compartirse. Adaptabilidad centrada.
- **Familia flexible.** Se caracteriza por su disciplina democrática y liderazgo flexible. Se toma en cuenta la opinión de los miembros de la familia y se dan cambios de ser necesario. Todos son tratados por igual y hay consenso en la toma de decisiones. Las reglas se hacen cumplir con flexibilidad y algunas cambian. Los roles son compartidos. adaptabilidad centrada.
- **Familia caótica.** Se caracteriza por su ausencia de liderazgo y su disciplina variable, poco severa o ausente. Las reglas cambian frecuentemente y los padres toman decisiones de manera impulsiva. Los roles no son claros, pues cambian al azar o no están definidos. Representa una máxima adaptabilidad.

Las hipótesis del modelo indican que los niveles centrados o balanceados de adaptabilidad (familia estructurada y familia flexible) representarían un funcionamiento familiar saludable, mientras que los niveles extremos (familia rígida y familia caótica)

implicarían un funcionamiento familiar más problemático. Esto se debería a que las familias necesitan tanto de la estabilidad como de la capacidad de cambio para poder ser funcionales (Costa et al., 2009; Olson et al., 1979; Olson, 1999).

Figura 2: Moldeo Circumplejo de Olson.



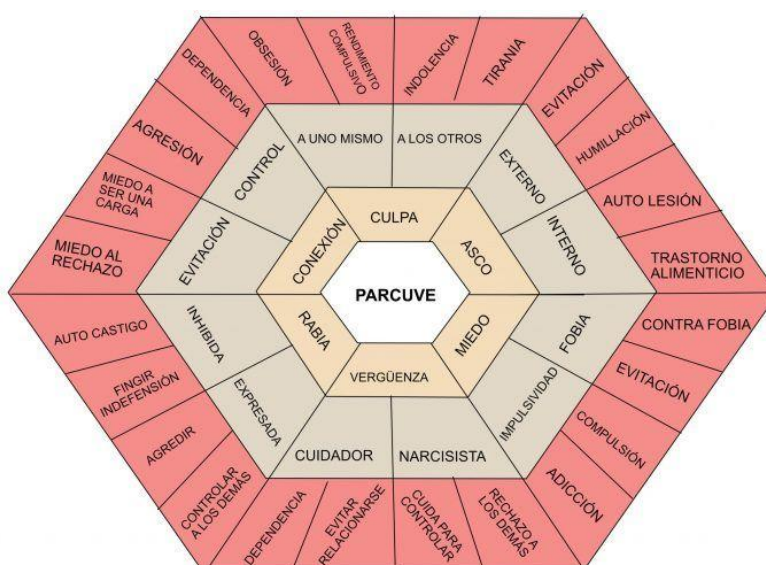
Fuente: Olson et al., 1979.

Tal como se puede apreciar en la Figura 2, la combinación de los cuatro niveles de la cohesión con los cuatro niveles de la adaptación permite estructurar los 16 tipos de familia. Los cuatro tipos centrales representan el equilibrio en la cohesión y en la adaptación, siendo funcionales para el desarrollo de la persona y la familia; en cambio, los cuatro tipos extremos representan familias disfuncionales, es decir, desorganizadas y rígidas (Montoya, 2019).

1.2.3.2.- Modelo PARCUVE, Manuel Hernández (2020)

El modelo PARCUVE es un acróstico de (P) pánico, (A) ansiedad, (R) rabia, (CU) culpa y (VE) vergüenza. Además, el autor sumó el Asco, por su importancia en psicopatología. Fue desarrollado por el psicólogo Manuel Hernández (2020), quién pensó en un modelo teórico-práctico para la psicoterapia y abordaje de los traumas tempranos con un rol protagónico de las personas tratadas y la comprensión de su historia, proponiendo para ello una jerarquía ontogénica de las emociones y sus correlatos conductuales (Figura 2).

Figura 3: Modelo PARCUVE, propuesta de Manuel Hernández



Fuente: Manuel Hernández, 2020

Como se puede observar la matriz está compuesta por tres anillos. En el primer anillo el autor describe las cinco emociones del modelo PARCUVE, más el asco que tiene una gran importancia en la psicopatología (Hernández, 2020). Estas seis emociones son:

- **Pánico o conexión:** Se refiere a la necesidad de los seres humanos de conectar y también al miedo a sufrir por culpa de esa conexión. Se puede tener miedo al rechazo o a ser absorbido por una relación por ejemplo, pero también se puede depender de los demás o querer controlarlos.
- **Miedo:** Se refiere a las situaciones que provocan miedo o fobia, que pueden ser a objetos, pero también a situaciones interpersonales. El autor las define como fobias tangibles e intangibles.
- **Rabia:** Esta emoción tan importante es defensiva o sirve para imponerse u obtener rango. Es de suma importancia en el apego porque puede ir hacia uno mismo dando apegos más evitativos o hacia fuera dando apegos más ansiosos.
- **Culpa:** Esta y la vergüenza sirven para regular la conducta social. Esta es una emoción puramente cognitiva heredada de los mamíferos para poder regular la empatía.
- **Vergüenza:** Es una emoción somática, que ayuda a no tener comportamientos que puedan ser rechazados por los demás, es heredada de los mamíferos para aceptar las reglas sociales y las jerarquías.
- **Asco:** Es una sensación, muy relacionada con los olores y sabores, pero en los seres humanos contamina el aspecto físico y es muy frecuente en abusos sexuales y en trastornos alimenticios.

En el siguiente anillo el autor plantea diferentes acciones que se pueden realizar para poder sostener el malestar o ansiedad asociada a cada una de estas emociones:

- El pánico o falta de conexión puede dar lugar, partiendo del mismo lugar, a dos acciones completamente diferentes:
 - Evitación como forma de no volver a sufrir la sensación de soledad.

- Control como forma de no percibir más el rechazo o el abandono
- El miedo, igual que en el caso anterior puede dar dos extremos:
 - Fobia, evitar cualquier miedo no enfrentándose a él.
 - Impulsividad: Hacer una acción muy intensa que genere bienestar y evite la ansiedad o el miedo.
- La rabia, puede ir hacia fuera o hacia dentro:
 - Cuando va hacia dentro se convierte en frustración, culpa, autolesiones, voces críticas, etc.. es frecuente en las personas de apego evitativo.
 - Cuando va hacia fuera se trata de controlar a los demás mediante la manipulación, es frecuente en las personas de apego ansioso.
- La culpa como la rabia puede ir hacia uno mismo o hacia los demás:
 - La culpa hacia dentro hace que la persona se atribuya todo lo malo que le ocurre pudiendo incapacitarle.
 - La culpa hacia fuera provoca que uno nunca aprenda y evolucione pues siempre se culpa a los demás.
- La vergüenza puede dar lugar a:
 - Personas cuidadoras, que sienten que solo me querrán por lo que yo haga nadie por lo que soy.
 - Narcisistas que sienten que no pueden permitirse volver a sentir ninguna emoción de rechazo y humillan y someten a todos.
- El asco puede ser a algo interno o propio o ajeno:
 - El asco hacia uno mismo se refiere generalmente al propio cuerpo, provocando el autorechazo.

- El asco hacia fuera está relacionado con la comida, el sexo o cualquier cosa que se considere sucia.

Hernández (2020) propone además (sin afán de estereotipar) diferentes tipos de personalidades, permitiendo entender su forma de sobrevivir y comportarse cuando se sienten amenazados.

- **CULPA**

- Obsesión: Esta es una tendencia a culparse uno mismo de forma recurrente, se trata de buscar una reparación imposible, Si bien hay muchos tipos de obsesiones casi siempre detrás está la rabia y la culpa.

- Rendimiento compulsivo: Estas personas son muy autosuficientes y se exigen mucho. Son muy responsables y estando siempre ocupados no sienten ansiedad ni malestar.

- Indolencia: Culpan a los demás de sus problemas pero no tratan de controlarlos siempre que se cumpla con lo que desean. Hacen siempre atribuciones externas.

- Tiranía: Son aquellas personas muy exigentes consigo mismos, a menudo triunfadoras, pero que cuando algo sale mal culpan a los demás.

- **ASCO**

- Evitación. Se trata de evitar aquello que da asco, cuando hablamos de psicopatología es muy frecuente en las relaciones sexuales, en personas que se ven repugnantes y en TOC de limpieza.

- Humillación. Es la forma de personas agresivas de humillar a los demás haciéndoles sentir despreciables (asquerosos).

- Autolesión: A menudo las personas se autolesionan porque sienten asco de su cuerpo y quieren castigarlo de algún modo.

- Trastorno alimenticio: Las personas con estos trastornos (con la excepción de algunas personas obesas), sienten asco de su cuerpo, les repugna y creen que les repugnarán a los demás.

- **MIEDO**

- Contrafobia: Es cuando una persona para vencer un miedo toma una postura contraria pero igualmente patológica. Por ejemplo, sentir asco de uno mismo y mostrarse constantemente, es una manera de ponerse a prueba a uno mismo de forma constante.

- Evitación. Es el mecanismo fóbico por excelencia, consiste en evitar aquello que nos provoca miedo o rechazo.

- Compulsión: A menudo las personas pueden hacer conductas repetitivas (compulsivas) como manera de no sentir ansiedad o miedo. Una acción evita pensar en la que da miedo.

- Adicción: Son estas las conductas impulsivas donde se hacen acciones que resultan beneficiosas a corto plazo para vencer la ansiedad pero resultan terribles a medio y largo plazo.

- **VERGÜENZA**

- Rechazo a los demás. Es una manera de no sentir el rechazo a uno mismo. Rechazar a los demás evita que nadie pueda acercarse lo suficiente para ser peligroso.

- Cuida para controlar. Son personas manipuladoras que cuidan de los demás para conseguir sus fines. Si no lo logran avergonzarán a los demás su conducta, son falsos cuidadores, son muy narcisistas.

- Evita relacionarse: El miedo interpersonal le paraliza y evita relacionarse por miedo a ser humillado, rechazado o dañado.
- Dependencia. El miedo a la soledad hace que sea muy dependiente de los demás. Al bajar su autoestima puede permanecer con personas que la maltratan o humillen.

- **RABIA**

- Controlar a los demás. La rabia puede servir para conseguir rango o poder. Son manipuladores y fríos, usan una rabia fría.
- Agredir. Son agresivos, Al manifestar rabia puede lograr que los demás (especialmente los más débiles) se sometan. Usan una rabia caliente.
- Fingir indefensión. Es una manera de manipulación, fingen debilidad para conseguir atención y poder controlar a los demás.
- Auto castigo: Son personas frustradas y con mucha rabia hacia sí mismos. Suelen desarrollar enfermedades digestivas y autoinmunes debido al estrés permanente al que se ven sometidos.

- **CONEXIÓN**

- Miedo al rechazo. Evitan las relaciones por miedo a ser rechazados. Cuanto más afecto o cariño sienten más miedo tienen.
- Miedo a ser una carga. Evitan las relaciones por miedo a molestar o ser una carga. Sienten mucha culpa al sentirse muy tóxicos.
- Agresión: Controlan a los demás para poder manejarlos y así no ser rechazados o abandonados.

- Dependencia. Se someten en todo a los demás para así no ser rechazados o abandonados.

1.2.3.3.- Enfoque del trauma autoreportado.

El enfoque de cuidado basado en el trauma informado (ETI) tiene un surgimiento reciente, y su auge en la última década se debe a la atención que han generado los estudios sobre las Experiencias Adversas durante la Infancia (EAI). Su importancia radica en asociar al cuidado en salud con el tratamiento biográfico, transversal y sistemático de la información sobre la vivencia de experiencias traumáticas, buscando mitigar tempranamente los efectos producidos en la salud de las personas. Estudios como los desarrollados por Chaudhry et al., (2019), Bunting et al., (2019), Matchinger et al., (2015), muestran la necesidad de estudiar en profundidad el trauma y sus efectos, buscando generar mecanismos y estrategias para atender positivamente a nuevas situaciones de estrés en el ciclo vital.

Para algunos investigadores el ETI permite abordar las experiencias traumáticas vividas a temprana edad, como un problema de equidad (Gartland et al., 2019; Brown, King, y Wisow, 2017, Reid y Loughran, 2019). Debido a esto, los trabajos de investigación biográfica y sobre las trayectorias de vida que se llevan a cabo con personas que han experimentado traumas antiguos y recientes, representan una oportunidad para atender a la superación de situaciones de desigualdad, desde la atención primaria y especializada en salud. Tales acciones, podrían permitir la comprensión a su vez, de ciertas transformaciones sociales de gran espectro (Reid y Loughran, 2019).

Modelo del Estrés Tóxico

El concepto de estrés tóxico se ha desarrollado para describir la respuesta biológica prolongada y perjudicial que puede resultar de la exposición a EAI. A diferencia del estrés positivo o tolerable, el estrés tóxico ocurre cuando un niño experimenta un nivel alto de estrés de manera crónica, sin el apoyo adecuado de adultos que puedan ayudarle a regular sus emociones y respuestas (Garner et al., 2021). Este estrés puede alterar el sistema inmunológico y aumentar la predisposición a enfermedades crónicas como la diabetes y la enfermedad cardíaca en la adultez (Felitti & Anda, 2020).

Aunque las EAI tienen efectos adversos significativos, la resiliencia—la capacidad de recuperarse de la adversidad—juega un papel crucial en mitigar estos efectos. Las intervenciones tempranas, que incluyen el fortalecimiento de relaciones familiares y el desarrollo de habilidades socioemocionales, son fundamentales para reducir el impacto negativo de las EAI (Kisely et al., 2021). La creación de entornos seguros y de apoyo también es clave para fomentar la resiliencia en los niños afectados (Bellis et al., 2021).

Los estudios han mostrado que la exposición al estrés tóxico durante los primeros años de vida puede tener consecuencias devastadoras en el desarrollo cerebral. La investigación de Danese y McEwen (2012) señala que el estrés crónico puede alterar la estructura del cerebro y afectar el desarrollo emocional y cognitivo, contribuyendo a problemas de comportamiento y trastornos mentales en la edad adulta.

1.3 OBJETIVOS/HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.

1.3.1 Objetivo General:

Determinar la relación de las Experiencias Adversas en la Infancia y el grado de Funcionalidad familiar con la severidad de la dependencia a sustancias psicoactivas de adultos en tratamiento en dispositivos ambulatorios intensivos y residenciales del Servicio de Salud Concepción, con énfasis en el relato de vida.

1.3.2 Objetivos Específicos:

1. Determinar la prevalencia de experiencias adversas en la infancia en la población en estudio.
2. Identificar el tipo de maltrato más prevalente en las Experiencias Adversas en la Infancia.
3. Determinar la correlación entre Experiencia Adversa en la infancia, y Funcionalidad Familiar con la severidad de la dependencia a sustancias psicoactivas.
4. Identificar los hitos/puntos de quiebre constitutivos de trauma en la biografía de los sujetos, desde el punto de vista de las trayectorias de vida.
5. Comprender el significado otorgado a la relación parental entre progenitores/cuidadores y los adultos en proceso de tratamiento por dependencia a sustancias psicoactivas.

1.3.3 Hipótesis de investigación

- A. A mayor gravedad de las Experiencias Adversas en la Infancia y menor funcionalidad familiar, mayor severidad en el consumo de sustancias psicoactivas en el adulto.
- B. El Maltrato Emocional es la variable más importante para la Experiencia Adversa en la Infancia y el desarrollo de la conducta adictiva.
- C. La Funcionalidad Familiar se correlaciona en forma significativa con el alto nivel de Experiencias Adversas en la infancia.

Supuestos fase cualitativa.

- D. La relación parental conflictiva y vulneradora aparece como la dimensión más recurrente en la trayectoria vital de los adultos jóvenes con abuso de sustancias psicoactivas.
- E. El primer relato de vida de experiencia adversa temprana (punto de quiebre) ocurre antes de los 5 años de edad.

CAPÍTULO 2: MARCO METODOLÓGICO

2.1 Enfoque

El estudio se plantea desde un método mixto con un diseño explicativo secuencial, que por sus características y la forma en que ha sido planteado, se define como: parcialmente mezclado, secuencial desde su lógica temporal (partiendo por la fase cuantitativa) y desde su énfasis equilibrado o iguales (igual relevancia en ambos enfoques) (Leech & Onwuegbuzie, 2009).

A continuación, se detalla el proceso de investigación en sus dos fases:

2.2 Fase cuantitativa

2.2.1 Diseño del estudio:

El estudio es de tipo cuantitativo/cualitativo no experimental, pues se trata de un “estudio en el que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” (Fernández, Hernández y Sampieiri, 2014, p.152). Transversal, por cuanto se busca examinar la presencia o ausencia de un resultado de interés, en relación con la presencia o ausencia de una exposición, ambos hechos ocurriendo en un tiempo determinado y en una población específica (Álvarez-Hernández y Delgado-De la Mora, 2015).

Desde su alcance, el estudio se plantea como descriptivo y correlacional y explicativo por cuanto:

- Desde lo descriptivo “se tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población” (Fernández, Hernández y Sampieiri, 2014,

p. 153). En este caso, mediante un alcance descriptivo simple, mostrar los atributos de las variables respecto la población en estudio.

- Correlacional, pues se espera conocer la “relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables en una muestra y contexto particular. Se mide cada variable, se cuantifican, analizan y luego se establecen asociaciones” (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2017, p. 8).

- Explicativo, porque Según Creswell y Creswell (2018), los estudios explicativos buscan identificar las causas y efectos de los fenómenos estudiados, y las técnicas de regresión son fundamentales para este tipo de análisis, ya que permiten explorar cómo las variables independientes impactan de manera significativa sobre la variable dependiente.

2.2.2. Definición de variables

2.2.2.1 Variables demográficas y de consumo

Tabla 1: Variables sociodemográficas

VARIABLE	DESCRIPTOR
Edad	Se refiere a la edad cronológica que tiene la persona al momento de la medición.
Sexo	Se refiere al sexo biológico (hombre – mujer).
Género	Se refiere a la identidad con la cual se identifica la persona.
Actividad u oficio	Actividad principal a la cual se dedica la persona, sea o no remunerada.

Estructura familiar	Corresponde a la estructura organizacional de la familia determinada por los miembros del grupo familiar y la función de cada miembro y las relaciones jerárquicas entre los miembros de la familia (relación parentesco-roles)
Ciudad de residencia	Corresponde a la comunidad territorial de la que forma parte, consignada principalmente por la ciudad o comuna.
Nivel educacional	Último nivel de educación formal alcanzado y aprobado al momento de la encuesta.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2: Variable sobre severidad de la dependencia a sustancias psicoactivas

VARIABLE	DESCRIPTOR
Droga principal	Droga que la persona autoreporta como de mayor consumo o, que prima respecto del consumo de otras.
Control sobre el consumo	Se refiere al grado de control voluntario sobre el consumo que la personas es capaz de reconocer.
Preocupación por obtenerla	Sensación aflictiva que la persona declara respecto a la necesidad de conseguir una dosis de la sustancia.
Preocupación por el consumo	Grado de preocupación que la propia persona declara por el nivel de consumo que presenta a la fecha por la sustancia.

Deseo de abstenerse	Se refiere a las ganas que la propia persona reconoce respecto a dejar el consumo de la droga principal declarada.
Dificultad de abstenerse	Se refiere al grado de dificultad que la propia persona reconoce para mantenerse en abstinencia o evitar el consumo.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3: Variables sobre Experiencias Adversas en la Infancia

VARIABLE	DESCRIPTOR
Abuso sexual	Contacto o conducta sexual no deseada entre un niño/niña menor de 18 años y un adulto/a u otro NNA de mayor edad.
Abuso físico	Agresiones corporales a un niño por parte de otro niño o un adulto , que representan un riesgo de, o que resultó en una lesión física.
Abuso emocional	Agresiones verbales atentatorias al sentido de valía o bienestar de un niño/niña o cualquier conducta humillante o degradante dirigida hacia un niño/a por un adulto o u otro niño.
Descuido físico	Actos o inacciones de los cuidadores, que no satisfagan las necesidades físicas básicas del niño/a, incluidos alimentos, vivienda, ropa, seguridad y atención médica, supervisión deficiente, etc.

Negligencia emocional	Incapacidad de los cuidadores para satisfacer las necesidades emocionales y psicológicas básicas de los niños/as, que incluyen amor, pertenencia, cuidado y apoyo.
------------------------------	--

Fuente: Bernstein, 1994.

2.2.2.2 Variable sobre Funcionalidad Familiar

Tabla 4: Variables sobre Funcionalidad Familiar

VARIABLE	DESCRIPTOR
Dinámica familiar	Se refiere a la presencia de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las que se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y, en relación con el grupo en su conjunto.
Cohesión familiar	Ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí.
Adaptabilidad familiar	Capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.

Fuente: Hernández (2005)

2.2.2.3 Variables control

Con el objeto de asegurar la participación de personas en tratamiento que sean capaces de aportar información fidedigna respecto su historia y antecedentes vitales, se ha considerado

dejar fuera a quienes presenten diagnósticos de comorbilidad vigentes (al momento de aplicar la entrevista) y que además se encuentren no controlados. Si bien, la mayoría de las personas que se encuentran en tratamiento presenta lo que se denomina patología dual (presencia de otros trastornos además de aquellos propiciados por el consumo de sustancias), se propone disponer de aquellos casos que presentan una adecuada compensación de dichos trastornos a raíz del tratamiento, a través de la intervención y mediciones que desarrollan los profesionales de cada dispositivo de tratamiento, por lo cual, esto será clave para el tamizaje y la selección de información proporcionada por cada centro. De esta forma, también se actúa en forma ética y responsable con el proceso de tratamiento que lleva cada paciente y los profesionales a cargo.

2.2.3 Diseño muestral

Las unidades de análisis son: Adultos en tratamiento por Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Según las cifras actualizadas al 2021 del total de cupos en convenio SENDA-MINSAL, en modalidad ambulatorio intensivo y residencial, de los centros en convenio detallados en este estudio, la población total flotante al año no superaría las 150 personas.

2.2.3.1 Muestra

2.2.3.1.1 Tipo: Muestra intencionada

Dadas las particularidades de los sujetos en estudio, y su relación con los centros de tratamiento, por decisión de los directores/as de los centros focalizados, fueron los

profesionales que intervienen directamente con los usuarios/as quienes realizaron el tamizaje, a partir de la población total participante en modalidad Ambulatoria intensiva y/o residencial, y propusieron sujetos, seleccionados según perfil del estudio, en virtud de su proceso de tratamiento y procurando considerar siempre su salud mental. Dicho perfil, aparece detallado más adelante. Fue vital este tamizaje, dado que los equipos apelaron al respeto del usuario y al número de personas en tratamiento al momento de concretar la aplicación de instrumentos.

2.2.3.1.2 Tamaño

Con una población definida de 152 sujetos, se consideró el cálculo de poder. Al respecto, se ha considerado la cantidad de variables y respecto a ellas la cantidad de coeficientes que les componen. Luego, se definió la cantidad de grados del denominador, representada por la cantidad de coeficientes, más la muestra, más 1. Lo descrito, para el presente asunto se representa por: $150+14+1=155$. Al calcular el tamaño del efecto en Rstudio, tenemos:

Multiple regression power calculation

$$u = 14$$

$$v = 165$$

$$f^2 = 0.1092391$$

$$\text{sig.level} = 0.05$$

$$\text{power} = 0.8$$

Al calcular el r^2 tenemos $(0.109)/(0.109+1) = 0.0989$, que es moderado. Aplicamos raíz cuadrada y tenemos 0.31, que es un tamaño de efecto moderado para Cohen.

Este 31% de la muestra, estaría representado por 49 casos. Por decisión del investigador principal, y considerando que este factor nos muestra el mínimo necesario, la muestra se incrementó a 65 casos, lo que garantiza un tamaño de efecto mayor.

2.2.3.1.3 Selección

La selección de los sujetos fue estratificada en proporción a cada dispositivo, en virtud de las plazas existentes y los usuarios/as efectivamente registrados al momento de la aplicación de los instrumentos, y que además cumplieran con el perfil propuesto y el tamizaje realizado por el equipo tratante. Los sujetos propuestos, según consta en consentimiento informado, fueron contactados por el equipo tratante para invitarles a participar, para luego tomar contacto con investigador responsable y encuestadores. De todos modos, el tamaño final de la muestra de cada centro, fue conformada en función de la voluntariedad de los sujetos.

2.2.3.1.4 Criterios de inclusión.

- Hombres y mujeres (no se excluye de existir, personas no binarias)
- 18-60 años
- En tratamiento por Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (según CIE10)
- Participantes de Modalidad ambulatorio intensivo y/o residencial
- Programas vinculados al servicio de salud Concepción

2.2.2.4 Técnicas e instrumentos

2.2.4.1 Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF)

El cuestionario de trauma infantil (CTQ) es una entrevista breve, semiestructurada, centrada en seis áreas del trauma interpersonal infantil: separaciones y pérdidas, abandono físico, abuso o agresión emocional, abuso o agresión física, presenciar violencia y abuso o agresión sexual. Las preguntas están diseñadas para obtener información detallada sobre los aspectos conductuales concretos de los eventos y no sus dimensiones emocionales o morales.

El Cuestionario de Trauma Infantil es una medida de autoinforme de 70 ítems que evalúa retrospectivamente el abuso y la negligencia intrafamiliar en la infancia. El análisis factorial de las puntuaciones obtenidas de 286 pacientes identificó cuatro factores ortogonales que representan casi el 50% de la varianza de la partida: abuso físico y emocional, negligencia emocional, negligencia física y abuso sexual. Estos factores mostraron una buena fiabilidad de la test-retest (coeficientes de fiabilidad=0.80-0.83, por comparación de varianzas) y alta consistencia interna (alfa=0.79-0.94). Los datos recogidos apoyan tanto la validez convergente como la discriminante del Cuestionario de Trauma Infantil (Fink et al., 1995).

En España, se realizó una adaptación al español que tuvo por objeto el obtener una versión corta del instrumento, al que se denominó CTQ-SF (Hernández et al. 2012). El CTQ-SF es un instrumento de autoinforme de 28 ítems para adultos y adolescentes que evalúa el abuso y la negligencia de los niños en forma retrospectiva. El CTQ-SF fue desarrollado a partir de una versión inicial de 70 ítems desarrollada por Bernstein et al. (1995). La longitud de la escala se redujo de 70 a 28 artículos sobre la base de análisis factoriales exploratorios y confirmatorios. El CTQ-SF evalúa cinco tipos de maltrato: abuso emocional, abuso físico,

abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física. Cada escala está representada con cinco ítems que se anotan en una escala de 5 puntos tipo Likert que va desde casi nunca es verdad a casi siempre es verdad. Tres elementos adicionales componen una mini escala para detectar respuestas socialmente deseables o falso negativo. Los coeficientes de consistencia interna de la versión inglesa variaron de 0.84 a 0.89 para abuso emocional, 0.81 a 0.86 para abuso físico, 0.92 a 0.95 por abuso sexual, 0.85 a 0.91 por negligencia emocional, y 0.61 a 0.78 por negligencia física (Bernstein et al., 2003). La estructura de cinco factores de la El CTQ-SF se mantuvo en todas las muestras clínicas y no referidas. (Hernández et al., 2012).

La investigadora Ana Paula Domínguez (2018) desarrolló un estudio en Chile que tuvo como objetivo evaluar si, el funcionamiento psicométrico del “Childhood Trauma Questionnaire-Short Form” (CTQ-SF) se mantiene en una muestra de pacientes chilenos. A esta versión española, se le realizaron adaptaciones lingüísticas en cuatro ítems (3,4,19,24) para que fueran comprensibles para la muestra chilena, corroborando, por expertos en el tema, que no afectaran el significado del ítem.

La muestra estuvo conformada por 280 pacientes, que fueron invitados a participar voluntariamente en la investigación, completando los instrumentos CTQ-SF y Marshall para examinar la validez convergente. A su vez, 20 de ellos completaron nuevamente los instrumentos en un intervalo de tres meses aproximadamente para evaluar la estabilidad temporal del instrumento (test-retest). Posteriormente, se realizó un análisis factorial confirmatorio y las correlaciones de las subescalas de ambos instrumentos fueron calculadas con Kendall t . El CTQ-SF versión española aplicado en Chile mostró propiedades psicométricas adecuadas y una buena adaptación del modelo de cinco factores.

La principal limitación declarada por la autora es que la muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres, por ende, cabría probarla con población más homogénea.

2.2.4.2 FACES 20 Español

Esta escala fue desarrollada en España por Martínez-Pampliega et al. (2006) tomando como base el FACES II desarrollado por Olson et al., (1983), en donde mediante procesos estadísticos se seleccionaron los 20 ítems que presentaban una mayor correlación con el constructo teórico que subyace al Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales, de esta manera, se pretendió corregir los errores conceptuales y de traducción que presentaba la versión III de la escala FACES (Martínez– Pampliega, 2006).

El FACES 20 ESP fue empleado luego de la adaptación y del estudio de la confiabilidad y validez de dicha prueba en la población de la ciudad de Chillán. Esta escala corresponde a un cuestionario de estilo likert, el cual se encuentra conformado por 20 reactivos, de los cuales 10 aluden al factor o dimensión de la cohesión y los 10 restantes a la dimensión de adaptabilidad. La persona tiene cinco opciones para contestar que van desde: 0 nunca o casi nunca; 1 pocas veces; 2 a veces; 3 con frecuencia; y 4 casi siempre. Se califica sumando la puntuación obtenida por los sujetos en cada uno de los ítems, invirtiendo aquellos que tienen dirección negativa. De acuerdo al resultado obtenido se clasifican en las 4 tipologías existentes para ambas dimensiones, siendo disfuncionales aquellas que se ubican en los niveles extremos de ambos factores (Martínez–Pampliega, 2006).

Según el análisis factorial desarrollado por Zicavo, Palma y Garrido (2012), la versión validada en Chile posee un Alfa De Cronbach de 0.93 para la escala total, y al observar cada factor, un Alfa de 0.89 en Cohesión y 0.87 en Adaptabilidad, lo que da cuenta de una buena consistencia interna y alta confiabilidad del instrumento. El procedimiento de factorización de tipo exploratorio reflejó una estructura de tres factores: el primero de ellos consideró principalmente conceptos comprendidos en la dimensión teórica de cohesión, mientras que los dos restantes recogen los constructos teóricos operacionalizados principalmente en la dimensión de adaptabilidad.

El valor de las correlaciones de cada ítem con su respectivo factor sobre 0,4, dio cuenta de una estrecha relación entre la teoría propuesta por Olson (Modelo Circumplejo), especialmente en lo que refiere a las dimensiones que lo componen, con los elementos considerados y medidos a través de dicho instrumento.

La dimensión de cohesión se encuentra evaluada por los ítems 1, 4, 5, 8, 10, 11,13,15,17 y 19 en tanto la dimensión de adaptabilidad está considerada en los ítems 2,3,6,7,9,12,14,16,18 y 20. Se califica sumando la puntuación obtenida por los sujetos en cada uno de los ítems, invirtiendo aquellos que tienen dirección negativa.

En base a lo anteriormente expuesto, las personas que alcanzan puntuaciones en la escala de cohesión entre 0 y 19 pts. les corresponde el nivel desligado, entre 20 y 25 pts. el nivel separado, de 26 a 31 pts. conectada y por último entre 32 y 40 pts. corresponde el nivel de cohesión aglutinada. En el caso de la escala de adaptabilidad las puntuaciones entre 0 y 17 corresponden al nivel rígido, entre 18 y 25 puntos el nivel estructurado, de los 26 hasta los 32 puntos el nivel y flexible y entre los 33 y 40 puntos califica para el nivel caótico (Costa et al., 2013).

2.2.4.3 Escala de Severidad de la Dependencia (Severity of Dependence Scale - DS)

La Escala de Severidad de la Dependencia (SDS), fue propuesta por Gossop et al., (1995) en Australia, y se ideó para proporcionar una escala breve y de fácil administración, que se puede utilizar para medir el grado de dependencia psicológica que experimentan los consumidores de diferentes tipos de drogas ilícitas. La SDS contiene cinco dimensiones, todas ellas relacionadas explícitamente con los componentes psicológicos de la dependencia. Estos se refieren específicamente a la sensación del individuo de pérdida de control sobre su propio consumo de drogas y a su preocupación y ansiedad sobre el consumo (abstinencia). Su validación se llevó a cabo con 1.312 sujetos de Londres y Sidney entre los 20 y 35 años de edad. Su aplicación se realiza en torno a la droga principal, asumiendo que en muchos casos hay policonsumo.

Cada uno de los ítems se califica en una escala de cuatro puntos (0, nunca/casi nunca; 1, a veces; 2, a menudo; 3, siempre/casi siempre para los ítems 1-4; y 0, no difícil; 1, bastante difícil; 2, muy difícil; 3, imposible para el ítem 5). Se puede obtener una puntuación total de la SDS sumando las puntuaciones de todos los ítems con puntuaciones totales más altas que indiquen mayores niveles de dependencia.

Se llevaron a cabo análisis de los componentes principales de la estructura factorial (PCA) para todas las muestras. Los PCA revelaron una solución de un solo factor que representaba entre el 57% y el 77% de la varianza. La mayoría de las cargas factoriales (22/25) fueron superiores a 0,60, y 17/25 fueron superiores a 0,70. Se obtuvo una medida de la consistencia interna de los elementos de la escala mediante el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach. Los valores alfa (de entre 0,8 y 0,9) son elevados en los análisis de las cinco muestras.

En el 2008 Iraurgi et al., (2008) llevaron a cabo la validación de la SDS en su versión en español con una muestra de 519 pacientes y un error del 3.7%. Estos autores utilizaron un proceso de traducción-retrotraducción y aplicaron la SDS adaptada a un grupo de 62 pacientes con dependencia a opiáceos. Encuentran una adecuada fiabilidad test-retest (correlación intraclase de 0,72). La fiabilidad de la escala muestra un coeficiente alpha de Cronbach de 0,81, y la eliminación de alguno de sus ítems no consigue mejorar sustancialmente el valor de dicho coeficiente. La fiabilidad del constructo alcanza un coeficiente de 0,83, con una varianza extraída del 51,3%. El análisis de la matriz de correlaciones inter-ítems muestra en todos los casos asociaciones positivas y estadísticamente significativas, con coeficientes de mayor magnitud entre los tres primeros ítems y de menor intensidad con los dos últimos. Las correlaciones de los ítems con el total de la escala se sitúan por encima del valor 0,67 (ítem 5) hasta el valor 0,82 (ítems 3 y 4), todos ellos de magnitud considerable, pero donde la contribución de cada ítem no queda especificada de forma independiente al resto de ítems componentes.

La factorización de los 5 ítems de la SDS ha ofrecido una única dimensión que explica el 60% de la varianza, con una clara diferencia entre el peso del primer y subsiguientes valores. Las cargas factoriales son mayores, y homogéneas entre sí, en los tres primeros ítems, siendo algo menores en el ítem 4 (0,70) y 5 (0,58), si bien estas saturaciones son altamente aceptables para considerar el ítem como relevante para la unidimensionalidad de la escala.

Soto-Brandt et al., (2014) utiliza la SDS como instrumento complementario para la validación del Test de Consumo de Sustancias Prueba de detección de tabaquismo (ASSIST) en Chile, reportando su validez y uso a nivel internacional, tomando la versión española y

aplicando sólo una medición de la consistencia interna de los cinco ítems del cuestionario, observando en su muestra una alta consistencia ($\alpha = 0.90$).

2.2.5 Propuesta de análisis de datos

La investigación se plantea desde un análisis en 3 niveles:

- Análisis descriptivo, para mostrar el comportamiento de las variables y sus posibles cruces con los antecedentes sociodemográficos.
- Correlaciones: para determinar el nivel de asociación entre variables a través de R Pearson.
- Explicativo: Modelo de regresión lineal múltiple, centrado en variables familiares para determinar las relaciones de causalidad respectivas.

2.2.5.1 Modelo regresión lineal múltiple

En la regresión lineal múltiple se plantea más de una variable explicativa; esto nos ofrece la ventaja de utilizar más información en la construcción del modelo y, consecuentemente, realizar estimaciones más precisas (Abuin, 2007, P.2).

En este caso, y en relación a la que podríamos denominar como variables independientes “Severidad de la dependencia” a sustancias psicoactivas, se pondrá el acento en las variables vinculadas a la “familia”.

En la revisión del estado del arte, asoman una serie de variables vinculadas a la “familia” como constructo, entre ellas:

- **Control/Monitoreo parental:** Villegas-Pantoja et al., (2014) confirmaron en una investigación con estudiantes mexicanos que:

Con relación a los análisis con el Coeficiente de Correlación de Spearman, se apreciaron correlaciones positivas de moderadas a fuertes entre la percepción de crianza parental global, específicamente entre la dimensión de calidez y las edades de inicio en el consumo de cigarrillos ($r_s = 0,321$, $p < 0,01$), marihuana ($r_s = 0,479$, $p < 0,01$) y cocaína ($r_s = 0,808$, $p < 0,05$). Estas relaciones indican que a mayor percepción por parte de los participantes, mayor o posterior es la edad de inicio en el consumo de dichas drogas (p. 8).

- **Conductas de riesgo en los padres:** Mijangos y Falcón (2019) estudiaron la correlación entre los elementos de la dinámica familiar y las conductas de riesgo de los padres.

Se encontró una correlación lineal estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional entre las conductas de riesgo del adolescente y las conductas de riesgo del padre ($r_s = 0.429$, $p < 0.05$) (P. 9).

- **Consumo de drogas en padres/madre:** Kontu et al., (2021) en un estudio con adolescentes consumidores de sustancias de EE. UU. profundizaron en su relación respecto el consumo de sustancias de sus padres y otras variables asociadas. Allí concluyeron que:

Los problemas maternos relacionados con consumo de sustancias de la madre eran más de dos veces (OR 2,48; IC del 95%: 1,02-6,00) en

jóvenes delincuentes con consumo de drogas que en los controles en adolescentes no criminales (20,0% frente a 9,0) (p.4).

- **Experiencias Adversas en la Infancia (EAI):** Martí (2020) en un estudio desarrollado en España con 67 pacientes de centros de tratamiento entre los 17 y 65 años de edad, demostró una alta relación entre la Experiencia Adversas en la Infancia (y varias de sus dimensiones) y el consumo abusivo de cannabis y cocaína.

Existe una alta prevalencia de enfermedades mentales en los padres de la muestra estudiada, así como violencia doméstica, abuso físico, sexual y negligencia muy por encima de lo esperable (89,9%), en comparación con la muestra general de referencia (P14).

- **Funcionalidad Familiar:** Mateo-Crisóstomo et al., (2018) estudiaron la funcionalidad y satisfacción familiar en relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de España. Al respecto concluyeron que:

Se encontró una relación negativa y significativa entre la funcionalidad familiar (índice APGAR) con el consumo de alcohol (Puntaje AUDIT) ($r_s=.241$, $p=.039$), esto indica que a mayor consumo de alcohol menos es la funcionalidad familiar que perciben los adolescentes (p.7).

- **Vínculo de apego:** Para Cornellá-Font et al., (2020) según un estudio desarrollado en Girona, España, con 668 estudiantes de nivel medio, existiría una estrecha relación entre Apego y el desarrollo de la adicción a las sustancias psicoactivas:

Se observó una correlación negativa y significativa del riesgo de adicción a sustancias con las dimensiones de “seguridad, disponibilidad y apoyo de figuras de apego” y “valor de autoridad parental” de la prueba CaMir-R (-0.22 y -0.19 respectivamente). La

correlación fue positiva y significativa para las dimensiones de "tolerancia excesiva de los padres" y "trauma infantil" (0.08 y 0.07 respectivamente) (P.3).

En el presente modelo de regresión, se tomó la decisión de analizar las variables que cumplieran con las siguientes condiciones:

- Contar con evidencia de una alta correlación positiva con el constructo: consumo de drogas, dependencia a sustancias psicoactivas, severidad de dependencia a sustancias psicoactivas, entre otras.
- Disponer de instrumentos validados en Chile a través de procesos de factorización, demostrando una alta validez y confiabilidad.

Respecto a estos criterios, la decisión fue tomar las variables de Funcionalidad Familiar y Experiencias Adversas en la Infancia. La primera, por ser una de las variables más tradicionales en estudios de familia, y la segunda por ser un constructo relativamente reciente a nivel internacional, escasamente estudiado en Chile.

A su vez, el modelo de regresión incluyó en un primer bloque algunas variables sociodemográficas como sexo y edad, y en un segundo bloque las variables Experiencias Adversas en la Infancia, Funcionalidad familiar y Severidad a la dependencia de sustancias psicoactivas.

2.3 Fase cualitativa

2.3.1 Diseño de estudio

La fase cualitativa se planteó desde el paradigma fenomenológico. Straus y Natanson (2006), en su compilado de obras del fenomenólogo Alfred Schutz, enfatiza que cada individuo se sitúa en la vida de una manera específica, lo que Schutz denominó “Situación biográfica”. Nacer en el mundo significa, ante todo, nacer de progenitores que nos son exclusivos, ser criados por adultos que constituyen los elementos conductores de nuestros fragmentos de experiencia; el período formativo de cada vida transcurre en forma única. Cada persona, además sigue durante toda su vida interpretando lo que encuentra en el mundo según la perspectiva de sus particulares intereses, motivos, deseos, aspiraciones, compromisos religiosos e ideológicos.

La exploración del pasado constituye el corazón mismo de la disciplina biográfica (hermenéutica), y se originó principalmente en estudios historiográficos y sociológicos que buscaban descubrir tanto los eventos experimentados por los actores, como las percepciones de los actores sobre los mismos (Sanséau, 2005, citado por Longa, 2010).

Desde el diseño se propone la “story life” (relato de vida), que es una reflexión de lo social a partir de un relato personal. Por eso se sustenta en la subjetividad y la experiencia del individuo, no teniendo que ser este último una persona especial, ya que sólo basta con ser parte de la sociedad a la cual se estudia (Mallimaci y Giménez, 2006). Los distintos cambios en la experiencia de los sujetos son siempre parte de trayectorias sociales que otorgan a éstos una forma y un significado distintivo (Elder, 1998).

La historia de vida no es un método o una técnica más, sino una perspectiva de análisis específica. El relato de una vida debe verse como resultado acumulado de las múltiples redes de relaciones en las que, día a día, los grupos humanos entran, salen y se vinculan por diversos motivos. Esta manera de comprender la historia de vida nos permite descubrir lo cotidiano, las prácticas de vida abandonadas o ignoradas por las miradas dominantes, la historia de y desde los de abajo (Ferraroti, 1998).

La confección de trayectorias consiste en identificar las transiciones específicas que han ocurrido en la vida de un sujeto, en relación directa con el problema de investigación. Es un enfoque menos abarcativo que las historias de vida ya que éstas incluyen el análisis de antecedentes familiares, actividades extra-profesionales, en suma, del conjunto de las actividades y relaciones que atraviesan a un sujeto (Longa, F. (2010). Se constituye como un método para construir “flujos cronológicos” y comprender aquello que condujo a eso estudiado (Miles y Huberman, 1994).

Se trabaja a partir de los momentos que, en la entrevista directa, los mismos sujetos identifican como determinantes en esos cambios. Para definir esos momentos se han utilizado categorías como grandes acontecimientos, *événements* o *turning points* (Longa, 2010).

La información sobre EAI recopilada mediante cuestionarios, las entrevistas en profundidad orientadas a reparar en las situaciones traumáticas vividas y sus posibilidades de afrontamiento y superación, pueden generar efectos positivos en la gestión de las adicciones como problema de salud pública. Lo anterior debe ser implementado, mediando las barreras que puedan generar los pacientes individuales, los proveedores y los sistemas de tratamiento, además de las necesidades de entrenamiento clínico adecuado en intervenciones efectivas, respuestas, y recursos (Finkelnor, 2018; McGee et al., 2015).

2.3.2 Variables

Desde lo cualitativo, además de estructura la pauta de entrevista en torno a las variables centrales del estudio, ya descritas en la fase cuantitativa, para recoger la información y orientar la construcción del instrumento y su posterior análisis, se propuso la categorización desarrollada también por Echeburúa y Amor (2019) en el marco del afrontamiento potencialmente traumático de las situaciones:

Tabla 5: Variables convergentes.

Estrategias	Subdimensiones
Conductual	<ul style="list-style-type: none">• Evitación conductual que interfiere negativamente en la vida cotidiana de la persona.• Aislamiento social.• Acercamiento a personas inapropiadas.• Rechazo de ayuda terapéutica (cuando se ha estimado necesaria).
Cognitiva	<ul style="list-style-type: none">• Atención selectiva a sucesos traumáticos pasados
Emocional	<ul style="list-style-type: none">• Anclaje en sentimientos negativos:• Nostalgia paralizante• Deseos de venganza o impotencia• Odio, rencor, resentimiento.• Sentimientos de culpa• Ira, hostilidad.
Regulación emocional-cognitiva	<ul style="list-style-type: none">• Negación• Catastrofismo• Rumiación• Autoculpabilización• Heteroculpabilización

Fuente: elaboración propia.

2.3.3 Instrumento de levantamiento de datos

2.3.3.1 Entrevista en profundidad

Para la obtención del relato de vida se utilizó la entrevista en profundidad. Esta entrevista no posee guion previo, generándose desde una conversación entre dos personas. El desafío es del entrevistador en términos de saber qué preguntas realizar y obtener las respuestas deseadas y, cómo y en qué momento modificar el curso de la conversación. Para ello se dispuso tan sólo de grandes “temas” o áreas a abordar en dicha conversación. Por tanto, la entrevista se construyó simultáneamente a partir de las respuestas de la persona entrevistada, las respuestas son abiertas y sin categorías de respuestas establecidas a priori (Folgueiras, 2016).

Para recoger el relato de vida se hizo un ejercicio retrospectivo para recoger hitos, vivencias, emociones registradas en la memoria de la persona, de acuerdo con las etapas o períodos de vida. Se propuso para ello organizarlo en torno a las etapas del desarrollo Bio-psico-social (Mansilla, 2000) y temas troncales para abordar.

Tabla 6: Tópicos de entrevista

PERIODOS DE VIDA	TEMAS TRONCALES
Etapa prenatal (embarazo madre)	Recuerdos de vida familiar
Primera infancia (00-05 años)	Estructura familiar
Segunda Infancia (06-11 años)	Relaciones familiares
Adolescencia (12-18 años)	Experiencias conflictivas o traumáticas
	Roles parentales

	Emociones asociadas a experiencias
--	------------------------------------

Fuente: Elaboración propia.

2.3.4 Población y muestra

Desde lo cualitativo se llevaron a cabo entrevistas en profundidad a 8 sujetos, mediante una selección intencionada de los casos, las que luego fueron analizadas mediante un análisis de contenido del Relato de Vida. Respecto a la muestra intencionada, ésta consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo (Casal y Mateu, 2003). Para el presente estudio, se seleccionó 12 sujetos, 8 de los cuales aceptaron conceder las entrevistas y se resguardó la paridad de género como elemento de análisis al interior de cada grupo.

Fue decisión del investigador tomar 8 casos, dada la extensión y alcances del estudio, y los reiterados encuentros que necesitó cada caso, considerando además la merma de personas que accedieron a participar. Esto permitió elaborar los productos gráficos y análisis narrativo, para develar patrones o elementos biográficos comunes entre casos, la forma de entender y expresar el trauma en virtud de lo vivido.

2.3.5 Procesamiento y análisis

Para el procesamiento y análisis de la información cualitativa se llevó a cabo un análisis narrativo. López (2002) la define como una técnica que responde a la curiosidad natural de las personas por descubrir la estructura interna de la información, su composición, su forma de organización o estructura y/o su dinámica. Centra su búsqueda en las palabras u otros símbolos

que configuran el contenido de las comunicaciones y se sitúan dentro de la lógica de la comunicación interhumana.

Por otra parte, la información del relato de vida también fue sintetizada mediante la técnica de línea de tiempo, herramienta gráfica que busca representar lapsos (años, décadas, u otros) mostrando la duración de procesos, hechos y acontecimientos, evidencia los que ocurren en un mismo tiempo, sus relaciones y qué momento se produjeron (Vásquez, 2020). Interesa la perspectiva de cada sujeto en estudio como también el análisis grupal comparado.

Se define al curso de vida como “una secuencia de eventos y roles sociales, graduados por la edad, que están incrustados en la estructura social y el cambio histórico” (Blanco y Pacheco, 2003, p. 162). E Roberti (2017), plantea cinco postulados, que reflejan la modalidad y especificidad de su abordaje analítico, los cuales conforman el marco de interpretación subyacente para el análisis de las trayectorias:

1. **Principio de desarrollo a lo largo del tiempo:** para la comprensión de las biografías es necesaria una perspectiva a largo plazo que permita un análisis relacional entre cambio social y desarrollo individual. En otras palabras, que posibilite dar cuenta del interjuego entre la vida individual y el tiempo histórico-social.
2. **Principio de tiempo y lugar:** el curso de vida de los sujetos está incrustado y es moldeado por las diversas escalas de temporalidad y los distintos lugares que experimenta cada persona. La importancia de tomar en consideración la dimensión espaciotemporal radica en que permite ubicar al individuo en el contexto en el que desarrolla su biografía.

3. **Principio de timing:** el impacto de una transición o un evento contingente en el desarrollo humano está asociado al período en el que sucede. La incidencia de un acontecimiento tendrá diversas repercusiones de acuerdo al momento de la vida de un individuo y sus circunstancias.
4. **Principio de vidas interconectadas (linked lives):** una vida no se constituye aisladamente. Razón por la cual, es importante considerar los entornos en los que un individuo se desenvuelve y las relaciones en las que se halla inmerso. A causa de esta interdependencia, las transiciones que se originan en la vida de una persona pueden influenciar el orden y la dirección de las trayectorias de otros sujetos de su medio.
5. **Principio de libre albedrío:** al interior de una estructura de oportunidades que implica limitaciones provenientes de las circunstancias histórico-sociales, los individuos hacen elecciones y llevan a cabo acciones construyendo, de esta manera, su propio curso de vida.

En esta investigación, se puso el acento en el principio de desarrollo a lo largo del tiempo, lo cual fue abordado con la herramienta de línea de tiempo, para graficar la evolución de los casos, y sus puntos de conexión. Además, se profundizó en los principios de timing y libre albedrío, los cuales fueron sometidos a análisis a partir de las narrativas de los sujetos, complementado con gráficas de trayectoria vital (turning points).

2.4 Integración de los métodos

El estudio, desde su origen mixto, plantea la posibilidad de integrar los resultados de ambos paradigmas a través de la estrategia de “combinación”. Para Gómez (2015):

La combinación integra subsidiariamente un método en otro, con la intención de fortalecer las conclusiones generadas por el considerado como principal. No se basa, por tanto, en la independencia de métodos como en la complementación. Esta es la forma en que se opera cuando se hace uso del grupo de discusión para mejorar la confección de un cuestionario o cuando se hace uso de la encuesta para generalizar los resultados obtenidos en un proceso investigador apoyado en el grupo de discusión (p. 8).

De esta forma, si bien la fase cualitativa arrojó resultados ricos en sí mismos en términos de las narrativas, se buscó realizar comparaciones a partir de los hallazgos de la fase cuantitativa, interconectando temas.

Mediante una tabla, se hizo un cruce entre los hallazgos desde ambos paradigmas, para luego proceder a la integración y la unificación de los hallazgos a través de puntos de conexión y divergencias.

2.5 Consideraciones éticas

Además del consentimiento informado, se tomaron los siguientes resguardos éticos, planteados en orden cronológico de acuerdo al plan de recogida de datos.

En primer lugar, se concertó una reunión con director/a de cada centro de tratamiento y su equipo, para informar sobre el proyecto, solicitar la participación en el estudio y favorecer el ingreso y acceso a los usuarios.

Fueron los profesionales de cada centro, quienes a partir de los criterios de inclusión/exclusión seleccionarán a los sujetos que cumplen perfil para sumarse como muestra. Esto, por solicitud de los propios centros.

Estos mismos/as profesionales tomaron contacto con cada usuario/a, para proponer la participación, la cual desde todo punto de vista será voluntaria.

Teniendo ya el tamizaje de participantes por parte del centro, los encuestadores tomaron contacto telefónico para pactar horario y fecha de aplicación de instrumentos.

En dicha instancia se aplicó el consentimiento informado, que se firmó en forma presencial, dejando las copias respectivas en cada centro. Se profundizó en la confidencialidad de la información.

Se aclaró a cada persona que podrá renunciar en cualquier momento del proceso, ante algún malestar, incomodidad o cambio de opinión.

La segunda fase, cualitativa, logró profundizar en la historia de vida de los sujetos seleccionados, lo cual requirió de una segunda autorización y garantía de confidencialidad y anonimato. En esta segunda fase, los/las participantes también accedieron voluntariamente, concretando las entrevistas en dependencias de cada centro, cuestión también consensuada ya con los directores de los mismos.

Se ofertó a cada centro de tratamiento un resumen de los resultados del estudio y una capacitación a sus equipos respecto el abordaje de las Experiencias Adversas en la Infancia.

CAPÍTULO 3: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Fase cuantitativa

3.1.1 Resultados descriptivo simple

En relación a las Experiencias adversas en la Infancia, tanto hombres como mujeres presentan distribuciones similares, apreciándose en promedio que un 50% de los casos presentan algún tipo de negligencia o abuso en su historia sociofamiliar, con un 48% en niveles altos de experiencia adversa, como se observa en la Tabla N°7.

Tabla 7: Experiencias adversas en la infancia según gravedad

	nivel de experiencia adversa	
	frecuencia	porcentaje válido
baja	32	51,6
alta	30	48,4
TOTAL		
válidos	62	
perdidos	2	

Fuente: Elaboración propia

Respecto la escala FACES 20, que mide la funcionalidad familiar, el modelo requiere detectar en términos de funcionalidad los cuadrantes medios, siendo disfuncionalidades los puntajes extremos:

Al revisar la distribución según las subescalas del CTQ-SF, encontramos que el detalle en los casos analizados es:

Tabla 8: tipología de abuso-negligencia y nivel de abuso

		TIPOS DE ABUSO			TIPOS DE NEGLIGENCIA		
		emocional	físico	sexual	emocional	física	
NIVEL DE ABUSO	nada mínimo	a	10	28	40	19	17
	bajo moderado	a	17	8	0	16	11
	moderado severo	a	9	6	3	9	17
	severo extremo	a	12	15	13	10	11
total	válidos		48	57	56	54	56

Fuente: Elaboración propia.

Al hacer un cruce por sexo, tenemos que los hombres presentan medias más altas en negligencia y abuso emocional, misma tendencia en el caso de las mujeres, pero con cifras más altas en todas las subescalas.

Tabla 9: estadísticos: cruce subescalas y sexo

		• SUBESCALAS				
		abuso emocional	abuso físico	abuso sexual	negligencia emocional	negligencia física
hombre	MED	10,24	9,38	6,89	11,51	8,95
	DE	4,07	5,47	4,33	4,98	3,12
	N	37	37	37	37	37
mujer	MED	14,4	11,04	11,26	11,78	9,89
	DE	5,67	6,06	6,89	5,58	3,21
	N	27	27	27	27	27
total	MED	12,02	10,08	8,73	12,89	9,34
	DE	6,20	5,74	5,92	5,45	3,173
	N	64	64	64	64	64

Fuente: elaboración propia.

Figura 4: Funcionalidad Familiar

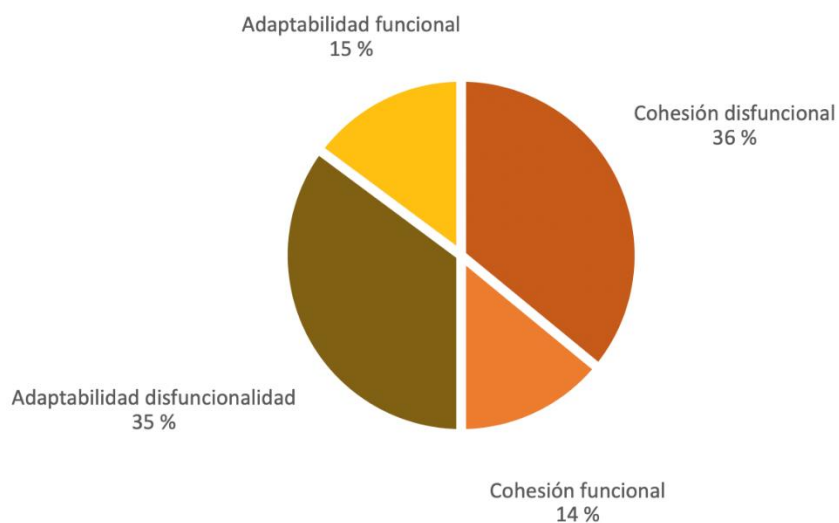


Fuente: elaboración propia.

Como se puede apreciar en la Figura 4, tan sólo 26 casos se situaron en los rangos de funcionalidad aceptable según el modelo de Olson, evidenciando los problemas de cohesión y adaptabilidad de estas familias según la escala.

De igual modo, al analizar la distribución en base a las subescalas, encontramos que un 71% de los casos presentó cohesión y adaptabilidad disfuncional, mientras que un 29% muestra ser funcional en dichas categorías.

Figura 3: Funcionalidad y disfuncionalidad por subescala



Fuente: Elaboración propia.

3.1.2 Resultados correlaciones

Los siguientes resultados buscan evidenciar correlaciones significativas entre las subescalas de experiencia adversa con la experiencia de los participantes.

Tabla 10: correlación total escala experiencia adversa temprana y subescalas

	TOTAL ESCALA EXPERIENCIA ADVERSA TEMPRANA		
	N	R	SIG
abuso emocional	64	0.78**	0.00
abuso físico	64	0.85**	0.00
abuso sexual	64	0.78**	0.00
negligencia emocional	64	0.73**	0.00
negligencia física	64	0.69**	0.00

total	64
--------------	----

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a la tabla se puede apreciar que las experiencias de abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligencia emocional, y negligencia física, correlacionan significativamente con la experiencia adversa de los participantes. Obteniendo todas niveles de significancia esperados y grado de correlación por sobre el 0.650.

Ahora bien, al correlacionar la Experiencia Adversa en la Infancia con la Escala de Funcionalidad Familiar, se observa una correlación significativa pero negativa -0,388, con nivel de significancia de 0,002, aceptada para una variable binominal. Lo anterior, indicaría que el nivel de funcionalidad adecuado en una familia actuaría como variable reguladora de la Experiencia Adversa en la Infancia.

Lo anterior es congruente porque, al medirse una mayor funcionalidad familiar con puntajes más altos y la experiencia adversa a niveles más alto, se espera que la dirección de la correlación sea negativa, lo que indicaría que, a mayor funcionalidad, menor sería dicha experiencia adversa y viceversa. En el caso de los participantes del estudio, se puede señalar que 27 participantes (45,8%) reconocen una funcionalidad de tipo desligado o separado, siendo éstos quienes expresan experiencias adversas más complejas y, los otros 32 participantes (54,3%) se reconocen con funcionalidades conectadas y aglutinadas.

Lo anterior, incorporándole antecedentes descriptivos, nos indicaría que el comportamiento entre el nivel de negligencia y abuso coincide proporcionalmente con el tipo de funcionalidad de los encuestados, observándose, por ejemplo, que a niveles de la subescala de funcionalidad familiar “cohesión” aquellos sujetos que provienen de familias desligadas presentan una frecuencia alta en abusos altos o graves en la infancia, siendo más del 60% de

las personas que refieren cohesiones desligadas y separadas las que sufrieron abuso grave. En la otra vereda, en los abusos emocionales bajo o leves las frecuencias suelen ser equitativas en términos de distribución.

Lo anterior, se reitera en otros tipos de abuso y negligencia de la escala, sin embargo, un dato que llama la atención es el relativo a abuso físico, dado que si bien más del 50% de los participantes que refiere altos niveles de abuso físico en la infancia provienen de familias cuya funcionalidad es desligada (38,5%) y separada (14,4%), proporción estadísticamente esperada, no obstante, un 40% del mismo grupo de abusos graves provienen de funcionalidades familiares conectadas (30,8%) o aglutinadas (14,4%). Una posible explicación a esto tiene que ver con la asociación de algunos participantes de que el maltrato físico forma parte de los mecanismos de crianza y regulación, asumiendo abusos físicos de manera correctiva.

3.1.3 Relación de funcionalidad familiar y consumo

Al observar la relación entre Funcionalidad Familiar y severidad del consumo, el estadígrafo arrojó un grado de significancia 0.315 y una correlación de -0.127, indicándose que por el grado de significancia no podríamos afirmar que a mayor funcionalidad exista menor consumo en esta población.

Al adicionar a la correlación anterior antecedentes descriptivos, podemos observar que la disfuncionalidad no es un condicionante en la severidad del consumo, pues si bien, en la mayoría de los casos con consumo severo la funcionalidad familiar fue baja, el patrón es similar en participantes con funcionalidad alta, no siendo estadísticamente significativo. No obstante, la funcionalidad sí asoma como un factor protector relevante (59% de los casos).

Tabla 11: tabla cruzada nivel de funcionalidad y nivel de consumo

		NIVEL DE FUNCIONALIDAD					
		ALTA FUNCIONALIDAD			BAJA FUNCIONALIDAD		
		recuento	% columna	% fila	recuento	% columna	% fila
NIVEL DE CONSUMO	consumo no severo	2	5,6	28,6	5	17,9	71,4
	consumo severo	34	94,4	59,6	23	82,1	40,4
total	válidos	36	100	56,3	28	100	43,8

Fuente: elaboración propia.

3.1.4 Relación experiencia adversa con el consumo.

Por otro lado, al examinar la relación de la Experiencia Adversa en la Infancia, con la severidad del consumo, estas variables presentan correlación significativa y altos a niveles directamente proporcionales, lo que nos demuestra que, en el caso de los participantes, la experiencia adversa sí tiene relación con la severidad o gravedad de consumo, tal cual lo indica la siguiente tabla:

Tabla 12: correlación total escala severidad y reactivos escala

		TOTAL ESCALA SEVERIDAD		
		N	R	SIG
REACTIVOS ESCALA	¿considera el consumo de ... fuera de control?	64	0,68**	0.00
	siente preocupación por no conseguir una dosis de ... ?	64	0.69**	0.00

¿le preocupa su consumo de ... ?	64	0.77**	0.00
¿tiene dificultad para dejarlo o mantenerse sin consumo?	64	0.71**	0.00
total	64		

Fuente: Elaboración propia.

Lo anterior es concordante con datos descriptivos que reflejan que el nivel de consumo severo presenta antecedentes de experiencia adversa a nivel de abusos y negligencias, reafirmando la hipótesis de que la experiencia adversa tiene una correlación directamente proporcional en el consumo problemático.

3.1.5 Resultados regresión lineal

Se calculó un modelo de regresión múltiple simple con método de entrada por introducción para predecir el efecto de las variables Cohesión, Adaptabilidad al cambio y Experiencia Adversa Temprana sobre la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumo de sustancias. La ecuación de la regresión fue estadísticamente significativa $F(gl, gl \text{ del residuo}) = 5,33, p = ,001$. El valor de la $R^2 =$ fue de ,99, por lo que indica que el 90% del cambio de la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumo de sustancias puede ser explicada por el modelo que contiene las variables Cohesión, Adaptabilidad y Experiencia adversa temprana.

La ecuación de la regresión fue de $0,063 + 0,469 + 0,52 + -0,003$, donde la puntuación de la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumos de sustancias aumenta por 0,469 por cada punto de cohesión + 0,52, punto de adaptabilidad y disminuye -0,003 puntos de experiencia adversa temprana.

VARIABLES PREDICTORAS	F	R2	B	SEb	p
Modelo 1	5,63	0,9	0,063	0,337	<,005
Cohesión			0,469	0,012	
Adaptabilidad al cambio			0,520	0,029	
Experiencia adversa temprana			-0,003	0,004	

Fuente: Elaboración propia

Se calculó un modelo de regresión lineal simple con método de entrada Introducción para predecir el efecto de Experiencia Adversa Temprana sobre la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumo de sustancias. La ecuación de la regresión fue estadísticamente significativa $F = 9,917$, $p = ,001$. El valor de la $R^2 = ,13$, por lo que indica que el 13% de la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumos de sustancias puede ser explicada por el modelo que contiene Experiencia Adversa Temprana.

La ecuación de la regresión fue de $63,228 + (-) 0,347$, donde la puntuación de la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumos de sustancias aumenta de manera inversamente proporcional por cada punto de Experiencia adversa temprana.

VARIABLES PREDICTORAS	F	R2	B	SEb	p
Modelo 1	8,917	0,126	63,228	6,564	<0,05
Experiencia adversa temprana			-0,347	0,116	

Fuente: Elaboración propia

Se calculó un modelo de regresión lineal simple con método de entrada Introducción para predecir el efecto de Severidad de consumo sobre la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumos de sustancias. La ecuación de la regresión no fue estadísticamente significativa $F = 1,024$, $p = ,7$. El valor de la $R^2 =$ fue de 0,03, por lo que indica que el 3% del cambio de la a Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumos de sustancias puede ser explicada por el modelo que contiene la Severidad de consumo.

La ecuación de la regresión fue de $52,539 + (-) 0,8'7$, donde la puntuación de la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumos de sustancias aumenta de forma inversamente proporcional en -0,807 puntos la Severidad de consumo.

VARIABLES PREDICTORAS	F	R2	B	SEb	p
Modelo 1	1,024	0,016	52,539	8,008	>0,05
Severidad de consumo			-0,807	0,797	

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar que comprender la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumo de sustancias (variable dependiente) supone la revisión de modelos explicativos los cuales los más representativos o que medianamente explican el funcionamiento de la variable dependiente (VD). Si bien es cierto existe un modelo que explica altamente la VD, se encuentran escasos modelos que logren explicar desde otra perspectiva la VD desde la regresión multidimensional.

Se calculó un modelo de regresión múltiple simple con método de entrada por introducción para predecir el efecto de las variables Cohesión, Adaptabilidad al cambio y Experiencia Adversa Temprana sobre la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumos de sustancias. La ecuación de la regresión fue estadísticamente significativa $F (gl, gl \text{ del residuo}) = 5,33, p = ,001$. El valor de la $R^2 =$ fue de ,99, por lo que indica que el 90% del cambio de la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumos de sustancias puede ser explicada por el modelo que contiene las variables Cohesión, Adaptabilidad y Experiencia adversa temprana.

VARIABLES PREDICTORAS	F	R2	B	SEb	p
Modelo 1	5,63	0,9	0,063	0,337	<,005
Cohesión			0,469	0,012	
Adapatabilidad al cambio			0,520	0,029	
Experiencia adversa temprana			-0,003	0,004	

Se calculó un modelo de regresión lineal simple con método de entrada Introducción para predecir el efecto de Experiencia Adversa Temprana sobre la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumos de sustancias. La ecuación de la regresión fue estadísticamente significativa $F = 9,917, p = ,001$. El valor de la $R^2 = ,13$, por lo que indica que el 13% de la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumos de sustancias puede ser explicada por el modelo que contiene Experiencia Adversa Temprana.

La ecuación de la regresión fue de $63,228 + (-) 0,347$, donde la puntuación de la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumo de sustancias aumenta de manera inversamente proporcional por cada punto de Experiencia Adversa Temprana.

VARIABLES PREDICTORAS	F	R2	B	SEb	p
Modelo 1	8,917	0,126	63,228	6,564	<0,05
Experiencia adversa temprana			-0,347	0,116	

Fuente: Elaboración propia

Se calculó un modelo de regresión lineal simple con método de entrada Introducción para predecir el efecto de Severidad de consumo sobre la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumo de sustancias. La ecuación de la regresión no fue estadísticamente significativa $F = 1,024$, $p = ,7$. El valor de la $R2 =$ fue de 0,03, por lo que indica que el 3% del cambio de la a Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumo de sustancias puede ser explicada por el modelo que contiene la Severidad de consumo.

La ecuación de la regresión fue de $52,539 + (-) 0,8'7$, donde la puntuación de la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumos de sustancias aumenta de forma inversamente proporcional en -0,807 puntos la Severidad de consumo.

VARIABLES PREDICTORAS	F	R2	B	SEb	p
Modelo 1	1,024	0,016	52,539	8,008	>0,05
Severidad de consumo			-0,807	0,797	

Fuente: Elaboración propia

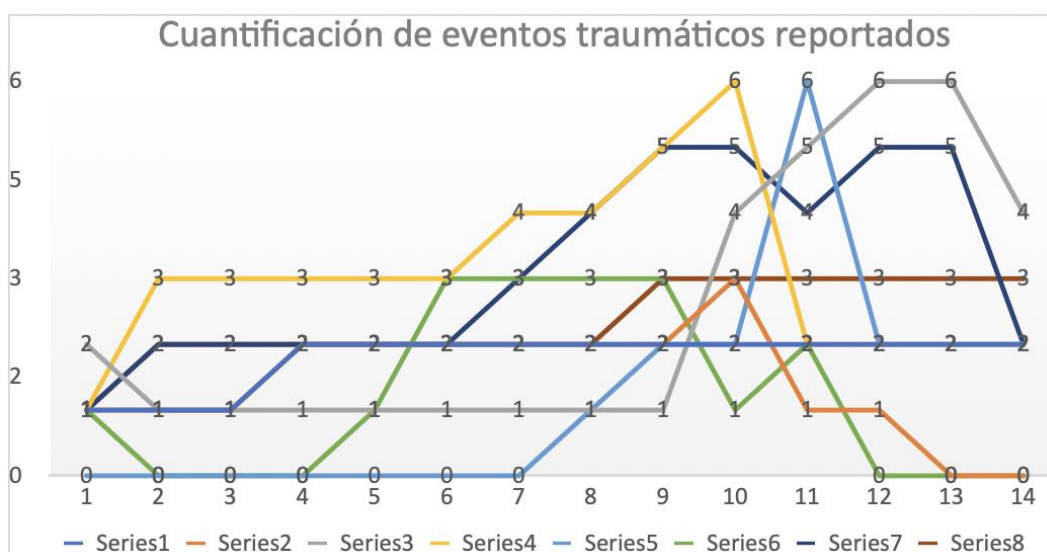
Se puede observar que comprender la Funcionalidad de los sujetos que presentaron consumo de sustancias (VD) supone la revisión de modelos explicativos los cuales los más representativos o que medianamente explican el funcionamiento de la variable dependiente. Si bien es cierto existe un modelo que explica altamente la VD, se encuentran escasos modelos que logren explicar desde otra perspectiva la VD desde la regresión multidimensional.

3.2 Resultados fase Cualitativa

De los relatos de los casos focalizados fue posible desprender información valiosa, relevando el relato de vida y la propia perspectiva en torno al evento traumático.

Como consta en la Figura 6, entre los 9 y 13 años se encuentra el pick de eventos traumáticos acumulados en la infancia, vale decir, es en la etapa donde sufrieron más episodios o eventos reportados.

Figura 6: Cuantificación de eventos traumáticos



Fuente: elaboración propia.

De igual modo, es posible confirmar que los primeros eventos traumáticos reportados se ubican antes de los 5 años. Estos son: Violencia intrafamiliar, sensación de abandono por parte de los progenitores y maltrato físico. Desde lo narrativo, esto se expresa en frases como:

- Sentía que mis papás no estaban, me dejaban solo o cargo de alguien.
- Mis papás peleaban mucho, se pegaban.
- Sentía que mi mamá/papá me rechazaba
- Me pegaban mucho, a veces con objetos.

Desde el punto de vista del “timing”, que los eventos más traumáticos, o la acumulación de éstos, ocurran en la preadolescencia, asoma como un hecho relevante, por las particularidades que tiene esta etapa desde el punto de vista del desarrollo psicosocial. Para Sieguel (2014), un aspecto relevante de esta etapa es la construcción de límites, que no existir o volverse difusos, conllevan un gran riesgo para la propia vida del adolescente, que a su vez, triplica las conductas de riesgo en este período.

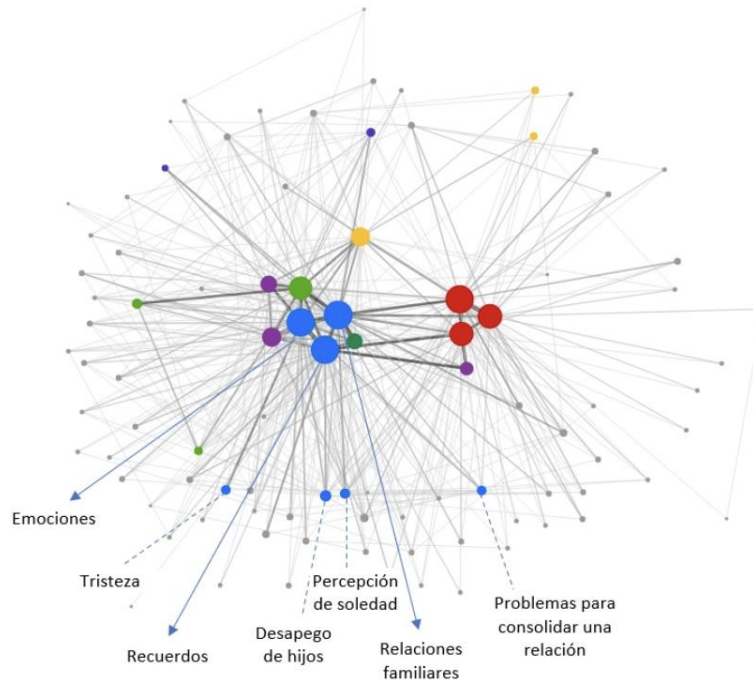
En relación al principio “tiempo-espacio”, llama la atención que prácticamente todos/as los/las entrevistados fueron concebidos en una familia nuclear promedio, que tempranamente se desmiembra u opera evidenciando escenarios vulneradores. Entonces, los primeros eventos traumáticos se generan en el propio hogar, donde se supone estar protegidos, resguardados del entorno, satisfaciendo las necesidades, donde se busca seguridad. Para Águila-Escobedo (2015) el entorno doméstico y la posición que el niño/a ocupe en éste, afectará su vulnerabilidad ante el estrés y su capacidad de resistir experiencias desestabilizadoras. Cuando la experiencia temprana es adversa, deriva en pautas fisiológicas anómalas, que al repetirse en el futuro puede derivar en trastornos tanto físicos como mentales.

Ahora bien, al observar las narrativas desde la óptica de las “historias interconectadas”, se evidencian patrones comunes en las biografías, que independiente de su gravedad y contexto, dan cuenta de biografías comunes, de historias que se repiten, así como también se repite la incapacidad o imposibilidad de reponerse, buscar ayuda y/o disponer de las redes para salir de allí. Se trastoca la capacidad de reescribir su propia historia a partir de otros escenarios posibles.

Sumado a la anterior, llama la atención en los patrones comunes el carácter intergeneracional del trauma: Padres y madres que evidencian: consumo problemáticos (sobre todo alcohol), trastornos de salud mental, desvinculación familiar, ausencia de afectos en la relacional parental, suicidio de algún progenitor/a, entre otras. Faúndez y Cornejo (2010) evidencia la existencia de dos formas de transmisión intergeneracional del trauma: directa e indirecta. La directa, es aquella en que los niños/as aprenden e incorporan la conducta de sus padres. En la indirecta, las consecuencias del trauma generan dificultades en el ejercicio del rol parental, afectando indirectamente al niño/a. En los casos investigados, se aprecian ambas tipologías, coexistiendo inclusive en el repertorio conductual durante la infancia y luego en la adultez.

Al analizar las narrativas reportadas por las/las entrevistados/as, es posible evidenciar relaciones conceptuales relevantes vinculadas al trauma y la situación de consumo, así como de las relaciones familiares. A continuación, se esquematizan los más relevantes:

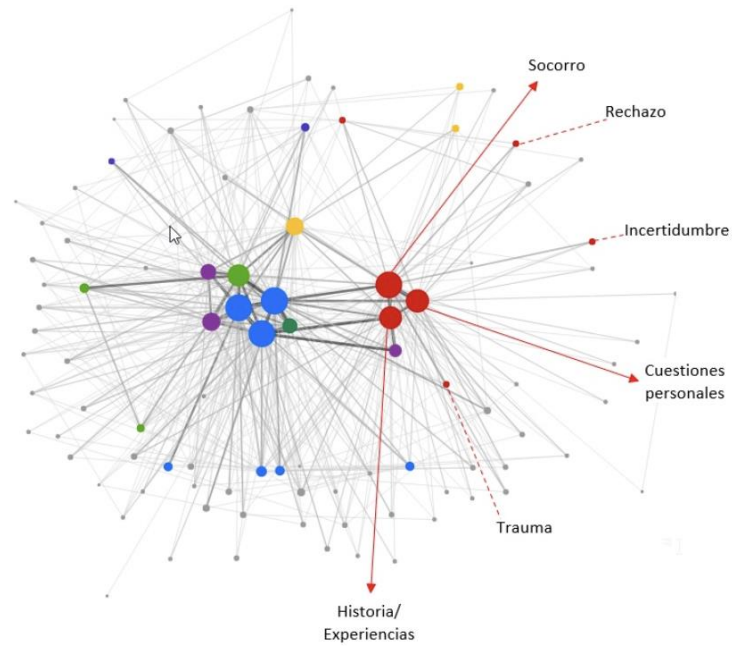
Figura 7: Relación Trauma vínculos familiares



Fuente: elaboración propia a partir de ATLAS.ti.

Al respecto, se detecta un nodo vinculado a las emociones que surge de los recuerdos respecto las relaciones familiares, lo que se expresa en la percepción de soledad, tristeza, problemas para consolidar las propias relaciones de pareja y desapego de los propios hijos/as (en muchos casos institucionalizados o al cuidado de terceros).

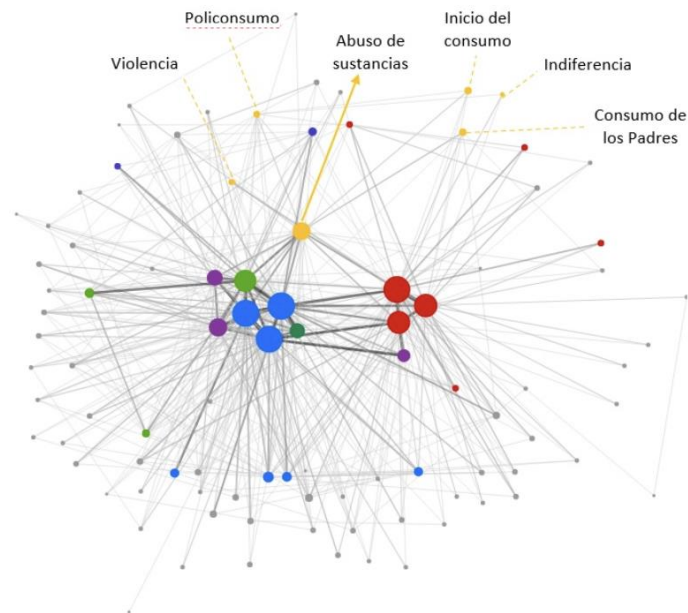
Figura 8: Relación recuerdos y vínculos familiares



Fuente: elaboración propia a partir de ATLAS.ti.

Un segundo nodo guarda relación con la historia y cuestiones personales, vinculadas a la necesidad de socorro. Esto se expresa en la percepción de rechazo por parte de los padres, evidencian incertidumbre la que se vincula con emociones como el temor y el desarrollo de estrés crónico.

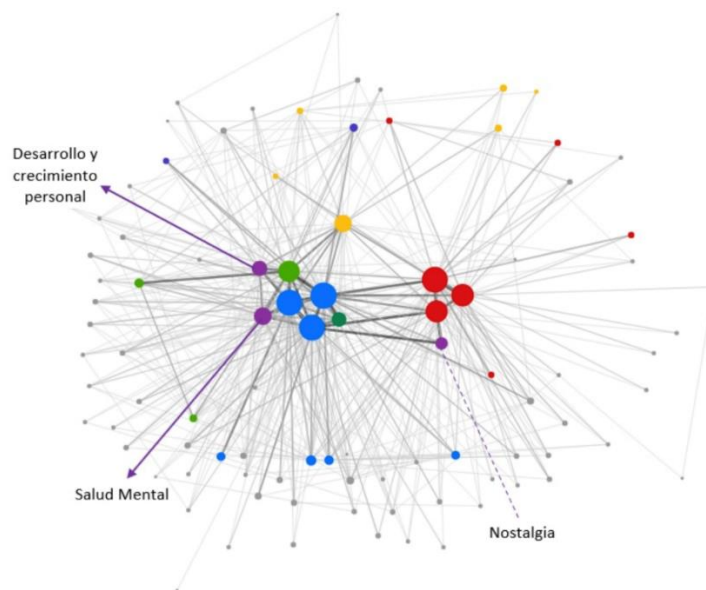
Figura 9: Relación relato de vida y necesidad de socorro



Fuente: Elaboración propia a partir de ATLAS.ti.

Un tercer nodo, guarda relación con el abuso de sustancias. En este caso, las narrativas se asocian al inicio del consumo, al consumo de sustancias por parte de alguno de los padres, a la progresión hacia el policonsumo, ser víctimas de violencia y de la indiferencia por parte de las redes familiares.

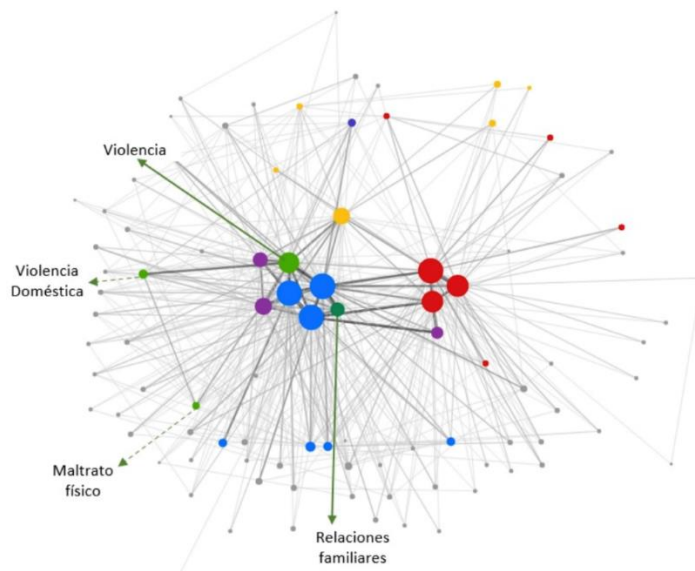
Figura 10: Relación inicio de consumo y propósitos



Fuente: Elaboración propia a partir de ATLAS.ti.

Un cuarto nodo se vincula a la salud mental. Allí aparecen narrativas asociadas al desarrollo y crecimiento personal, marcado por una permanente sensación de nostalgia.

Figura 11: Relación causa y consumo



Fuente: Elaboración propia a partir de ATLAS.ti.

Un quinto nodo, guarda relación con la violencia doméstica. En ello, asoman relatos de violencia generalizada, ser víctima de maltrato físico y el impacto que esto tiene en las relaciones familiares.

En las narrativas, además, aparecen elementos disonantes, que guardan relación con los significados asociados al evento traumático y sobre todo a las figuras parentales. Cabe enfatizar los siguientes:

- a) Necesidad de justificar con el transcurrir de los años las vulneraciones de los padres.

En la infancia emerge un relato sancionador, que responsabiliza a los padres de las vulneraciones. En la adultez el relato se hace conciliador, la necesidad de sentir a las figuras parentales como parte de su vida y dolor ante la pérdida (cuando los progenitores han fallecido). Esto va acompañado de una idealización de la “familia tradicional” como constructo y procesos de disociación como estrategia de sobrevivencia.

- b) Se evidencia una personalidad tímida, con poca autovalía y hasta auto rechazo en la infancia, sobre todo ante sujetos externos a la familia, con problemas para entablar relaciones, confiar y construir vínculos fuera del núcleo familiar. Aparecen narrativas de “decepción”, “desconfianza” y “traición” por parte de las personas que les rodean.

- c) En todos los casos analizados existe una salida temprana del hogar, en algunos ocurre por circunstancias vitales específicas (como separación de los padres o problemas económico), y en los casos más severos, iniciar circuito de calle como última instancia

para “escapar y encontrar algo de paz, fuera del hogar”. Esto ocurre con más fuerza entre los 13 y 18 años de edad.

- d) En la mayoría de los relatos existen episodios constantes de violencia intrafamiliar, desde la temprana infancia, ejercida principalmente del padre a la madre y/o de la madre y padre hacia los hijos/as. Además, existen recuerdos del consumo de sustancias, sobre todo alcohol por parte del padre y una imagen materna muy dañada, con escasa capacidad de proteger. Lo mismo ocurre con el miedo al abandono o estar solos, por la presencia física intermitente por parte de la madre (sobre todo) en varios de los casos estudiados.
- e) Un efecto derivado del trauma y la situación de consumo, guarda relación con el mal ejercicio del rol parental que los/las pacientes también ejercen hacia sus propios hijos/as, quienes en su mayoría están siendo criados por terceros, familiares (abuelas) o se encuentran en residencias de la red de protección a la infancia. Existe una deformación respecto el propio ejercicio del rol parental, pues en varios casos significan el abandono e ingreso a residencias como un mecanismo de protección ante la incapacidad de propia de “dar una mejor vida a los NNA”.
- f) Al menos en la mitad de los casos hay algún referente adulto/a que cumple con la figura de vínculo y resguardo, generalmente alguna de las abuelas o alguna tía (de linaje materno). Estas personas terminan siendo el principal factor protector y casi único vínculo afectivo potente en los imaginarios de infancia, con relatos vinculados a la vida en el campo, a comidas, olores, a celebración de rituales familiares. Casi en

todos los casos, la muerte de estas personas, han significado un hito doloroso en su historia de vida.

Narrativas según propuesta teórica de Echuburúa y Amor (2019):

1.- Desde lo conductual:

- Se aprecia un relato que da cuenta de la evitación como estrategia de regulación, que deriva en problemas de la vida cotidiana, y le impide a los sujetos afrontar adecuadamente y asumir episodios traumáticos.
- También hay casos de aislamiento social, en donde predomina una narrativa de soledad, desamparo y desconfianza hacia los demás. La posibilidad de que “otros/as” le hagan daño es una convicción con la que sobreviven día a día.
- Desde lo conductual, también aparece la tendencia a acercarse a personas inapropiadas, que lejos de ayudar a resolver los conflictos de arrastre vital, acentúan o cronifican las conductas de riesgo.
- Quienes están en tratamiento en programas intensivos y residenciales, ya dan cuenta de un consumo problemático y adicción de años, rechazando o no adhiriendo a procesos previos, acumulando daño y llegando a dispositivos más complejos. Existe una tendencia a no problematizar y aceptar ayuda terapéutica.

2.- Desde lo cognitivo:

- Existe una atención selectiva a los sucesos traumáticos, cuesta evocar el pasado, asoman sentimientos que, dada la conducta evitativa, se mantienen soterrados, y no

resulta agradable evocar. De esta forma, también se han naturalizados eventos violentos y altamente traumatizantes, no visualizados necesariamente como un problema por las/los entrevistados.

- En muchos casos existe una pérdida de memoria, vacíos o lagunas en donde costaba reconstruir el pasado. De igual modo, dado el consumo severo, es posible que el relato también se vea condicionado por el daño producido por el consumo en sí (trastorno por consumo).

3.- Desde lo emocional:

- A nivel emocional los/las entrevistados/as evidencia una incapacidad para abordar y superar eventos traumáticos, operan un anclaje en sentimientos negativos, que rememoran al traerlos al presente, predominando sentimientos del tipo: Deseo de venganza (sobre quienes le han infligido dolor o daño), rabia y hostilidad (hacia un sin número de personas o actores sociales e institucionales. También hacia sí mismos/as), sentimiento de culpa (por no actuar de una forma determinada, o evidenciar en su momento el hecho traumático), nostalgia (sobre todo de tiempos mejores pasados y del rol ma-parental que ejercen o dejaron de ejercer), vergüenza (por su trayectoria y ver en el presente la serie de eventos que han formado su biografía), entre otros.

4.- Regulación emocional-cognitiva:

- En general operan narrativas que dan cuenta de desregulaciones, asomando como subcategorías relevantes: la negación, catastrofismo, rumiación, autculpabilización, heterculpabilización, pérdida de foco o inexistencia de metas, alteración de la realidad, entre otras.

3.3 Integración de enfoques

A continuación, se presenta un esquema que integra y/o contrasta los resultados de las fases cuantitativas y cualitativas del estudio.

Tabla 13: Integración resultados de datos estadísticos y textuales

Comparación	
Cuantitativa	Cualitativa
Desde lo cuantitativo asoma una mayor correlación negativa entre la funcionalidad familiar y el consumo severo, vale decir, mientras más funcional la familia, menos grave o severo sería el consumo. No así en el caso de las familias disfuncionales.	De los relatos, se desprende que los casos con consumo más severo y crónico, son las familias más disfuncionales, o con historias más rudas desde lo relacional, con mucha presencia de maltrato, consumo de sustancias y desmembramientos familiares. Hay también una idealización de la familia como constructo social.
De la escala CTQ-SF se desprende alta presencia de maltrato físico y emocional, siendo las subescalas que concentran más casos.	Los relatos confirman aquello, con violencia transversal al interior del hogar, desde la primera infancia, y con un abandono (activo y pasivo) por parte de los progenitores.

<p>La mayoría de los casos presentan consumo de sustancias de moderado a severo en la escala respectiva, con una evidente incapacidad para cesar el consumo en forma autónoma.</p>	<p>Existe un relato fantasioso respecto la capacidad declarada de regular el propio consumo, apelando en varios casos a que pueden dejarlo a voluntad.</p>
<p>Tanto hombres como mujeres aparecen con una alta prevalencia en maltrato físico y abandono emocional.</p>	<p>En los relatos, las mujeres padecen más maltrato físico y abuso sexual, y los hombres evidencia más soledad y abandono emocional.</p>
<p>La experiencia adversa temprana se evidencia desde la temprana infancia, resultando una variable central para explicar la severidad del consumo.</p>	<p>No todos los sujetos reconocen en los eventos adversos una instancia de trauma, aun cuando existen relatos muy dolorosos, representados principalmente por sus figuras parentales, del todo negligentes e incapaces de brindar protección y amor.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, desde lo descriptivo, al contrastar ambos paradigmas y sus resultados, es posible afirmar que:

- Existe una representación del trauma desde ambos enfoques, que lo sitúa como determinante en la historia de vida de las personas, desde la temprana infancia.
- La violencia aparece como un factor omnipresente en los relatos, en sus diversas expresiones y dimensiones.
- La familia, independiente de su estructura y composición, sigue siendo relevante en el desarrollo de las personas, evolucionando y diversificándose en sus formas, pero sus funciones tradicionales resultan claves como factor protector (funcionalidad).

- Tanto desde lo estadístico como en lo narrativo, la familia que cumple con las funciones ya mencionadas se traduce en el principal factor protector en el desarrollo de niños, niñas y adolescentes.
- Son variados los factores que inciden en el inicio y mantención del consumo de sustancias, pero se reafirma que la dimensión relacional-familiar es clave en su progresión y recuperación.

4.- Limitaciones

La investigación realizada tuvo las siguientes limitaciones:

- La recolección de información se desarrolló en plena Pandemia por Covid-19, limitándose por ello el acceso a los centros de tratamiento, retrasando la aplicación de encuestas y entrevistas, interfiriendo el cronograma fijado.
- Vinculado a lo anterior, de haber existido otras condiciones, la muestra pudo ser más alta, otorgando mayor poder del efecto y validez a los resultados.
- La fase cuantitativa se vio afectada por la agenda de los profesionales y al respetar la decisión de los centros, de autoconvocar a los/las usuarios/as, la agenda quedó supeditada de la celeridad de éstos.
- La fase cualitativa se vio afectada por la voluntariedad de los sujetos, restándose muchos de profundizar en temas que resultaban aflictivos y, en menor medida, interfirió el sesgo de la memoria, sobre todo para las etapas más tempranas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Abuín, J. R. (2007). Regresión lineal múltiple. IdEyGdM-Ld Estadística, Editor, 32.
- 2) Águila-Escobedo, D. (2015). Violencia y estrés infantil: ¿ está en juego nuestro futuro?. *Acta Médica Peruana*, 32(2), 71-83.
- 3) Aho, N., Gren-Landell, M., & Svedin, C. G. (2016). The prevalence of potentially victimizing events, poly-victimization, and its association to sociodemographic factors: A Swedish youth survey. *Journal of interpersonal violence*, 31(4), 620-651.
- 4) Aleán Pico, A (2012). La noción de justicia en Adam Smith y Amartya Sen (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá).
- 5) Allem, J. P., Soto, D. W., Baezconde-Garbanati, L., & Unger, J. B. (2015). Adverse childhood experiences and substance use among Hispanic emerging adults in Southern California. *Addictive behaviors*, 50, 199-204.
- 6) Alonso-Castillo, M. M. M., Yañez-Lozano, Á., & Armendáriz-García, N. A. (2017). Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 17(1), 87-96
- 7) Álvarez-Hernández, G., & Delgado-De la Mora, J. (2015). Diseño de estudios epidemiológicos. I. El estudio transversal: tomando una fotografía de la salud y la enfermedad. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 32(1), 26-34.
- 8) American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). APA.
- 9) Anda R., Felitti V., Bremner J., et al. (2006) The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry Clinic Neurosciences*;256:174-186.
- 10) Arias Jiménez, E., Escobar Pizarro, M. A., González Londoño, M. A., & Rodríguez Burgos, S. M. (2020). Correlación existente entre experiencias traumáticas de maltrato y violencia sociopolítica en la infancia, asociadas a la esquizofrenia en la edad adulta.
- 11) Aschbacher K., Kornfeld S, Picard M, et al. (2014) Chronic stress increases vulnerability to diet-related abdominal fat, oxidative stress, and metabolic risk. *Psychoneuroendocrinology*; 46: 14-22.
- 12) Asi Karakaş, S., & Ersöğütçü, F. (2023). Examination of the relationship between family functionality and styles of coping with stress in individuals with substance use disorder. *Journal of Substance Use*, 28(1), 79-86.
- 13) Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- 14) Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Hardcastle, K. A., Sharp, C. A., Wood, S., & Homolova, L. (2019). Adverse childhood experiences and sources of childhood resilience: A retrospective study of their combined relationships with child health and educational attendance. *BMC Public Health*, 19(1), 1-12.
- 15) Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., ... & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*.
- 16) Bernstein, P. A. (2003, January). Applying Model Management to Classical Meta Data Problems. In *Conference on Innovative Data Systems Research* (Vol. 2003, pp. 209-220).

- 17) Blanco, M., & Pacheco, E. (2003). Trabajo y familia desde el enfoque del curso de vida: dos subcohortes de mujeres mexicanas. *Papeles de población*, 9(38), 159-193.
- 18) Brown, J., King, M., & Wisow, L. (2017). The Central Role of Relationships With Trauma-Informed Integrated Care for Children and Youth. *Academic Pediatrics*, 94-101.
- 19) Broyles S., Staiano A., Drazba K., Gupta A., Sothorn M., Katzmarzyk P. (2012). Elevated C-reactive protein in children from risky neighborhoods: evidence for a stress pathway linking neighborhoods and inflammation in children.
- 20) Bethell, C. D., Jones, J., Gombojav, N., Linkenbach, J., & Sege, R. (2020). Positive childhood experiences and adult mental and relational health in a statewide sample: Associations across adverse childhood experiences levels. *JAMA Pediatrics*, 174(7), e201035.
- 21) Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M., & Bellino, S. (2021). El papel del trauma en el trastorno de la personalidad límite de inicio temprano: una perspectiva biopsicosocial. *Fronteras en psiquiatría*, 12, 721361.
- 22) Bula, J. I. (2009). Equidad social en la educación superior en Colombia. A. Zerda Sarmiento, 281-310.
- 23) Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hebert, M., Tremblay, R. E., & Turecki, G. (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 193(2), 134-139.
- 24) Briere, J., & Scott, C. (2021). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment* (3rd ed.). SAGE Publications.
- 25) Brown, J., King, M., & Wisow, L. (2017). The Central Role of Relationships With Trauma-Informed Integrated Care for Children and Youth. *Academic Pediatrics*, 94-101.
- 26) Brown, S. M., & Shillington, A. M. (2017). Childhood adversity and the risk of substance use and delinquency: The role of protective adult relationships. *Child abuse & neglect*, 63, 211-221.
- 27) Bunting, L., Montgomery, L., Mooney, S., MacDonald, M., Coulter, S., Hayes, D., & Davidson, G. (2019). Trauma Informed Child Welfare Systems—A Rapid Evidence Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16.
- 28) Cáceres, P. (2008). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*, 2(1), 53-82.
- 29) Casal, J., & Mateu, E. (2003). Tipos de muestreo. *Rev. Epidem. Med. Prev*, 1(1), 3-7.
- 30) Castillo Martínez, A., Cleves Luna, D., García Cifuentes, Á. M., Laverde Martínez, L., Medina Medina, V., Cortés Ruiz, H., Ramírez Martínez, D., & Dávalos Pérez, D. M. (2017). Experiencias adversas de la infancia en una muestra de pacientes con enfermedad crónica en Cali-Colombia. *Medicina UPB*, 36(1), 9–15.
- 31) Castro, N., & Gandini, L. (2006). La salida de la escuela y la incorporación al mercado de trabajo de tres cohortes de hombres y mujeres en México. In V Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Estudios del Trabajo.
- 32) Chase-Lansdale, P. L., Hofferth, S. L., & Koo, H. (2003). The development of children in welfare families: The role of family structure and family processes. *Child Development*, 74(6), 1637-1652.

- 33) Chaudry, S., Zweig, K., Hebbar, P., Angell, S., & Vassan, A. (2019). Trauma-Informed Care: a Strategy to Improve Primary Healthcare Engagement for Persons with Criminal Justice System Involvement. *Journal of general internal medicine*, 1048-1052.
- 34) Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Plan hemisférico sobre drogas 2021-2025, Secretaría de seguridad multidimensional, Colombia 2020.
- 35) Cornellà-Font, M. G., Viñas-Poch, F., Juárez-López, J. R., & Malo-Cerrato, S. (2020). El riesgo de adicción: su prevalencia en la adolescencia y su relación con la seguridad del apego y el autoconcepto. *Clínica y salud*, 31(1), 21-25.
- 36) Costa Ball, D., González Tornaría, M. D. L., del Arca, D., Masjuan, N., & Olson, D. H. (2013). Propiedades Psicométricas del FACES IV: Estudio de validez en población uruguaya. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 119-132.
- 37) Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- 38) Cyr, K., Clément, M., y Chamberland, C. (2013). Lifetime prevalence of multiple victimizations and its impact on children's mental health. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(4), 616-634.
- 39) Cummings, E. M., & Schatz, J. N. (2021). Families, parents, and children: Mechanisms of risk and resilience. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology: Maladaptation and psychopathology* (3rd ed., Vol. 3, pp. 567-608).
- 40) Danese A. & Lewis J. (2017) Psychoneuroimmunology of early-life stress: the hidden wounds of childhood trauma? *Neuropsychopharmacology* 2017;42:99-114.
- 41) Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis and biological toughness: A case study of the development of depression. *Psychological Medicine*, 42(4), 531-543.
- 42) de Drogas, O. C. (2017). Décimo segundo Estudio Nacional de drogas en población general de Chile 2010. Santiago de Chile: SENDA. Extraído en: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/12/InformeENPG2016.pdf>.
- 43) de Desarrollo, B. I. Organización de los Estados Americanos.(2020). Reporte Ciberseguridad 2020: riesgos, avances y el camino a seguir en América Latina y el Caribe.
- 44) Domínguez Silos, A. P. (2018). Validación Inicial del " Childhood Trauma Questionnaire-Short Form" Versión Española en Chile.
- 45) Echeburúa, E., & Amor, P. J. (2019). Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas. *Terapia psicológica*, 37(1), 71-80.
- 46) Elder Jr, GH (1998). El curso de la vida como teoría del desarrollo. *Desarrollo infantil* , 69 (1), 1-12.
- 47) Elder, L., & Paul, R. (2003). Pensamiento analítico. Extraído el, 1.
- 48) Faúndez, X., & Cornejo, M. (2010). Aproximaciones al estudio de la transmisión transgeneracional del trauma psicosocial. *Revista de psicología*, 19(2), ág-31.
- 49) Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2020). The relationship of adverse childhood experiences to adult health, well-being, social function, and healthcare. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258
- 50) Felitti, V., Anda, R., Nordemberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., . . . Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 245-258.
- 51) Fernández, M. (2012). El costo socioeconómico del consumo de drogas ilícitas en Chile. *Revista CEPAL*, 107, 94-114.

- 52) Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., & Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw Hill.
- 53) FERRAROTTI, F. (1998). Sobre a Autonomia do Método Biográfico In NÓVOA e FINGER. O método (auto) biográfico e a formação. Lisboa: Ministério da Saúde/Departamento de Recursos Humanos.
- 54) Fink, A. y Litwin, MS (1995). Cómo medir la confiabilidad y la validez de una encuesta (Vol. 7). Sabio.
- 55) Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124(5), 1411-1423.
- 56) Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13-21.
- 57) Finkelhor, D. (2018). Screening for adverse childhood experiences (ACEs): Cautions and suggestions. *Child Abuse and Neglect*.
- 58) Fitzgerald, M. M., DiGangi, J. A., & Phan, K. L. (2020). Functional neuroanatomy of childhood maltreatment: Association with the neural correlates of emotion regulation and adult PTSD symptom severity. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 294, 111-121.
- 59) Folgueiras Bertomeu, P. (2016). La entrevista.
- 60) Forselledo A. y Esmoris V. (1994) Consumo de Drogas y Familia Situación y Factores de Riesgo. Disponible en:
http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2011_UT_1.pdf
- 61) Garner, A. S., Shonkoff, J. P., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., & McGuinn, L. (2021). Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: Translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*, 137(4), e20160590.
- 62) Gartland, D., Riggs, E., Muyeen, S., Giallo, R., Afifi, T., MacMillan, H., . . . Brown, S. (2019). What factors are associated with resilient outcomes in children exposed to social adversity? A systematic review. *BMJ Open*.
- 63) Gómez, M. C. S. (2015). La dicotomía cualitativo-cuantitativo: posibilidades de integración y diseños mixtos. *Campo Abierto. Revista de Educación*, 11-30.
- 64) Gómez, L., Pérez, R., & Rodríguez, M. (2019). Efectos de las dinámicas familiares en el consumo de drogas en adolescentes. *Revista de Psicología*, 25(3), 72-80.
- 65) González, M., y Cifuentes, D. (2015). Desarrollo socioafectivo. *Primera infancia*. 22.
- 66) Gorall, D. M., Tiesel, J. W., & Olson, D. H. (2016). The Circumplex Model: An integrative approach to couple and family therapy. In G. R. Weeks, S. T. Fife, & C. M. Peterson (Eds.), *Techniques for the couple therapist: Essential interventions from the experts* (pp. 3-20).
- 67) Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607-614.
- 68) Griffiths, M. (1998). Internet addiction: Does it really exist? In J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications* (pp. 61-75). Academic Press.
- 69) Groenewald, C., & Bhana, A. (2016). Distress among parents of individuals with substance use disorders: Factors that shape the context of care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(5), 646-661.

- 70) Guzmán Mesa, A., Julio Durango, I., & Galán Buelvas, L. (2023). Experiencias adversas en la infancia en estudiantes de odontología y factores asociados.
- 71) Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2017). Alcance de la Investigación.
- 72) Hernandez, A., Arntz, A., Gaviria, A. M., Labad, A., & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2012). Relationships between childhood maltreatment, parenting style, and borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 727-736.
- 73) Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2021). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366.
- 74) Iraurgi, I., Lozano, O., González-Saiz, F., & Trujols, J. (2008). Valoración psicométrica de la Escala de Severidad de la Dependencia a partir de dos modelos de análisis: la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al Ítem. *Boletín de Psicología*, 93, 41-57.
- 75) Jimeno, M. (2015). Experiencias traumáticas en la infancia y su influencia sobre el desarrollo afectivo-social y la memoria autobiográfica en adolescentes institucionalizados. comparación con un grupo de control. 245.
- 76) Jones, A., & McEwen, B. S. (2021). Stress, vulnerability, and resilience in addiction: Exploring the neurobiology of addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 22(2), 103-114.
- 77) Kalmakis KA, Chandler GE. Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *J Adv Nurs*. 2014 Jul;70(7):1489-501. doi: 10.1111/jan.12329. Epub 2013 Dec 11. PMID: 24329930.
- 78) Katz, M. C., & Benjamin, L. S. (2001). Family intervention: The family therapies. In *Comprehensive Handbook of Psychotherapy: Psychodynamic/Object Relations* (pp. 331-358).
- 79) Kisely, S., Strathearn, L., Najman, J. M., & Clavarino, A. (2021). Adverse childhood experiences and adult mental health, alcohol, and drug abuse: 19 years of the mothers and their children cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(2), 72-80.
- 80) Kontu, M., Hakko, H., Riala, K., & Riipinen, P. (2021). Adolescence Predictors for Drug Crime Offending: A Follow-up Study of Former Adolescent Psychiatric Inpatients. *Community Mental Health Journal*, 57(4), 736-745.
- 81) Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773.
- 82) Koob, G. F., & Mason, B. J. (2020). Existing and future medication-assisted treatments for alcohol use disorder. *Psychopharmacology*, 237(4), 1171-1191.
- 83) Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2019). The impact of substance use disorders on families and children: From theory to practice. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 194-205.
- 84) Lara, D., López, G., Constanza, D., Blanco, D., Antoni, J., Quiroga, R., & Roncero, C. (2018). Comorbilidad Psiquiátrica y Evolución de Pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Tesis Doctoral presentada por: Nieves Gudelia Martínez Luna Para obtener el grado de Doctor en Psiquiatría.
- 85) Lecannelier, F. (2018). El trauma oculto en la infancia. SUDAMERICANA.
- 86) Leech, N. L., & Onwuegbuzie, A. J. (2009). A typology of mixed methods research designs. *Quality & quantity*, 43(2), 265-275.

- 87) LeTendre, M. L., & Reed, M. B. (2020). The effect of adverse childhood experience on clinical diagnosis of a substance use disorder: Results of a nationally representative study. *Substance Use & Misuse*, 55(2), 192-202.
- 88) Liu, Z., Yang, Y., Shi, Z., Liu, J., & Wang, Y. (2016). The risk of male adult alcohol dependence: The role of the adverse childhood experiences and ecological executive function. *Comprehensive psychiatry*, 68, 129-133.
- 89) Longa, F. (2010). Trayectorias e historias de vida: perspectivas metodológicas para el estudio de las biografías militantes. In VI Jornadas de Sociología de la UNLP 9 y 10 de diciembre de 2010 La Plata, Argentina. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.
- 90) López Noguero, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación.
- 91) Lüscher, C., Robbins, T. W., & Everitt, B. J. (2020). The transition to compulsion in addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 21(5), 247-263.
- 92) McCrory, E. J., Gerin, M. I., & Viding, E. (2022). Annual research review: Childhood maltreatment, latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry – The contribution of functional brain imaging. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(3), 385-396.
- 93) Mallimaci, F., & Giménez Béliveau, V. (2006). Historia de vida y métodos biográficos. *Estrategias de investigación cualitativa*, 1, 23-60.
- 94) McGee, C., Hughes, K., Quigg, Z., Bellis, M., Larkin, W., & Lowey, H. (2015). A scoping study of the implementation of routine enquiry about childhood adversity (REACH). Blackburn with Darwen.
- 95) Mansilla, M. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de investigación en Psicología*, 3(2), 105-116.
- 96) Martínez, J., & López, A. (2020). El papel del apoyo familiar en la prevención del consumo de drogas. *Psicología y Salud*, 35(2), 80-90.
- 97) Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2020). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.).
- 98) Matchinger, E., Cuca, Y., Khanna, N., Dawson, C., & Kimberg, L. (2015). From treatment to healing: the promise of Trauma Informed Primary Care. *Womens Health Issues*, 193-197.
- 99) Mateo-Crisóstomo, Y., Rivas-Acuña, V., González-Suárez, M., Ramírez, G. H., & Victorino-Barra, A. (2018). FUNCIONALIDAD Y SATISFACCIÓN FAMILIAR EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN LOS ADOLESCENTES. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(2).
- 100) Martí Esquitino, J. (2020). Experiencias adversas en la infancia en personas diagnosticadas por consumo de cocaína y cannabis: un estudio transversal.
- 101) Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., & Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of clinical and health psychology*, 6(2), 317-338.
- 102) Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., & Guinn, A. S. (2020). Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011-2014 behavioral risk factor surveillance system in 23 states. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1038-1044.
- 103) Mijangos, A. D. S., & Falcón, M. D. C. P. T. (2019). Conductas de riesgo y dinámica familiar del adolescente y la de sus padres/risk behaviors and family dynamics of adolescents and their parents/conduitas de risco e dinamica familiar do adolescente ea de seus pais. *hacia la promoción de la salud*, 24(2), 17-32.

- 104) Miguel, P. M., Pereira, L. O., Silveira, P. P., & Meaney, M. J. (2019). Early environmental influences on the development of children's brain structure and function. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 61(10), 1127-1133. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14182>
- 105) Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 106) Miller G., Chen E., & Zhou E. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychol Bulletin* 2007;133:25-45.
- 107) Mofokeng, T. (2022). Política de drogas y consumo de drogas. <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-health>.
- 108) Moriana, G. (2015). La violencia contra las menores que inician su trayectoria vital en situación de vulnerabilidad social. 14.
- 109) Muñoz Astudillo, M. N., Gallego Cortés, C., Wartski Patiño, C. I., & Álvarez Sierra, L. E. (2012). Familia y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente. *Index de enfermería*, 21(3), 136-140.
- 110) Musitu Ochoa, G., Suárez Relinque, C., Del Moral Arroyo, G., & Villareal González, M. E. (2015). El consumo de alcohol en adolescentes: el rol de la comunicación, el funcionamiento familiar, la autoestima y el consumo en la familia y amigos.
- 111) Nemeroff, C. B. (2016). Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*, 89(5), 892-909.
- 112) Oliva, A., Parra, A., & Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 153-169.
- 113) Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1983). Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family process*, 22(1), 69-83.
- 114) Olson, D. H. (2021). Circumplex Model of Marital and Family Systems: Assessing family functioning. *Journal of Family Therapy*, 4(3), 281-295.
- 115) Pereda, N. (2019). ¿Cuánta violencia es demasiada? evaluación de la polivictimización en la infancia y la adolescencia?. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 40(1).
- 116) Pons Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. In *POLIS* (Vol. 4, Issue 2).
- 117) Pozo Serrano, F. J. del., García Vita, M. del Mar., & Zolá Pacochá, A. Isabel. (2018). *Educación social*. Universidad del Norte.
- 118) Racine, N., Killam, T., & Madigan, S. (2022). Trauma-informed care as a universal precaution: Beyond the ACEs screening tool. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(2), 192-195.
- 119) Radford, L., Corral, S., Bradley, C., & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child abuse & neglect*, 37(10), 801-813.
- 120) Radley J, Morilak D, Viau V, Campeau S. (2015) Chronic stress and brain plasticity: mechanisms underlying adaptive and maladaptive changes and implications for stress-related CNS disorders. *Neuroscience Biobehavioral Review*; 58:79-91.

- 121) Reid, J. A., & Loughran, T. A. (2019). A latent class typology of justice-involved youth victims and exploration of trauma-related psychological symptoms. *Justice Quarterly*, 1-15.
- 122) Reinoso, B. J., Castillo, E. Y., Sánchez, Y. L., & Placencio, M. R. (2023). El poder predictivo de las experiencias adversas en la infancia para estimar las conductas suicidas en jóvenes universitarios en Ecuador. *Espacios: ciencia, tecnología y desarrollo*, 44(09), 120-133.
- 123) Rivas, E., Bonilla, E., y Vázquez, J. (2020). Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias en mujeres víctimas de maltrato en contexto de pobreza. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 36(1), 173-180.
- 124) Rivera, C. A., & Vélez, A. G. (2020). Family functionality and its relationship with emotional intelligence in adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 29(8), 2052-2061.
- 125) Roberti, E. (2017). Perspectivas sociológicas en el abordaje de las trayectorias: un análisis sobre los usos, significados y potencialidades de una aproximación controversial. *Sociologías*, 19(45), 300-335.
- 126) Rockville, M. (2014). Vision Screening Among Children Aged < 6 Years—Medical Expenditure Panel Survey, United States, 2009-2010. Use of Selected Clinical Preventive Services to Improve the Health of Infants, Children, and Adolescents—United States, 1999–2011, 63(2), 43.
- 127) Rodríguez, J., & Pérez, M. (2021). Funcionalidad familiar y salud mental: Un análisis contemporáneo. *Psicología y Bienestar Familiar*, 19(1), 90-105.
- 128) Sánchez, C., & Ramírez, P. (2021). La transmisión intergeneracional del abuso de sustancias: Un análisis de los factores de riesgo. *Adicciones*, 33(1), 88-95.
- 129) Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y alcohol (SENDA), Décimo tercer estudio nacional de drogas en población general 2018, N°13, Observatorio chileno de drogas.
- 130) Siegel, D. J. (2014). Tormenta cerebral: el poder y el propósito del cerebro adolescente. Alba Editorial.
- 131) Sinha, R. (2020). Stress and addiction: A dynamic interplay of genes, environment, and brain. *Neuropsychopharmacology*, 45(1), 160-170.
- 132) Solorzano Torres, F., Narvaez, A., Alvarado Villa, G., Silva Calle, X., Guerrero Solorzano, J., Poveda Icaza, X., ... & Ledesma, P. (2016). La familia y los amigos como riesgo de consumo de alcohol en adolescentes.
- 133) Soto-Brandt, G., Huidobro, R. P., Artigas, D. H., Rivera-Rei, Á., Escobar, M. J., Guzmán, N. S., ... & Castillo-Carniglia, Á. (2014). Evidencia de validez en Chile del alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Adicciones*, 26(4), 291-302.
- 134) Stein, M. D., Conti, M. T., Kenney, S., Anderson, B. J., Flori, J. N., Risi, M. M., & Bailey, G. L. (2017). Adverse childhood experience effects on opioid use initiation, injection drug use, and overdose among persons with opioid use disorder. *Drug and alcohol dependence*, 179, 325-329
- 135) Stith, S. M., Liu, T., Tzeng, J., Smith, D. B., & Penn, C. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13-29.

- 136) Stoltenborgh, M., Bakermans Kranenburg, M. J., Alink, L. R., y Van Ijzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of metaanalyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50
- 137) Straus, E., Natanson, M., & Ey, H. PER UN'INQUIETA FENOMENOLOGIA DELL'ATTENZIONE. *RIVISTA QUADRIMESTRALE-ANNO XX NUOVA SERIE-N. 57-GENNAIO-APRILE 2006*.
- 138) United Nations Office on Drugs and Crime & Division for Treaty Affairs. (2022). *World Drug Report 2022*. United Nations.
- 139) Vásquez Calderón, J. H. (2020). Propuesta metodológica para la generación de realizaciones audiovisuales como proceso pedagógico en la narración de historias de vida resiliente de dos víctimas del conflicto armado en Colombia (Doctoral dissertation).
- 140) Vega-Arce, M., & Nuñez-Ulloa, G. (2018). Experiencias Adversas en la Infancia: mapeo bibliométrico de la literatura científica en la Web of Science. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 25-40.
- 141) Vella, V., Ibáñez, N., Segura, L., Colom, J., & García-Altés, A. (2022). Estimación del coste social del consumo de drogas ilegales en Catalunya. *Adicciones*, 34 (1), 73-82.
- 142) Villegas-Pantoja, M. Á., Alonso-Castillo, M. M., Alonso-Castillo, B. A., & Martínez-Maldonado, R. (2014). Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes mexicanos. *Aquichan*, 14(1), 41-52.
- 143) Volkow, N. D., & Koob, G. F. (2021). The neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(4), 342-352.
- 144) Walsh, F. (2020). **Strengthening family resilience** (4th ed.).
- 145) Wang, Y. R., Sun, J. W., Lin, P. Z., Zhang, H. H., Mu, G. X., & Cao, F. L. (2019). Suicidality among young adults: Unique and cumulative roles of 14 different adverse childhood experiences. *Child abuse & neglect*, 98, 104183
- 146) Widom, C. S. (1999). The cycle of violence. *Science*, 244(4901), 160-166.
- 147) Xia, Y., Gong, Y., Wang, H., Li, S., & Mao, F. (2022). Family function impacts relapse tendency in substance use disorder: Mediated through self-esteem and resilience. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 815118
- 148) Zarse, E. M., Neff, M. R., Yoder, R., Hulvershorn, L., Chambers, J. E., & Chambers, R. A. (2019). The adverse childhood experiences (ACE) questionnaire: Comparison of sociocultural groups and implications for validity. *Psychology*, 10(12), 1571-1586.
- 149) Zegers, Beatriz, Larraín, M. Elena, Polaino-Lorente, Aquilino, Trapp, Alejandro, & Diez, Isabel. (2003). Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41(1), 39-54.
- 150) Zicavo, N., Palma, C., & Garrido, G. (2012). Adaptación y validación del Faces-20-ESP: Re-conociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 219-234.

ANEXOS

Folio:

Cuestionario

EAI, Funcionalidad Familia y severidad de la dependencia

Estimado/a participante, el presente instrumento ha sido diseñado en el marco del estudio denominado. Experiencias Adversas en la Infancia (EAI), Funcionalidad familiar y Severidad de la dependencia a sustancias psicoactivas en adultos jóvenes en tratamiento, desde un enfoque mixto. Dada la naturaleza del estudio, usted ha sido convocado/a a partir de su participación en el programa....., accediendo a formar parte del estudio voluntariamente, como consta en consentimiento informado adjunto. Reiteramos que la confidencialidad en el uso de la información y el resguardo de su identidad.

El cuestionario cuenta con 3 apartados, en donde se harán algunas afirmaciones respecto su vida familiar y personal, en torno a las cuales tendrá que expresar principalmente la frecuencia con que ocurren dichos eventos. Debe responder de la forma más honesta posible, de acuerdo con lo que siente, ha vivido y recuerda de cada tema consultado.

Para iniciar, le consultamos algunos datos de identificación.

Nombre pila participante	
Edad	
Sexo	
Género	
Actividad principal que desarrolla/desarrollaba	
Ciudad de residencia	
Nivel educacional (último año aprobado)	
¿Con quién vive actualmente?	
Encuestador/a	

Parte 1: Escala de acontecimientos traumáticos en la infancia (CTQ-SF)

Respecto las siguientes afirmaciones en torno a su infancia, responda por cada situación consulta si esta se presentaba Nunca, Raramente, a veces, a menudo o casi siempre en su familia/hogar.

Cuando era pequeño y/o adolescente...	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Casi siempre
1.- No tenía suficiente para comer					
2.- Me sentía cuidado y protegido					
3.- Algunos miembros de mi familia me llamaban “tonto”, “flojo” o “feo”					
4.- Mis padres estaban demasiado borrachos o “drogados” para ocuparse de la familia					
5.- Alguien de mi familia me hacía sentir importante o especial					
6.- Tenía que vestirme con ropa sucia					
7.- Me sentía querido					
8.- Pensaba que mis padres no querían que hubiera nacido					
9.- Me golpeaban tan fuerte que tenía que ir al médico o al hospital					
10.- No he querido cambiar de familia					
11.- Algún miembro de mi familia me golpeaba tan fuerte que me dejaba marcas o moretones					
12.- Me castigaban con un cinturón, un palo, una cuerda u otro objeto contundente					
13.- Los miembros de mi familia cuidaban unos de otros					
14.- Miembros de mi familia me insultaban o decían cosas que me hacían daño					
15.- Creo que he sido maltratado físicamente					
16.- He tenido una infancia perfecta					

17.- Me golpeaban tan fuerte que alguien llegó a notar la marcas (Ej. Un profesor, un vecino un médico).					
18.- Sentía que alguien de mi familia me odiaba					
19.- Los miembros de mi familia se sentían cercanos entre sí.					
20.- Alguien intentó tocarme o me hizo hacer tocasiones sexuales					
21.- Alguien me amenazó con hacerme daño si no hacía algún acto sexual con él o ella					
22.- Tenía la mejor familia del mundo					
23.- Alguien me obligó a hacer actos sexuales o me hizo ver tales actos.					
24.- He sido víctima de acoso sexual					
25.- Creo que sufrí maltrato psicológico					
26.- Había alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba.					
27.- Pienso que han abusado de mi sexualmente					
28.- Mi familia era una fuente de seguridad y apoyo					

Parte 2: Escala breve de funcionamiento familiar FACES 20.

A continuación, se harán algunas afirmaciones que reflejan situaciones cotidianas de una familia X, respecto la cual usted tendrá que señalar si en el caso de SU familia cada expresión se presentaba Nunca, casi nunca, pocas veces con frecuencia o casi siempre.

	O=Nunca; 1=Casi nunca; 2=Pocas veces; 3=Con frecuencia; 4=Casi siempre	0	1	2	3	4
1	Los miembros de la familia nos sentimos cercanos afectivamente entre todos					
2	Los hijos participan en la resolución de problemas					
3	En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa					
4	Todos los miembros de la familia participamos en la toma de decisiones					
5	Los miembros de la familia nos pedimos ayuda mutuamente					

6	En cuanto a la elaboración de pautas de disciplina (normas, obligaciones) tomamos en cuenta la opinión de los hijos				
7	Cuando surgen problemas negociamos para encontrar una solución				
8	En nuestra familia realizamos actividades juntos regularmente				
9	Los miembros de la familia tienen libertad para expresarse				
10	En nuestra familia solemos reunirnos en el mismo lugar (cocina, living u otro espacio)				
11	A los miembros de la familia nos gusta pasar nuestro tiempo libre juntos				
12	En nuestra familia a todos nos resulta fácil expresar su opinión				
13	Los miembros de la familia nos apoyamos unos a otros en los momentos difíciles				
14	En nuestra familia intentamos nuevas formas de resolver los problemas				
15	Los miembros de la familia compartimos intereses y pasatiempos				
16	Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares				
17	Los miembros de la familia consultamos unos a otros acerca de nuestras decisiones personales				
18	Padres e hijos hablamos acerca de los castigos y las reglas				
19	La unidad familiar es una preocupación principal				
20	Los miembros de la familia comentamos nuestros problemas y nos sentimos bien con las decisiones tomadas entre todos				

Parte 3: Escala de Severidad de la dependencia.

En las siguientes preguntas en torno a la sustancia principal que usted consumía o consume, responder en torno a la frecuencia con que se presentan las interrogantes planteadas.

¿Cuál es la sustancia que usted consumía o consume principalmente?

Preguntas	Nunca/casi nunca (0)	A veces (1)	A menudo (2)	Siempre/ casi siempre (3)
¿Considera el consumo de fuera de su control?				

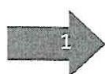
¿Siente preocupación por no conseguir una dosis de.....?				
¿Le preocupa su consumo de.....?				
¿Siente deseo de dejarlo?				
	No difícil (0)	Bastante difícil (1)	Muy difícil (2)	Imposible (3)
¿Tiene dificultad para dejarlo o mantenerse sin consumo?				

Muchas gracias por su valioso aporte.



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Doctorado en Salud Mental



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio	Experiencias Adversas en la Infancia (EAI), Funcionalidad Familiar y Severidad de la dependencia a sustancias psicoactivas en adultos jóvenes en tratamiento, desde un enfoque mixto.
Patrocinante	Doctorado en salud Mental, Universidad de Concepción.
Datos de patrocinante	Dr. Felipe García Martínez Director Doctorado en Salud Mental Email: felipegarcia@yahoo.es Fono: 41-2203377 Dirección: Servicio de Psiquiatría, Maipú 2120
Antecedentes presidente CEC	Dr. Nelson Pérez T. Email: cec@ssconcepcion.cl Fono: 41-2722745 Dirección: Hospital Guillermo Grant Benavente. San Martín 1436, Concepción.
Investigador Principal	Adolfo Alejandro Soto Lagos
Datos de contacto investigador principal	Email: aasl78@gmail.com Fono: 982130431 Dirección: Avda. Vicente Huidobro 6931, San Pedro de la Paz.

Usted está invitado a participar de la investigación del estudio: Experiencias Adversas en la Infancia (EAI), Funcionalidad Familiar y Severidad de la dependencia a sustancias psicoactivas en adultos jóvenes en tratamiento, desde un enfoque mixto. Estudio que cuenta con las autorizaciones respectivas desde los dispositivos de salud. El investigador responsable es: Adolfo Alejandro Soto Lagos.

Este formulario de consentimiento informado tiene la finalidad de ayudarle a tomar la decisión de participar en este estudio de investigación.

Léalo minuciosamente, y discuta cualquier inquietud que tenga con el investigador responsable a cargo del estudio. Igualmente, si lo considera necesario puede discutir su participación en la investigación con su familia, cercanos o equipo tratante antes de tomar la decisión.

En este trabajo se propone Determinar posibles relaciones entre los episodios traumáticos o complejos vividos en su infancia, la forma en que funciona su familia desde su percepción y cómo esto podría vincularse a la situación de consumo por la cual se encuentra en tratamiento. Se pone énfasis en su historia de vida, por lo cual implica mirar hacia el pasado.

La participación en el estudio implica responder 1 cuestionario, con preguntas breves, en donde será consultado/a sobre algunas vivencias de su infancia, temas vinculados a su familia y otros relacionados al patrón de consumo que llegó a experimentar. Las respuestas son cerradas, vale decir,

30-09-21 - Tercera Versión



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Doctorado en Salud Mental



tendrá que elegir por una letra o número, de acuerdo a las opciones de respuesta ofrecidas. Luego de eso, el estudio tiene una segunda etapa, en donde sólo participarán algunas personas, y cabe la posibilidad que es le invite a esa segunda fase de profundización, en donde ya implica una conversación o entrevista en profundidad. De ser invitado/a a esta etapa, las entrevistas serán desarrolladas en su centro de tratamiento, y usted tiene plena libertad de aceptar o no. Estas se llevarían a cabo durante el segundo semestre del 2021, e implicará participar de 1 o 2 encuentros con el investigador responsable del estudio.

Por otro lado, las encuestas podrán ser aplicadas en dependencias del centro de tratamiento durante el segundo semestre del 2021, en un horario y fecha a convenir con usted y su equipo tratante. Dada la contingencia, cabe la posibilidad que se lleve a cabo por medios virtuales como llamada telefónica, videollamada, entre otras. La idea es brindarle todas las facilidades para la participación. La aplicación de las encuestas no debería tardar más de 30 minutos. Las encuestas serán aplicadas por profesionales especialmente preparados para llevar a cabo dicho proceso.

ESTIMADO/A PARTICIPANTE, ES NUESTRO DEBER INFORMAR A USTED:

1. Que su participación en este estudio es voluntaria y que su negativa a participar no influirá en la relación sostenida con el centro de tratamiento de referencia.
2. Que la información obtenida será usada únicamente con el propósito de esta investigación, será confidencial, vale decir, tendrán acceso a ella solo el investigador responsable, encuestadores y los profesionales tratantes. Estos últimos, en la eventualidad que usted autorice a compartir dicha información en beneficio de su tratamiento, a la cual usted también podrá acceder, en un contexto protegido junto a su terapeuta.
3. Que, si en un futuro la información obtenida fuera usada para otra investigación, se solicitará nuevamente su autorización por medio de otro consentimiento informado.
4. Que usted no recibirá aportes económicos o alguna compensación por su participación en el citado estudio.
5. En relación con los riesgos, no implica mayores riesgos para usted, salvo el recordar situaciones dolorosas de su pasado, para lo cual existirá un plan de contención en conjunto con el equipo tratante de su centro de tratamiento, los profesionales encuestadores disponen de experiencia para ayudarle a procesar y contener aquellos recuerdos de ser necesario, todo aquello en el resguardo de su centro de tratamiento.
6. Al finalizar esta investigación, el conocimiento que obtengamos se difundirá hacia la comunidad científica y académica, tanto en seminarios, congresos y revistas científicas del área, para que otras personas interesadas puedan aprender de los hallazgos obtenidos.
7. Si tiene alguna duda comuníquese con el(la) Investigador responsable Adolfo Soto Lagos al correo electrónico adsoto@udec.cl o con la PresidentE del CEC o responsable de la entidad

30-09-21 - Tercera Versión



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Doctorado en Salud Mental



patrocinante, cuyos datos los encuentra al inicio de este documento. En caso de dudas o consultas sobre sus derechos como participante de este estudio, puede dirigirse también al CEC del Servicio de Salud Concepción, cuyos datos de contacto están al inicio de este documento.

HOJA DE FIRMAS DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DEL ESTUDIO TITULADO Experiencias Adversas en la Infancia (EAI), Funcionalidad Familiar y Severidad de la dependencia a sustancias psicoactivas en adultos jóvenes en tratamiento, desde un enfoque mixto

ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO DECLARO QUE:

- Mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción y considero que entiendo toda la información proporcionada acerca del estudio.
- Acepto que la información proporcionada será recopilada, utilizada y divulgada conforme a lo descrito en este formulario de consentimiento informado.
- He decidido libre y voluntariamente participar en el estudio de investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin sanción alguna.
- Recibí una copia firmada y fechada de este documento.
- Sé que al firmar este documento, no renuncio a ninguno de los derechos legales.

Nombre del(la) participante	Firma	Fecha

Yo, el que suscribe, investigador, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio. Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de GCP (Buenas Prácticas Clínicas) y otras leyes nacionales e internacionales vigentes. Se le proporcionará al participante una copia de esta información.

Nombre de Investigador(a) responsable	Firma	Fecha

Director centro de investigación o su delegado/Ministro de Fé	Firma	Fecha

30-09-21 - Tercera Versión