

Universidad Católica Redemptoris Mater

Facultad de Humanidades



**Tesis monográfica para optar al título de
Licenciatura en Psicología**

Psicología Social

Factores psicosociales que inciden en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en usuarios del centro de rehabilitación Fuente de Vida, Managua

AUTORES

Ayerdis-Olivero, Lester Emmanuelle
Palacios, Lisandra Seleste
Rocha-Rivera, Ana Julia

**Managua, Nicaragua
17 de enero de 2025**

Universidad Católica Redemptoris Mater

Facultad de Humanidades



**Tesis monográfica para optar al título de
Licenciatura en Psicología**

Psicología Social

Incidencia de los factores psicosociales en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en usuarios internos del centro de rehabilitación Fuente de vida, de la ciudad de Managua, durante el segundo semestre del año 2024

AUTORES

Ayerdis-Olivero, Lester Emmanuelle
Palacios, Lisandra Seleste
Rocha-Rivera, Ana Julia

TUTOR CIENTÍFICO Y METODOLÓGICO

MSc. Navarrete-López, Eduardo Francisco
Profesor investigador
ORCID:  0009-0008-8658-4460

Managua, Nicaragua

17 de enero de 2025



FACULTAD DE HUMANIDADES Carrera de Psicología

APROBACIÓN DE TEMA Y TUTOR PARA PRESENTACION DE TRABAJO MONOGRÁFICO

Br. Lisandra Seleste Palacios
Br. Ana Julia Rocha Rivera
Br. Lester Emmanuelle Ayerdis Olivero

Estimados bachilleres:

Por la presente se le comunica, que, con base en el Reglamento Académico de la Universidad, la Facultad de Humanidades le autoriza para la realización de su monografía el tema:

Incidencia de los factores psicosociales en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en usuarios internos del centro de rehabilitación Fuente de vida, de la ciudad de Managua, evaluados durante el segundo semestre del año 2024.

y se le asigna como tutor al profesor: **MSc. Eduardo Francisco Navarrete López.**

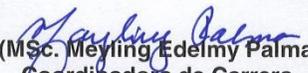
Se establece además lo siguiente:

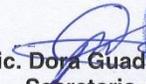
Queda entendido que tanto usted como el tutor adquieren el compromiso de cumplir con el cronograma que se establezca para la realización del trabajo monográfico.

El tutor tiene la potestad para determinar los criterios a seguir y alcances del trabajo monográfico, que deberán ser cumplidos.

En general, el tutor y el estudiante, deberán cumplir todo lo establecido en el título II del Reglamento de Culminación de Estudios.

Dado en la ciudad de Managua, a los 26 días del mes de julio de 2024.


(MSc. Meyling Edelmey Palma)
Coordinadora de Carrera
(Lic. Psicología)


(Lic. Dora Guadalupe Perez)
Secretaria Académica
Facultad de Humanidades


(MSc. Evelyn del Carmen Torres)
Decana
Facultad de Humanidades

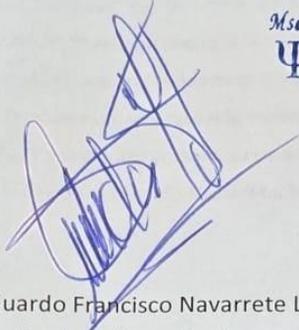
cc. Archivo.



CARTA AVAL TUTOR CIENTÍFICO Y METODOLÓGICO

Por medio de la presente, y en mi calidad de Tutor científico y metodológico, certifico que el trabajo de investigación realizado por Lisandra Selesté Palacios, Ana Julia Rocha Rivera y Lester Emmanuelle Ayerdis Olivero, cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo a los egresados, reproducir el documento definitivo para su entrega oficial a la facultad correspondiente.

Atentamente,



Msc. Eduardo Navarrete López
Ψ PSICÓLOGO CLÍNICO-FORENSE
Cód. MINSA 28914

MSc. Eduardo Francisco Navarrete López
Profesor investigador
enavarrete2@unica.edu.ni

Dedicatoria

A Jehová Dios, por ser mi guía y fortaleza en todo momento, por su amor leal e infinito; a mi amado esposo Alfonso, por ser mi pilar incondicional en cada paso de este viaje, por su amor indiscutible, su calidez y por ser mi refugio más seguro; a mi bella madre Ligia, mi más grande ejemplo de resiliencia, por su paciencia, sabiduría y amor absoluto que siempre me han sostenido; y a mis adorados bebés Stein y Yoyo, por iluminar mis días con sus caritas hermosas, su ternura inagotable, su alegría contagiosa y su amor sin condiciones, recordándome cada día la belleza de lo simple. Les amo profundamente. Gracias.

Lisandra S. Palacios

Primero y, ante todo, agradezco a Dios, por ser la fuente de fortaleza, sabiduría y guía que me ha acompañado en este viaje. A mi amado esposo Rommel y mi preciosa hija Milady, por su apoyo incondicional, amor y paciencia, que hicieron posible este logro. Agradezco profundamente al Pastor Dan y su esposa Ann, por creer en mí desde el inicio, brindándome su confianza, generosidad y respaldo incondicional. Su fe en mí ha sido mi faro de esperanza. A mis padres Celia y Wilber por su amor inquebrantable, su guía y los principios que me han enseñado a lo largo de mi vida. Finalmente, a nuestro tutor, MSc. Eduardo Navarrete, por su invaluable orientación, paciencia y sabios consejos. Gracias.

Ana J. Rocha Rivera

Al Creador, varón del Gólgota, quien a pesar de mis fallas y debilidades, nunca ha apartado su rostro de mi vida, a mi madre bella que con su amor incondicional, respaldó este nuevo proyecto académico en mi vida y apoyará todos los futuros con la misma dedicación y entrega, a mi amigo Ronaldo Caldera , héroe de la patria que sin dudar ni un momento, me dio la oportunidad de crecer académicamente, a mis hijas: Isha y Lesmara quienes fueron y serán el motor que impulsa cada latido de mi corazón y por último y no menos importantes a todos y cada uno de mis docentes y compañeros de clase, que fueron el respaldo y ayuda en esta ardua pero bello camino de la enseñanza. Gracias infinitas a todos.

Lester Emmanuelle Ayerdis Olivero

Agradecimiento

A Dios, por darnos la fuerza y la sabiduría para afrontar cada desafío a lo largo de este proceso.

A nuestras familias, por su amor incondicional, paciencia y constante apoyo, que nos motivaron a seguir adelante en cada etapa de esta investigación.

A nuestros profesores y tutores, cuyo conocimiento y orientación fueron fundamentales en nuestra formación académica y en la realización de esta tesis.

A nuestros compañeros y amigos, por su compañía, palabras de aliento y momentos compartidos, que hicieron más llevadero este camino.

A quienes participaron en esta investigación, por su disposición y confianza al compartir sus experiencias, sin las cuales este trabajo no habría sido posible.

A todas aquellas personas que, de una u otra forma, contribuyeron a la culminación de este proyecto, nuestro más sincero agradecimiento.

Resumen

Esta investigación analiza la incidencia de los factores psicosociales en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en usuarios internos del Centro de Rehabilitación Fuente de Vida en Managua. Se enfoca en cómo las dinámicas familiares, la presión social y las experiencias traumáticas influyen en el inicio del consumo. Para ello, se sustenta en la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson, la teoría del aprendizaje social de Bandura & Walters y la teoría del apego de Bowlby, permitiendo una comprensión profunda del impacto del entorno en el comportamiento humano.

Desde un enfoque cualitativo y con un diseño fenomenológico hermenéutico, se emplearon entrevistas semiestructuradas y encuestas para la recolección de datos. Se analizaron tres ejes principales: la identificación de los factores psicosociales que inciden en el consumo, la progresión en el tipo de sustancias consumidas y la determinación del factor psicosocial más prevalente en el inicio del consumo.

Los resultados revelan que la disfuncionalidad familiar, la falta de apoyo social y las experiencias traumáticas fueron factores identificados como incidentes en el inicio del consumo. Sin embargo, se determinó que la dinámica familiar disfuncional fue el factor psicosocial más prevalente en este proceso. Además, se identificó una progresión en el uso de sustancias, comenzando con drogas de menor impacto hasta llegar a sustancias altamente adictivas. A partir de estos hallazgos, se enfatiza la necesidad de programas de rehabilitación integrales que aborden las dimensiones familiares y sociales de los pacientes.

Este estudio aporta un análisis contextualizado sobre la psicología de la adicción en Nicaragua y proporciona información clave para futuras investigaciones y estrategias de intervención en el ámbito de la rehabilitación y la salud mental.

Palabras clave

Factores psicosociales, consumo de sustancias, disfuncionalidad familiar, teoría psicosocial, rehabilitación.

Abstract

This research analyzes the incidence of psychosocial factors in the initiation of psychoactive substance use among users of the Fuente de Vida Rehabilitation Center in Managua. It focuses on how family dynamics, social pressure and traumatic experiences influence the onset of substance use. It is based on Erikson's psychosocial development theory, Bandura & Walters' social learning theory and Bowlby's attachment theory, allowing for a deep understanding of the impact of the environment on human behavior.

From a qualitative approach and with a hermeneutic phenomenological design, semi-structured interviews and surveys were used for data collection. Three main axes were analyzed: the identification of psychosocial factors that influence consumption, the progression in the type of substances consumed and the determination of the most prevalent psychosocial factor in the onset of consumption.

The results reveal that family dysfunction, lack of social support and traumatic experiences were factors identified as incident in the initiation of drug use. However, dysfunctional family dynamics were found to be the most prevalent psychosocial factor in this process. In addition, a progression in substance use was identified, starting with lower impact drugs to highly addictive substances. Based on these findings, the need for comprehensive rehabilitation programs that address the family and social dimensions of the patients is emphasized.

This study provides a contextualized analysis of the psychology of addiction in Nicaragua and provides key information for future research and intervention strategies in the field of rehabilitation and mental health.

Keywords

Psychosocial factors, substance use, family dysfunctionality, psychosocial theory, rehabilitation.

Índice de Contenido

Introducción	12
Antecedentes y Contexto del Problema.....	14
Objetivos.....	16
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos	16
Pregunta de Investigación	16
Justificación	17
Limitaciones.....	19
Marco Teórico.....	20
Marco Referencial	20
Internacionales.....	20
Antecedentes Nacionales:	22
Marco Conceptual	23
Factores Psicosociales.....	23
Las Sustancias Psicoactivas	36
Relación Entre Factores Psicosociales y el Uso De Sustancias Psicoactivas	46
Marco Metodológico.....	51
Tipo de Investigación.....	51
Según el enfoque	51
Según la aplicabilidad de sus resultados.....	51
Según el nivel de profundidad de conocimiento	51
Según su orientación en el tiempo	52
Según su tipo de diseño	52
Muestra Teórica y Sujetos de Estudio	53

Población.....	53
Muestra.....	53
Características de la Población:	53
Criterios de Selección de la Población:	54
Tipo de muestreo realizado	54
Métodos y Técnicas de Recolección de Datos	55
Encuesta.....	55
Entrevistas Semiestructuradas	55
Procedimientos de la aplicación	56
Realización del Estudio	57
Confiabilidad y validez de los instrumentos	57
Procedimientos para el Procesamiento y Análisis de Información.....	58
Análisis de la Información	58
Integración de la Información.....	59
Resultados y Discusión	60
Factores psicosociales que inciden en el consumo.....	60
Dinámica familiar disfuncional.....	61
Presión de pares.....	69
Experiencias de vida traumáticas	72
Consumo y progresión de sustancias psicoactivas.....	82
Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas	82
Sustancia de Inicio: Normalización y Accesibilidad	83
Influencia del Refuerzo Positivo y Negativo en el Consumo	84
Progresión del Consumo de Sustancias	85
Compañía en el Consumo: Búsqueda de Pertenencia y Refuerzo Social	86
El factor psicosocial más relevante	87

Conclusiones.....	91
Recomendaciones	93
Referencias	97
Anexos.....	101
Anexo 1. Operacionalización de los criterios de análisis de los Factores Psicosociales	101
Anexo 2. Operacionalización de los criterios de análisis de las Sustancias Psicoactivas	102
Anexo 3. Presentación del Instrumento aplicado	103
Anexo 4. Formato de consentimiento informado.....	105
Anexo 5. Formato de consentimiento informado firmado	106
Anexo 6. Formato de la primera entrevista	107
Anexo 7. Transcripción de la primera entrevista semiestructurada realizada	110
Anexo 8. Formato de la segunda entrevista.....	120
Anexo 9. Transcripción de la segunda entrevista semiestructurada realizada.....	122
Anexo 10. Información Obtenida mediante Encuesta	136

Índice de Figuras

Figura 1: Ciclo de la dinámica familiar como incidente en el inicio del consumo.....	67
Figura 2: Relación entre los factores psicosociales que inciden en el consumo de sustancias ...	80

Introducción

Las adicciones o el consumo de sustancias psicoactivas constituyen un problema social significativo que perjudica no solo de manera individual a la persona consumidora, sino que causan un impacto profundo a sus familias, comunidades y sociedad en general, donde interactúan diferentes factores psicosociales que juegan un papel crucial en la génesis y razón del inicio de este fenómeno.

Por tal razón el propósito de la presente investigación abona fundamentalmente en el ámbito teórico y práctico de este campo de trabajo, al investigar, analizar y determinar los factores psicosociales que inciden en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, tomando como sujetos de estudio, las historias de vidas de una muestra de internos del Centro de Rehabilitación Fuente de Vida, en Managua, que aportará a futuro una herramienta para diseñar estrategias efectivas en el tratamiento de adicciones y la captación de nuevos pacientes.

Temática humanística que posee no solo un valor científico en el aporte psicosocial en el estudio y entendimiento de este flagelo humano, si no una pequeña contribución a los trabajadores profesionales de la salud que interdisciplinariamente diseñan los planes de intervención en procesos de rehabilitación. Así como una valiosa información a familiares y red de apoyo fundamentales sobre cómo actuar y contribuir con un ser querido en rehabilitación como papel clave en la recuperación de las adicciones.

El presente trabajo de investigación se cimienta en un enfoque cualitativo, ya que se dirige a comprender esos fenómenos o causas que dieron lugar directa o indirectamente, en cada participante, a iniciar en el inicio de consumo de sustancia psicoactivas. Este enfoque cualitativo permite seleccionar un grupo específico de personas con el propósito de examinar cómo perciben y experimentan las principales causas o factores que incidieron en su vida de adicciones, desde su historia de vida.

Para ello, se ha establecido que la Tesis de Investigación se fundamenta en objetivos claros, precisos y concordantes con la naturaleza y alcance del problema identificado. En este sentido, se considera necesario lo siguiente:

Identificar los factores psicosociales que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas de los usuarios que son atendidos en el centro de rehabilitación Fuente de Vida de Managua. Como estudio fenomenológico, cada participante, motivados por el cuestionamiento respetuoso a su privacidad y dignidad como ser humano, narra desde su historia de vida, todas aquellas razones, circunstancias y/o motivaciones que lo llevaron a iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas.

A través de esta investigación se muestra que esos factores psicosociales son diversos, tales como: Una dinámica familiar disfuncional, la presión de pares, de grupos y amigos, la presión social y las experiencias de vida traumáticas en las que figuran principalmente: La violencia intrafamiliar, violencia física, psíquica y sexual, así como duelos no resueltos. Objetivo que se desarrollará de manera más puntual en el apartado 1 del marco conceptual: “Factores Psicosociales”.

De igual manera, se identifica el tipo de sustancias psicoactivas que han sido consumidas de manera progresiva desde su inicio por las personas con problemas de adicción internas en el Centro de Rehabilitación Fuente de Vida, describiendo el progreso desde las sustancias iniciales hasta aquellas más nocivas y adictivas. Estos fundamentos se exponen en el apartado 2 del marco conceptual, titulado 'Las Sustancias Psicoactivas'.

Por último, se explica el factor psicosocial más prevalente en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en los usuarios del Centro de Rehabilitación Fuente de Vida. Este apartado, titulado 'La relación existente entre esos Factores Psicosociales y el uso de Sustancias Psicoactivas', presenta una interpretación de la interacción dinámica entre influencias personales, sociales, culturales y ambientales, y cómo estas se vinculan con el comportamiento, pensamientos y emociones de los participantes sujetos de la investigación.

Antecedentes y Contexto del Problema

El consumo de sustancias psicoactivas representa un desafío significativo tanto para la sociedad como para la salud pública, con impactos profundos en individuos, familias y comunidades. De acuerdo con la United Nations Office on Drugs and Crime UNODC (2021), en el *Informe Mundial sobre Drogas*, el número de personas que consumen drogas a nivel global ha aumentado en un 22% desde 2010, y se proyecta un incremento adicional del 11% para 2030, lo que evidencia la creciente magnitud de esta problemática.

Esta situación se vincula a dinámicas complejas que involucran factores psicosociales como la disfuncionalidad familiar y la presión social, elementos clave en el inicio y perpetuación de las adicciones. Estas dinámicas, presentes en muchos contextos, también afectan a Nicaragua, donde las realidades locales configuran un escenario que demanda atención y análisis detallado.

El Centro de Rehabilitación Fuente de Vida, ubicado en Managua, es el contexto donde se circunscribe esta investigación. Este centro se dedica a brindar un espacio de rehabilitación integral para personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, sin distinción de edad o situación económica. Entre sus usuarios se encuentran personas que enfrentan problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias como marihuana, crack, cocaína, alcohol y fármacos, entre otras. Los planes de tratamiento están diseñados para responder a las necesidades individuales de cada paciente, integrando enfoques como la terapia cognitivo-conductual, el modelo Minnesota y el modelo de Alcohólicos Anónimos.

El centro refleja una problemática significativa vinculada al consumo de sustancias psicoactivas, evidenciada en la diversidad de usuarios que buscan tratamiento. Esta población incluye desde personas en situación de vulnerabilidad extrema, como aquellas provenientes de contextos de calle, hasta quienes cuentan con mayores recursos económicos, mostrando que la adicción trasciende barreras sociales. Estas primeras observaciones destacan la interacción de múltiples factores personales y sociales en el consumo de sustancias, subrayando la importancia de investigar cómo contribuyen al inicio de este fenómeno.

Un elemento común es la influencia de conflictos familiares, tanto pasados como actuales, que subrayan el papel dual de las familias en este proceso: mientras enfrentan

dificultades para sostener relaciones saludables, son frecuentemente quienes toman la iniciativa de llevar a los usuarios al centro para recibir ayuda.

Además, se identificó que muchos usuarios iniciaron el consumo en la adolescencia, una etapa crítica del desarrollo marcada por la búsqueda de identidad y pertenencia. Este patrón se alinea con los hallazgos que hizo la Organización de los Estados Americanos OEA, (2019) en el *Informe sobre el Consumo de Drogas de las Américas*, que señala que en algunos países el consumo comienza incluso desde los 12 y los 14 años de edad. Este fenómeno, observado también en el Centro de Rehabilitación Fuente de Vida, resalta la necesidad de entender cómo las dinámicas familiares y sociales interactúan para moldear patrones de consumo desde edades tempranas.

Al conectar estas observaciones locales con el panorama global del consumo de sustancias, se hace evidente la complejidad de esta problemática. Analizar los factores psicosociales que influyen en el inicio del consumo no solo ayuda a comprender mejor sus causas, sino que también ofrece una base para diseñar estrategias de intervención más efectivas y adaptadas al contexto social de Managua.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la relación entre los factores psicosociales y el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en usuarios internos del Centro de Rehabilitación Fuente de Vida, de la ciudad de Managua, durante el segundo semestre del año 2024.

Objetivos Específicos

1. Identificar los factores psicosociales que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas de los usuarios que son atendidos en el centro de rehabilitación Fuente de Vida de Managua.
2. Identificar el tipo de sustancias psicoactivas que han consumido de manera progresiva desde su inicio las personas con problemas de adicción internas en el Centro de Rehabilitación Fuente de Vida.
3. Explicar el factor psicosocial más prevalente en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en los usuarios del Centro de Rehabilitación Fuente de Vida.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación que existe entre los factores psicosociales y el inicio del consumo de sustancias psicoactivas entre los usuarios internos del Centro de Rehabilitación Fuente de Vida?

Justificación

Esta investigación se adentra en un tema de gran trascendencia social: los factores psicosociales que inciden en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas. A través del análisis de las historias de vida de los usuarios internos del Centro de Rehabilitación Fuente de Vida, en Managua, el estudio busca iluminar las dinámicas familiares, las vivencias emocionales y las influencias sociales que contribuyen a este fenómeno. Más allá de un ejercicio académico, este trabajo pretende ser un puente entre el entendimiento teórico y la aplicación práctica, ofreciendo información valiosa para la mejora de los programas de prevención y rehabilitación en Nicaragua.

El impacto de esta investigación radica en su capacidad para abordar un problema que afecta no solo a los individuos, sino también a sus familias y comunidades. Identificar cómo los entornos sociales y familiares moldean las decisiones de los jóvenes en contextos de vulnerabilidad permite ofrecer soluciones más efectivas. Los hallazgos de este estudio no solo se alinean con el Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza y el Desarrollo Humano 2022-2026 del Gobierno de Nicaragua, sino que también van de la mano con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el número 3, que promueve la salud y el bienestar como pilares del desarrollo humano.

Desde una perspectiva teórica, el estudio se apoya en la teoría del desarrollo psicosocial y en investigaciones previas que exploran la conexión entre la dinámica familiar y el consumo de sustancias. Sin embargo, este trabajo destaca por centrarse en un contexto local, dando voz a las experiencias específicas de personas en rehabilitación en Managua. Este enfoque contextualizado no solo enriquece el entendimiento académico, sino que también ofrece una herramienta práctica para quienes trabajan en la prevención y tratamiento de las adicciones.

La relevancia social de este estudio se refleja en su capacidad para transformar la manera en que se diseñan las intervenciones. Comprender cómo las relaciones familiares y sociales influyen en las decisiones individuales permite desarrollar estrategias que aborden las causas profundas del consumo de sustancias. Este conocimiento no solo es aplicable en el Centro de

Rehabilitación Fuente de Vida, sino que puede extenderse a otros espacios, impactando positivamente en diversas comunidades afectadas por esta problemática.

Al final, este trabajo no solo contribuye al campo de la psicología de la adicción, sino que también se posiciona como un recurso esencial para fortalecer la lucha contra el consumo de sustancias en Nicaragua. Al dar prioridad a las experiencias humanas y su conexión con los entornos sociales, esta investigación busca construir un camino hacia soluciones más efectivas y hacia una sociedad más consciente y solidaria.

Limitaciones

El tiempo fue una de las principales limitaciones enfrentadas durante el desarrollo de la investigación. Las responsabilidades laborales y académicas de los integrantes del equipo dificultaron la planificación de visitas prolongadas al Centro de Rehabilitación Fuente de Vida, lo que llevó a organizar la recolección de datos en días específicos y bajo restricciones de horario.

En la primera visita, los tres integrantes participaron, pero debido al tiempo limitado, todas las encuestas y entrevistas se realizaron en un solo día. Posteriormente, se identificó la necesidad de una segunda ronda de entrevistas para profundizar en ciertos aspectos. Sin embargo, uno de los integrantes no pudo participar en esta segunda visita debido a compromisos laborales. Para compensar su ausencia, se preparó un plan detallado que incluyó la definición de preguntas clave y la organización de la logística para optimizar el tiempo disponible. Gracias a esta planificación, las entrevistas realizadas por los dos integrantes restantes lograron recolectar información más detallada y enriquecida, respondiendo adecuadamente a los objetivos planteados.

Además de las restricciones de tiempo del equipo, se presentaron limitaciones relacionadas con la disponibilidad de los participantes, quienes debían cumplir con los horarios establecidos por el centro, como sesiones de terapia individual, terapia grupal y actividades ocupacionales esenciales para su tratamiento y rehabilitación. Esta situación redujo significativamente el tiempo disponible para las entrevistas, que se llevaron a cabo en periodos breves y en horarios previamente definidos por el centro.

A pesar de estas limitaciones, cada encuentro fue optimizado para garantizar la obtención de información relevante y significativa, logrando cumplir con los objetivos de la investigación sin comprometer la calidad de la información.

Marco Teórico

En este marco teórico se presentan las teorías centrales utilizadas para analizar el fenómeno de estudio. Entre ellas se incluyen propuestas provenientes de estudiosos de la psicología que han sido estratégicas en las ciencias sociales, tales como Mendoza Carmona y Vargas Peña (2017), Sánchez et al. (2003), y Cordero-Zambrano (2020), entre otros. Estas teorías proporcionan una perspectiva teórica sólida para el análisis del problema.

Se inicia explicando qué son los factores psicosociales y cómo inciden en el comportamiento de los jóvenes en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas. Además, se presentan las teorías que respaldan las bases de los factores psicosociales, como la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (1982), la teoría del aprendizaje social de Bandura & Walters (1974) y la teoría del apego de Bowlby (1989). En un segundo apartado, se describen qué son las sustancias psicoactivas y su clasificación, junto con información relacionada al consumo de estas sustancias, incluyendo las razones por las que una persona desarrolla una adicción. Finalmente, se analiza la relación que existe entre los factores psicosociales y el uso de sustancias psicoactivas.

Marco Referencial

El tema del consumo de sustancias psicoactivas ha sido un tema ampliamente estudiado, tanto a nivel nacional como internacional, particularmente en cuanto a los factores psicosociales que influyen en este fenómeno. Estas investigaciones han destacado el impacto que tienen las dinámicas familiares y los contextos sociales en los que se desarrolla un individuo, y su relación con el inicio del consumo. La revisión de estas investigaciones previas permite tener un mejor entendimiento del papel que juegan estas dinámicas en un contexto más local, particularmente, en el Centro de Rehabilitación Fuente de Vida.

Internacionales

La investigación de Cabrera et al., (2023) titulada “La Barca en la ciudad de Cuenca” desarrollada en Ecuador, sistematiza información relacionada a los factores psicosociales que inciden en el consumo de sustancias psicotrópicas en adultos varones que oscilan en edades de 20 a 40 años.

Esta investigación se desarrolló mediante un diseño experimental y un enfoque cuantitativo descriptivo. A través de esta investigación se logró identificar que, diversos fenómenos como: la presión social, la baja capacidad de resolver conflictos, los hogares disfuncionales, la disponibilidad de sustancias y los problemas conyugales son factores predominantes en el consumo.

A más detalles se identifica que la presión social es el factor más influyente en la etapa inicial del consumo (90%), mientras que la disponibilidad de sustancias prevalece en la etapa de mantenimiento (30%). Además, se evidencia que la disfuncionalidad del hogar afecta a un tercio de la muestra. En términos de prevalencia, el alcohol es la sustancia más consumida (50%), seguida de la marihuana (23,3%) y la cocaína (20%), con una necesidad significativa de tratamiento intensivo en estos casos.

Por otro lado, el estudio, Troncoso Cedeño (2022), mediante su investigación titulada “Factores Psicosociales que inciden en el consumo de sustancias psicotrópicas en adolescentes de 14 a 17 años”.

Este estudio cuantitativo y no experimental de corte transversal, realizado en el barrio Lucha de los Pobres, en Quito, evaluó la prevalencia de consumo de sustancias, la edad de inicio y las diferencias según sexo en una muestra de 40 jóvenes. Utilizando métodos analíticos-sintéticos y datos de la cuarta encuesta nacional sobre consumo de drogas en adolescentes, se encontró que el 70% de los padres está muy preocupado por las actividades escolares de sus hijos, mientras que el 55% de los adolescentes refirió haber consumido tabaco.

Este estudio también señaló que sus padres conocen “más o menos” a sus amigos. Los hallazgos subrayan la relevancia de la supervisión parental y la influencia de las amistades en la prevención del consumo de sustancias.

Ospina Suárez & Restrepo García (2022), en su investigación Análisis de la disfunción familiar en relación al consumo de SPA¹ en jóvenes adolescentes de Latinoamérica, examinan cómo la disfunción familiar influye en el uso de SPA, además de identificar causas relevantes de consumo y describir el impacto de un hogar disfuncional en el comportamiento adolescente.

¹ SPA: Sustancias psicoactivas

Sus conclusiones destacan que el ambiente familiar es crucial en el desarrollo de competencias sociales y aumenta la vulnerabilidad al consumo como medio de escape de problemas. Asimismo, subrayan que el entorno familiar afecta la formación de principios y la capacidad de adaptación social de los jóvenes.

Antecedentes Nacionales:

En el documento “Normativa - 089 Norma para el Desarrollo de Actividades dirigidas al Tratamiento y Rehabilitación de Personas usuarias de Sustancia Adictivas” del Ministerio de Salud (2012), se establece un marco regulatorio integral para los centros de tratamiento y rehabilitación de personas con adicciones en el territorio nacional. En el que el objetivo principal es supervisar y regular las actividades que realizan estos centros, ya sean públicos o privados, para asegurar la calidad de los servicios asistenciales proporcionados.

Entre los aspectos más relevantes de esta normativa se incluyen la obligación de los proveedores de servicios de respetar la dignidad y privacidad de los internos, así como la prohibición de realizar tratamientos sin el consentimiento informado de los pacientes. Además, se promueve la integración de estrategias multidisciplinarias que incluyen desde intervenciones farmacoterapéuticas hasta programas de reintegración sociolaboral, con el fin de garantizar un tratamiento integral y efectivo.

Por otro lado, la normativa también enfatiza la importancia de la investigación como parte fundamental de las actividades de los centros, evaluando constantemente las estrategias de asistencia y generando conocimientos que puedan ser aplicados y difundidos.

En otra investigación, Montenegro Moreno (2019), aborda el tema de los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol y tabaco entre estudiantes de Medicina en la UNAN-Managua durante el año 2018. El objetivo general de su investigación fue determinar estos factores de riesgo específicos, en el cual se destacan las características demográficas de los estudiantes, mayormente jóvenes de 19-20 años, predominantemente del sexo masculino, provenientes de áreas urbanas y de religión católica.

El tipo de estudio de esta investigación fue caso-control y dentro de sus resultados, se identificó que el principal factor de riesgo estaba asociado al sexo femenino. Respecto al consumo de alcohol y tabaco, los estudiantes iniciaron en promedio a los 17-18 años, con una

frecuencia ocasional y mostraron preferencia por la cerveza como bebida alcohólica. Además, la curiosidad fue el motivo principal para comenzar a consumir.

En cuanto a las características familiares, se observó que la mayoría de los estudiantes provienen de hogares con entre 4 y 6 miembros, mayoritariamente compuestos por madre, padre y 2-3 hermanos. La influencia directa del consumo de alcohol y tabaco por parte de algún familiar no fue significativa según la percepción de los estudiantes.

En términos académicos, muchos estudiantes estaban en el tercer año de la carrera de Medicina y manifestaron que los compañeros y las exigencias curriculares no influyeron notablemente en su consumo de alcohol y tabaco. Dando como resultado la confirmación de la hipótesis alternativa planteada para este estudio, que sugiere que factores demográficos como el sexo femenino, la estructura familiar extendida y los aspectos académicos relacionados con la carrera de Medicina están asociados con el consumo de estas sustancias entre los estudiantes investigados.

Marco Conceptual

Factores Psicosociales

En el desarrollo de esta variable, se definen y clasifican los factores psicosociales, destacando cómo operan en diferentes niveles de influencia en la vida de las personas. Además, se exploran las principales teorías que explican el impacto de estos factores en el bienestar y comportamiento humano.

1.1. Definición y clasificación de los factores psicosociales

Los factores psicosociales son elementos del entorno social que inciden en la salud y funcionamiento mental del individuo. Esto es debido a que influyen sobre los procesos cognitivos y emocionales, la motivación y la conducta de una persona. Estos factores incluyen eventos de la vida, las relaciones interpersonales, y la calidad de esas relaciones, así como el contexto cultural en el que una persona se desarrolla.

Según Mendoza Carmona & Vargas Peña (2017), los factores psicosociales no solo impactan los procesos cognitivos y emocionales del individuo, sino que también actúan como desencadenantes o incrementan la predisposición de una persona a desarrollar ciertos patrones

de conducta y pensamiento. En general, estos factores pueden alterar la percepción de la realidad ante situaciones diversas. Los autores proponen una clasificación de los factores psicosociales en tres dimensiones:

- **Dimensión macrosocial:** Se refiere a los factores a nivel global o de sociedad, como las normas culturales, religiosas, y las políticas públicas que rigen la conducta en una sociedad. Estos factores pueden influir en el bienestar mental pues de cierto modo establece normas sociales que guían la conducta y las expectativas.

Para dar un ejemplo, si en la cultura en la que se desarrolla un individuo se percibe la expresión emocional y la vulnerabilidad como signo de debilidad, es posible que las personas se acostumbren desde temprano a reprimir sus emociones y sentimientos, por lo que no aprenden a gestionarlos adecuadamente. Esta incapacidad de gestionar o expresar las emociones de forma efectiva, puede derivar en problemas de salud mental, aumento de estrés, explosiones emocionales, deterioro en las relaciones interpersonales, o bien, al desarrollo de conductas compensatorias o de escape, como aislamiento social, consumo de sustancias psicoactivas, autolesiones, entre otros.

- **Dimensión micromedio:** Hace referencia a los entornos más cercanos al individuo, como la familia, los amigos y los compañeros de trabajo o estudio. Las relaciones interpersonales en estos contextos son clave para el desarrollo emocional y psicológico del individuo. Por ejemplo, una persona que crece dentro de una familia disfuncional, con relaciones conflictivas o poca comunicación, puede experimentar dificultades emocionales que influyan en su desarrollo.

Esto puede generar en el individuo una sensación de aislamiento o estrés crónico, lo que podría aumentar su vulnerabilidad ante problemas de salud mental, autoestima baja, e incluso conductas autodestructivas. Además, es posible que reproduzca estos mismos patrones en sus relaciones futuras, perpetuando el ciclo de disfuncionalidad.

- **Dimensión individual:** Abarca las características de la personalidad, las habilidades para la autorregulación emocional y conductual, así como la capacidad para enfrentar el estrés. Estos factores varían de un individuo a otro y son influenciados tanto por el entorno macro como por el micro.

Un ejemplo de esto es una persona con baja capacidad de autorregulación emocional. Para evitar enfrentar sus emociones, es posible que recurra a conductas evitativas o de escape, como la ingesta excesiva de comida, el consumo y abuso de sustancias o el aislamiento social, especialmente cuando se encuentre ante situaciones de alta presión o estrés.

Sánchez et al. (2003) ofrecen una perspectiva complementaria, argumentando que los factores psicosociales no solo afectan el desarrollo de la personalidad y el comportamiento, sino que también pueden generar un deterioro en la salud mental. Los autores mencionan que estos factores pueden tener efectos tanto positivos como negativos, dependiendo de la naturaleza del factor y cómo interactúa con las experiencias individuales de la persona.

Con esto en mente, los autores proponen una clasificación más orientada al impacto directo de los factores psicosociales sobre la salud mental, destacando cinco categorías clave:

- **Sucesos vitales estresantes:** Representan eventos que generan una alta carga emocional, como pérdidas, conflictos, accidentes o la experiencia de abuso o trauma en el entorno familiar. Por ejemplo, un adolescente que vive en un entorno familiar violento puede experimentar altísimos niveles de estrés, lo que afecta su bienestar psicológico y puede desencadenar afecciones mentales como la depresión y ansiedad.
- **Apoyo social:** Se refiere a la presencia de relaciones cercanas y de confianza. La ausencia de apoyo social puede aumentar el riesgo de padecer problemas de salud mental. Un ejemplo de esto es que un joven que carece de una red de apoyo social ya sea familiar o de amigos, puede sentirse excluido o aislado, lo que puede aumentar su vulnerabilidad a enfermedades mentales como la ansiedad social y depresión. Incluso, puede impactar otras áreas de su vida como su desempeño académico o sus habilidades de comunicación.
- **Autoestima:** Es la percepción que una persona tiene de sí misma y su valoración personal. Esta visión de sí mismo se desarrolla a través de las experiencias de vida y creencias que se van adoptando con el paso del tiempo. Por poner un ejemplo, una persona con baja autoestima, insegura de su valor, puede desarrollar una necesidad excesiva de agradar a los demás, priorizando las necesidades ajenas por temor al rechazo.

Esto dificulta el establecimiento de límites y puede llevarla a ceder ante la presión de grupo, involucrándose en conductas problemáticas como el consumo de sustancias, delincuencia o conductas sexuales de riesgo, con tal de obtener validación y aceptación.

- **Estrategias de afrontamiento:** Son las habilidades que una persona utiliza para enfrentar situaciones desafiantes. La falta de estrategias adecuadas puede empeorar el impacto de los estresores en la salud mental. Por ejemplo, cuando una persona carece de estrategias saludables para lidiar con el estrés, como la meditación o el ejercicio, es posible que recurra a mecanismos de afrontamiento negativos, como el aislamiento, la procrastinación, el abuso de sustancias, las explosiones emocionales o las autolesiones.
- **Condiciones socioeconómicas:** El acceso a recursos como la educación, el empleo y los servicios de salud son factores determinantes en el bienestar mental de las personas. Un ejemplo de esto es una persona con dificultades económicas prolongadas que vive en constante estrés, lo que afecta su bienestar emocional y su capacidad para enfrentar desafíos.

A largo plazo, esto puede llevar a conductas evitativas como el uso excesivo de tecnología, abuso de sustancias, aislamiento o abandono de responsabilidades, y desencadenar problemas como ansiedad, depresión, trastornos de sueño, estrés crónico y dificultades de concentración.

Mientras que Mendoza Carmona & Vargas Peña (2017) adoptan un enfoque más estructural, analizando cómo los factores operan en diferentes niveles de influencia (macro, micro e individual), Sánchez et al. (2003) se centran en cómo estos factores afectan de manera directa la salud mental del individuo. Ambos enfoques, aunque distintos, son complementarios: el primero se enfoca en las fuentes de influencia, mientras que el segundo aborda cómo esos factores se manifiestan en la vida cotidiana del individuo y su relación con la salud mental.

Sin embargo, para los propósitos de esta investigación, adoptamos la definición y clasificación de Mendoza Carmona & Vargas Peña (2017), ya que el enfoque en las dimensiones macrosocial, micromedio e individual permite un análisis más profundo de cómo las influencias sociales, las relaciones cercanas y las características individuales interactúan para modelar los

procesos cognitivos y emocionales y predisponen a los individuos a comportamientos de riesgo, como el uso de sustancias.

1.2. Teorías relacionadas con los factores psicosociales

1.2.1 Teoría del desarrollo psicosocial de Erickson

La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson, (1982) explica cómo la personalidad del individuo va evolucionando desde la infancia hasta la vejez, experimentando cambios a nivel cognitivo, emocional y conductual a través del descubrimiento de sí mismo. Estos cambios son el resultado de la interacción de la persona con su entorno y las experiencias de vida que va adquiriendo a través del tiempo. Es decir, a medida que el ser humano crece biológicamente, también tiene la capacidad de hacerlo a nivel psicosocial.

Sin embargo, el autor señala que la evolución psicosocial no es lineal ni está garantizada. Aunque el individuo crezca biológicamente, su desarrollo psicosocial no ocurre de manera automática, sino que está marcado por una serie de “crisis” psicosociales que deben resolverse en cada etapa de la vida. El progreso a las siguientes fases depende de la capacidad de superar las crisis de la etapa anterior. Estas crisis surgen de las necesidades de la persona y de cómo se relaciona con su entorno.

Además, el éxito o dificultad en la resolución de estas crisis psicosociales influye en la autopercepción, la personalidad y la capacidad para enfrentar desafíos. En algunos casos, la falta de resolución puede llevar a dificultades emocionales, lo que podría aumentar la susceptibilidad a conductas de riesgo, entre ellas está el consumo de sustancias, como una posible forma de afrontamiento.

En cuanto a las etapas del desarrollo psicosocial y sus respectivas crisis a resolverse, en su libro “El ciclo de la vida completado”, Erikson, (1982) menciona que las primeras etapas, el entorno y la dinámica familiar juega un papel muy importante con respecto al desarrollo psicosocial del individuo.

- **Confianza vs. desconfianza:** Por ejemplo, en la etapa de la infancia, el desafío es aprender a confiar. El vínculo que el niño desarrolla con sus cuidadores es esencial para que desarrolle una sensación de seguridad y, eventualmente, una autoestima saludable. Si el

entorno es confiable, se construye una base sólida de confianza tanto en los demás como en sí mismo.

- **Autonomía vs. vergüenza:** Por otro lado, a medida que el niño crece y entra en la niñez temprana. Aquí, el niño comienza el desarrollo de control impulsos, empieza a comprender que las acciones tienen consecuencias y en medida que se explora y aprende a moverse por su cuenta, se desarrolla su autonomía. Con el apoyo adecuado, fortalecerá su sentido de control; de lo contrario, la falta de guía o la negligencia puede generar inseguridad y dudas sobre sus propias capacidades, afectando su control sobre su vida y acciones.
- **Iniciativa vs. culpa:** Durante la edad de juego el niño socializa activamente, donde aprende habilidades clave como resolver conflictos y compartir. Además, explora el mundo de manera más intencional, crece su curiosidad, empieza a proponer juegos, asume roles de liderazgo en las actividades. Sin embargo, si no superó adecuadamente las etapas anteriores, como la confianza en la infancia o la autonomía en la niñez temprana, puede tener dificultades para tomar la iniciativa en el juego, así como llegar a sentir culpa por sentir curiosidad o que sus deseos de acción son inadecuados. Esto podría llevar a sentimientos de inseguridad e inhibición de su capacidad de decidir o tomar la iniciativa por miedo a fallar o ser castigado.
- **Industria vs. Inferioridad:** Al llegar a la edad escolar, se desarrolla un sentido de competencia y se siente satisfacción al completar tareas y orgullo en los logros alcanzados. Si el niño enfrenta constantes críticas o comparaciones sobre su desempeño o desarrollo de habilidades, puede desarrollar una sensación de inferioridad. En este punto, es importante destacar que, si durante las primeras etapas el niño no recibe el apoyo adecuado, o si el entorno familiar es disfuncional o negligente, podrían surgir dificultades en la integración social más adelante, afectando su capacidad para formar redes de apoyo social sólidas.
- **Identidad vs. Confusión de roles:** En esta etapa, los adolescentes comienzan a explorar aspectos de su personalidad, sus intereses, sus valores, sus roles sociales, sus creencias. El tener una visión clara de sí mismos les permitirá desarrollar una identidad sólida. Sin

embargo, el sentir que no saben quiénes son o qué rol tienen definido en su entorno social, genera una falta de dirección, inseguridad o dificultad para comprometerse con metas específicas o valores. Los adolescentes que no logran desarrollar una identidad clara pueden sentirse perdidos, inseguros y depender excesivamente de los demás para definir quiénes son. Sumado a una base frágil de autoconfianza o control de impulsos, puede aumentar su vulnerabilidad a desarrollar ciertos patrones de comportamiento en busca de aprobación.

- **Intimidad vs. aislamiento:** Al entrar en la juventud, se entra a la etapa en la que las personas buscan relaciones profundas y significativas. Implica la capacidad de establecer relaciones profundas y comprometidas con otros, basadas en la confianza, el amor y la empatía. Tanto la resolución de la etapa anterior como las relaciones familiares y sociales previas influyen en la disposición para establecer vínculos profundos. Si esta etapa no se supera, o si no hay bases emocionales sólidas, los individuos pueden enfrentar dificultades para conectarse con los demás. Esto puede llevarlos al aislamiento, que a menudo provoca sentimientos de soledad, alienación y una mayor dificultad para formar redes de apoyo a largo plazo.
- **Generatividad vs. estancamiento:** En esta etapa, el individuo busca dar sentido a su vida mediante la creación de un legado que trascienda su existencia. Este propósito puede manifestarse a través de la crianza y el fortalecimiento de una relación significativa con los hijos, el desarrollo de proyectos laborales o personales, la participación en actividades de voluntariado, o cualquier contribución que beneficie a las generaciones futuras. Por otro lado, el estancamiento surge cuando la persona no encuentra formas significativas de contribuir a la sociedad o carece de un propósito claro, cayendo en un ciclo de insatisfacción, aislamiento y desinterés tanto por el futuro como por sus relaciones personales, lo que puede generar un vacío emocional y una desconexión con su entorno.
- **Integridad vs. Desesperación:** En esta etapa de la vida, la persona entra en un período de reflexión sobre su vida. Si el individuo experimenta integridad, siente satisfacción en lo vivido, las decisiones tomadas y la calidad de las relaciones sociales que desarrolló a lo largo del camino, alcanzando así un estado de paz; este sentido de integridad les permite

afrontar la vejez y la muerte con serenidad, gratitud y sabiduría, al considerar que su vida tuvo valor y significado. Por el contrario, quienes enfrentan desesperación experimentan un profundo arrepentimiento por lo que no lograron o hicieron mal en sus vidas. Puede que la idea de la muerte les angustie al pensar que ya no tienen más tiempo para corregir sus errores, lo que genera una sensación de inutilidad, aislamiento y amargura.

La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson subraya cómo nuestras experiencias y el entorno a lo largo de la vida configuran la identidad, las emociones y las relaciones desde la infancia hasta la vejez. Cada etapa plantea desafíos específicos que moldean nuestra percepción del mundo, de nosotros mismos y nuestra capacidad para interactuar con los demás. Esta teoría es particularmente relevante para la investigación, ya que conecta el desarrollo de la personalidad con la resolución de crisis en cada etapa, influida por la dinámica familiar, el apoyo social y las relaciones interpersonales.

Estos elementos, fundamentales en los factores psicosociales, impactan la autoestima, la confianza y la capacidad para manejar retos a lo largo de nuestra vida. Así, Erikson proporciona un marco sólido para entender cómo las influencias sociales y ambientales moldean el comportamiento y el desarrollo individual.

1.2.2 Teoría del apego

La teoría del apego, desarrollada por John Bowlby, explica la existencia de un vínculo emocional profundo entre un niño (el apegado) y su figura de apego (generalmente los padres, aunque puede ser otra persona). Esta relación temprana es crucial, ya que forma las bases de cómo el individuo se relacionará con los demás a lo largo de su vida. La figura de apego debería representar seguridad, protección, alegría y consuelo, permitiendo al niño un desarrollo emocional y cognitivo saludable.

Bowlby (1989), menciona que las experiencias que se tienen en la familia de origen determinan el modo en el que la conducta de apego se llega a organizar. Este vínculo primario le proporciona al niño una base segura, desde la cual puede explorar el mundo y aprender a enfrentar los desafíos de su entorno. Sin embargo, cuando este vínculo no es adecuado, pueden surgir dificultades emocionales que influyen negativamente en su comportamiento y desarrollo psicosocial.

Según Bowlby (1989) existen distintos tipos de apego:

- **Apego seguro:** El apego seguro se caracteriza por un vínculo en el que el niño se siente confiado y protegido por su figura de apego, lo que le permite explorar el mundo con independencia y seguridad. Sabe que, en momentos de necesidad, podrá contar con su figura de apego para brindarle apoyo y protección. A medida que crecen, las personas que desarrollan un apego seguro tienden a cultivar una autoestima saludable, autoconfianza y una regulación emocional sólida, lo que les facilita establecer relaciones emocionales estables y satisfactorias con los demás.

Estas cualidades actúan como factores protectores en su desarrollo, pues aprenden a gestionar el estrés de manera más efectiva y relacionarse positivamente con su entorno, reduciendo significativamente el riesgo de recurrir a conductas de escape destructivas, como el consumo de sustancias.

- **Apego evitativo:** El apego evitativo se desarrolla cuando la figura de apego es emocionalmente distante o inconsistente al responder a las necesidades del niño. Esto genera en el niño una sensación de desconfianza y baja autoestima, al aprender que no puede contar con esa figura para recibir el apoyo necesario.

A medida que crecen, las personas con apego evitativo tienden a evitar la intimidad emocional y desarrollan miedo al compromiso y a la vulnerabilidad. Al no aprender a gestionar el dolor emocional, suelen recurrir a conductas evitativas, como la supresión de emociones o el aislamiento, para lidiar con sentimientos que no saben cómo manejar.

- **Apego ambivalente:** El apego ambivalente se desarrolla cuando la figura de apego brinda un cuidado inconsistente, provocando confusión en el niño, quien no puede predecir cuándo recibirá consuelo y apoyo. Esta dinámica genera una angustia emocional constante, haciendo que el niño se vuelva emocionalmente dependiente y, al mismo tiempo, desconfiado de la disponibilidad de su figura de apego.

Al crecer, las personas con apego ambivalente suelen desarrollar un miedo intenso al abandono, que las predispone a conductas dependientes y a involucrarse en relaciones disfuncionales. Para evitar el rechazo, pueden volverse excesivamente buscadoras de aprobación, lo que las hace vulnerables a la presión de sus pares. La ansiedad y la inseguridad

que sienten en sus relaciones pueden llevarlas a conductas autodestructivas, como trastornos alimenticios, autolesiones o consumo de sustancias para aliviar su angustia.

- **Apego desorganizado:** El apego desorganizado surge cuando el niño experimenta una relación caótica con su figura de apego, quién puede ser simultáneamente una fuente de miedo y consuelo. Esto suele ocurrir en contextos de abuso o trauma, donde el niño asocia a su cuidador con experiencias contradictorias y negativas, generando una profunda confusión y desconfianza.

Corbin (2016) señala que las personas con apego desorganizado desarrollan una autoimagen negativa, desconfianza hacia los demás y tendencia a reprimir sus emociones. Al carecer de una fuente estable de apoyo emocional y de herramientas adecuadas para manejar el estrés, aumentan su vulnerabilidad a trastornos mentales y conductas desadaptativas como el aislamiento social, abuso de sustancias, agresión y conductas sexuales de riesgo.

Es importante recalcar que el apego no solo impacta en la infancia, sino que influye a lo largo de toda la vida. Una investigación en Ecuador por Alvarado Méndez & Rosero Duchi (2021) encontró una fuerte relación entre los tipos de apego y las adicciones a sustancias psicotrópicas: el 95% de los participantes, consumidores de sustancias, provenían de familias con apego inseguro o desorganizado. Estos hallazgos destacan que ciertos estilos de apego incrementan la vulnerabilidad a conductas de riesgo, como el consumo de sustancias en la adolescencia o adultez.

La teoría del apego resalta cómo las experiencias tempranas y la dinámica familiar influyen profundamente en el desarrollo psicosocial. Las personas sin un apego seguro suelen carecer de herramientas para gestionar de forma saludable las emociones y el estrés, lo que aumenta su propensión a conductas de riesgo como mecanismos de escape.

Por lo tanto, la teoría del apego de Bowlby es relevante para los factores psicosociales porque destaca cómo los primeros vínculos emocionales con una figura de apego influyen en el desarrollo de la autoestima, la autoconfianza y la regulación emocional. Estos vínculos afectan la capacidad de gestionar el estrés y establecer relaciones saludables. Un apego inseguro puede generar dificultades en las relaciones sociales y aumentar la vulnerabilidad ante problemas emocionales y conductuales a lo largo de la vida.

1.2.3 Teoría del aprendizaje social

La teoría del aprendizaje social, propuesta por Albert Bandura, sostiene que el comportamiento humano se desarrolla en un contexto social a través de la observación, la imitación y la interacción con los demás. A diferencia de otros enfoques que se centran en el aprendizaje dentro de entornos estructurados, esta teoría subraya que gran parte de lo que una persona aprende proviene de su relación con otros individuos en situaciones cotidianas. Bandura & Walters (1974) destacan que la interacción social no solo facilita la adquisición de nuevas conductas, sino que también moldea la personalidad, reforzando creencias, valores y formas de interpretar el mundo.

El aprendizaje observacional ocurre cuando una persona incorpora comportamientos a partir de la observación de otros, especialmente aquellos con quienes mantiene una conexión emocional o social significativa. En este sentido, los modelos de referencia ya sean familiares, amigos o figuras de autoridad, desempeñan un papel clave en la construcción de la identidad y el comportamiento. Bandura & Walters (1974) sostienen que las personas no solo imitan el comportamiento de aquellos a quienes perciben como modelos significativos, sino que la interacción constante con ellos refuerza y consolida esas conductas, influyendo en su desarrollo y en la toma de decisiones.

Más allá de la simple imitación, la teoría del aprendizaje social resalta la importancia del refuerzo social en la consolidación del comportamiento. La aceptación dentro de un grupo social juega un papel crucial en la validación de actitudes y acciones, lo que puede fortalecer la adopción de ciertos comportamientos y normas. Bandura & Walters (1974) explican que el modelado social no se produce exclusivamente a través de instrucciones explícitas, sino que las interacciones cotidianas dentro del entorno social influyen en la configuración de la conducta.

El concepto de presión de pares está estrechamente vinculado con este proceso, ya que, durante la adolescencia y la juventud, los individuos buscan validación y pertenencia dentro de su grupo social. En este sentido, la teoría del aprendizaje social no se limita a explicar cómo se adquieren comportamientos, sino que también da cuenta de cómo las interacciones moldean las creencias sobre lo que es socialmente aceptable o deseable. Bandura & Walters (1974) afirman

que la necesidad de aceptación social y el sentido de pertenencia pueden llevar a una persona a adoptar ciertos comportamientos, incluso si estos inicialmente no coinciden con sus valores o creencias personales.

Además, la selección de modelos a seguir no es un proceso aleatorio. Según los autores, los individuos tienden a elegir como modelos a personas que poseen características que consideran admirables o valiosas, como confianza, carisma, liderazgo o habilidades sociales. Esta percepción no solo influye en la adopción de comportamientos específicos, sino que también refuerza actitudes y patrones de pensamiento. En este sentido, las normas del grupo social y cultural influyen en la forma en que una persona decide qué conductas son apropiadas, modelando así su desarrollo personal y psicosocial.

Si bien la teoría del aprendizaje social ha sido ampliamente aplicada en contextos educativos, su relevancia dentro del estudio de los factores psicosociales radica en su capacidad para explicar cómo las interacciones sociales moldean el comportamiento humano. A través de la observación, la imitación y el refuerzo social, los individuos internalizan normas, actitudes y patrones de conducta que influyen en su desarrollo psicosocial. Estos procesos no ocurren de manera aislada, sino en un entorno donde la familia, los pares y las figuras de autoridad actúan como modelos que facilitan la adquisición de determinadas conductas y valores.

Desde esta perspectiva, la formación de la identidad y la toma de decisiones no pueden entenderse únicamente como procesos individuales, sino como el resultado de múltiples interacciones sociales en las que ciertos comportamientos se modelan, refuerzan y normalizan dentro de un contexto sociocultural específico. Al abordar estos factores desde la teoría del aprendizaje social, se resalta la importancia de comprender cómo los entornos inmediatos de los individuos influyen en su percepción del mundo y en la construcción de sus respuestas ante diversas situaciones. Esto subraya la necesidad de estrategias de intervención que no solo trabajen a nivel individual, sino que también consideren la influencia de los vínculos y dinámicas sociales en la configuración del comportamiento.

1.3 Adopción de la Teoría Psicosocial de Erikson como base teórica de los factores psicosociales

Tras revisar diversas teorías sobre factores psicosociales, se ha elegido la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson para esta investigación. Esta teoría ofrece una comprensión integral del desarrollo emocional, cognitivo y conductual, destacando cómo la dinámica familiar, el apoyo social y las relaciones interpersonales influyen en cada etapa de la vida. Al abarcar todo el ciclo vital, permite entender cómo la resolución o falta de resolución de crisis psicosociales puede llevar a comportamientos adaptativos o desadaptativos, como el inicio del consumo de sustancias, en consonancia con los objetivos de esta investigación.

2. Las Sustancias Psicoactivas

2.1 Definición de sustancias psicoactivas

“Las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento” (Organización Panamericana de la Salud, 2021). Además, de generar dependencia y alterar los sentidos de la conciencia.

En contextos donde predominan factores como la disfuncionalidad familiar o la presión social, descritos en el capítulo anterior, estas sustancias suelen convertirse en mecanismos de escape o afrontamiento frente a conflictos emocionales y sociales no resueltos. Esto no solo agrava las dificultades personales, sino que también contribuye al deterioro de las relaciones interpersonales y al aumento de problemáticas sociales como la violencia y la exclusión.

2.2 Clasificación de Sustancias Psicoactivas

Las sustancias psicoactivas se pueden clasificar en función de diferentes criterios, como su legalidad, origen y los efectos que generan en el sistema nervioso central (SNC). Esta clasificación es importante para entender no sólo las características de las sustancias, sino también cómo interactúan con los factores psicosociales que pueden influir en su consumo.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC (2015), clasifica las drogas en diversas categorías según su origen, su situación legal, su consumo en contextos sociales y su impacto en el sistema nervioso central. A continuación, se detalla esta clasificación:

2.2.1 Por su Origen

Hay tres tipos principales: naturales, semisintéticas y sintéticas, y cada una tiene características únicas que las diferencian:

- **Drogas naturales:** Estas sustancias provienen directamente de la naturaleza y se utilizan sin pasar por ningún tipo de proceso químico.

Un ejemplo común es la marihuana, obtenida de la planta de cannabis, que se consume sin necesidad de modificaciones complejas o artificiales.

- **Drogas semisintéticas:** Este tipo de drogas representan un punto intermedio, ya que se originan a partir de sustancias naturales, pero pasan por procesos químicos que potencian sus efectos.

Por ejemplo, la cocaína y la pasta base de cocaína son derivados de la hoja de coca, mientras que el opio se extrae de la amapola, una flor. En estos casos, la intervención química es crucial para intensificar las propiedades psicoactivas de las sustancias originales.

- **Drogas sintéticas:** Estas sustancias son completamente artificiales, creadas en laboratorios mediante la combinación de compuestos químicos. A diferencia de las drogas naturales o semisintéticas, no provienen de ingredientes encontrados en la naturaleza (de forma pura).

Ejemplos de este tipo incluyen las anfetaminas y el éxtasis, diseñados específicamente para generar efectos concretos en el cuerpo y la mente. Muchas veces, estas drogas se elaboran con sustancias no reguladas, lo que incrementa su peligrosidad.

2.2.2 Por su situación legal

Estas se clasifican como legales o lícitas e ilegales o ilícitas:

- **Drogas legales o lícitas:** Son sustancias cuya fabricación, distribución y venta están permitidas por la ley, como el alcohol, el tabaco, el café y ciertos medicamentos. Sin embargo, algunas pueden volverse ilegales si se usan con fines no previstos.

Por ejemplo, productos como el pegamento para zapatos o la pintura en aerosol, diseñados para uso doméstico o laboral, se consideran ilícitos cuando se utilizan para inhalar sus vapores tóxicos con fines recreativos. De manera similar, medicamentos como las benzodiazepinas se convierten en ilegales si se comercializan o consumen sin una receta médica.

- **Drogas ilegales o ilícitas:** Son sustancias cuyo cultivo, producción, distribución y posesión están estrictamente regulados o prohibidos por la ley debido a su alto potencial adictivo y los daños que causan a la salud física, mental y social. Ejemplos incluyen la cocaína, la heroína y la marihuana. Aunque su regulación puede variar entre países (como en el caso de la marihuana, que ha sido despenalizada en algunas naciones), el propósito común de

estas normativas es proteger a las personas de las consecuencias negativas asociadas a su consumo.

2.2.3 Por su consumo social

Pueden clasificarse como sociales, ancestrales y terapéuticas:

- **Drogas sociales:** Estas sustancias, aunque potencialmente dañinas, son socialmente aceptadas y forman parte de la vida cotidiana, ya sea en celebraciones, reuniones o tradiciones. Ejemplo de esto está el alcohol, que es habitual en eventos sociales, y el café, que, pese a no considerarse comúnmente una "droga", contiene cafeína, un estimulante del sistema nervioso ampliamente consumido en la rutina diaria.
- **Drogas ancestrales:** Estas sustancias forman parte de las tradiciones y prácticas ancestrales de diversas culturas alrededor del mundo, siendo utilizadas en rituales, celebraciones o incluso como remedios medicinales. Por ejemplo, en Bolivia, las culturas quechuas asocian el consumo de la hoja de coca con celebraciones tradicionales y actividades culturales profundamente arraigadas.
- **Drogas terapéuticas:** Se trata de sustancias legales que se dispensan bajo prescripción médica y están disponibles en farmacias. Estas drogas se utilizan principalmente para tratar una variedad de afecciones físicas o mentales, ofreciendo alivio y control de síntomas bajo supervisión profesional.

2.2.4 Por su afección al Sistema Nervioso Central

Las principales categorías son: estimulantes, depresoras y alucinógenas:

- **Drogas estimulantes:** Estas sustancias estimulan el funcionamiento del sistema nervioso central, lo que se traduce en un aumento de la energía, el estado de alerta y, en algunos casos, una sensación de euforia. Sin embargo, su consumo conlleva riesgos significativos, ya que la dosis ingerida y su toxicidad pueden llegar a comprometer seriamente la salud e incluso poner en peligro la vida del usuario. Ejemplos de estas drogas incluyen los derivados de la cocaína, las anfetaminas y algunos tipos de antidepresivos.
- **Drogas depresoras:** A diferencia de las estimulantes, estas sustancias desaceleran el funcionamiento del sistema nervioso central, provocando una sensación de relajación. Sus efectos pueden incluir somnolencia o sedación, pero en dosis elevadas, también

pueden generar estados graves como estupor, coma o incluso la muerte. Ejemplos comunes de este tipo de drogas son el alcohol, los derivados del opio y los tranquilizantes.

- **Drogas alucinógenas:** Estas sustancias alteran la percepción de la realidad, llevando a quienes las consumen a experimentar una visión distorsionada de su entorno. Pueden modificar la forma en que se perciben los estímulos sensoriales, generando una experiencia completamente diferente de lo habitual. Ejemplos comunes de este tipo de drogas incluyen la marihuana, el éxtasis y otras sustancias alucinógenas.

2.3 Teorías sobre el consumo de sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en un desafío global creciente debido a su fácil disponibilidad y la expansión de redes de distribución a nivel mundial. Este fenómeno, que afecta a diversas poblaciones en distintas regiones, plantea serias preocupaciones para la salud pública, la seguridad y el bienestar social. La accesibilidad y la comercialización de estas sustancias, sumadas a factores como la falta de información adecuada, las presiones sociales y las condiciones de vulnerabilidad, facilitan que cada vez más personas se expongan a los riesgos asociados al abuso de estas sustancias.

“Se calcula que unos 205 millones de personas consumen drogas ilícitas en el mundo, de las que unos 25 millones están aquejadas de dependencia” (UNODC & OMS, 2010). Esta realidad va más allá de las cifras, ya que el consumo de sustancias psicoactivas no solo compromete la salud física, sino que también exacerba problemas emocionales y sociales. En este contexto, las personas afectadas enfrentan un mayor riesgo de contraer enfermedades graves como VIH/SIDA y afecciones cardiovasculares, además de estar expuestas a situaciones extremas como el suicidio o la muerte por sobredosis.

Estos efectos no ocurren de manera aislada; están intrínsecamente relacionados con los factores psicosociales abordados en esta investigación. Aspectos como la disfuncionalidad familiar, presión de pares, el estrés emocional, la ausencia de redes de apoyo, etc., crean un entorno propicio para el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas. Estos factores no solo influyen en la decisión de consumir, sino que también intensifican las consecuencias negativas, perpetuando un ciclo de vulnerabilidad que afecta tanto al individuo como a su entorno inmediato.

No obstante, hay diversas teorías que buscan explicar las bases de la adicción desde una perspectiva neurobiológica. Estas teorías se centran en cómo las sustancias psicoactivas impactan la química cerebral, afectando áreas relacionadas con el placer, la recompensa y la toma de decisiones, lo que contribuye a la comprensión integral del fenómeno adictivo.

2.3.1 Teorías de refuerzo positivo

Propuesta por Wise & Bozarth (1987), sugiere que las adicciones se desarrollan debido al placer que proporcionan las sustancias psicoactivas. Aunque inicialmente el consumo se justifica por sus efectos agradables, como el bienestar de los opiáceos o la euforia de la cocaína, este placer disminuye con el tiempo, dando paso a problemas asociados con la adicción, lo que pone en duda su capacidad para explicar la continuidad del consumo a pesar de las consecuencias negativas.

En consecuencia, un ejemplo ilustrativo de la teoría de refuerzo positivo es el caso de un adolescente que empieza a consumir marihuana. Al principio, experimenta un efecto placentero de relajación que refuerza su deseo de seguir consumiendo. Sin embargo, con el tiempo, los efectos placenteros disminuyen, pero la persona continúa buscando ese mismo bienestar. A pesar de que el consumo empieza a traer consigo consecuencias negativas, como la disminución de su rendimiento académico y problemas con sus relaciones sociales, la búsqueda del placer inicial sigue siendo una motivación constante.

2.3.2 Teoría del refuerzo negativo

Según Wise & Bozarth (1987), las sustancias adictivas actúan como refuerzos negativos al reducir malestares como la depresión y los temblores. Ante esto, vale la pena preguntar: ¿Por qué, tras largos periodos de abstinencia y la ausencia de síntomas, las personas pueden volver a consumir?

Un ejemplo de esta teoría es el caso de una persona que consume alcohol para mitigar la ansiedad o los temblores provocados por la abstinencia de una droga. Al experimentar un alivio temporal, la persona asocia el consumo con la disminución de su malestar, lo que refuerza el comportamiento de consumir la sustancia. Aunque más adelante ya no presente síntomas de abstinencia, la memoria de ese alivio puede llevar a una recaída, demostrando cómo el refuerzo negativo sigue motivando el consumo incluso en ausencia de malestares inmediatos.

Ambas teorías, aunque diferentes en su enfoque, coinciden en que el consumo de drogas se mantiene gracias a los refuerzos que actúan sobre la conducta, ya sea mediante la búsqueda de placer o el alivio del malestar. Esto permite entender que la adicción no solo se basa en la búsqueda de gratificación, sino también en la necesidad de evitar el sufrimiento, lo que complica aún más la superación de este trastorno.

2.3.3 Teoría de la Sensibilización al Incentivo

La teoría de la sensibilización al consumo, propuesta por Robinson & Berridge (1993), plantea que el abuso de sustancias incrementa progresivamente el deseo intenso de consumirlas, conocido como craving². Este anhelo persiste e incluso se intensifica después de periodos de abstinencia, y puede ser desencadenado por estímulos ambientales asociados al consumo, como la presencia de antiguos compañeros, lugares de consumo o situaciones de estrés. Estos estímulos actúan como recordatorios potentes que perpetúan el ciclo de adicción.

La relevancia de esta teoría radica en su capacidad para explicar cómo factores externos y sociales pueden reactivar este deseo abrumador, destacando la importancia de abordar el contexto ambiental en las estrategias de prevención y tratamiento. Por ejemplo, un individuo en recuperación puede experimentar un fuerte impulso al pasar por un lugar donde solía consumir, lo que refuerza la necesidad de diseñar intervenciones enfocadas en identificar y gestionar estos desencadenantes.

En este estudio, la teoría de la sensibilización al incentivo de Robinson y Berridge se adopta como marco conceptual para analizar los factores psicosociales que inciden en el consumo de sustancias. Esta teoría permite vincular cómo las dinámicas familiares y sociales, como la disfuncionalidad o el estrés, interactúan con estímulos ambientales para desencadenar el consumo inicial.

Adicionalmente, se considera la integración con las teorías de refuerzo positivo y negativo propuestas por Wise & Bozarth (1987). Estas sugieren que el consumo se refuerza tanto por la

² Según Martínez González & Verdejo García (2011), el craving se explica en el modelo cognitivo como la "manifestación de pensamientos y creencias disfuncionales inherentes al proceso adictivo". Este concepto se describe como un deseo intenso y compulsivo de consumir sustancias, pero con una naturaleza subjetiva, ya que cada persona lo experimenta de manera diferente. Si bien el craving representa el deseo de consumir, no implica necesariamente la acción, aunque puede dificultar el mantenimiento de la abstinencia.

búsqueda de placer (refuerzo positivo) como por el alivio del malestar (refuerzo negativo), lo que complementa la comprensión de cómo las sustancias influyen en las personas. En conjunto, estas perspectivas ofrecen un enfoque integral que vincula el contexto psicosocial con los mecanismos neurobiológicos, proporcionando una base sólida para explorar los factores que perpetúan la adicción.

2.4 Ventajas del estudio de sustancias psicoactivas

El estudio de las sustancias psicoactivas, su clasificación y sus efectos es fundamental para el desarrollo de medidas preventivas efectivas. Conocer estas sustancias de manera objetiva permite a las personas adquirir un sentido consciente de las consecuencias del abuso de drogas, y facilita la creación de estrategias educativas que reduzcan el riesgo de consumo. La comprensión profunda de los efectos y riesgos asociados con las sustancias psicoactivas no solo contribuye a la prevención, sino que también ayuda a identificar señales de advertencia y a brindar apoyo adecuado a aquellos que puedan estar en riesgo de desarrollar una adicción.

Según UNODC Oficina de las Naciones Unidas Contra Droga y el Delito & OMS Organización Mundial de la Salud (2010), aumentar la sensibilización sobre los riesgos y consecuencias del consumo de drogas permite a las personas reconocer señales de alerta, prevenir el abuso y ofrecer el apoyo necesario a familiares o amigos que puedan estar en situación de riesgo. Es fundamental fomentar este conocimiento desde una edad temprana, ya que una concientización efectiva reduce significativamente las probabilidades de consumo en el futuro.

Adicionalmente, la información sobre cómo actuar y apoyar a un ser querido en rehabilitación es igualmente importante, pues el entorno social, en particular la familia y los amigos cercanos, juegan un papel clave en la recuperación de las adicciones.

2.5 Factores de riesgo

Los factores de riesgo del consumo de sustancias, según la UNODC & OMS (2010), son elementos internos y externos que aumentan la probabilidad de iniciar el consumo. Aunque su presencia no asegura que una persona consuma, sí incrementan significativamente el riesgo, especialmente cuando estos factores se combinan.

- **A nivel individual:** La dificultad para afrontar problemas, la ansiedad elevada y la falta de autocontrol aumentan la vulnerabilidad al consumo, especialmente en personas con problemas de salud crónicos o que evitan situaciones difíciles, limitando su capacidad de manejar el estrés de forma saludable.
- **En el entorno familiar:** Este desempeña un papel fundamental, ya que la falta de apoyo emocional, conflictos, violencia o escasa comunicación aumentan el riesgo de consumo. Además, conductas como el consumo de sustancias por parte de los padres, actitudes permisivas, negligencia y falta de supervisión pueden llevar a los jóvenes a normalizar estas conductas y refugiarse en el consumo.
- **Influencia de pares:** Tiene gran relevancia, especialmente durante la adolescencia. La UNODC (2015), menciona que, en esta etapa, la necesidad de aceptación social es fuerte, y la presión de amigos consumidores puede empujar a los jóvenes a experimentar con sustancias.
- **En el ámbito escolar:** Factores como bajo rendimiento académico, ausencias frecuentes y la falta de supervisión de conductas de riesgo contribuyen al problema. Si el entorno escolar no establece medidas claras para prevenir el consumo, puede normalizarse esta conducta, afectando tanto a los estudiantes como a toda la comunidad educativa.
- **Factores sociales y culturales:** Tienen un impacto significativo, ya que en culturas con normas sociales permisivas y una alta disponibilidad de sustancias, estas condiciones moldean la percepción, relación y normalización del consumo, aumentando su probabilidad.

2.6. Factores de protección

La identificación de los factores de protección es fundamental en el estudio del consumo de sustancias psicoactivas, ya que representan aquellas condiciones y características que pueden disminuir la probabilidad de involucrarse en comportamientos de riesgo. Estos factores, que emergen en contextos familiares, escolares y sociales, contribuyen al desarrollo personal y emocional de los individuos, fortaleciendo su capacidad para resistir la presión social y las tentaciones asociadas al consumo de drogas. A continuación, se describen los principales factores de protección que influyen en la prevención del consumo de sustancias en los jóvenes:

2.6.1 Factores de protección individuales

En consecuencia, la UNODC (2015), enfatiza la importancia de fomentar una actitud crítica y reflexiva en los jóvenes sobre el problema de las drogas, sugiriendo que este factor protector debe desarrollarse como una habilidad a través del análisis de las opciones disponibles y la evaluación de los beneficios y riesgos asociados a diferentes comportamientos.

Además, resaltan que la construcción de un proyecto de vida saludable es crucial, ya que ayuda a los jóvenes a establecer metas y estrategias, lo que les permite proyectar su futuro a corto, mediano y largo plazo, alejándolos de decisiones impulsivas. Asimismo, la autonomía se presenta como un factor protector que promueve la toma de decisiones responsables y la capacidad de resistir presiones grupales y la influencia de medios de comunicación.

Igualmente, se enfatiza el desarrollo de la tolerancia ante situaciones adversas y ante ideas diferentes, así como la importancia de habilidades comunicativas para expresar sentimientos de manera asertiva. La adecuada autoestima es fundamental para asumir responsabilidades y desafíos, además de permitir una visión crítica sobre el consumo de sustancias.

2.6.2 Factores de Protección microsocioal

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2015) continúa exponiendo que la cohesión y estabilidad familiar actúan como factores protectores esenciales en el entorno microsocioal, particularmente cuando las relaciones intrafamiliares se basan en valores y normas. Este ambiente familiar promueve la participación activa de los miembros, creando experiencias de apoyo y respeto mutuos. Además, el sentido de pertenencia dentro de la familia, con una relación intergeneracional, enriquece las dinámicas familiares.

Una crianza que equilibre disciplina y afecto facilita el desarrollo integral de los hijos, promoviendo su autonomía y responsabilidad. En el contexto educativo, una escuela que fomente el aprendizaje y la participación genera tanto el crecimiento académico como personal. Asimismo, un grupo de amigos que respete las características individuales promueve hábitos saludables y crecimiento personal.

2.6.3 La resiliencia, otro factor de protección

La resiliencia, entendida como la capacidad de una persona, familia o comunidad para sobreponerse a situaciones adversas y retomar su bienestar y desarrollo, es otro factor de protección clave. Por lo que UNODC (2015), continúa describiendo que este concepto proveniente de la física, aplicado al comportamiento humano sugiere que, a pesar de enfrentar múltiples desafíos o presiones, es posible alcanzar niveles aceptables de salud y bienestar.

En este sentido, la resiliencia está vinculada tanto a factores internos, como la autoestima y el autocontrol, como a factores externos, como el apoyo familiar y comunitario, y la disponibilidad de servicios de salud. Estos factores permiten a un niño o adolescente resistir las conductas poco saludables que pueden surgir como respuesta a la ansiedad o el estrés, protegiendo así contra riesgos como el abuso de drogas.

La inclusión de diversos aspectos del informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2015) en esta tesis ha sido fundamental para proporcionar un marco teórico robusto y actualizado sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Este informe ofrece un análisis exhaustivo de los factores de riesgo, como la falta de cohesión familiar y la disponibilidad de drogas, que influyen significativamente en el comportamiento adictivo. Al incorporar estos elementos, se logra una comprensión más profunda y contextualizada de las dinámicas sociales y psicosociales que afectan a los individuos.

3. Relación Entre Factores Psicosociales y el Uso De Sustancias Psicoactivas

El comportamiento humano es moldeado por una combinación de factores internos y externos, conocidos como factores psicosociales, los cuales incluyen la dinámica familiar, el apoyo social, el manejo del estrés y la influencia de pares. Estos factores tienen un papel clave en el desarrollo emocional y social de los individuos, especialmente en etapas críticas de la vida como la adolescencia y la juventud. Cuando estos factores no proporcionan un entorno adecuado de apoyo o regulación emocional, aumenta la vulnerabilidad de los individuos de recurrir a conductas de riesgo para lidiar con el malestar psicológico.

El consumo de sustancias es una conducta destructiva que suele actuar como mecanismo compensatorio frente a dichos desequilibrios psicosociales. En muchos casos, se convierte en una vía de escape ante situaciones emocionales o sociales insostenibles. Este capítulo examina cómo estos factores psicosociales inciden en el consumo de sustancias, poniendo especial atención en la dinámica familiar, el apoyo social, el estrés y su vínculo con las crisis psicosociales descritas en la teoría de Erikson.

3.1 Dinámica familiar y consumo de sustancias

Sinche & Suárez Bustamante (2006) señalan que la dinámica familiar incluye los patrones de interacción, comunicación y resolución de conflictos, apoyo emocional, roles, límites y calidad de las relaciones dentro de una familia. La funcionalidad familiar está estrechamente vinculada a los procesos de salud-enfermedad, actuando como un factor determinante. Los autores destacan que una familia funcional fomenta el bienestar y la recuperación de sus miembros, mientras que una disfuncional puede agravar problemas de salud, convirtiéndose en un factor psicosocial protector o de riesgo según su funcionamiento.

Alpízar Jiménez (2016) menciona que una familia funcional es un excelente factor psicosocial protector. Por familia funcional, hablamos de una en donde existe una comunicación abierta y efectiva, donde se trazan límites claros para todos los miembros, donde se ha desarrollado un ambiente seguro de expresión y apoyo emocional, donde todos los miembros participan activamente de la vida familiar y donde se modelan y se inculcan comportamientos y herramientas de afrontamiento positivas o que resulten ser beneficiosas para los individuos.

La autora resalta que, cuando los individuos crecen en un entorno que perciben como seguro a nivel físico, emocional y psicológico, desarrollan una autoestima sólida y son capaces de regular sus emociones y comportamientos de manera efectiva. Este ambiente también favorece el desarrollo de habilidades sociales, promoviendo una comunicación asertiva y una resolución de conflictos saludable. Además, se fomenta la resiliencia, lo que reduce la probabilidad de gestionar el estrés mediante conductas destructivas.

Por otro lado, una familia disfuncional, puede resultar ser un factor psicosocial de riesgo. Por disfuncional se comprende a una familia en la que la comunicación es ineficaz, los límites son ambiguos o inexistentes, y los conflictos son frecuentes y no se resuelven adecuadamente.

También se caracteriza por la falta de empatía y comprensión, la ausencia de apertura o conexión emocional, la confusión en los roles familiares, o la presencia de abusos y violencia en cualquiera de sus formas. Además, la negligencia, el maltrato, y la ausencia de figuras parentales que modelen comportamientos saludables o que gestionen el estrés de manera adecuada, agravan este entorno.

Alpízar Jiménez (2016) explica que crecer en un entorno familiar disfuncional incrementa la probabilidad de desarrollar trastornos mentales como depresión, ansiedad y baja autoestima. En este contexto, los individuos tienden a recurrir al aislamiento para protegerse de un ambiente que perciben como inseguro y suelen presentar dificultades de adaptación social.

Esta falta de validación y apoyo emocional en el núcleo familiar puede llevar a los jóvenes a buscar aceptación en sus pares, volviéndose vulnerables a relaciones dependientes o poco saludables. Muchos, como vía de escape, adoptan conductas destructivas, como el consumo de sustancias, para enfrentar una realidad que les resulta abrumadora.

3.2 Apoyo social y presión de pares

Apoyo social y presión de pares son dos conceptos que pueden influir de manera significativa en el comportamiento y el ajuste psicosocial de los individuos, especialmente en etapas tempranas de la vida como la adolescencia, pero tienen efectos opuestos. Musitu & Jesús Cava (2003) destacan que el apoyo social está estrechamente relacionado con resultados positivos en la salud mental y el bienestar. Este apoyo, proveniente de familiares o amigos, actúa

como un potente factor de protección psicosocial al ofrecer una red donde el individuo puede expresar sus preocupaciones y recibir validación emocional.

Contar con apoyo social no solo facilita la comunicación y refuerza la autoestima, sino que también ayuda a desarrollar estrategias de afrontamiento saludables. Los autores señalan que quienes perciben un respaldo social sólido son más efectivos en gestionar el estrés y desarrollan competencias sociales que les permiten enfrentar la presión de pares, mejorando así su calidad de vida.

La presión de pares puede ser un factor psicosocial de riesgo con impacto negativo en los individuos, especialmente en el consumo de sustancias. Se refiere a la influencia que un grupo ejerce sobre un individuo para que adopte comportamientos, actitudes y creencias que son aceptables dentro del grupo.

Esta presión implica expectativas claras sobre cómo debe actuar cada miembro, generalmente ligadas a recompensas o castigos. Cuando el individuo cumple con estas expectativas, recibe aprobación y reconocimiento; de lo contrario, puede enfrentar rechazo, aislamiento o crítica, reforzando el poder de la presión social.

Espada et al. (2003) señalan que la presión social, como un factor psicosocial de riesgo, facilita tanto la iniciación como la escalada en el consumo de sustancias psicoactivas. Este efecto es particularmente notable en los jóvenes, quienes son más vulnerables tanto a nivel psicológico como social. Los autores sostienen que, a mayor exposición a factores de riesgo, mayor es la probabilidad de que un individuo inicie el consumo de sustancias, ya que la acumulación de estos factores aumenta significativamente su susceptibilidad.

Por su parte, Keegan (2012) explica que el consumo de sustancias es un comportamiento aprendido, no innato ni espontáneo. Esto es particularmente relevante en contextos donde el consumo está normalizado dentro de un grupo social. En estos casos, los individuos tienden a imitar el comportamiento establecido, ya sea porque han crecido observando o porque se integran en un círculo social donde el consumo de sustancias es común. La búsqueda de pertenencia y reconocimiento dentro de estos grupos aumenta significativamente las probabilidades de iniciar el consumo.

3.3 Estrés y mecanismos de afrontamiento

Pedrero Pérez et al. (2008) destacan que el estrés es un factor clave tanto en la aparición como en el mantenimiento de conductas destructivas, especialmente en el consumo de sustancias psicoactivas. El estrés está presente en todas las fases del proceso adictivo: desde el inicio, donde actúa como un factor de riesgo psicosocial, hasta la repetición y el mantenimiento del consumo, donde las sustancias se utilizan como un medio de escape. Este patrón de afrontamiento desadaptativo, basado en el consumo para evitar el estrés, puede volverse crónico, convirtiendo la adicción en una condición prolongada y difícil de revertir.

Incluso durante períodos de abstinencia, los autores subrayan que el estrés endógeno, aquel que se origina internamente debido a desregulaciones emocionales, pensamientos automáticos o cambios hormonales, está fuertemente asociado con el fenómeno del craving o deseo compulsivo de consumir. Este tipo de estrés juega un papel crucial en las recaídas, ya que intensifica el impulso de buscar alivio a través de las sustancias, lo que dificulta el mantenimiento de la abstinencia.

Pedrero Pérez et al. (2008) señalan que los estilos de afrontamiento basados en las emociones tienden a intensificar la percepción de estrés, ya que la persona se enfoca en el malestar emocional en lugar de en la resolución del problema. Esto puede llevar a patrones disfuncionales, donde respuestas evasivas o impulsivas incrementan el riesgo de recurrir al consumo de sustancias. En cambio, los mecanismos de afrontamiento centrados en la tarea favorecen la búsqueda activa de soluciones y el enfoque en resolver el problema subyacente, lo que reduce el malestar emocional y mejora la capacidad para manejar el estrés de manera constructiva.

Otra estrategia clave de afrontamiento saludable es el establecimiento de una red de apoyo social sólida. Contar con el respaldo de amigos y familiares en momentos difíciles puede mitigar el aislamiento, que es un factor de riesgo significativo en el consumo de sustancias. El apoyo social no sólo ofrece consuelo emocional, sino que también proporciona recursos y perspectivas que ayudan a resolver problemas, reduciendo así la necesidad de recurrir a conductas destructivas.

Además de estas estrategias, los autores mencionan que es fundamental evitar la activación emocional. Técnicas como la relajación, la respiración controlada, el mindfulness y la reestructuración cognitiva son métodos eficaces para reducir la activación emocional y la percepción de estrés. Estas técnicas permiten que los individuos enfrenten las emociones difíciles de forma directa, promoviendo una mejor regulación emocional y disminuyendo la probabilidad de recurrir al consumo de sustancias como mecanismo de escape.

Los individuos que enfrentan niveles elevados de estrés sin contar con herramientas adecuadas para gestionarlo son más propensos a utilizar sustancias psicoactivas como una vía de escape. El consumo de sustancias, en lugar de resolver el problema subyacente, perpetúa un ciclo destructivo que intensifica el malestar emocional. En cambio, el uso de mecanismos de afrontamiento saludables, como la resolución activa de problemas, la búsqueda de apoyo social o la práctica de técnicas de relajación, facilita una gestión eficaz del estrés y disminuye la necesidad de recurrir a comportamientos destructivos.

3.4 Edad de inicio de consumo

La “edad de inicio de consumo” se refiere al momento específico en la vida de un individuo en el que comienza a consumir sustancias psicoactivas, como alcohol, tabaco, marihuana u otras drogas recreativas, es decir, drogas que no están relacionadas con usos médicos o terapéuticos y que se usan principalmente para obtener sensaciones placenteras o eufóricas. Hablar de la edad de inicio de consumo es de suma importancia para esta investigación, puesto que brinda visibilidad sobre las etapas en las que los individuos son más susceptibles a influencias externas y al desarrollo de patrones de consumo que pueden tener efectos duraderos en sus vidas.

Hernández López et al. (2009) realizaron un estudio sobre la edad de inicio en el consumo de sustancias, encontrando que, en general, el consumo de sustancias suele iniciarse en la adolescencia media y tardía. Además, encontraron que el consumo de tabaco y alcohol comienza, en promedio, a los 14 años, y el de cannabis, a los 15. Los autores destacan que el consumo precoz de cannabis incrementa significativamente el riesgo de dependencia y el progreso hacia otras drogas, afectando negativamente la salud, el rendimiento académico y las relaciones interpersonales.

Marco Metodológico

En este capítulo se describen detalladamente los elementos metodológicos fundamentales que guían esta investigación. Estos incluyen aspectos clave como las variables de estudio, la población, la muestra y el muestreo, así como el enfoque y diseño adoptados. En este contexto, se identifican dos variables principales:

- Variable independiente: Factores psicosociales.
- Variable dependiente: Consumo de sustancias psicoactivas.

La relación entre estas variables constituye el eje central del análisis, permitiendo explorar cómo los factores psicosociales influyen en el inicio y perpetuación del consumo de sustancias en la población estudiada.

Tipo de Investigación

Según el enfoque

Esta investigación adopta un enfoque cualitativo, orientado a identificar los factores psicosociales que incidieron directa o indirectamente en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de individuos en proceso de rehabilitación. Este enfoque permite examinar cómo los participantes perciben y experimentan los factores asociados a su involucramiento con dichas sustancias, profundizando en sus perspectivas, interpretaciones y significados personales.

Según la aplicabilidad de sus resultados

Según la aplicabilidad de sus resultados, esta investigación se clasifica como aplicada, ya que su propósito es generar conocimiento que contribuya al diseño de estrategias más efectivas para la prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, especialmente en el contexto del Centro de Rehabilitación Fuente de Vida.

Según el nivel de profundidad de conocimiento

Según el nivel de profundidad del conocimiento, esta investigación se clasifica como descriptiva, ya que busca caracterizar las dinámicas de los factores psicosociales que influyen en

el consumo de sustancias psicoactivas y, además, analizar cómo estas variables se relacionan en el contexto de los usuarios del Centro de Rehabilitación Fuente de Vida.

Según su orientación en el tiempo

Hernández Sampieri et al. (2014) describen los diseños de investigación transeccionales o transversales como aquellos que permiten “tomar una fotografía” de la realidad en un momento específico. Este enfoque se utiliza para recolectar datos en un único punto temporal, lo que facilita el análisis y la descripción de variables, así como su interrelación, sin necesidad de extender el estudio en el tiempo.

En este estudio, el diseño transversal resulta ideal porque busca comprender los factores psicosociales que influyen en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en los participantes seleccionados. Al centrarse en un momento particular, se obtiene una visión clara del fenómeno en su contexto actual, proporcionando una perspectiva representativa y precisa. Además, este enfoque permite simplificar el proceso de recolección de datos, evitando los retos y el desgaste asociados a estudios de largo plazo, lo que lo hace especialmente adecuado para los objetivos de esta investigación.

Según su tipo de diseño

Este estudio adopta un diseño fenomenológico, un enfoque que busca explorar, describir y comprender las experiencias humanas relacionadas con un fenómeno, identificando los aspectos comunes entre ellas. Como señalan Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2018), el objetivo es profundizar en las vivencias compartidas para captar su esencia. Dentro de este marco, se utiliza el enfoque fenomenológico hermenéutico, que se centra en interpretar las experiencias personales y los significados que surgen de los "textos" de la vida cotidiana, es decir, de las narrativas y expresiones humanas.

Este enfoque no sigue reglas estrictas, ya que entiende que la interpretación se construye a partir de interacciones dinámicas entre diversos factores, lo que permite obtener una visión más rica y profunda del fenómeno estudiado.

Muestra Teórica y Sujetos de Estudio

Población

Según Ñaupas Paitán et al. (2014), la población en un estudio corresponde al grupo de personas o instituciones que son objeto de análisis. En el contexto de esta investigación, la población está conformada por los internos del Centro de Rehabilitación Fuente de Vida, situado en Managua. Este centro, dedicado a la atención de personas en proceso de rehabilitación por adicción a sustancias psicoactivas, atiende aproximadamente a 20 o 25 usuarios. Ofrece un enfoque integral que abarca aspectos físicos, emocionales y espirituales, dentro de un espacio seguro y controlado diseñado para favorecer su recuperación.

Muestra

En investigaciones cualitativas, según Hernández Sampieri et al. (2014), la muestra se define como el conjunto de personas o unidades seleccionadas para recolectar la información necesaria, sin necesidad de ser estadísticamente representativa del universo estudiado, pero enfocándose en la profundidad y riqueza del fenómeno analizado.

La muestra de este estudio estuvo conformada por ocho hombres internos del Centro de Rehabilitación Fuente de Vida, quienes participaron de manera voluntaria y cumplían con los criterios establecidos. La mayoría de los participantes eran mayores de 30 años, con antecedentes de inicio de consumo en la adolescencia. Esta selección permitió explorar los factores psicosociales que influyen en el consumo de sustancias, reflejando la diversidad de los internos, aunque sin pretender ser representativa del total de la población.

Características de la Población:

- **Edad:** Adultos entre 18 y 40 años.
- **Ubicación del estudio:** Adultos internados en el Centro de Rehabilitación Fuente de Vida, ubicado en la comarca San Isidro de la Cruz Verde del municipio de Managua. A una cuadra y media al sur de la terminal de buses³, en la propiedad conocida como *la casa amarilla*.

³ Terminal de buses de la línea SIS de autobús (Mercado Oriental - San Isidro de la Cruz Verde)

- **Lugar de procedencia de los informantes:** Los participantes provienen de diversos contextos socioeconómicos, con un nivel que oscila entre medio y bajo, y presentan distintos niveles educativos, que van desde la primaria incompleta hasta la secundaria o educación técnica.

Criterios de Selección de la Población:

Inclusión:

- Pacientes internos en el Centro de Rehabilitación Fuente de Vida durante el período de estudio (segundo semestre de 2024).
- Personas que estén de acuerdo en participar en la investigación. Dado que se trata de una participación voluntaria para esta investigación, es necesario abordar a los internos del centro, explicarles los objetivos que comprenden dicho estudio, para garantizar de forma objetiva su consentimiento a través de sus firmas en un documento escrito donde acepten su participación (consentimiento informado), y que a su vez permita obtener información precisa de cada persona
- Personas que cumplan con el rango de edad estipulado (entre 18 y 40 años de edad).

Exclusión:

- Personas usuarias del Centro, pero que no cumplen con el rango de edad estipulado.
- Personas que presenten condiciones de salud que impidan su participación en las entrevistas o encuestas.
- Personas que, aunque hayan dado su consentimiento no muestren dar opiniones de valor.

Tipo de muestreo realizado

El tipo de muestreo utilizado en este trabajo investigativo es no probabilístico por conveniencia, en palabras de (Hernández González, 2021):

(...) [El muestreo no probabilístico] no puede calcularse mediante la probabilidad y, por lo tanto, no requiere de operaciones estadísticas ni tampoco se pueden generalizar los resultados que se deriven de ella (...) El muestreo no probabilístico comprende distintas variantes: conveniencia, intencional, por cuota y bola de nieve. (...) [en el muestreo por

no probabilístico por conveniencia] la muestra se elige de acuerdo con la conveniencia del investigador, le permite elegir de manera arbitraria cuántos participantes puede haber en el estudio (pp. 1-2).

En este sentido, la elección del Centro de Rehabilitación Fuente de Vida como escenario para la investigación estuvo determinada por la facilidad de acceso, dado que los investigadores realizaron allí sus prácticas profesionales. Además, los participantes fueron seleccionados voluntariamente, después de haberles explicado los objetivos del estudio. De esta manera, la muestra estuvo conformada por un grupo de personas con características similares, seleccionadas según la conveniencia de los investigadores, lo cual permitió una recolección de información más accesible y eficiente.

Métodos y Técnicas de Recolección de Datos

Encuesta

Según Casas Anguita et al. (2003), la encuesta se destaca como una herramienta de investigación efectiva, ya que facilita la recolección y el análisis de información de manera ágil y eficiente. Este método se basa en un conjunto de procedimientos estructurados que permiten obtener datos de una muestra representativa, con el objetivo de explorar, describir, predecir o explicar determinadas características de una población o universo más amplio.

Aunque la investigación se enmarca en un enfoque cualitativo, la encuesta se utiliza como herramienta inicial para recolectar datos clave sobre el inicio del consumo de sustancias psicoactivas. Este instrumento permite identificar tres aspectos esenciales: la edad de inicio del consumo, la sustancia de inicio y la compañía durante el primer consumo. La información obtenida proporciona una visión general del contexto en el que se inicia el consumo, sirviendo como base para las entrevistas subsiguientes

Entrevistas Semiestructuradas

Vélez Restrepo (2003, p. 104) describe la entrevista como un espacio de diálogo que facilita la conexión entre los participantes a través de la palabra, permitiendo la evocación de recuerdos, emociones, pensamientos y representaciones vinculadas a la historia personal, la

memoria colectiva y el contexto sociocultural. Este proceso resulta fundamental para explorar subjetividades de manera significativa.

Para esta investigación, se empleó la entrevista semiestructurada, una técnica metodológica que, según Hernández Sampieri et al. (2014), se desarrolla a partir de una guía de preguntas o temas clave. Su estructura flexible permite ajustar las preguntas o profundizar en conceptos según sea necesario, lo que facilita obtener información más detallada y esclarecedora. Este enfoque no solo busca respuestas directas, sino que también promueve la reflexión y expresión de los participantes sobre aspectos significativos de su realidad, enriqueciendo el análisis de sus vivencias, emociones y perspectivas relacionadas con el fenómeno en estudio.

En el marco de esta flexibilidad y la riqueza del método, el proceso de entrevistas se desarrolló en dos rondas. Tras la primera ronda, se identificaron áreas en las que era posible profundizar para enriquecer la comprensión del fenómeno estudiado. A partir del análisis preliminar de la información, se extrajeron puntos clave que requerían mayor exploración, lo que llevó a la planificación y realización de una segunda ronda de entrevistas.

Esta decisión respondió al compromiso con la calidad y profundidad del estudio, permitiendo que las entrevistas no solo capturaran información relevante, sino también ofrecieran un espacio ampliado para que los participantes reflexionaran y compartieran más detalladamente sus experiencias. De este modo, el enfoque metodológico se adaptó para garantizar que los datos obtenidos fueran significativos y estuvieran alineados con los objetivos de la investigación.

La realización de estas dos rondas no solo fortaleció el análisis, sino que también destacó el papel de la flexibilidad en la metodología cualitativa para responder de manera efectiva a las necesidades emergentes del proceso investigativo.

Procedimientos de la aplicación

- **Desarrollo de Instrumentos de recolección de datos:** Los instrumentos de recolección de datos, como la encuesta y las entrevistas semiestructuradas, fueron diseñados tomando como referencia la literatura científica y los objetivos específicos del estudio, con el propósito de garantizar su pertinencia y claridad para la obtención de información

relevante. Su validación incluyó una revisión inicial realizada por el tutor, quien analizó la alineación de las preguntas con los objetivos del estudio y su claridad conceptual.

Posteriormente, tras la primera aplicación, se identificaron áreas de mejora que llevaron a realizar ajustes en los instrumentos, optimizando así la calidad y profundidad de los datos recolectados.

- **Selección de la Muestra:** La muestra de estudio se define y selecciona utilizando criterios específicos de inclusión y exclusión mencionados previamente, con el objetivo de asegurar la representatividad y relevancia de los participantes. Aunque inicialmente se consideró trabajar con al menos 10 personas internas del Centro de Rehabilitación Fuente de Vida, finalmente se contó con la participación voluntaria de 8 personas solamente.

Realización del Estudio

- **Lugar de investigación:** La investigación se llevará a cabo en el Centro de Rehabilitación Fuente de Vida, ubicado en la comarca San Isidro de la Cruz Verde, Managua. La selección de este centro se realizó de manera estratégica, considerando su accesibilidad a la población de interés y la disponibilidad de los recursos necesarios para el desarrollo óptimo del estudio.
- **Periodo de Investigación:** El estudio se desarrolla entre junio de 2024 y noviembre de 2024, lo que garantiza un tiempo adecuado para completar cada fase de la investigación y considerar cualquier factor que pueda influir en los resultados.

Confiabilidad y validez de los instrumentos

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, asegurando la validez y confiabilidad de los instrumentos a través de una rigurosa revisión por parte del tutor y un proceso de ajuste basado en el análisis preliminar de los datos obtenidos. Las encuestas y entrevistas fueron diseñadas con base en la literatura científica y alineadas con la operacionalización de las variables, permitiendo una exploración profunda de los factores psicosociales que inciden en el consumo de sustancias.

Posteriormente, las entrevistas fueron refinadas para optimizar su claridad y pertinencia, garantizando que capturaran de manera precisa las experiencias de los participantes y su relación con la problemática estudiada.

El análisis de los datos se realizó mediante una matriz cualitativa y un enfoque temático, identificando categorías emergentes que permitieron estructurar los hallazgos de forma coherente y fundamentada. La triangulación con el marco teórico y la discusión grupal aseguraron interpretaciones sólidas y libres de sesgos, reforzando la objetividad del estudio. La investigación se sustentó en teorías clave como la de Erikson, Bandura & Walters, Robinson y Berridge, entre otros, brindando una comprensión integral del fenómeno.

A través de una metodología cuidadosamente estructurada, se garantizó la coherencia entre los objetivos del estudio, la recolección de datos y el análisis de los resultados, proporcionando hallazgos valiosos para la comprensión del consumo de sustancias en el contexto investigado.

Procedimientos para el Procesamiento y Análisis de Información

Análisis de la Información

Se lleva a cabo un análisis descriptivo de la información obtenida a través de la encuesta inicial, centrado en tres aspectos clave del consumo de sustancias: la edad de inicio, la sustancia de inicio y la compañía de inicio. Estos aspectos son fundamentales para comprender los eventos de esa etapa de la vida que pudieron llevar al participante a iniciar el consumo. La información obtenida se complementa con los datos de las entrevistas semiestructuradas.

En cuanto a las entrevistas, se analiza detalladamente las transcripciones para identificar temas recurrentes, palabras clave y aspectos significativos de las respuestas de los entrevistados. A partir de este análisis, se elabora un resumen analítico que permite comparar y contrastar las narrativas obtenidas, destacando tanto las similitudes como las diferencias en las experiencias compartidas. Este proceso proporciona una comprensión más profunda de los factores que influyen en el fenómeno estudiado.

Integración de la Información

La información se integra a través de una triangulación de datos cualitativos, combinando los hallazgos obtenidos mediante encuestas y entrevistas semiestructuradas, lo que permite organizar los resultados de la investigación y derivar las conclusiones correspondientes. Este enfoque proporciona una comprensión más completa de la incidencia de los factores psicosociales en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en los internos del centro. Con base en esta información, se elabora un informe que incluye los hallazgos obtenidos, junto con la exploración de estrategias de intervención y prevención útiles para el desarrollo de intervenciones terapéuticas más efectivas y personalizadas.

Resultados y Discusión

En esta sección se presentan los hallazgos derivados de la encuesta y las entrevistas realizadas a los participantes del Centro de Rehabilitación Fuente de Vida. Más allá de una simple descripción de hechos, esta investigación se enfoca en interpretar las experiencias subjetivas de estos hombres, explorando cómo vivieron y comprendieron el fenómeno del inicio de consumo de sustancias psicoactivas.

Los participantes fueron ocho hombres adultos, cuyas edades oscilan entre los 18 y los 40 años, todos usuarios internos del centro y colaboradores voluntarios de esta investigación. Cada uno de ellos ofreció información valiosa sobre los factores psicosociales que influyeron en el inicio y evolución de su consumo, brindando una perspectiva amplia sobre las diversas circunstancias que enfrentaron.

Los resultados que se presentan a continuación están organizados conforme a los objetivos iniciales de esta investigación y estructurados en torno a los temas clave identificados en el análisis: dinámicas familiares, influencia de los pares, experiencias traumáticas de vida, edades de inicio de consumo, tipo de sustancia de inicio, entre otros. Cada uno de estos temas permitió una exploración profunda de las vivencias de los participantes, brindando una comprensión enriquecida de las realidades y significados personales que atribuyen a su experiencia de consumo.

Para mantener la privacidad de los participantes, cada uno ha sido identificado mediante un número, por lo que serán referidos como “Participante 1”, “Participante 2”, y así sucesivamente hasta el participante 8. Las experiencias individuales de estos participantes ofrecieron una perspectiva enriquecedora para el análisis, aportando entendimiento sobre cómo factores como los traumas, la presión de pares y las dinámicas familiares influenciaron su trayectoria de consumo.

Factores psicosociales que inciden en el consumo

A través de las entrevistas a estos ocho participantes, en su mayoría adultos mayores de 30 años que iniciaron el consumo en la adolescencia, emergieron elementos muy personales sobre sus vivencias. Temas como la dinámica familiar, la presión de pares y las experiencias

traumáticas no sólo destacaron como factores comunes, sino que revelaron cómo cada uno interpretó y vivió estas influencias en su contexto.

Dinámica familiar disfuncional

El análisis de las transcripciones de las entrevistas permitió identificar aspectos recurrentes en las dinámicas familiares disfuncionales de los participantes, que se estructuraron como categorías para este estudio: negligencia emocional de los cuidadores principales, falta de comunicación, falta de confianza y dificultades en el manejo de conflicto. Desde la perspectiva de la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (1982), estos factores pueden influir en la resolución de las crisis psicosociales durante la adolescencia, aumentando la vulnerabilidad al consumo de sustancias y afectando el desarrollo psicosocial a largo plazo.

Negligencia emocional:

La negligencia emocional marcó profundamente las experiencias de vida de los participantes, manifestándose en la falta de atención a sus necesidades afectivas. Este vacío cimentó dinámicas familiares disfuncionales que, con el tiempo, se intensificaron debido a la ausencia de figuras parentales accesibles y responsables, afectando su desarrollo integral.

Un claro ejemplo es el caso del Participante 5, quien relató que en su infancia no convivió con su padre del todo, y su madre, debido a largas jornadas laborales, estaba ausente emocionalmente: *“Mi mamá pasaba trabajando, solo me quedaba con empleadas, entonces me sentí solo, y me volví feliz estando solo”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada). Este testimonio ilustra la negligencia emocional, definida como la omisión constante de satisfacer las necesidades afectivas de un niño.

Aunque sus necesidades materiales estaban cubiertas, la falta de una figura parental accesible y emocionalmente presente obstaculizó el desarrollo de un apego seguro con sus cuidadores principales, dejando un vacío en su apoyo emocional y afectivo. La teoría del apego de Bowlby (1989) enfatiza que las personas con apego inseguro suelen desarrollar desconfianza hacia los demás y tienden a reprimir sus emociones. Esta vulnerabilidad puede manifestarse en comportamientos de evasión, como el consumo de sustancias, para llenar el vacío emocional.

La frase del participante, “me volví feliz estando solo,” muestra una desconexión emocional que operó como estrategia de defensa para evitar el dolor. Sin embargo, esta misma desconexión intensificó su vulnerabilidad hacia el consumo, al utilizar las drogas como mecanismo para reprimir emociones no procesadas.

A diferencia de la negligencia física, que suele dejar evidencias visibles, la negligencia emocional puede pasar desapercibida, aunque sus efectos son igualmente profundos. Esto también se refleja en el testimonio del Participante 8, quien comentó: *“Mi mamá era permisiva y me daba lo que quería, pero también estaba ausente en momentos importantes”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

Además, añadió: *“El apoyo que recibía era económico, pero nunca hubo un verdadero apoyo emocional”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada). Estas palabras destacan cómo la ausencia de validación, comprensión y acompañamiento constante afectó su desarrollo psicosocial, limitando su capacidad para construir seguridad emocional y enfrentar desafíos de manera saludable.

Desde la perspectiva de Erikson (1982), la falta de una presencia afectiva y el exceso de permisividad obstaculizan el desarrollo de una identidad y autonomía sólidas. Esta carencia durante etapas críticas genera inseguridad y dificulta la resolución de conflictos psicosociales, dejando a los individuos vulnerables a comportamientos impulsivos y a una comprensión deficiente de los límites o consecuencias de sus acciones. Los resultados de esta investigación confirman que, sin un acompañamiento emocional adecuado, las personas son más propensas al aislamiento, la inseguridad y el uso de estrategias destructivas, como el consumo de sustancias, para manejar sus emociones y llenar vacíos emocionales.

Estos testimonios recopilados revelan que la negligencia emocional aumenta significativamente la vulnerabilidad hacia conductas evasivas, como el consumo de drogas. Esta ausencia de orientación y afecto en etapas clave no solo genera incertidumbre sobre el valor personal y el propósito en la vida, sino que también deja un vacío emocional que los individuos intentan llenar en otros entornos, creando una base inestable con profundas repercusiones en su bienestar emocional y psicosocial.

Falta de comunicación:

La falta de comunicación abierta en el hogar agrava los efectos de la negligencia y dificulta el manejo de otros problemas. Este elemento de la dinámica familiar disfuncional también se destacó como parte crítica en las experiencias de los participantes. La carencia de un diálogo significativo entre los miembros de la familia creó un entorno donde no se sentían escuchados, fomentando así el aislamiento dentro del hogar.

Por ejemplo, el Participante 1 mencionó que, aunque podía comunicarse ampliamente con su madre, con su padre solo recibía respuestas superficiales y sin profundidad, lo que limitó su capacidad de establecer un vínculo comunicativo sólido. Esta falta de comunicación efectiva lo llevó a buscar apoyo en su grupo de amigos, un entorno donde se inició en el consumo de marihuana. *“Con mi mamá full conversación, pero con mi papá... cuando yo requería un abrazo o consejo de él, me lo daba superficialmente. Mi papá es superficial”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

Queda claro que, la base de una buena comunicación abarca mucho más que un simple intercambio de palabras; se trata de crear un espacio en el que los miembros puedan expresar sentimientos, pensamientos, necesidades; donde prevalezca la escucha activa y la retroalimentación constructiva.

Es a través de la comunicación por la cual el individuo aprende a confiar tanto en sí mismo como en su entorno, aprende a desarrollar poco a poco su autonomía, su sentido de identidad. Desde la teoría de Erikson (1982), esta falta de comunicación profunda con el padre impide el desarrollo de una identidad sólida y de una base emocional segura. Al no poder contar con su padre para recibir orientación o afecto genuino, el participante busca respuestas en otros lugares, lo que incrementó su vulnerabilidad ante el consumo de sustancias.

Por otro lado, Participante 2 describió una ausencia casi total de comunicación en su familia debido a que sus padres trabajaban largas horas: *“Nos independizamos cada uno de nosotros, cada quien en su cuarto... nunca hubo esa comunicación”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

La frase “nos independizamos cada uno de nosotros, cada quien en su cuarto” señala que, en lugar de haber una interacción regular y un flujo de comunicación en el hogar, los miembros

de la familia optaron por la separación física y emocional. Este aislamiento dentro del hogar indica que no había un sentido de comunidad o apoyo mutuo entre los familiares. Cada uno vivía de manera independiente, lo que generaba una falta de diálogo y una desconexión emocional.

La falta de comunicación en la infancia dificultó que los participantes desarrollaran una identidad sólida, llevándolos a una inseguridad emocional y una confusión de roles en la adolescencia. Según Erikson (1982), la etapa de confianza frente a desconfianza y la de autonomía frente a vergüenza son fundamentales para cimentar una autoestima positiva y un sentido claro de valor propio, procesos que requieren una comunicación abierta y un vínculo afectivo con los padres. En los relatos de los participantes, esta ausencia no solo limitó el apoyo emocional necesario para enfrentar desafíos, sino que los llevó a buscar en el consumo de sustancias un mecanismo de escape ante la soledad y un medio para sentirse aceptados y validados en otros entornos.

Falta de confianza:

La confianza, fundamentada en una comunicación asertiva, abierta y un apoyo emocional constante, es un pilar esencial en las dinámicas familiares. Sin embargo, en los casos analizados, esta confianza estaba ausente, lo que generó inseguridad, desconexión emocional y una falta de apoyo mutuo, profundizando las dinámicas disfuncionales. Durante las entrevistas, la pérdida de confianza surgió como un tema recurrente entre los participantes.

Un ejemplo destacado es el caso del Participante 1, quien idealizaba a su padre como una figura ejemplar hasta descubrir su infidelidad hacia la madre. Este evento provocó una ruptura emocional y de confianza significativa, llevándolo a desvincularse afectivamente de su familia y a perder un referente clave en su desarrollo emocional: *“Le tomé rencor por la infidelidad a mi mamá... Yo a mi papá lo tenía en un pedestal... Mi papá me había defraudado”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada). Esta fractura en la relación con su padre, relación que ya era frágil, dejó al participante sin una figura confiable y de orientación, creando un vacío afectivo que lo llevó a buscar apoyo y validación en su grupo de amigos, quienes ya consumían drogas.

Desde la perspectiva de las dinámicas familiares disfuncionales, la ausencia de confianza desequilibra las relaciones y fomenta la desconexión emocional. Aunque Erikson (1982) sostiene que la confianza se desarrolla principalmente en la infancia, también reconoce que el desarrollo

psicosocial es continuo, y que las experiencias en etapas posteriores pueden desafiar o reforzar los logros iniciales. En este caso, la pérdida de confianza en una figura clave, su padre, afectó directamente el desarrollo de la identidad del participante, provocando un cuestionamiento de los valores familiares y de los vínculos que sostenía con su entorno. Con el tiempo, esto se tradujo en temor a la vulnerabilidad y desconfianza hacia los demás, impactando negativamente sus relaciones interpersonales y redes de apoyo.

Otro aspecto relevante de este caso es que la pérdida de confianza generó una disonancia interna significativa, obligando al participante a reconciliar las experiencias positivas del pasado con una realidad dolorosa. Este conflicto emocional activó sentimientos de confusión, enojo y tristeza, los cuales no solo afectaron su bienestar emocional, sino que también limitaron su capacidad para manejar conflictos y regular sus emociones de manera adaptativa.

Según los testimonios recibidos, esta carencia no sólo profundizó la sensación de desconexión emocional, sino que también expuso a los participantes a influencias externas que facilitaron conductas de evasión, como el consumo de sustancias. Estas fueron utilizadas como un mecanismo para lidiar con los vacíos emocionales no atendidos, reforzando los patrones disfuncionales que marcaron sus vidas.

Dificultades en el manejo de conflicto:

Los hallazgos de las entrevistas revelaron que las familias de los participantes enfrentaban serias dificultades en la resolución de conflictos, caracterizadas por patrones de violencia y evitación. Estas estrategias no solo perpetuaron un entorno de inestabilidad emocional, sino que también impidieron el aprendizaje de formas saludables para manejar desacuerdos. Un caso ilustrativo es el testimonio del Participante 3, quien describió una dinámica familiar donde los conflictos giraban en torno a gritos y golpes:

Los conflictos en mi casa siempre terminaban en gritos y golpes... Yo solo quería salir de ahí, me iba a la calle y ahí empecé a consumir. Porque los chavalos me veían que andaba marcados los alambres en la espalda y me decían 'denúncialo a tu papa' (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

Según Erikson (1982), las primeras etapas del desarrollo, como la de autonomía frente a vergüenza y duda, e iniciativa frente a culpa, son fundamentales para que los niños aprendan a

manejar conflictos y tomar decisiones de manera efectiva. Sin embargo, este aprendizaje depende de un entorno que promueva la regulación emocional y estrategias para enfrentar problemas de manera que se fortalezcan los vínculos afectivos. En el caso del participante, las dinámicas familiares marcadas por la falta de resolución constructiva de conflictos limitaron estas oportunidades de aprendizaje, dejando al niño sin herramientas para afrontar desacuerdos de manera saludable.

Además de la violencia, otra forma de resolución de conflictos identificada en los testimonios fue la evasión, consistente en ignorar los problemas o evitarlos activamente. Esta estrategia estaba estrechamente ligada a la falta de comunicación en las familias de los participantes (de la que se habló anteriormente), donde los desacuerdos no se abordaban ni se expresaban abiertamente. La ausencia de una comunicación efectiva no solo dificultó el entendimiento mutuo, sino que también bloqueó cualquier posibilidad de afrontar los desacuerdos de manera efectiva.

La resolución inadecuada de conflictos no solo perpetuó un ciclo de tensión y disfunción familiar, sino que también impactó profundamente en el desarrollo psicosocial de los participantes. Sin herramientas para enfrentar estas situaciones, muchos recurrieron al consumo de sustancias como un medio de escape ante los conflictos no resueltos.

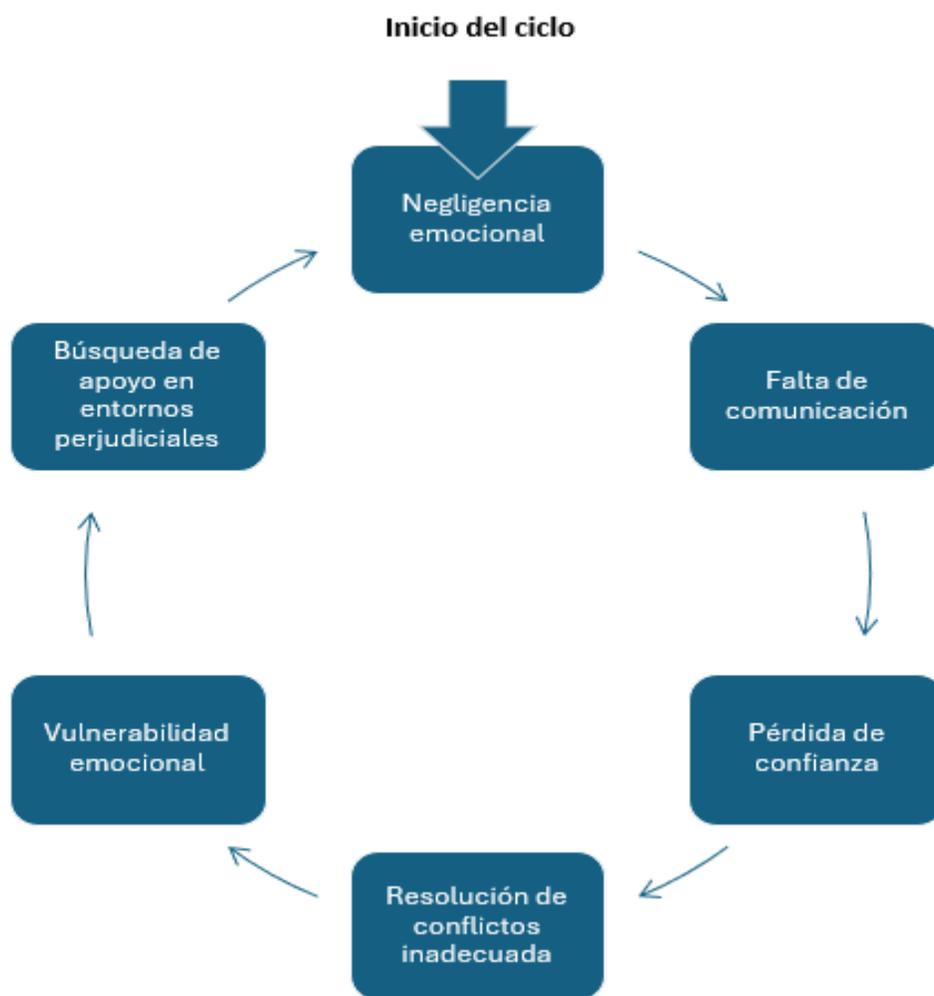
Hallazgos sobre la dinámica familiar disfuncional

Al analizar los testimonios de los participantes, se hace evidente que, de acuerdo a las etapas del desarrollo psicosocial de Erikson (1982), las dinámicas familiares disfuncionales, tales como la negligencia emocional, falta de comunicación, pérdida de confianza y resolución inadecuada de conflictos, afectaron etapas críticas de la infancia, la niñez temprana y la adolescencia, como:

- **Confianza vs. Desconfianza:** Minaron la seguridad emocional y la confianza básica necesaria para construir vínculos seguros.
- **Autonomía vs. Vergüenza:** Obstaculizaron el desarrollo de la independencia y la autoeficacia.
- **Identidad vs. Confusión de Roles:** Generaron incertidumbre sobre el valor personal y dificultades para establecer una identidad clara.

Erikson además señala que, la falta de superación de los desafíos de cada etapa compromete el desarrollo psicosocial del individuo y su capacidad para afrontar los retos posteriores de la vida. Esto quedó reflejado en las experiencias de los participantes, donde el entorno familiar disfuncional comprometió su bienestar emocional y social.

Figura 1: *Ciclo de la dinámica familiar como incidente en el inicio del consumo*



Nota: Fuente elaboración propia

La imagen representa un ciclo de dinámicas familiares disfuncionales que contribuyen a un entorno emocionalmente perjudicial, afectando el desarrollo psicosocial de los individuos.

Cada componente del ciclo se conecta con el siguiente, creando un patrón repetitivo que refuerza la vulnerabilidad emocional y aumenta el riesgo de buscar apoyo en contextos poco saludables.

A continuación, se explica cada etapa:

- La negligencia emocional de los padres o familias extensas generó en los participantes sentimientos de inseguridad, baja autoestima y dificultades en la regulación emocional. Esta falta de atención constante a las necesidades de los individuos incluyó la falta de comunicación afectiva y asertiva.
- La falta de comunicación, a su vez, limitó la enseñanza y el aprendizaje de estrategias saludables para expresar estas emociones y, en casos de desacuerdos, la resolución de conflictos, a la vez que debilita la confianza que el individuo tiene en sus principales figuras de protección.
- La pérdida de confianza en sus padres o cuidadores principales generó inseguridad emocional, dificultades para establecer relaciones saludables y un sentimiento de abandono. Esto impactó negativamente en la capacidad para confiar en otros a lo largo de la vida.
- Además de la falta de confianza y comunicación, los participantes crecieron en un entorno donde sus padres o cuidadores principales manejaban los conflictos de manera violenta o los evitaban por completo, lo que fomentaba dinámicas disfuncionales y agravaba la inestabilidad emocional en el hogar.
- Estas dinámicas incrementaron la sensación de inseguridad y la vulnerabilidad hacia conductas autodestructivas.
- Estas vulnerabilidades emocionales llevaron a los participantes a buscar aceptación en grupos externos, donde el consumo de drogas estaba normalizado, reforzando conductas de riesgo y consolidando patrones autodestructivos. El consumo, inicialmente utilizado para llenar vacíos emocionales, se convirtió en una estrategia recurrente para enfrentar la desconexión familiar y la incapacidad de resolver conflictos.

Las dinámicas no saludables que llevaron al inicio del consumo continúan manteniendo a los participantes atrapados en este ciclo, al no contar con alternativas emocionales favorables ni redes de apoyo efectivas que les permitan salir de esta dependencia. Esta falta de herramientas

para gestionar las emociones y el estrés refuerza el consumo como una estrategia evasiva, perpetuando así el ciclo disfuncional.

Presión de pares

Las entrevistas revelaron que la presión de pares desempeñó un papel clave en el inicio del consumo de sustancias. Este fenómeno se manifestó de diversas maneras, desde presión directa hasta influencias más sutiles, como la normalización del consumo, la búsqueda de validación y la necesidad de conexión emocional.

Estas dinámicas se comprenden mejor a través de la teoría del aprendizaje social de Bandura & Walters (1974), que destaca el rol de la observación y la imitación en la adopción de conductas, y de la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (1982), que subraya la búsqueda de identidad y pertenencia como aspectos fundamentales de la adolescencia.

Presión directa o coercitiva:

La decisión de consumir sustancias para evitar el rechazo puede entenderse como parte de un “rito de aceptación grupal”, donde los jóvenes perciben que cumplir con las expectativas del grupo les permite construir una identidad colectiva. El Participante 8 describió esta presión verbal de la siguiente manera: *“Me decían: ‘Dale, dale, no seas maricón, fumá que eso te va a ayudar’”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

Este tipo de presión directa, basada en insultos y descalificaciones, refuerza el miedo al rechazo y al aislamiento. La manipulación emocional y el juego con estigmas sociales impulsaron al participante a conformarse con las expectativas del grupo, sacrificando incluso su autonomía para evitar ser marginado.

Esta conducta refleja una búsqueda desesperada de pertenencia, acompañada del temor al estigma social asociado con resistirse al consumo. Según Erikson (1982), la adolescencia es una etapa crucial en la formación de la identidad, donde los jóvenes buscan definirse a través de sus relaciones y el sentido de pertenencia al grupo. En ausencia de figuras familiares que ofrezcan apoyo emocional y guía, esta búsqueda se traslada al entorno social, donde la aceptación por parte de sus pares se convierte en una necesidad predominante. Esto puede llevar a priorizar la

integración en el grupo, incluso cuando implica conductas de riesgo, como el consumo de sustancias, en un intento de reafirmar su lugar y valor dentro de la dinámica grupal.

Normalización del consumo:

En otros casos, la presión fue menos explícita, pero igualmente poderosa. El Participante 7 relató que, aunque no fue presionado verbalmente, la exposición constante al consumo en su entorno lo llevó a adoptar esa conducta: *“Me tiraban el olor y al principio no consumía, pero después me fue atrayendo para sentir aceptación del grupo”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

Este ejemplo refleja cómo la normalización del consumo en el entorno social actúa como una forma implícita de presión, donde las conductas observadas se interiorizan como normas aceptables y esperadas por el grupo. Según Bandura & Walters (1974), a través del aprendizaje social, los jóvenes no solo imitan los comportamientos de sus pares, sino que también internalizan las actitudes y valores asociados, especialmente cuando estos comportamientos son percibidos como un medio para obtener aceptación y pertenencia.

Los testimonios de los participantes evidencian cómo la observación constante de estas dinámicas refuerza la percepción de que el consumo es necesario para integrarse, intensificando la presión para participar en estas conductas.

Búsqueda de validación:

La influencia de los pares también se manifestó en la búsqueda de validación social. El Participante 1 señaló que consumió sustancias para encajar y replicar las ventajas sociales que percibía en sus amigos. Afirma:

Según yo lo hice por encajar, por querer ser parte de amistades que jugaban fútbol... fue curiosidad de saber qué se sentirá sentir la misma euforia que a ellos les da, porque yo miraba que a ellos les daba una motivación que jugaban super perfecto, según yo, o que tenían una labia super grande para enamorar a las chavalas, para ser muy sociable (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

La relación deteriorada con su padre incrementó su dependencia del grupo de amigos como principal referente de identidad. En este contexto, adoptó los comportamientos y valores

del grupo para sentirse integrado. Desde la perspectiva del aprendizaje social de Bandura y Walters (1974), la proximidad y la conexión emocional con sus amigos facilitaron la observación directa de sus conductas, así como la percepción de los beneficios asociados a estas, como la sociabilidad, el carisma y la aceptación. Al identificar que el consumo de sustancias parecía otorgar a sus amigos ventajas sociales, el participante modeló esta conducta, viéndola como un medio para obtener la validación y pertenencia que no encontraba en su núcleo familiar.

Este proceso de aprendizaje por observación, explicado por Bandura, encuentra respaldo en la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (1982), que describe la adolescencia como una etapa crítica para la construcción de identidad. Erikson confirma que, durante esta etapa, la búsqueda de pertenencia y validación se intensifica, especialmente cuando existen vacíos emocionales como la falta de apoyo familiar. En este caso, la combinación de estos factores aumentó la vulnerabilidad del participante a adoptar conductas de riesgo como el consumo de sustancias, reforzando la influencia del grupo de pares como un agente determinante en su desarrollo psicosocial.

Conexión emocional:

Algunos participantes buscaron en sus grupos de pares una conexión emocional que no encontraban en sus hogares. El Participante 5, quien previamente expresó sentirse solo durante su niñez, dijo: *“Me sentía aceptado por ese grupo de borrachos y drogadictos. Ahí era donde me recibían con los brazos abiertos”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada). A pesar de las conductas destructivas del grupo, el sentimiento de ser acogido y valorado, de formar parte de una comunidad, llevó al participante a involucrarse en el consumo de sustancias.

Desde la perspectiva de Erikson (1982), esta experiencia puede entenderse a través del conflicto psicosocial entre confianza frente a desconfianza en la primera infancia e identidad frente a confusión de roles en la adolescencia. La falta de relaciones significativas y consistentes en el hogar afecta el desarrollo de la confianza básica y la seguridad emocional, lo que debilita la capacidad de los jóvenes para formar una identidad sólida. Este vacío emocional aumenta la dependencia de relaciones externas, como las de los pares, en busca de pertenencia y validación.

El análisis de este factor psicosocial brinda una comprensión profunda de las dinámicas que impulsaron el consumo y las influencias externas que moldearon las decisiones de los participantes.

Puntos clave en la dinámica de presión de pares

Los hallazgos de esta investigación muestran que la presión de pares, no se limita a formas coercitivas o directas; también incluye influencias más sutiles, como la normalización del consumo, la búsqueda de validación y la necesidad de conexión emocional.

La presión implícita resulta igual de poderosa que la explícita. A través de dinámicas como el temor al rechazo, la normalización del consumo y la búsqueda de validación y conexión emocional, los participantes se vieron impulsados a adoptar estas conductas en un contexto de vulnerabilidad psicosocial. Estas presiones interactúan con factores como las carencias emocionales y la búsqueda de identidad, consolidando el consumo como un medio para satisfacer necesidades sociales y emocionales insatisfechas.

Experiencias de vida traumáticas

Las experiencias traumáticas relatadas por los participantes del Centro de Rehabilitación Fuente de Vida muestran una relación significativa entre el abuso en el hogar y el inicio del consumo de sustancias psicoactivas. Para muchos, el abuso físico y sexual no solo dejó heridas emocionales profundas, sino que también afectó su autoestima, seguridad emocional y percepción del autocuidado, factores críticos durante la adolescencia que influyeron en sus decisiones y siguen afectándolos en la adultez.

Desde la perspectiva de Erikson (1982), estas experiencias de abuso deterioraron la confianza básica de los participantes y obstaculizaron la formación de una identidad segura. El consumo de sustancias, en este contexto, no solo funcionó como un escape emocional, sino como un reflejo de la interrupción en su desarrollo psicosocial, aumentando su vulnerabilidad ante un entorno de carencias y traumas no abordados.

Abuso físico: Consecuencias psicosociales y su influencia en el consumo de sustancias

El Participante 7 relata haber sido testigo del abuso físico a su madre por parte de su padrastro, lo que tuvo un impacto emocional duradero. Expresa que, como resultado de esta

situación, se volvió una persona introvertida y aislada, con dificultades para expresar sus emociones: *“Los únicos recuerdos que tengo de él son de violencia. Nunca vi un gesto de amor”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

El abuso físico presenciado generó inseguridad emocional y sentimientos de desconexión, afectando el desarrollo de la confianza básica en la infancia. Según Erikson (1982), la constante exposición al miedo y la falta de seguridad emocional impidieron al participante desarrollar relaciones estables basadas en confianza. Durante la adolescencia, esta carencia lo dejó vulnerable en la etapa de identidad frente a confusión de roles, donde buscó llenar los vacíos emocionales y encontrar un sentido de pertenencia a través del consumo de sustancias.

Este comportamiento no solo refleja el impacto emocional del abuso, sino también cómo las interrupciones en etapas clave del desarrollo psicosocial aumentaron su dependencia de mecanismos destructivos para manejar el malestar.

Además del daño emocional, la violencia física, en algunos casos, influyó significativamente en la percepción que los entrevistados tenían de sí mismos y en su capacidad para relacionarse con los demás. Por ejemplo, Participante 2 mencionó haber presenciado un episodio de violencia física entre sus padres cuando tenía aproximadamente 12 años.

Pues fíjese que mi papa solo una vez fue que bebió y llegó pegándole a mi mama, pero mi papá nunca... siempre ha sido ejemplo, no sé por qué esa vez... yo nunca miraba sus pleitos de ellos. Hasta esa vez sí porque si hicieron mucho escándalo (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

Este evento le dejó una fuerte impresión, ya que se sintió tan afectado de presenciar tal violencia que intervino físicamente en la pelea, golpeando a su padre. A partir de ese momento, hubo un distanciamiento emocional entre él y su padre, lo que llevó a una falta de apoyo emocional en momentos críticos de su vida: *“Me sentí mal. Y más que le falté el respeto a él. Porque me metí en la pelea de ellos y lo golpeé... al día siguiente no le quise dar la cara, me sentí mal”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

Esta situación no solo le provocó sentimientos de culpa y confusión, sino que también marcó el inicio de un distanciamiento emocional entre él y su padre. El hecho de haber intervenido en la pelea y haber golpeado a su figura paterna, que hasta ese momento

consideraba un ejemplo a seguir, generó en el participante un sentimiento de traición y vergüenza.

Con este ejemplo, observamos cómo el evento de violencia doméstica no solo causó un impacto emocional inmediato, sino que estableció un patrón de desconexión y falta de apoyo emocional que afectó al participante durante años. Esta fisura en el vínculo de confianza y apoyo emocional en la figura parental durante tan crucial etapa del desarrollo jugó un papel fundamental en su posterior inicio en el consumo de drogas.

De manera similar, el Participante 3 revela una experiencia de trauma físico severo en su adolescencia, donde fue víctima de violencia doméstica por parte de su padre, quien era alcohólico: *“Era alcohólico y me pegaba bastante. Una vez me pegó turcazos en la cara, que me desfiguró la cara, me había cortado aquí la oreja y aquí. Yo anduve un tiempo moreteado todo el cuerpo”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

La descripción gráfica de los golpes que recibió, indica que sufrió agresiones físicas extremas. Estos actos de violencia no solo afectaron su integridad física, sino también su salud emocional y psicológica.

La violencia física en el hogar, especialmente proveniente de una figura de autoridad como el padre, genera en los niños sentimientos de miedo, indefensión y baja autoestima, además de afectar gravemente la confianza en los demás. Además, al preguntarle al participante cómo lidiaba con estas situaciones, respondió: *“Me iba a la calle o me iba a meter a la panadería todo el día. Yo no me sentía seguro en mi casa”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

La huida constante de un hogar violento no solo es un signo de desesperación emocional, sino que también aumenta la vulnerabilidad del individuo a influencias externas peligrosas. Al encontrarse en la calle, el participante comenzó a frecuentar un entorno social donde el consumo de drogas era una actividad común.

En términos de la teoría psicosocial de Erikson, esta situación podría interpretarse como una falla en la etapa de confianza vs. desconfianza, ya que el participante no pudo desarrollar un sentido de seguridad dentro de su familia. Esto derivó en una necesidad de escapar, no solo físicamente, sino también psicológicamente, a través de las drogas. Además, al no tener un

entorno de apoyo, se vio obligado a construir relaciones en la calle, donde el consumo de sustancias formaba parte de las dinámicas de interacción social.

Abuso sexual: Consecuencias psicosociales y su influencia en el consumo de sustancias

El abuso sexual, identificado como una de las experiencias de vida traumáticas en esta investigación, es una forma de violencia con un impacto devastador en la vida de las personas. Este tipo de trauma provoca profundas heridas emocionales, psicológicas y físicas que alteran significativamente la manera en que las víctimas perciben el mundo, a sí mismas y sus relaciones. Además, representa un factor de alto riesgo para el desarrollo de trastornos psicológicos, como la adicción a sustancias, al convertirse en un mecanismo de evasión emocional frente al dolor no procesado.

El caso del Participante 5 ilustra cómo el abuso sexual y la falta de apoyo familiar en momentos clave contribuyeron a un profundo sentimiento de desconexión y abandono: *“Yo fui abusado sexualmente a mis 5 años, y por eso yo no podía encajar con mi familia, porque yo decía: ‘mi familia nunca estuvo en el momento que yo necesitaba que me protegieran’”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

La incapacidad de “encajar” con su familia, como menciona el participante, señala una herida emocional que se originó en la infancia y que nunca fue reparada. Este sentimiento de aislamiento, junto con la percepción de que su familia no lo protegió cuando más lo necesitaba, lo dejó emocionalmente vulnerable y sin un entorno de apoyo en el que pudiera procesar el trauma de manera saludable. El entrevistado continúa narrando sobre su experiencia: *“Consumía para opacar un sentimiento o una emoción que se me venía, como la impotencia o el disgusto”*.

La evasión emocional a través del consumo se convierte en un mecanismo de supervivencia psicológica para evitar enfrentar emociones intensas y dolorosas que resultan abrumadoras o imposibles de integrar de manera constructiva. El participante también revela: *“Incluso yo llegué a odiar mi nombre, porque él se llama como yo (refiriéndose al abusador) ... De ahí viene formado ese sentimiento de abandono, ese abuso, todo eso fue confabulándose y formando ese monstruo desde los 5 años”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

El entrevistado confesó que, durante su adolescencia, repitió el abuso que él mismo había sufrido, infligiéndolo a otros niños. Relató cómo llegó a odiar su propio nombre por compartirlo con su abusador (tienen el mismo nombre), y describió su autoimagen como un “monstruo”, lo que refleja una profunda ruptura en su identidad y un rechazo hacia sí mismo. Esto es consecuencia del trauma no procesado y del ciclo de violencia que se perpetuó en su vida.

Desde la perspectiva de la teoría psicosocial de Erikson (1982), lo que describe el Participante 5 puede interpretarse como una interrupción profunda en el desarrollo de varias etapas psicosociales clave. Durante la etapa de confianza frente a desconfianza, la experiencia de abuso en su infancia minó su capacidad para confiar en los demás, incluida su familia, estableciendo una percepción de inseguridad constante en sus relaciones. En la etapa de autonomía frente a vergüenza y duda, la falta de apoyo y protección emocional derivó en un sentido abrumador de culpa y vergüenza, que se intensificó al convertirse en un perpetuador del abuso en su adolescencia.

Esta dinámica impactó directamente la etapa de identidad frente a confusión de roles, donde el participante no logró consolidar una identidad positiva y coherente. En lugar de ello, internalizó el abuso sufrido y perpetuado como un elemento central de su autopercepción, lo que lo llevó a considerarse un “monstruo” y a rechazar incluso su propio nombre por la asociación con el abusador. Este autodesprecio profundizó su aislamiento emocional y lo empujó hacia el uso de sustancias como un mecanismo para evadir el dolor y la intensa vergüenza que cargaba, sosteniendo un ciclo de evasión y autodestrucción.

En otro de los testimonios el Participante 3 comparte que su adicción inició después de un abuso sexual a sus 12 años. En este caso, el uso de drogas no solo funcionaba como un medio de evasión emocional, sino como una forma de desactivar los recuerdos dolorosos y el sufrimiento asociados con el abuso:

Pues yo consumía para olvidarlo. Todo ese abuso. Yo lo miraba en la calle (al abusador) y se me salían las lágrimas, me ponía a llorar. Cuando yo no andaba en consumo, todos esos recuerdos se me venían, pero cuando estaba consumiendo no me acordaba de nada (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

El trauma no resuelto y el dolor emocional impulsaron el consumo como una vía de escape. El trauma es tan poderoso que cuando el participante no estaba bajo los efectos de las drogas, esos recuerdos se volvían incontrolables, afectando su capacidad de funcionar emocionalmente e incluso lo impulsaba a consumir cada vez más, lo que ilustra cómo los eventos traumáticos pueden conducir al uso crónico de sustancias para mitigar el dolor emocional: *“Día y noche mantenía ese abuso en mi mente... y consumía más”*.

Desde la perspectiva de la teoría psicosocial de Erikson (1982), el abuso sexual sufrido por el participante a los 12 años marcó una interrupción significativa en la etapa de identidad frente a confusión de roles, crucial durante la adolescencia. En esta etapa, los jóvenes intentan consolidar un sentido coherente de sí mismos y establecer una dirección en sus vidas. Sin embargo, el trauma no resuelto distorsionó esta búsqueda de identidad, generando confusión, vergüenza y un profundo dolor emocional.

Además, la etapa previa de confianza frente a desconfianza, que establece las bases para relaciones seguras y la capacidad de manejar situaciones difíciles, también se vio afectada. La experiencia del abuso probablemente reforzó una percepción de inseguridad y desconfianza en los demás, limitando su acceso a redes de apoyo emocional. La ausencia de estas bases sólidas exacerbó su vulnerabilidad en la adolescencia, incrementando su dependencia del consumo para sobrellevar la carga emocional.

En este contexto, el consumo no solo actúa como una respuesta temporal al sufrimiento, sino también como un mecanismo que perpetúa el ciclo de evasión y dependencia, obstaculizando aún más la posibilidad de procesar el trauma y desarrollar una identidad estable y saludable.

Por otro lado, en el caso de Participante 1, aunque él no fue la víctima directa del abuso sexual, su experiencia es profundamente traumática porque se siente indirectamente responsable del evento:

Mi papá intentó abusar de mi hermana... Yo siento que es mi culpa porque ese día le dije a mi mamá que dejáramos a mi hermana en la casa, ella y yo fuimos a hacer mandados... si yo no le hubiera dicho nada (a su mamá), eso no hubiera pasado (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

El testimonio del Participante 1 deja ver un existente sentimiento de culpa. La culpa genera una carga emocional extremadamente pesada. El Participante 1 se siente atormentado por la creencia de que, si hubiera tomado otra decisión, el abuso no habría ocurrido. Este tipo de pensamiento puede llevar a una autoculpa constante, donde cada vez que recuerda el evento, revive el dolor de sentirse indirectamente responsable. Aunque no fue su acción lo que causó el abuso, el Participante 1 internalizó el evento como una consecuencia de su decisión, lo que amplifica su sufrimiento emocional.

El entrevistado revela que su padre fue a la cárcel por aquel suceso, tras lo cual la dinámica familiar se vio profundamente afectada, generando una carga emocional significativa: *“Mi papá fue preso, y mi mamá lloraba todo el tiempo. Verla derrumbarse me dolía demasiado... Para evadir eso, simplemente no quería estar ahí, me iba a las calles. Consumía para no ver a mi mamá llorando”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

El consumo de drogas fue la manera en que el participante eligió lidiar con el caos emocional que experimentaba en su hogar. No solo estaba tratando de escapar del llanto de su madre y el trauma de la ausencia de su padre, sino también de sus propios sentimientos de culpa por haber sido, en su mente, indirectamente responsable de lo sucedido.

Desde la perspectiva de la teoría de Erikson (1982), el Participante 1 atravesó una crisis en la etapa de identidad frente a confusión de roles, una etapa crucial durante la adolescencia para la construcción de un sentido coherente de sí mismo. Esta crisis se intensificó debido al trauma familiar, en el que asumió un papel cargado de culpa, al percibirse incapaz de proteger a su hermana del abuso ni de brindar apoyo emocional a su madre tras el encarcelamiento de su padre. Su identidad quedó profundamente fragmentada por estas experiencias, que lo llevaron a cuestionar su valor personal y su capacidad para cumplir con los roles que sentía esperaban de él.

Además, esta crisis fue alimentada por una etapa previa no resuelta de confianza frente a desconfianza, en la que la figura paterna, quien debía ser un modelo de seguridad y protección, se convirtió en la fuente del trauma familiar. Esto no solo minó su confianza en los demás, sino también en sí mismo, dificultando su capacidad para manejar los desafíos emocionales de la adolescencia.

Los hallazgos de esta investigación evidencian que experiencias traumáticas, como el abuso físico y sexual, junto con dinámicas familiares conflictivas, están estrechamente relacionadas con el inicio del consumo de sustancias en los participantes. Estas vivencias generaron un dolor emocional no procesado, donde las drogas se convirtieron en un mecanismo de escape.

Desde la perspectiva de Erikson (1982), estos traumas interrumpieron etapas clave del desarrollo psicosocial, como confianza frente a desconfianza, dificultando la capacidad de los participantes para establecer relaciones seguras, e identidad frente a confusión de roles, impidiendo una construcción sólida de su identidad. Estos traumas no abordados incrementaron su vulnerabilidad al consumo de sustancias como una forma de evasión emocional.

Relación de los factores psicosociales en el consumo

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno complejo influido por una variedad de factores que actúan a nivel psicosocial. En esta investigación, se identifican las dinámicas familiares disfuncionales, las experiencias traumáticas de vida y la presión de pares como elementos determinantes que aumentan la vulnerabilidad al consumo. Estos factores no actúan de forma aislada; al contrario, interactúan y se refuerzan mutuamente, creando un entorno que favorece la aparición de conductas adictivas. Este apartado explora cómo estas influencias convergen y afectan el desarrollo psicosocial, así como las decisiones de consumo de los participantes.

Figura 2: Relación entre los factores psicosociales que inciden en el consumo de sustancias



Nota: Fuente elaboración propia

El diagrama ilustra cómo tres factores clave identificados en esta investigación, como son la dinámica familiar disfuncional, las experiencias de vida traumáticas y la presión de pares, se entrelazan para influir en el consumo de sustancias, representado en el centro. Este modelo enfatiza la interconexión de estos factores y su papel conjunto en el desarrollo de conductas adictivas, destacando cómo cada uno refuerza y amplifica el impacto de los demás.

Dinámica familiar disfuncional y experiencias traumáticas:

La dinámica familiar disfuncional se caracteriza por patrones de interacción negativos dentro del núcleo familiar, como conflictos constantes, violencia, negligencia, falta de comunicación y apoyo emocional. Estas condiciones crean un ambiente destructivo donde los miembros de la familia, particularmente los niños y adolescentes, son más propensos a experimentar traumas significativos que afectan su desarrollo emocional, social y psicológico.

Este entorno reduce la capacidad de los miembros de la familia para desarrollar estrategias efectivas de regulación emocional y afrontar los eventos traumáticos de manera saludable. Como consecuencia, se incrementa la vulnerabilidad al consumo de sustancias, que,

según los testimonios de los participantes, se ha utilizado como un medio para mitigar el sufrimiento emocional, evadir recuerdos dolorosos o llenar el vacío dejado por la falta de apoyo y seguridad en el núcleo familiar.

Dinámica familiar disfuncional y presión de pares:

La ausencia de apoyo, protección y validación en el entorno familiar impulsó a los individuos a buscar aceptación y pertenencia en grupos externos, donde la influencia de los pares se convirtió en un factor decisivo que moldeó sus comportamientos y decisiones.

Al integrarse en grupos donde el consumo de sustancias es habitual, los individuos encuentran en la presión de pares un impulso que no solo valida, sino que normaliza estas conductas. En su búsqueda de pertenencia, marcada por la carencia de apoyo y herramientas emocionales que un hogar disfuncional no pudo brindarles, se vuelven más susceptibles a adoptar estos comportamientos. Así, el consumo de sustancias se transforma en un medio para encajar con el grupo, mientras simultáneamente funciona como un escape temporal del dolor emocional acumulado por las dinámicas familiares que dejaron huellas profundas en su vida.

Experiencias de vida traumáticas y presión de pares:

Las experiencias traumáticas, como el abuso físico, o sexual, dejan a los individuos con profundas heridas emocionales y una urgente necesidad de conexión y validación que su entorno inmediato no les proporcionó. Esta vulnerabilidad los lleva a buscar refugio en grupos sociales, donde la presión de pares se vuelve muy relevante. En estos entornos, el deseo de pertenecer puede empujarlos a adoptar comportamientos y aceptar normas del grupo, incluso cuando estas impliquen riesgos significativos o conductas autodestructivas.

En grupos donde el consumo de sustancias es común, las personas con traumas no procesados encuentran tanto una forma de escapar de su dolor como una oportunidad de aceptación. La presión de pares valida el consumo como "normal" y les ofrece un sentido de pertenencia que contrasta con el aislamiento que sienten. Así, las sustancias se convierten en una herramienta para aliviar recuerdos dolorosos y, a la vez, para integrarse en un grupo que temporalmente les brinda identidad y valor.

Esta relación muestra que el consumo de sustancias no ocurre de manera aislada ni como un acto impulsivo, sino como una respuesta compleja a un entorno emocionalmente desfavorable. Cuando las dinámicas familiares fallan en brindar apoyo y protección, los traumas no resueltos dejan heridas profundas, y la influencia de los pares valida conductas de riesgo, el consumo se convierte en una salida casi inevitable. Las sustancias ofrecen un alivio temporal para el sufrimiento, una forma de escapar de los recuerdos dolorosos y una oportunidad de encontrar la pertenencia que ni el hogar ni las experiencias previas pudieron proporcionar.

Consumo y progresión de sustancias psicoactivas

Esta investigación no solo busca identificar el momento de inicio del consumo de sustancias, sino también analizar cómo este ha progresado a lo largo del tiempo. Este enfoque es esencial para entender las dinámicas que influyen no solo en el inicio, sino también en la continuidad y escalada del consumo hacia patrones más problemáticos. Al examinar esta progresión, se pueden identificar momentos clave que perpetúan la dependencia y diseñar intervenciones más específicas.

Además, explorar cómo los elementos sociales, emocionales y familiares impactan el consumo prolongado ofrece una visión más completa de las necesidades de quienes enfrentan estas problemáticas, permitiendo desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas.

Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas

Erikson (1982) explica que cada etapa de la vida presenta desafíos psicosociales específicos que las personas deben superar para un desarrollo saludable. En este contexto, conocer la edad de inicio del consumo no solo ayuda a identificar el momento de mayor vulnerabilidad, sino que también permite profundizar en los retos psicosociales característicos de esa etapa de vida. Esto facilita comprender cómo dichos retos pudieron influir en la decisión de consumir sustancias y cuáles quedaron sin resolverse, contribuyendo a un entendimiento más integral del fenómeno.

Los resultados de la investigación muestran que la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los participantes varía principalmente entre los 12 y 18 años, con

un pico notable entre los 12 y 15 años. Otros participantes iniciaron su consumo entre los 16 y los 18 años, y una minoría lo hizo antes de los 12 o bien, después de los 18 años.

Este hallazgo coincide con el estudio de Hernández López et al. (2009) titulado “La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático”, que señala la adolescencia como la etapa más común de inicio en el consumo de sustancias debido a factores biológicos y psicosociales, como el desarrollo incompleto del cerebro en áreas de autocontrol y toma de decisiones.

Desde la perspectiva de Erikson (1982), la adolescencia es una etapa crítica marcada por la crisis de identidad frente a confusión de roles, donde los jóvenes buscan definir quiénes son y encontrar un sentido de pertenencia. En esta etapa, los aprendizajes adquiridos en etapas previas, como confianza frente a desconfianza o autonomía frente a vergüenza y duda, influyen directamente en la capacidad de los individuos para afrontar los desafíos y presiones de su entorno. Cuando estas etapas no se han resuelto de manera adecuada, los adolescentes pueden enfrentar vacíos emocionales y una mayor vulnerabilidad a conductas de riesgo, como el consumo de sustancias.

Sustancia de Inicio: Normalización y Accesibilidad

La investigación reveló dos hallazgos principales: en primer lugar, la mayoría de los participantes identificó la marihuana como su droga de inicio; en segundo lugar, expresaron que, antes de comenzar a consumir, el uso de estas sustancias ya era percibido como algo aceptado y común en su entorno social.

Esta percepción de normalización cultural, especialmente hacia la marihuana, que es vista como menos peligrosa, inofensiva o incluso “natural”, refuerza su papel como puerta de entrada accesible. Además, su efecto psicoactivo sin los signos inmediatos de dependencia característicos de sustancias más fuertes como el crack facilita su aceptación inicial.

Este fenómeno se vincula, además, con la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura & Walters (1974), ya que la observación de modelos de consumo en el entorno inmediato refuerza la percepción de que estas conductas son aceptables en su entorno. Un testimonio relevante que ilustra este fenómeno de normalización lo encontramos en el Participante 3: *“Siempre veía la droga como algo normal en mi barrio. Sabía que, en el entorno, cualquiera podía conseguirla y,*

en mi grupo, todos lo hacían. No era difícil, era lo común” (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada). De igual manera el Participante 8 expresa: *“Claro, porque ya sabes a qué persona recurrir. [...] Siempre hay alguien que, cuando te ve bien, ahora te quiere ver mal y te ofrece, y vos caes”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

Los testimonios destacan cómo la normalización y accesibilidad de las sustancias psicoactivas facilitan el inicio del consumo. Para muchos, la percepción de que consumir es algo común, inofensivo e incluso aceptado en su círculo cercano disminuye las barreras psicológicas que podrían haberlos frenado. La facilidad con la que estas sustancias están disponibles, sumada a la influencia del grupo, refuerza la idea de que es una conducta normal y hasta esperada. Este fenómeno crea un ciclo en el que la normalización del consumo y el acceso directo refuerzan la iniciación y continuidad en el uso de sustancias.

Influencia del Refuerzo Positivo y Negativo en el Consumo

El consumo de sustancias no solo responde a las dinámicas sociales y familiares, sino que se sostiene por los mecanismos de reforzamiento positivo y negativo que las drogas generan. Inicialmente, el uso está motivado por las experiencias placenteras que las sustancias ofrecen, reforzando su repetición.

Este efecto se refleja en el testimonio del Participante 3: *“Comencé a consumir crack porque veía a mis amigos hacerlo y quería sentir lo mismo que ellos... Mis amigos eran los que siempre llevaban la droga, y empezamos juntos”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada). La búsqueda de estas sensaciones agradables, combinada con el deseo de pertenecer a un grupo, impulsa a los individuos a integrar el consumo en sus dinámicas sociales, donde es validado y normalizado. Esto crea un círculo vicioso en el que el consumo satisface tanto necesidades emocionales como sociales, atrapando al individuo en un ciclo de dependencia.

Sin embargo, no solo el placer impulsa el uso de sustancias. Según la teoría del refuerzo negativo de Wise & Bozarth (1987), las drogas se convierten en una herramienta para escapar de emociones dolorosas. El Participante 7 expresó: *“Cuando me sentía solo, me aislaba, y me deprimía mucho con cualquier cosa; la única cosa que me hacía salir de ese mundo era drogarme”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

Este relato ilustra cómo el consumo actúa como un mecanismo de afrontamiento frente a la soledad y el vacío emocional, ofreciendo un alivio temporal que refuerza y perpetúa el comportamiento adictivo. La misma teoría explica que, con el tiempo, los consumidores dependen cada vez más de las sustancias no solo para experimentar placer, sino para evitar el sufrimiento.

A lo largo de los testimonios, queda claro que las sustancias cumplen un doble propósito: por un lado, ofrecen placer y una conexión social; por otro, funcionan como una vía de escape frente al sufrimiento emocional. Estos mecanismos trabajan de manera simultánea, fortaleciendo el consumo como una respuesta aprendida ante las carencias y el dolor. Así, el refuerzo positivo y negativo no solo explican el inicio del consumo, sino que también ayudan a entender por qué resulta tan difícil romper con este ciclo.

Progresión del Consumo de Sustancias

La progresión del consumo en los participantes refleja un patrón ascendente en la gravedad de las sustancias utilizadas. A lo largo de la progresión, los resultados de la investigación reflejan que los participantes iniciaron con marihuana y alcohol, eventualmente, empezaron a consumir crack, cocaína, pega, gasolina, LSD, entre otros. En este sentido, el participante 3 expresó:

Después de la marihuana, fui conociendo otro tipo de drogas como el LSD, los hongos, la piedra, cocaína y me fui metiendo en lleno, pero ya no consumía en la casa de mi padre, me iba a un cuadro a consumir y él no se daba cuenta (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

Este cambio progresivo puede explicarse a través de la teoría de la sensibilización al incentivo de Robinson & Berridge (2003), que describe cómo, con el consumo repetido, las sustancias y los estímulos relacionados con ellas (como lugares, personas o situaciones específicas) adquieren un valor incentivador cada vez mayor. En este proceso, los usuarios no necesariamente consumen para obtener placer, sino para satisfacer un deseo intenso y compulsivo activado por estas señales o estímulos.

Este mecanismo puede llevarlos a buscar sustancias más potentes o mayores dosis, como lo ilustra el testimonio del Participante 1: *“Al principio, solo fumaba marihuana, pero luego ya no era suficiente, y probé otras cosas”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

Por otro lado, la teoría del refuerzo positivo de Wise & Bozarth (1987) complementa esta explicación al destacar cómo las sustancias activan el sistema de recompensa cerebral mediante la liberación de dopamina, generando una sensación inicial de placer. Sin embargo, con el desarrollo de tolerancia, los individuos comienzan a consumir no solo en busca de este placer inicial, sino también como una forma de aliviar su sufrimiento emocional.

En este contexto, el aumento en la gravedad de las sustancias consumidas refleja tanto el impacto de la sensibilización al incentivo, que intensifica el deseo, como la necesidad de manejar el dolor emocional, perpetuando así el ciclo de consumo.

Compañía en el Consumo: Búsqueda de Pertenencia y Refuerzo Social

Los resultados de la encuesta revelan que la mayoría de los participantes indicaron haber iniciado el consumo de sustancias acompañados por amigos, en lugar de hacerlo en soledad. Esta información resalta la importancia del contexto social y las relaciones interpersonales en el inicio y mantenimiento del consumo. Según la teoría de la sensibilización al incentivo de Robinson & Berridge (1993), los estímulos asociados al consumo, como la presencia de amigos y la dinámica grupal, adquieren un poder incentivador creciente con la exposición repetida. Esto intensifica el deseo de consumir, no solo por los efectos de la sustancia, sino también por las emociones y vínculos sociales asociados.

El participante 4 relata: *“Yo estaba en la secundaria estudiando, eran unos amigos [...] cuando estaba ahí con ellos me sentí importante porque me trataban de buena manera, todo bien, todo tranquilo”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada). Este relato refleja cómo el consumo puede asociarse con experiencias sociales positivas, sensibilizando al individuo hacia estos entornos y reforzando la conexión entre el grupo y la conducta de consumo.

Por su parte, el participante 3 menciona: *“Empecé a consumir crack porque veía a mis amigos hacerlo y sentí curiosidad”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada). Aquí, la exposición al consumo en un entorno cercano no solo moldeó las expectativas del

participante, sino que convirtió a sus amigos en estímulos incentivadores que desencadenaron el deseo de consumir.

En este contexto, el entorno social no solo facilita el acceso a las sustancias, sino que se convierte en un disparador motivacional que refuerza la conducta, perpetuando el ciclo de consumo. Esto explica por qué algunos participantes continúan frecuentando círculos relacionados con el consumo, incluso frente a las consecuencias negativas. La sensibilización al incentivo no se limita a la sustancia en sí, sino que abarca los contextos y relaciones asociadas, mostrando cómo el entorno social actúa como un factor clave en la perpetuación del consumo.

El factor psicosocial más relevante

A través de las entrevistas realizadas, los testimonios de los participantes destacaron la dinámica familiar disfuncional como el factor psicosocial más influyente en el inicio del consumo de sustancias. Esta disfunción se reflejó consistentemente en la falta de apoyo emocional, experiencias de abandono, ausencia de comunicación y, en algunos casos, abuso físico y emocional. Estas condiciones crearon un entorno de vulnerabilidad que llevó a los participantes a buscar validación, apoyo o escape en contextos externos.

Desde la perspectiva de Erikson (1982), las primeras etapas del desarrollo emocional y psicosocial son fundamentales para que los niños desarrollen un sentido de seguridad en el mundo y en sí mismos. Este proceso depende en gran medida de la presencia de cuidadores estables y afectuosos, que ofrezcan atención constante y respuestas adecuadas a sus necesidades. Cuando este entorno no está presente, el niño puede crecer con una sensación de inseguridad y desconfianza hacia su entorno, lo que puede afectar su autoestima y su capacidad para afrontar desafíos futuros.

Además de los testimonios compartidos a lo largo de la investigación, el caso del Participante 8 ilustra esta conexión de manera evidente. Su historia comienza bajo el rechazo de su padre, quien pidió a su madre que abortara, abandonándolos desde el inicio. Según menciona:

Desde que mi mamá le dio la noticia de que estaba embarazada, él le dijo que mejor abortara. Desde ahí, se fue y no volvió a aparecer... claro que afectó. Porque no lo conozco. Me hubiese gustado saber quién es, cómo era, y si al menos me parezco a esa persona. En

la escuela, cuando celebraban el Día del Padre, a cualquier hijo le gustaría contar con el apoyo de un padre (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

La ausencia paterna creó un vacío emocional significativo que fue exacerbado por los comentarios comparativos de su familia extendida:

Mi mamá y sus hermanas marcaban la diferencia haciendo comentarios de que sus hijos sí tenían papá, mientras que los de mi mamá no. Yo no conozco a mi papá a mis 34 años, y ese tipo de circunstancias te llevan a refugiarte en otro tipo de personas, y para caer bien, terminas aceptando consumir las sustancias (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

Aunque su madre estuvo presente y le brindó apoyo material, carecía de las herramientas emocionales para ofrecerle una guía afectiva sólida. Él mismo reflexiona sobre esta carencia: *“Probablemente no hubiera tomado tantas malas decisiones en mi vida. Mi mamá hizo lo que pudo, pero hasta cierto punto también fue bastante permisiva... el apoyo que yo recibía era económico, era lo material”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

La teoría de Erikson (1982), explica cómo la falta de figuras parentales consistentes interrumpe el desarrollo de un sentido de seguridad emocional en los primeros años de vida. En este caso, el Participante 8 enfrentó dificultades para construir una autoestima sólida y un sentido claro de identidad, lo que lo llevó a buscar en sus pares la validación y pertenencia que no encontraba en casa. La permisividad materna, aunque bien intencionada, no suplió la ausencia de límites y orientación emocional, dejando al participante vulnerable a entornos donde el consumo de sustancias era normalizado.

Por otro lado, el testimonio del Participante 7 muestra cómo una dinámica familiar marcada por la violencia y el aislamiento emocional también influyó su inicio en el consumo de sustancias:

No tenía mucha comunicación con mi mamá... Normalmente me pegaban, de parte de mi padrastro... era severo... también me encerraba en un closet para que no viera cómo la agredía (a su madre) ... Yo me escondía en el closet desde que veía que eso iba a pasar otra vez (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

Este entorno disfuncional, donde la figura materna también era víctima de abuso, generó un ambiente de miedo y soledad. La ausencia de una red de apoyo emocional profundizó la sensación de desamparo y lo dejó sin herramientas para manejar sus emociones. Él menciona: *“Afectó bastante, porque solo lo vivía con mi madre, íbamos solo ella y yo!... No tenía con quién hablar, porque mi mamá también estaba siendo abusada”* (testimonio de un paciente, entrevista semiestructurada).

Desde el enfoque de Erikson (1982), estas experiencias interrumpieron etapas clave de su desarrollo psicosocial. Durante la etapa de confianza vs. desconfianza, el ambiente de violencia y miedo constante le dificultó desarrollar un sentido de seguridad en su entorno, fomentando desconfianza y retraimiento emocional. En la etapa de autonomía vs. vergüenza y duda, la ausencia de apoyo emocional y límites claros debilitó su confianza en sus capacidades, generando sentimientos de impotencia y dependencia.

Al llegar a la adolescencia, durante la etapa de identidad vs. confusión de roles, la falta de validación emocional y orientación en su núcleo familiar lo llevó a buscar aceptación en su grupo de pares. Esta necesidad de pertenencia, combinada con el vacío afectivo que arrastraba desde la infancia, lo hizo más vulnerable a la influencia de amigos que normalizaban el consumo de sustancias. Así, el consumo se convirtió no solo en un medio para encajar, sino también en una forma de escapar de su realidad y evitar enfrentar el dolor emocional acumulado.

La disfunción familiar no fue un evento aislado, sino un patrón constante que moldeó las percepciones de estos participantes sobre sí mismos y el mundo. Las dinámicas de aislamiento, falta de comunicación y tensión continua minaron su confianza y su sentido de pertenencia, dejando como resultado una desconexión emocional que los llevó a buscar refugio en el consumo de sustancias.

Aunque no todas las personas que crecen en entornos disfuncionales desarrollan conductas de riesgo, estas dinámicas incrementan significativamente la probabilidad de que surjan dificultades, especialmente cuando se carece de recursos emocionales y factores protectores. Por ello, esta investigación concluye que la dinámica familiar disfuncional es el factor psicosocial más relevante en el inicio del consumo de sustancias. Este entorno inicial configura

las bases de la identidad y los mecanismos de afrontamiento, dejando a los individuos sin los recursos necesarios para manejar adecuadamente otros desafíos y presiones.

Conclusiones

La relación entre los factores psicosociales y el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en los usuarios internos del Centro de Rehabilitación Fuente de Vida radica en cómo las experiencias familiares, sociales y emocionales modelan la vulnerabilidad de los individuos ante el consumo. A partir del análisis de las narrativas de los participantes, se evidenció que la disfuncionalidad familiar, la presión de pares y las experiencias traumáticas desempeñan un papel determinante en la predisposición al consumo de sustancias. Estos factores no solo influyen en la decisión inicial de consumir, sino que también contribuyen a la consolidación de patrones de consumo que evolucionan con el tiempo.

Desde la perspectiva familiar, se identificó que la ausencia de vínculos afectivos seguros, el abandono emocional, el abuso y la violencia dentro del hogar generan un entorno de vulnerabilidad que propicia el consumo como mecanismo de escape ante la falta de herramientas de afrontamiento saludables. En el ámbito social, la influencia del grupo de pares durante la adolescencia normaliza el consumo y refuerza su permanencia al ofrecer modelos conductuales que legitiman la experimentación con sustancias. Por su parte, las experiencias traumáticas, tales como la violencia intrafamiliar y el abuso sexual, incrementan significativamente la probabilidad de recurrir a sustancias psicoactivas como un recurso para manejar el malestar emocional y psicológico.

Más allá de reconocer estos factores, la investigación permitió identificar el proceso progresivo del consumo. Se observó que la iniciación en el consumo suele ocurrir en la adolescencia con sustancias de fácil acceso, como la marihuana o el alcohol. Con el tiempo, y en ausencia de mecanismos de afrontamiento efectivos, el consumo se intensifica hacia sustancias más adictivas y de mayor impacto neurobiológico, como el crack y la cocaína. Este patrón revela una progresión vinculada no solo a la disponibilidad de las sustancias, sino también al deterioro de la salud mental y emocional de los individuos.

Uno de los hallazgos más relevantes de esta investigación fue la explicación de cómo la disfuncionalidad familiar se configura como el factor psicosocial predominante en el inicio del consumo de sustancias. Las narrativas de los participantes evidenciaron que la negligencia emocional, la falta de comunicación y confianza dentro del entorno familiar, así como la ausencia

de una adecuada resolución de conflictos, propiciaron un contexto de vulnerabilidad y desprotección emocional. En este escenario, el consumo de sustancias emergió como una alternativa para sobrellevar el malestar y la soledad, en ausencia de estrategias de afrontamiento saludables.

Esta dinámica resalta la necesidad de considerar el entorno familiar no solo como un factor de riesgo, sino también como un espacio clave para la implementación de estrategias de prevención y rehabilitación más efectivas. Los resultados de este estudio tienen importantes implicaciones tanto teóricas como prácticas. Desde un enfoque preventivo, se evidencia la urgencia de intervenciones dirigidas a fortalecer los lazos familiares, desarrollar habilidades de afrontamiento y generar espacios de apoyo que reduzcan la vulnerabilidad al consumo en poblaciones en riesgo.

En términos de rehabilitación, los hallazgos subrayan la importancia de abordar el consumo no solo desde la perspectiva individual, sino también desde su entorno social y familiar. Integrar modelos terapéuticos que reconozcan la influencia de estas dinámicas y promuevan la construcción de redes de apoyo puede ser determinante en el éxito de los procesos de recuperación a largo plazo.

Finalmente, esta investigación abre camino para futuros estudios que exploren los factores de resiliencia en individuos expuestos a contextos adversos que, a pesar de ello, no desarrollan consumo problemático. Asimismo, la combinación de enfoques cualitativos y cuantitativos podría ampliar la comprensión de estas dinámicas y contribuir a la formulación de políticas públicas más eficaces en la prevención y tratamiento del consumo de sustancias en Nicaragua.

Recomendaciones

Con base en los resultados obtenidos y las conclusiones de esta investigación, se presentan a continuación algunas recomendaciones que podrían contribuir a mejorar y enriquecer teórica y experimentalmente no solo las investigaciones y análisis futuras en esta sensible e integral temática que procura la búsqueda de las razones y/o causas de inicio del “Consumo de sustancias Psicoactivas”, sino también recomendaciones opcionales al centro de rehabilitación “Fuente de Vida”, que a pesar de contar con la atención psicológica a los internos, no fue observable durante el proceso de investigación, partiendo que dichas recomendaciones igual contribuirían de manera positiva y significativa a mejorar sus planes de intervención para ajustarse cada día mejor.

Estas sugerencias están dirigidas a: Futuros investigadores interesados en esta temáticas, terapeutas y trabajadores de la salud mental que atienden y contribuyen en la atención integral de esta triste enfermedad, instituciones públicas y privadas conformados por profesionales multidisciplinarios con el objetivo de mejorar las esferas de investigación y recolección de información, la creación de metodologías completas, integrales y humanas utilizadas en el abordaje, recomendación y tratamiento durante los procesos de rehabilitación, recomendaciones que señalamos a continuación:

- **Estudio comparativo sobre las etapas del consumo de sustancias psicoactivas:** Desarrollar una investigación comparativa que analice las diferencias entre las experiencias de personas con un historial prolongado de consumo de sustancias psicoactivas, como los participantes de este estudio, y las de jóvenes adolescentes que se encuentran en las etapas iniciales de consumo.
- **Realización de estudios de caso para un análisis en profundidad:** Realizar estudios de caso dentro del paradigma interpretativo, con el fin de profundizar en la comprensión de las experiencias individuales de las personas afectadas por factores psicosociales vinculados al consumo de sustancias psicoactivas. Este enfoque permitiría analizar cómo estos factores influyen en el inicio y mantenimiento del consumo, identificando patrones recurrentes en las historias de vida de los participantes para diseñar estrategias de

prevención e intervención más efectivas y ajustadas a sus necesidades, proporcionando información valiosa para intervenciones personalizadas y políticas públicas.

- **Metodológicamente:** Reforzar los enfoques fenomenológico hermenéutico, a través de distintos instrumentos, dinámicas, trabajos previos de sensibilización con los sujetos de investigación, para lograr procesos de recolección más exhaustivos, para conseguir una mayor muestra de participantes y así poder crear un ambiente de confianza, honestidad y sigilo en los participantes. Diversificar los instrumentos permitirá una captación más rica y profunda de las experiencias, ampliando la comprensión del fenómeno estudiado.
- **Desarrollar e implementar estrategias de apoyo psicológico en centros de rehabilitación:** Debido a las Patologías Duales, con la que pueden encontrarse, los terapeutas y especialistas en procesos de rehabilitación, se recomienda que los centros de rehabilitación como "Fuente de Vida" implementen estrategias de apoyo psicológico más intensivas, integrales y personalizadas.

Esto puede incluir terapias cognitivas conductuales, grupos de apoyo, y programas de intervención familiar, con el fin de abordar los factores psicosociales subyacentes que pueden haber influido en el inicio del consumo de drogas.

- **Fomentar la participación de la familia en procesos de rehabilitación:** Esta investigación ha revelado que los factores familiares, como la "Disfuncionalidad Familiar", juegan un papel importante en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, se recomienda integrar a las familias en el proceso terapéutico y rehabilitador de las personas internas. Esto puede incluir talleres, orientación y sesiones grupales que ayuden a mejorar la comunicación familiar, fortalecer los vínculos y prevenir la reincidencia.
- **Promover el fortalecimiento de habilidades socioemocionales en las personas internas en rehabilitación:** Dado que factores como la baja autoestima, el rencor, la falta de comunicación y la constante tensión en el seno familiar y por ende la falta de habilidades para enfrentar situaciones difíciles son comunes entre los consumidores de sustancias psicoactivas, se sugiere que los centros de rehabilitación como el "Fuente de Vida" incluyan dentro de sus programas terapéuticos talleres y actividades que fortalezcan la inteligencia emocional y las habilidades sociales.

Esto incluye mejorar la autoimagen, enseñar técnicas de resolución de conflictos y manejo de emociones, lo cual puede prevenir también recaídas futuras. Lo que podrá permitir el reajuste o cambios si fuesen necesarios en los planes de intervención o planes terapéuticos.

- Procurar la inclusión de un mayor o igual número de participantes mujeres en la muestra, con el objetivo de poder contar en la investigación con una diferencia de elementos biológicos y hasta hormonales que permitirán el descubrimiento de otros factores psicosociales emocionales que solo son vivenciadas por el sexo femenino, procurando así una mayor visibilidad y equidad de género, garantizando así que los datos obtenidos sean más completos y representativos, que ayuden a crear intervenciones más efectivas y personalizadas para ambos sexos.
- **Crear alianzas interinstitucionales para fortalecer la atención integral:** Es importante que las instituciones privadas y públicas relacionadas con la prevención y tratamiento de las adicciones trabajen de manera conjunta. Se recomienda crear alianzas interinstitucionales entre los centros de rehabilitación, las autoridades de Salud pública, las organizaciones no gubernamentales y las instituciones educativas.

Esta importante coordinación permitirá la cohesión entre los diferentes especialistas para proporcionar una atención integral que aborde tanto los factores psicosociales, como los físicos, logrando espacios educativos para la creación de habilidades y las capacitaciones técnicas o pre laborales, como un componente adicional al tratamiento de los consumidores de sustancias psicoactivas.

- **Crear estrategias de monitoreo y evaluación continua de los factores psicosociales más incidentes en el proceso rehabilitación:** Es recomendable que los Centros de Rehabilitación como el “Fuente de Vida” o cualquier otro, comiencen a implementar un sistema de seguimiento continuo, personalizado y exhaustivo que permita evaluar en cada interno, los factores psicosociales a lo largo de su proceso de rehabilitación.

Esto podría incluir evaluaciones periódicas de la salud mental de los pacientes, entrevistas con psicólogos y trabajadores sociales, y el seguimiento de las dinámicas familiares. Esta

evaluación permitirá ajustar las intervenciones y garantizar que se aborden adecuadamente los factores psicosociales que inciden en el consumo de sustancias.

Referencias

- Alpizar Jiménez, L. (2016). Entorno familiar: factor de riesgo o protección para el desarrollo de conductas adictivas en los hijos. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1), 101-112.
- Alvarado Méndez, M. E., & Rosero Duchí, K. (2021). Tipo de apego en personas de 18 a 60 años que presentan adicciones a sustancias psicotrópicas en el Cantón Girón. Cuenca, Ecuador.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. (Á. Rivière, Trad.) Alianza Editorial S.A. Obtenido de <https://clea.edu.mx/biblioteca/items/show/397>
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. (E. Mateo, Trad.) Ediciones Paidós Ibérica.
- Cabrera, P. E., Aguilar, A. J., & Torres, M. N. (2023). Factores psicosociales que inciden en el consumo de sustancias en la población de adultos varones de 20 a 40 años internados en los Cetad's "CREIAD", y "La Barca" en la Ciudad de Cuenca. *Repositorio Institucional*(Universidad del Azuay). Obtenido de <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/13145#:~:text=enlazar%20este%20%C3%A4tem%3A-,http%3A//dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/13145,-T%C3%ADtulo%20%3A%C2%A0>
- Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J. R., & Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *INVESTIGACIÓN*, 31(8), 527-38. Obtenido de <http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/9+Aten+Primaria+2003.+La+Encuesta+I.+Cuestionario+y+Estadística.pdf>
- Corbin, J. A. (31 de March de 2016). *La Teoría del Apego y el vínculo entre padres e hijos*. Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiymente.com/desarrollo/teoria-apego-padres-hijos>
- Cordero-Zambrano, T. (2020). Influencia de los Factores Psicosociales en la conducta impulsiva de los adolescentes. *Psicología UNEMI*, 4(6), 39-51.
- Erikson, E. H. (1982). *El ciclo de la vida completado*. Norton.
- Espada, J. P., Méndez, X., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 9-17.
- Gobierno de Nicaragua. (2022). Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza y el Desarrollo Humano 2022-2026. Obtenido de [https://www.pndh.gob.ni/documentos/pnlc-dh/PNCL-DH_2022-2026\(19Jul21\).pdf](https://www.pndh.gob.ni/documentos/pnlc-dh/PNCL-DH_2022-2026(19Jul21).pdf)
- Hernández González, O. (01 de septiembre de 2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista Cubana de Medicina General Integral*,

- 37(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002&lng=es&tlng=es
- Hernández López, T., Roldán Fernández, J., Jiménez Frutos, A., Mora Rodríguez, C., Sánchez-Garnica, D. E., & Pérez Álvarez, M. T. (2009). La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. *Intervención Psicosocial*, 18(3), 199-212.
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación Las rutas cuantitativas, cualitativa y mixta* (1a ed.). McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). Mc Graw Hill Education / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones: Revista Electrónica de la Facultad de Psicología de la UBA*, 2(3), 5-9.
- Martínez González, J. M., & Verdejo García, A. (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, 23(1), 45-52. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122829006>
- Mendoza Carmona, Y. L., & Vargas Peña, K. (marzo de 2017). FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO Y ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 139-167.
- Ministerio de Salud. (2012). *NORMA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DIRIGIDAS AL TRATAMIENTO Y REHABILITACION DE PERSONAS USUARIAS DE SUSTANCIAS ADICTIVAS*. Obtenido de <https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/2023-02/Normativa%20-%20089%20%27Norma%20para%20el%20desarrollo%20de%20actividades%20dirigidas%20al%20tratamiento%20y%20rehabilitaci%C3%B3n%20de%20personas%20usuarias%20de%20sustancias%20adictivas%27.pdf>
- Montenegro Moreno, D. A. (marzo de 2019). *FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNANMANAGUA DURANTE 2018*. Obtenido de Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES: <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/10177/1/t1015.pdf>
- Musitu, G., & Jesús Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818034005>
- Naciones Unidas. (2015). *La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>

- Ñaupas Paitán, H., Mejía Mejía, E., Novoa Ramírez, E., & Villagomez Paitan, A. (2014). *Metodología de la investigación Cuantitativa - Cualitativa y Redacción de la Tesis* (4a Bogotá ed.). Ediciones de la U.
- Organización de los Estados Americanos OEA. (20 de March de 2019). *Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019*. Obtenido de OEA Publica Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019: https://www.oas.org/es/centro_noticias/comunicado_prensa.asp?sCodigo=C-014/19
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Abuso de sustancias. Obtenido de OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Ospina Suárez, V., & Restrepo García, E. M. (2022). Análisis de la disfunción familiar en relación al consumo de SPA en jóvenes adolescentes de Latinoamérica. Corporación Universitaria Minuto de Dios, Facultad de Psicología, Manizales. Obtenido de <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/16535>
- Pedrero Pérez, E. J., Rojo Mota, G., & Puerta García, C. (2008). Estilos de afrontamiento del estrés y adicción. *Revista española de drogodependencias*, 33(4), 256-270. Obtenido de <https://www.researchgate.net/publication/279201654>
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18(3), 247-291.
- Sánchez, E., Garrido, A., & Estramiana, J. L. (enero de 2003). Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental. *Revista de Psicología Social*, 18(1), 17-33.
- Sinche, E. E., & Suárez Bustamante, M. (2006). Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. *RAMPA*, 1(1), 38-47.
- Troncoso Cedeño, M. I. (22 de abril de 2022). Factores psicosociales que inciden en el consumo de sustancias psicotrópicas en adolescentes de 14 a 17 años. Barrio Lucha de los Pobres. Quito. 2021. *Repositorio Dspace*. Obtenido de <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/7129>
- UNODC. (2010). Guía sobre el tratamiento del abuso de drogas: Factores de riesgo y protección. *Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito & Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf
- UNODC. (2015). Problemática de las drogas: Orientaciones generales. Bolivia. Obtenido de PROBLEMATICA DE LAS DROGAS: https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_ProblematICA_de_las_drogas.pdf
- UNODC. (24 de June de 2021). *Informe Mundial sobre Drogas 2021: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras los jóvenes subestiman los peligros del*

cannabis. Obtenido de United Nations Office on Drugs and Crime: <https://www.unodc.org/peruandecuador/es/noticias/2021/informe-mundial-sobre-drogas-2021.html>

Vélez Restrepo, O. L. (2003). *Reconfigurando el trabajo social: perspectivas y tendencias contemporáneas*. Espacio. Obtenido de <https://www.fhyce.edu.py/wp-content/uploads/2020/08/Reconfigurando-el-Trabajo-Social.pdf>

Wise, R. A., & Bozarth, M. A. (1987). A psychomotor stimulant theory of addiction. *Psychological Review*, 94(4), 469–492.

Anexos

Anexo 1. Operacionalización de los criterios de análisis de los Factores Psicosociales

Obj. Específicos Pregunta Directriz	Subvariables/Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador
<p>Objetivo Especifico</p> <p>Identificar los factores psicosociales que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas de los usuarios que son atendidos en el centro de rehabilitación Fuente de Vida de Managua.</p> <p>Pregunta Directriz</p> <p>¿Cuáles son los factores psicosociales que se relacionan con el consumo de sustancias psicoactivas en los usuarios del centro de rehabilitación Fuente de Vida de Managua?</p>	<p>Dinámica Familiar</p> <p>Influencia de los pares.</p> <p>Estrés</p> <p>Apoyo social</p> <p>Experiencias traumáticas</p>	<p>Según Mendoza Carmona & Vargas Peña (2017), los factores psicosociales influyen en los procesos cognitivos y emocionales del individuo, actuando como desencadenantes o incrementando la predisposición a desarrollar ciertos patrones de conducta. Estos factores alteran la percepción de la realidad en diversas situaciones, y se dividen en tres dimensiones: la macrosocial, relacionada con normas culturales y políticas, y la micromedio, que incluye el entorno familiar y las relaciones cercanas.</p>	<p>La entrevista semiestructurada es una técnica cualitativa que combina preguntas predefinidas con flexibilidad para explorar temas emergentes. Su objetivo es obtener información detallada sobre las experiencias y percepciones de los participantes en relación con la dinámica familiar, la presión de los pares, las fuentes de estrés de la infancia y adolescencia, el apoyo social y las experiencias traumáticas. Este enfoque permite al entrevistador profundizar en aspectos relevantes según las respuestas del entrevistado.</p> <p>Se recogerá información sobre la frecuencia con la que el participante sentía que podía contar con alguien, la calidad del apoyo recibido y su influencia en la toma de decisiones relacionadas con el consumo de sustancias.</p> <p>Relatos del participante sobre eventos traumáticos o situaciones estresantes que afectaron su estado emocional y predispusieron al consumo de sustancias</p>	<p>Comunicación</p> <p>Confianza</p> <p>Apoyo emocional</p> <p>Conflictos</p> <p>Influencias Externas</p> <p>Fuentes de estrés</p> <p>Frecuencia del estrés</p> <p>Reacción Emocional</p> <p>Apoyo Emocional de los Padres</p> <p>Disponibilidad para Escuchar</p> <p>Sentimiento de Soledad</p> <p>Tipos de Trauma</p> <p>Edad del Trauma</p> <p>Impacto Emocional</p>

Anexo 2. Operacionalización de los criterios de análisis de las Sustancias Psicoactivas

Obj. Específicos Pregunta Directriz	Subvariables/Dimensiones Macrosocial	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador
<p>Objetivo Especifico Identificar el tipo de sustancias psicoactivas que han consumido de manera progresiva desde su inicio las personas con problemas de adicción internas en el Centro de Rehabilitación Fuente de Vida.</p> <p>Pregunta Directriz ¿Qué tipo de sustancias psicoactivas han consumido de manera progresiva desde su inicio las personas con problemas de adicción internas en el Centro de Rehabilitación Fuente de Vida?</p>	<p>Sustancias Psicoactivas</p>	<p>Las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento. (Organización Panamericana de la Salud, 2021).</p>	<p>La encuesta elaborada para recopilar información sobre el inicio del consumo de sustancias psicoactivas se enfoca en cuatro dimensiones esenciales. La edad de inicio se refiere a la edad en que el encuestado consumió por primera vez una sustancia. La sustancia de inicio identifica el tipo específico de sustancia consumida en ese primer momento. La compañía de consumo investiga con quién se realizó el primer consumo (solo, con amigos o familiares). Finalmente, la percepción de normalización del uso de sustancias en el entorno explora cómo el encuestado percibe la aceptación y prevalencia del consumo en su contexto social. Esta encuesta tiene como objetivo obtener información rica y detallada que enriquezca la comprensión de los factores asociados al inicio del consumo de sustancias en la población estudiada.</p>	<p>Tipo de Sustancia que iniciaste a consumir</p> <p>Edad de inicio del consumo</p> <p>Frecuencia de consumo</p> <p>Compañía del primer consumo</p> <p>Percepción social: la normalización del uso de sustancias psicoactivas</p>

Anexo 3. Presentación del Instrumento aplicado



Incidencia de los Factores Psicosociales en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en usuarios internos del Centro de rehabilitación Fuente de Vida, en la ciudad de Managua, durante el Segundo Semestre del año 2024

Entrevista: Factores Psicosociales que Inciden en el Inicio del Consumo de Sustancias Psicoactivas

I. Presentación del Instrumento

Estimado/a participante

En el marco de nuestra investigación sobre los factores psicosociales que inciden en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, le invitamos a participar en esta entrevista. La información que proporcione será fundamental para comprender mejor los aspectos que influyen en este fenómeno, nos permitirá conocer ampliamente su experiencia, pensamientos y emociones respecto a estos factores.



Incidencia de los Factores Psicosociales en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en usuarios internos del Centro de rehabilitación Fuente de Vida, en la ciudad de Managua, durante el Segundo Semestre del año 2024

II. Investigadores:

La aplicación de este instrumento, recolección de información, así como el análisis de los resultados estará siendo realizado por, los siguientes investigadores

Nombre: Lisandra Palacios

Firma: _____

Nombre: Ana Julia Rocha

Firma: _____

Nombre: Lester Ayerdís Olivero

Firma: _____

Agradecemos su participación y colaboración.

Three handwritten signatures in blue ink are present, corresponding to the names listed above. The signatures are written over horizontal lines. The signature for Lester Ayerdís Olivero is the most prominent and overlaps the lines for the other two names.

Anexo 4. Formato de consentimiento informado



Incidencia de los Factores Psicosociales en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en usuarios internos del Centro de rehabilitación Fuente de Vida, en la ciudad de Managua, durante el Segundo Semestre del año 2024

II. Consentimiento Informado

Yo _____, en mi calidad de participante y estando claro acerca de la finalidad en la aplicación de esta entrevista, autorizo a los investigadores a bajo señalados, que la misma sea grabada con el fin de captar toda la información de manera precisa y detallada, sin omitir ninguna palabra en mi testimonio, grabación que será utilizada única y exclusivamente para fines investigativos y tratada con la mayor confidencialidad, en estricto respeto al derecho a mi privada y la confidencialidad de mis datos personales.

Así mismo los resultados de la investigación serán estrictamente para fines académicos y su participación es voluntaria, puede o no realizar la entrevista o bien retirarme cuando lo dese.

De acuerdo con todo lo antes expuesto, firmo el presente consentimiento en señal de aceptación.

Entrevistado

Anexo 6. Formato de la primera entrevista

Entrevista Semiestructurada

I. Factores Psicosociales en el Inicio del Consumo de Sustancias Psicoactivas

Dinámica Familiar

1. Comenta como describirías la relación que tenías con tu familia durante tu infancia y adolescencia con las siguientes preguntas:

- ¿Había comunicación con tus padres y/ o hermanos?
- ¿Cómo valoras esa comunicación?
- ¿Te sentías apoyado emocionalmente por ellos?
- ¿Recibías algún tipo de castigo cuando tenías mal comportamiento? ¿Cómo crees que influyó eso en tu crecimiento?
- ¿Recibías algún tipo de recompensa y/o estímulos cuando tenías buen comportamiento? ¿Cómo crees que influyó eso en tu crecimiento?
- ¿Qué imagen tenían tus padres de ti? cómo te hacían sentir esas imágenes?

2. Para conocer el rol que jugaron tus padres o familiares en tus decisiones sobre el consumo:

- ¿Vistes alguna vez consumir a tus padres algunas sustancias (legal o ilegal) en la casa? ¿Qué tipo de sustancia?
- ¿Tus padres hablaban sobre el consumo de sustancias en casa? ¿Qué mensajes recibías?
- ¿Cómo reaccionaron tus padres cuando se enteraron de que consumías sustancias?
- ¿Seguiste consumiendo?

3. ¿Recuerdas algún evento significativo en tu vida familiar que creas haya influido en tus decisiones respecto al consumo de sustancias?

- ¿Qué impacto emocional tuvo ese evento en ti?
- ¿Crees que eso incidió en el inicio de tu consumo?
- ¿Cambió tu relación familiar después de ese evento? Si es así, ¿de qué manera?
- ¿Siente que este evento te motivó a tomar decisiones que no habrías tomado de otro modo?

Relaciones con Pares

4. ¿Cómo describirías tu grupo de amigos o compañeros durante tu adolescencia?

- ¿Qué tipo de actividades compartían habitualmente?

- ¿Había consumo de sustancias dentro del grupo? Si es así, ¿cómo afectó esto a la dinámica del grupo?
 - ¿Qué tipo de sustancias iniciaste a consumir?
 - ¿Te sentiste alguna vez influenciado o excluido por tus amigos debido a tus decisiones sobre el consumo?
 - ¿Crees que ese grupo incidió en que iniciaras a consumir?
- 5. ¿Sentiste alguna vez presión por parte de amigos o conocidos para consumir sustancias? Si la respuesta es sí:**
- ¿Cómo te expresaban esa presión? ¿De manera directa o indirecta?
 - ¿Qué emociones sentías en esos momentos (curiosidad, temor, deseo de pertenecer)?
 - ¿Hubo alguna situación en particular donde fue más difícil resistir esa presión?
- 6. ¿Cómo crees que tu relación con tu grupo de amigos influyó en tus decisiones respecto al consumo de sustancias?**
- ¿Crees que las decisiones de tus amigos afectaban las tuyas? ¿En qué sentido?
 - ¿Te sentías parte del grupo cuando tomabas decisiones similares o diferentes a las suyas?

Fuentes de Estrés y Estrategias de Afrontamiento

- 7. Respecto a los momentos más estresantes que has vivido durante tu juventud:**
- ¿Qué tipo de eventos te generaban mayor estrés?
 - ¿Hubo alguna persona o situación específica que te ayudaba o empeoraba esos momentos?
 - ¿Cómo cambió tu manera de enfrentar estos eventos a lo largo del tiempo?
- 8. Respecto a la forma en que te enfrentas a situaciones de estrés o tensión:**
- ¿Qué estrategias usabas para calmarte o resolver el problema?
 - ¿Buscabas apoyo en alguien en particular?
 - ¿Cómo te hacía sentir consumir sustancias? ¿Alivio, desconexión, evasión, etc.?

Creencias y Actitudes hacia el Consumo de Sustancias

- 9. Tu opinión sobre el consumo de sustancias psicoactivas**
- ¿Cómo ha cambiado tu opinión a lo largo del tiempo sobre el consumo de sustancias?
 - ¿Te parece que hay situaciones donde el consumo de sustancia se justifica?
 - ¿Has hablado de este tema con personas cercanas?
 - ¿Crees que tu familia y amigos comparten las mismas opiniones sobre el consumo que tú?
 - ¿Sientes que existe un estigma o aceptación social respecto al consumo?

- ¿Has percibido que las normas sociales sobre el consumo han cambiado en los últimos años?

10. Acerca de tus motivaciones para comenzar a consumir sustancias psicoactivas

- ¿Hubo un cambio en tu vida que te hizo sentir más abierto al consumo?
- ¿Qué pensabas que obtendrías al consumir (placer, escape, integración social)?
- ¿Cómo sentiste que impactó en tu vida esa decisión?

Exposición y Acceso a Sustancias

11. ¿Cuándo y cómo fue la primera vez que tuviste contacto o conocimiento sobre sustancias psicoactivas?

- ¿Quién te habló sobre estas sustancias por primera vez?
- ¿A qué edad consumiste sustancias por primera vez?
- ¿Cuál fue la primera sustancia que conociste y/o probaste?
- ¿Cómo la conociste?
- ¿Cómo reaccionaste al tener ese primer contacto con las sustancias psicoactivas?
- ¿Crees que los medios de comunicación o la cultura popular incidió a que conocieras de esas sustancias?
- ¿Crees que tu familia incidió en esa primera experiencia?

12. ¿Qué tan accesibles son las sustancias psicoactivas en tu entorno social o comunidad?

- ¿Sientes que es fácil conseguir sustancias si alguien quiere consumirlas?
- ¿Alguna vez te ofrecieron sustancias sin que las buscaras activamente?
- ¿Cómo hacías para conseguir la sustancia que más te gustaba?

13. ¿Cómo crees que la disponibilidad de sustancias influye en el consumo en tu entorno?

- ¿Consideras que la facilidad para conseguir las sustancias incide en el aumento del consumo entre las personas que conoces?
- ¿Alguna vez conseguiste sustancias en el colegio donde estudiabas?

Anexo 7. Transcripción de la primera entrevista semiestructurada realizada

PARTICIPANTE 5

Dinámica Familiar

Investigador: ¿Cómo describirías la relación que tenías con tu familia durante tu infancia y adolescencia? ¿Había comunicación con tus padres y hermanos

Participante 5: No, no había comunicación.

Investigador: Bueno, si no había comunicación, ¿no podrías valorarla porque no existía, ¿verdad?

Participante 5: Lo que pasa es que mi mamá trabajaba ¡mucho, mucho tiempo! Yo me críe en la infancia con las empleadas. Y ella me sobreprotegía de mi abuela porque la crianza de ella era distinta, ¡era mucho más dura! Entonces, aparentemente, mi mamá no quería que me maltratara, porque ella ya había vivido la manera de corregir de mi abuela.

Investigador: ¿Te sentías apoyado emocionalmente por tu familia?

Participante 5: Es que yo fui cerrado. Nunca pude expresar mis emociones, no pude... ¡Imagínate! Jamás me nació darle un abrazo a mi madre, ¡hasta que ya había fallecido! Con eso te digo todo.

Entrevistador: Cuando te portabas mal, ¿te castigaban por tu mal comportamiento?

Participante 5: Sí.

Entrevistador: ¿Cómo crees que eso influyó en tu crecimiento?

Participante 5: Pues no influyó en nada, porque siempre seguí haciendo lo mismo.

Entrevistador: ¿Y cuando te portabas bien, recibías algún estímulo o recompensa?

Participante 5: Sí, ¡eso sí, eso sí, eso sí! Si hacía bien las cosas, sí recibía algo. Eso sí dañó mi sistema de recompensas.

Entrevistador: ¿Crees que eso influyó en tu crecimiento?

Participante 5: En mi crecimiento, de forma negativa sí, porque todo era interés. Si no me

dabas algo, no hacía nada. No había motivación para hacer algo sin esperar algo a cambio. ¡Eso sí lo he notado!

Entrevistador: ¿Qué imagen crees que tenían tus padres de vos?

Participante 5: Mi madre, porque mi padre no convivió conmigo. Bueno, aparentemente, era un niño normal, ¡su hijo único! Ella me conocía perfectamente, sabía mis debilidades y de lo que era capaz. Ella me dio bastante amor, pero sabía, sabía muy bien... ¡Sabía que yo podía resolver las cosas si me lo proponía!

Entrevistador: ¿Qué rol jugó tu mamá en tus decisiones sobre el consumo de sustancias? ¿Viste alguna vez a tu mamá consumir alguna sustancia legal o ilegal?

Participante 5: Ummm, solo cerveza.

Entrevistador: ¿Tu mamá te habló sobre el consumo de sustancias en casa?

Participante 5: Creo que cuando se dio cuenta... No me acuerdo bien, pero cuando yo tenía como 10 años, frente a la casa había una cancha, y me gustaba estar ahí con los bolos. ¡Ella me decía que eso no era correcto porque eran personas que podían mal influenciarme!

Entrevistador: ¿Cómo se enteró tu mamá de que consumías sustancias?

Participante 5: Una persona le dijo.

Entrevistador: ¿Y cómo reaccionó?

Participante 5: Recuerdo que cuando se dio cuenta por primera vez, ¡me mandó a llamar y comenzó de manera agresiva a expresar su frustración! ¡Se jalaba los cabellos, se golpeaba contra la pared, fue violento!

Entrevistador: Después de que se enteró, ¿seguías consumiendo o paraste?

Participante 5: Fui a un encuentro espiritual de tres días, paré uno o dos años, pero después volví a consumir.

Entrevistador: ¿Lo hacías a escondidas?

Participante 5: Sí, nunca me drogué frente a mi madre, aunque ella podía percibirlo.

Entrevistador: ¿Recuerdas algún evento en tu vida familiar que creas haya influido en tu decisión de consumir?

Participante 5: Tal vez en la forma en que me trataba mi abuela. Mi mamá era amorosa y permisiva, mientras que mi abuela era muy estricta. ¡Eso me generó resentimiento hacia mi abuela!

Entrevistador: ¿Crees que eso influyó en tu decisión de consumir sustancias?

Participante 5: No, pero sí influyó en mi personalidad.

Entrevistador: ¿Cambio tu relación familiar después de eso con ella?

Participante 5: Sí, ósea, pasaron muchas cosas, muchos eventos sucedieron.

Entrevistador: Sentis que ese evento te motivo a tomar la decisión que no habías tomado de otra manera a consumir sustancias.

Participante 5: No.

Relación con tus pares

Entrevistador: ¿Qué tipo de actividades compartías regularmente?

Participante 5: Jugábamos fútbol, lo normal. Recuerdo que me gustaba jugar trompo, pero la mayoría de mis amigos eran adultos, ¡de 20 años para arriba! Ellos consumían licor y drogas, y yo, por curiosidad, me acercaba a ellos.

Entrevistador: ¿Entonces, había consumo dentro del grupo?

Participante 5: Sí, ¡era un grupo libre! Estaban en la cancha, y yo me les acercaba.

Entrevistador: ¿Qué tipo de sustancias iniciaste a consumir?

Participante 5: Bueno, lo primero fue el tabaco, a los 12 años. Después marihuana, y luego el bañado.

Entrevistador: ¿Te sentiste influenciado por tus amigos para iniciar el consumo?

Participante 5: ¡Claro! Yo tenía muchos complejos, me sentía diferente. El único grupo que me recibía con los brazos abiertos era el de los borrachos y drogadictos. ¡Ahí me sentía aceptado!

Entrevistador: ¿Sentiste alguna vez presión por parte de los amigos o conocidos para consumir sustancias? ¿Cómo expresaban esa presión?

Participante 5: Era indirecta. Me decían: "¡Oeee, qué onda, ¡cómo te caen unos pares de bañados!" Como eran más adultos, eso me generaba un estímulo. ¡Yo era el que conseguía los 500 pesos diarios para la dosis!

Entrevistador: ¿Y qué emoción sentías en ese momento?

Participante 5: ¡Adrenalina! Sabía que me iba a drogar, sentía placer y un deseo de pertenencia al grupo. ¡Además, yo mandaba, porque era el que ponía el dinero!

Entrevistador: ¿Hubo una situación en particular donde fue más difícil resistir esa presión?

Participante 5: ¡Sí! Fue cuando tuve que robar para conseguir esa dosis y sentirme bien. Pero después me sentía mal, porque sabía que esos no eran mis amigos.

Entrevistador: ¿Cómo crees que tu grupo de amigos influyó en tu decisión de consumir sustancias? ¿Crees que las decisiones de tus amigos afectaron las tuyas?

Participante 5: ¡Definitivamente! Porque, a veces, uno, por querer pertenecer al grupo, se deja influenciar. Es cierto que te das cuenta de que estás siendo manipulado, pero te dejas llevar por el momento. En realidad, es porque tu mente está acostumbrada a ese placer instantáneo que te dan las drogas. ¡No te importa en ese momento! Solo después, cuando ya estás en tus cinco sentidos, te das cuenta de que, en realidad, solo fuiste un objeto.

Entrevistador: ¿Alguna vez intentaste cambiar tus amistades del consumo?

Participante 5: Bueno, cuando mi consumo se intensificó, empecé a aislarme. ¡Me decía a mí mismo que esta droga era solo para mí! Ya no me gustaba compartir. Al principio sí, pero desde hace un par de años, mi consumo se volvió solitario.

Fuentes de estrés y estrategias de afrontamiento

Entrevistador: ¿Puedes describir algunos de los momentos más estresantes que hayas vivido durante tu juventud? ¿Qué tipo de eventos te generaron mayor estrés: familiares, académicos o sociales?

Participante 5: Cuando, más que todo, era el tema de conversación en mi familia. ¡Me decían que yo no quería nada! O me hacían comparaciones: "¡Mira, aquel ya terminó su carrera! ¡Y vos no has hecho nada!" Entonces, ese juzgamiento continuo, a cada rato... En realidad, me estaban diciendo la verdad, pero yo, como adicto, me sentía atacado. Eso para mí eran detonantes para buscar consumir. Lo que necesitaba en ese momento era comprensión, ¡pero como ellos no comprendían mi enfermedad, me sentía atacado! Más cuando se reunían, siempre salía a relucir yo, y eso me estresaba, me frustraba, ¡me llenaba de enojo!

Entrevistador: ¿Hubo alguna persona o situación específica que te ayudara o empeorara esos momentos?

Participante 5: Mi abuela.

Entrevistador: ¿Cómo cambió tu manera de enfrentar esos eventos a lo largo del tiempo?

Participante 5: Pues ahora que ya estoy en rehabilitación, gracias a este programa me ha ayudado... Me ha ayudado a gestionar mis emociones. Otra cosa es la inteligencia emocional. Saber comprender, saber "descifrar" las palabras que te dicen las personas. Identificar si lo que te dicen te va a motivar o si es negativo. ¡Ahora decido si esa palabra me va a afectar o no! Eso es lo que he aprendido en este programa.

Entrevistador: ¿Cómo sueles reaccionar cuando te enfrentas a esas situaciones de estrés? ¿Qué estrategias usabas para calmarte y resolver los problemas?

Participante 5: Bueno, antes de internarme, lo que usaba era consumir. Ahora, lo que hago es prestar atención a lo que me están diciendo, tratar de comprender si es bueno o malo. Pero si es demasiado estresante, hago este método de "parada" e irme. Me entiendes, es como "take out" creo que le dicen.

Entrevistador: ¿En algún momento buscaste apoyo en alguien en particular para enfrentar estas situaciones?

Participante 5: No, porque yo me sentía independiente. No me dejé ayudar de nadie. ¡Yo lo podía todo!

Entrevistador: ¿Alguna vez sentiste que el consumo de sustancias era una forma de liberar el estrés? ¿Cómo te hacía sentir el uso de la sustancia?

Participante 5: Pues, depende. Son varias etapas las que viví durante mi consumo. Al principio, consumí por curiosidad, pero luego el consumo progresó. Llegó un punto en que se me salió de las manos. Es raro, pero era como que conscientemente sabía que me estaba haciendo daño, ¡pero estaba consciente de que mi cuerpo lo necesitaba! No importaba lo que tenía que hacer para conseguirlo. En ese momento, ¡me sentía el hombre más feliz del mundo porque sabía que iba a "coronar" mi dosis! Pero después de consumir, venía la depresión por consumo. Me preguntaba: "¿Qué hice? ¿Qué estoy haciendo? ¿A dónde me está llevando esto?"

Pero esa idea se me quitaba cuando me golpeaban la puerta para decirme: "¡Onda, hay palco!" y ¡pum!, me reactivaba otra vez, "O sea, que el estado de conciencia que yo tenía venía y lo apagaba con otra dosis de sustancia."

Creencias y actitudes hacia el consumo de sustancias

Entrevistador: ¿Qué opinas sobre el consumo de sustancias psicoactivas? ¿Has cambiado de opinión con el tiempo?

Participante 5: ¡Sí, totalmente! Al principio, el que no ha tocado fondo no lo entiende. Pero cuando llegas a un estado deplorable, ¡te das cuenta! Los medios de comunicación, los artistas, te venden una idea falsa, como que el consumo de drogas te hace explorar sensaciones o áreas desconocidas de tu cuerpo. ¡Te lo dibujan bonito! Pero cuando la sustancia te agarra, te maltrata, ¡te desbarata hasta llegar a un estado casi animal!

Entrevistador: ¿Te parece que hay situaciones en las que el consumo de sustancias se justifica?

Participante 5: Para mí, no tiene justificación.

Entrevistador: ¿Has hablado de esto con personas cercanas?

Participante 5: No, porque no me supieron responder.

Entrevistador: ¿Cómo crees que las personas de tu entorno—familia, amigos, la sociedad—perciben el consumo de sustancias? ¿Crees que comparten la misma opinión que tú?

Participante 5: No.

Entrevistador: ¿Sientes algún estigma o aceptación social respecto al consumo?

Participante 5: Sí, porque en realidad es un tabú. La gente vive pendiente de todos los que nos

drogamos, y es rara. Pero ahora, creo que eso ya se está perdiendo. Ya no es un tabú. ¡La gente ya vio que no se puede hacer nada por esos jóvenes y ya está normalizado en todos los barrios de Managua!

Entrevistador: ¿Te has sentido rechazado o marginado por tu familia o la sociedad por consumir sustancias?

Participante 5: Sí, por mi familia y la sociedad.

Entrevistador: ¿Consideras importante lo que las personas piensan de ti?

Participante 5: "Bueno, según lo que yo he venido aprendiendo aquí, lo que me trajo a mí al consumo fue lo que decían mis seres queridos de mí. Entonces creo yo ahora que, en realidad, tengo que tener una opinión propia sobre quién soy, ¿me entendés? Porque si le doy mucha importancia a lo que dicen las personas, me va a afectar y me va a llevar al mismo círculo vicioso. En realidad, a mí me afectaba todo; los consejos que me daba mi abuela yo decía que eran ataques. Entonces creo que debo tener una opinión propia, eso me va a ayudar."

Exposición y acceso a las sustancias

Entrevistador: ¿Cuándo y cómo fue la primera vez que estuviste en contacto con las sustancias?
¿Quién te habló de ellas por primera vez?

Participante 5: No recuerdo muy bien, pero fue un círculo de amigos que me ofreció marihuana.

Entrevistador: ¿A qué edad fue la primera vez que consumiste?

Participante 5: A los 14 años.

Entrevistador: ¿Cómo reaccionaste al tener ese primer contacto?

Participante 5: Sentí una percepción diferente. Los sentidos se amplificaban, sentía letargo y bienestar... después venía la "bajona".

Entrevistador: ¿Crees que los medios de comunicación influyeron en que conocieras esa sustancia?

Participante 5: Pues, en mi época no, en los 90 y los 2000, no había tanta influencia.

Entrevistador: ¿Crees que tu familia influyó en esa primera experiencia?

Participante 5: No, eso fue decisión propia.

Qué tan accesibles son las sustancias psicoactivas

Entrevistador: ¿Tú crees que es fácil acceder a las sustancias si alguien quiere consumirlas?

Participante 5: ¡Sí!

Entrevistador: ¿Has notado cambios en la disponibilidad de sustancias en tu entorno con el tiempo?

Participante 5: ¡Sí, más bien hay más expendios ahora!

Entrevistador: ¿Alguna vez te ofrecieron sustancias sin que las buscaras?

Participante 5: Sí.

Entrevistador: ¿Qué fue lo más extremo que hiciste para conseguir sustancias?

Participante 5: ¡Ummm, lo más extremo fue consumirme todos los electrodomésticos! ¡Desbaratar mi casa, llevarme inodoros, puertas, ventanas, techos, lavamanos, pantry... dejar solo el cajón!

Entrevistador: ¿Cómo crees que la disponibilidad de sustancias influye en el consumo en tu entorno? ¿Crees que la facilidad para conseguir las sustancias incide en el aumento del consumo entre las personas que conoces?

Participante 5: ¡Sí, claro que sí! No te digo que cada día se abren más expendios.

Entrevistador: ¿Crees que habría menos consumo si fuera más difícil conseguirla?

Participante 5: Aparentemente sí.

Entrevistador: ¿Has notado diferencias en la disponibilidad de sustancias en diferentes grupos sociales o zonas?

Participante 5: Ahorita, como he visto, todos los estratos sociales se están abarcando más. Claro, la calidad no es la misma, pero hay para todos en los distintos tipos de clase social.

Entrevistador: ¿Alguna vez conseguiste sustancias en el colegio donde estudiabas?

Participante 5: No.

Estrategias de intervención y prevención de recaídas

Entrevistador: ¿Qué te ayuda a no consumir sustancias psicoactivas en tu vida en este momento?

Participante 5: ¿Qué me ayuda? Bueno, lo que siento que me ha ayudado es conocer la naturaleza de mi consumo. Cuando hablo de naturaleza, me refiero a cuál es la raíz de ser una persona autodestructiva y destruir todo a mi alrededor. Antes, no comprendía... Cuando hacía cosas malas, muy dentro de mí me decía: "¡Esta no es mi naturaleza!" Entonces, cuando llegué a este centro, me dejé guiar, participé en las terapias, y me di cuenta de que mi consumo es producto de un trauma en mi infancia, de un abuso sexual. Al revivir eso en las terapias, empecé a recordar mi vida por etapas, ¡pum, pum, pum! Me di cuenta de que hice daño porque en realidad me hicieron daño en mi infancia. Tenía resentimiento hacia las personas, resentimiento con mi familia, porque no estuvieron cuando más los necesitaba. Ahora entiendo por qué no podía darle un abrazo a mi madre. En mi inconsciente, sentía que ella me había abandonado cuando fui abusado. Así que, si vuelvo a consumir, ¡estoy abriendo esa vieja herida! Para mí, el consumo ya no es placentero porque estaba tapando una herida muy, muy profunda.

Entrevistador: ¿Crees entonces que si hubiera una relación más cercana con tu familia eso te ayudaría a dejar de consumir?

Participante 5: Sí, gracias a Dios, después de expresar ese sentimiento a mi familia, he notado cambios en la comunicación. Una mejor comunicación... Me comprenden y me está gustando ver que mi familia me está apoyando. Pero sé que, por todo lo que he hecho, no me creen fácilmente. ¡He sido bien manipulador! No es fácil ganarme su confianza otra vez. Tengo que hablar con actos, no con palabras. ¡Ya llegaron al extremo de que, si no ven ni una gotita de cambio, nada!

Entrevistador: ¿Consideras que alejarte de esos lugares que antes frecuentabas te puede ayudar a dejar de consumir?

Participante 5: ¡Sí, claro que sí! No exponerme sería lo mejor, porque eso sería tentar a mi enfermedad.

Entrevistador: ¿Practicas o te gustaría practicar algún deporte?

Participante 5: Pues, ahorita tengo una rutina de trotar aquí en el campo.

Entrevistador: ¿Sientes que el deporte te ha ayudado a bajar la ansiedad?

Participante 5: ¡Sí, me ha ayudado mucho! Siento que me ayuda a sacar la ansiedad, me mantiene con energía. Siempre me levanto con energía, y si no hago algo, ¡me frustró! Siento que tengo demasiada energía y tengo que sacarla.

Entrevistador: ¿Qué es lo que más te ha costado en tu proceso de rehabilitación?

Participante 5: Lo más difícil ha sido bajar mi ego.

Entrevistador: ¿Te has propuesto metas en tu vida?

Participante 5: Sí.

Entrevistador: ¿Crees en ti mismo para lograr esas metas o necesitas ayuda de alguien?

Participante 5: Sí, he ido estimulando esa autoconfianza porque me he ido cumpliendo metas a corto plazo. Antes, era muy idealista, futurista... Cuando no lograba mis metas, me frustraba. Ahora, hago metas cortas, a corto plazo, ¡y me ha servido! Por ejemplo, no responderle a alguien que me está ayudando y dejarlo hablar. Antes cortaba la conversación y decía: "¡No, eso no es así!" Pero ahora, dejarme guiar me ha ayudado bastante.

Entrevistador: ¿Practicas o crees en alguna religión o doctrina?

Participante 5: Sí, soy cristiano.

Entrevistador: ¿Crees que tu fe en esa religión o doctrina te ayudaría a dejar de consumir?

Participante 5: ¡Sí, también eso me ayuda!

Fin de entrevista

Anexo 8. Formato de la segunda entrevista

Entrevista semiestructurada

Dinámica Familiar:

Comentario de la entrevista anterior: "Crecí solo con mi madre, ella siempre estaba ocupada."

- ¿Cómo la falta de atención y cuidado de tu madre afectó tu bienestar emocional en tu etapa de niñez y adolescencia?
- ¿Sentías que tu madre podía ayudarte en momentos difíciles?
- Con respecto a tu padre... ¿En algún momento te hizo falta la figura paterna en tu vida?

Relación con Pares

Comentario de la entrevista anterior: "Mis amigos consumían y yo quería ser parte del grupo."

"Mencionaste que desde niño te sentiste un niño diferente, raro."

- ¿Hubo momentos en que sentiste una necesidad intensa de encajar?
- ¿Cómo influyeron tus complejos y la falta de aceptación en tu decisión de consumir sustancias?
- cómo este sentimiento de pertenencia en tus relaciones influyó en el inicio de tu consumo?

Fuentes de Estrés

Comentario de la entrevista anterior: "El estrés en casa me llevó a buscar alivio en las sustancias."

- ¿Podrías compartirme alguna situación o situaciones específicas que te generaban estrés y si alguna fue especialmente crítica para su decisión de consumir?

Experiencia de Abuso

Respecto a la experiencia de abuso que mencionaste en la entrevista anterior.

Quiero recordarte que no estás obligado a responder ninguna pregunta que te resulte incómoda. Si en algún momento prefieres no continuar con una pregunta, simplemente puedes decir "paso".

Tu bienestar es lo más importante.

Comentario de la entrevista anterior: "Sufrí abuso en la infancia, nunca hablé de eso con nadie."

- ¿A qué edad fue?
- ¿fue alguien de la familia o externo?
- Esta experiencia de abuso influyó en tu desarrollo emocional y en tus decisiones.
- ¿Sentiste en algún momento que el abuso que sufriste contribuyó a la búsqueda de alivio en las sustancias?
- ¿Consideras que esos eventos han afectado tus decisiones a lo largo del tiempo?
- ¿Has discutido estos temas en terapias y cómo ha sido el proceso de conectar esos eventos con tu consumo?
- ¿Qué emociones o pensamientos surgían cuando enfrentabas recuerdos relacionados con ese trauma? ¿Cómo manejabas esas emociones antes de empezar a consumir sustancias?

Estrategias de Afrontamiento

- ¿Cómo cambió tu percepción del consumo de sustancias a lo largo del tiempo, en función de tus emociones?
- ¿cómo la gestión emocional cambió a lo largo de tu vida?
- ¿cómo esas emociones impactaron en tu consumo de sustancias?

Impacto del Consumo

Comentario de la entrevista anterior: "Ahora veo el consumo como un error que me destruyó."

- Nos gustaría saber qué experiencias cambiaron su perspectiva sobre el consumo.
- ¿Has aprendido lecciones que podrían ayudar a otros en su situación?

Anexo 9. Transcripción de la segunda entrevista semiestructurada realizada**PARTICIPANTE 5****Dinámica Familiar:****Comentario del entrevistado:**

Crecí solo con mi madre; ella siempre estaba ocupada.

Entrevistadora:

¿Cómo la falta de atención y cuidado de tu madre afectó tu bienestar emocional en tu etapa de niñez y adolescencia?

Participante 5: Es que yo no podría decirle con exactitud si me afectó en mi infancia, porque yo lo estoy viendo hasta ahora... Un ejemplo: mi mamá se iba a trabajar y regresaba a las 8 p.m. de la noche, y yo, la mayoría del tiempo de mi infancia, que me acuerde, hasta como los 8-10 años, me crie con las empleadas, porque ella no quería que yo me fuera donde mi abuela, ya que mi abuela tenía una formación ruda, fuerte, y no toleraba muchas cosas de las cuales mi mamá me apañaba.

Entrevistador: ¿Vivían en casas separadas?

Participante 5: Vivíamos solo mi mamá y yo en una casa, y ella siempre me decía... '¡Vos sos el rey de la casa! ¡Usted es el jefe!

Entrevistadora: ¿Eras hijo único?

Participante 5: Sí, era hijo único. Entonces, hoy yo lo detecto, antes no. Tal vez no lo percibí porque lo compensé en su momento con las cosas que ella me daba, pero ahora yo sí siento el vacío, y noto el vacío que sentí en mi infancia. Por eso yo era callado, era resentido, y en realidad hoy, en una terapia que hubo, que era terapia del rechazo, yo me identifiqué mucho y eso me dio paz, porque ahora yo detecto por qué yo... yo no le tenía amor a mi mamá.

Entrevistadora: ¿Y por qué no le tenías amor a tu mamá?

Participante 5: Porque yo había sentido un abandono de parte de ella en mi infancia. Uno: no estuvo cuando yo fui abusado sexualmente a mis 5 años, y por eso yo no... eh, con mi familia, yo no podía encajar con mi familia, porque yo decía: 'mi familia nunca estuvo en el momento que yo necesitaba que me protegieran'. Yo me vengo a dar cuenta 32 años después que yo fui abusado, pero siempre percibí las imágenes que estuvieron en mi mente, imágenes de ese abuso, y yo... miraba un rostro. Como era un rostro joven, juvenil al otro rostro, yo llego a hacer la comparación y veo que es mi vecino, el que vive conmigo a la par, al que yo saludo todos.

Entrevistador: ¿Qué edad tenía él?

Participante 5: Umm, él tiene como 40 ahorita, era como 8 años mayor que yo.

Entrevistadora: ¿Y vos estabas solo en ese momento?

Participante 5: Sí, incluso yo llegué a odiar mi nombre, porque él se llama como yo... (Se refiere a su propio nombre). Yo llegué a atar tantos cabos aquí, que cuando a mí me decían 'vení y me llamaban por mi nombre' aquí, yo decía... 'No me gusta ese nombre'. Cuando a mí me hacen una regresión, yo veo ese momento tangible, que a mí me hizo llorar, porque en realidad yo comprendí la verdad, una verdad que estaba tan oculta. Y cuando yo escucho que él me llama... '¡vení por mi nombre!' Ahí fue cuando se me quedó grabado el nombre, el odio a mi nombre.

Entrevistador: ¿Él te llamó por tu nombre?

Participante 5: Sí, al otro lado, es que no había muros, eran patios, o sea, no había algo como cerca; se comunicaban los patios.

Entrevistador: ¿Y tu mamá dónde estaba en ese momento?

Participante 5: No, estaba, yo estaba solo con las empleadas, entonces, ¿me entiende?... Por ahí nació ese sentimiento.

Entrevistadora: ¿Y alguna vez lo hablaste con ella?

Participante 5: No, jamás. Pero yo me vengo a dar cuenta aquí, cuando yo... a mí me nace decirle la verdad, descubro... que esa es la naturaleza de mi autodestrucción. De ahí viene formado ese

sentimiento de abandono, ese abuso, todo eso fue confabulándose y formando ese monstruo desde los 5 años. Y, incluso, hay otro abuso de una empleada que yo lo desconozco.

Entrevistadora: ¿También sufriste abuso de una empleada?

Participante 5: Eso no lo sé; los únicos que lo saben son mi familia. Pero lo que a mí me dio más paz es cuando se rompe ese resentimiento con mi familia. Es cuando mis tíos me dicen: '¡Usted nunca estuvo solo! Nosotros nos dimos cuenta de eso y le encaramos a su mamá. Nosotros le dijimos muchas veces que no te dejara con empleadas y que te llevara y que te cuidara tu abuela.' Entonces, yo comencé a sentir esa protección y ese apoyo de mi familia, que no lo tuve en mi infancia. Yo lo sentí en ese momento y fue suficiente para botar ese sentimiento.

E incluso, cuando yo veo quebrantarse a mi tío, que es la imagen paterna, que es el hermano de mi mamá y es mi padrino, yo lo veo quebrantarse cuando revive un recuerdo mío, en el cual me dice: '¿Te acordás quién te enseñó a amarrarte los zapatos?'... '¡Usted!' le digo, y me acuerdo de que usted me enseñó a planchar la camisa en el segundo piso de la casa de mi abuela... Ese hombre se derritió en llanto. Quedó tan bloqueado que no se pudo ni parar, y mi familia aprovechó para que nos diéramos un abrazo, para que se sanara eso.

Entrevistadora: ¿Qué edad tenías cuando paso eso?

Participante 5: Ahorita, eso fue ahorita cuando salí de pase.

Entrevistadora: ¿Pero eso que me estás contando, es referente al abuso que la empleada cometió contra vos?

Participante 5: Sí, eso de que encararon a mi mamá por el abuso de la empleada fue cuando se dieron cuenta, pero yo no recuerdo ese evento. Yo sé que fui abusado, pero no tengo esa imagen.

Entrevistadora: ¿Pero del primer abuso, alguna vez les contaste?

Participante 5: No, eso sí no saben, nunca les conté de mi vecino, pero de la empleada sí, ellos se dieron cuenta, no sé cómo. Pero ese evento fue sanador, ¡completamente sanador! Miré, yo vine con tres preguntas aquí: ¿Quién era yo? ¿Por qué hice tanto daño? ¿Y qué soy capaz de hacer?

Entrevistadora: ¿Y en este punto, quien sos vos ahora?

Participante 5: Bueno, en realidad, apartando todo lo que yo viví, soy un hombre que siempre ha tenido la capacidad de tomar el control de su vida. Tengo muchas cualidades y buenas costumbres que me inculcó mi familia. Siempre he sido temeroso, con temor a las responsabilidades, y eso yo lo admito. Nunca he querido tener las riendas de mi vida porque siempre hubo alguien que hablara por mí... y era mi mamá. Soy un hombre que ahora está buscando los caminos de Dios. Estoy tratando de depender de Él. Estoy trabajando mis emociones y me estoy dando cuenta de que tengo la capacidad, porque cuando me propongo una meta pequeña, por ejemplo, no fijarme en los defectos de otra persona, eso me desgasta la mente y me mete basura en ella. En estos trece días, he trabajado eso y me ha dado una paz el no fijarme en los defectos. Me enfoco en mí. Todos los días estoy haciendo una terapia; a las 4 pm me voy allá solo para evaluarme y ver si hice algo incorrecto en todo el día. Empiezo a analizar las respuestas que le he dado a mi compañero y comienzo a trabajar en lo que hice indebido. Cuando siento una emoción que es nueva para mí, por ejemplo, ahorita se lo voy a comentar rápido. Hay una compañerita que tiene unos sentimientos por mí; ella me lo dijo. Es la primera vez en toda mi vida que alguien me dice: 'Mira, me gustas'. Eso fue una explosión en mi mente, algo que jamás me habían dicho. Me sentí como un niño, ¿me entiende? Yo vengo de una adolescencia que fue reprimida por las sustancias, y no se maduró mi mente. Estoy claro de que todavía tengo que madurar mis emociones. Entonces, la muchachita comienza a tener celos y me hace un rechazo. De ella salió que me daba cositas así... que galletas, y yo, por condescendencia, le daba. Pero ayer, en el día, me rechazó como nueve veces y me dio pena. Comencé a analizar... yo no tengo la culpa de sus sentimientos. Estoy bien, ella es la que está mal. Porque en realidad, el viejo Emilio es vengativo: 'Si me haces algo, espera tu vuelto, y te lo voy a hacer públicamente'. Entonces, me ha gustado eso. Me he dado cuenta de quién soy yo y cómo actúa mi enfermedad, el daño que tiene mi mente. Si voy un paso adelante de eso, ya sé lo que viene. Me ha gustado esto porque, en realidad, estoy poniendo de mi parte en esto; soy un libro abierto en este proceso. No importa las preguntas, porque en realidad no me quiero guardar nada.

Entrevistadora: Gracias por compartirme esa experiencia. Estás retomando tu proceso muy bien... sigue así.

Entrevistadora: Volviendo a tu primera experiencia de abuso, hoy que tienes la capacidad de analizar esos eventos, ¿crees que influyó en tu desarrollo emocional?

Participante 5: Sí, porque en realidad... es que yo no sentía. Es decir, me sentía inconforme conmigo mismo; había algo, una inconformidad, que generaba un vacío, una herida en mi alma que no dejaba que las cosas afectivas entraran. Pero yo nunca lo supe; me vine a dar cuenta de eso hasta los 32 años. En realidad, sí me afectó porque tenía complejos. Hice cosas, proyecté ese abuso y lo reproduje con otros hasta los 18 años.

Entrevistadora: ¿Cómo lo reprodujiste?

Participante 5: ¿Inconscientemente, yo hacía lo que a mí me habían hecho, pero lo hacía con otros niños? O sea, no de manera que los forzara, no. Los convencía, porque necesitaba sentir que yo tenía el poder. ¡Ese poder, que ahora era yo el que lo ejercía! Muchas veces lo hice con rabia para que sintieran lo que yo había sentido. Ahora lo veo así, pero tal vez lo hacía inconscientemente, por curiosidad, lo podría decir. Pero ahora lo visualizo y veo que seguí hasta los 18 años, y paré porque me dije: 'A los 18 años, no es que sea homosexual, sino que eso me generaba un placer, pero no era sexual; era hacerlo porque yo tenía el control'. Yo me decía: '¡Ahora soy yo el que tiene el poder!'. Lo detecto así, ¿me entiende? Aceptar eso aquí para mí fue difícil, pero también muy liberador, saber que ese monstruo que se había formado tenía un origen y ahora, pues, lo he cortado de raíz. ¡Gracias a Dios, me ha servido demasiado! Por eso es por lo que digo que esta recuperación es totalmente la primera, porque este es mi segundo internamiento.

Entrevistadora: ¿Es la primera vez que lo abordas?

Participante 5: Sí, es la primera vez que lo abordo, y me pudieron traer al recuerdo a mi mente, ahora de manera consciente ese abuso, ósea que la piedra de todo es ese abuso, el abuso.

Entrevistadora: ¿Entonces vos crees que ese abuso fue determinante y pudo haber afectado tu toma de decisiones a lo largo de tu vida?

Participante 5: Sí, porque, ¡ideay!, yo dependía de las decisiones de mi mamá. Yo era un codependiente de ella siempre, toda la vida. O sea que cuando mi familia me abordaba y estaba

en reunión familiar, y había un tema que era de toma de decisiones, siempre había un pleito porque decían... '¡Pero María, deja que hable el niño, que él se exprese!' Ella siempre hablaba por mí, era mi vocera. ¡Por eso yo digo que soy un tullido! Emocionalmente era un tullido, ¡o sea, solo faltaba que mi mamá viviera la vida por mí!

Entrevistadora: ¿Ok, entonces crees que la forma en que tu mamá te trataba y el abuso influyó en la toma de decisiones a lo largo de tu vida?

Participante 5: Sí, un ejemplo: yo era muy acomplejado. Había temas que no me gustaban; era muy inestable en mis relaciones, porque, en realidad, a los 18 años no hallaba mi identidad sexual. O sea, porque en realidad a mí no me gustaba hacer eso, pero lo hacía porque lo tenía que hacer. Algo en mi mente me lo decía. Hasta el momento he sido demasiado inestable en mis decisiones. Ahorita yo te digo que quiero hacer esto. Bueno, ahorita, en este proceso, siempre me he mantenido, pero antes de entrar, yo me lo proponía y tenía esa energía para hacerlo, pero algo me pasaba y, ¡pum!, me decaía. O sea, que era muy ambivalente en mi vida.

Entrevistadora: Y antes de empezar a hablar en terapia sobre este abuso, vos habías tenido recuerdos, ¿pensamientos sobre ese momento?

NOTA: *En respuesta a la pregunta anterior, se presenta el relato del participante 5, cuya sensibilidad del contenido merece una cuidadosa descripción. El participante compartió una experiencia profundamente impactante de su infancia, la cual ha influido de manera significativa en su desarrollo emocional. Recordó cómo, en su niñez, el tiguilote se convirtió en un símbolo de recuerdos traumáticos asociados con el abuso que había padecido. Este recuerdo fue desbloqueado por la asociación de la fruta, que evocó en él momentos dolorosos en los que el abusador utilizaba el tiguilote como parte de un acto que le generaba una intensa repulsión. A medida que avanzaba en su proceso terapéutico, el participante comenzó a revivir esos momentos, lo que desató en él una serie de emociones profundas, como el enojo y la impotencia.*

Entrevistadora: ¿Sentías que esa era una manera de protegerte?

Participante 5: Porque, en realidad, siempre quise proteger mi mente. Aunque estuvo de manera inconsciente, nunca había detectado esa hostilidad que siempre estuvo ahí hasta ahora que caí en este programa y "lo encontré." Es que eso ha sido la piedra angular.

Entrevistadora: ¿Qué pensamientos surgían cuando enfrentabas esos recuerdos relacionados con el trauma?

Participante 5: Bueno, en realidad, cuando escuchaba otros compartimientos, eso ya estaba aflorando. Pero yo decía... "uy, me, pero si yo lo digo voy a sonar como si fuera un homosexual." Luego pensé... "no, pero si no te liberas, eso va a andar ahí." Siempre fui homofóbico; me daba cosa. Nunca le expresé a mi mamá eso.

Entrevistadora: ¿Qué emociones experimentabas?

Participante 5: Rencor, desprecio por esa persona. Cuando yo empezaba a ver ese video en mi mente... asco, impotencia. Pero fíjate qué cosas de la vida, ¿verdad? Ahora que lo veo conscientemente, yo no le tengo un rencor a él. Yo lo miraba en todo, pero de repente, cuando lo quedaba viendo, él me bajaba la mirada y, de repente, se venía el vago recuerdo de que él me había hecho algo. Pero yo no sabía qué era, porque ese recuerdo estaba bloqueado. Entonces, aquí, con compañeros que fueron abusados, hice una asociación en mi mente, y se fue por ahí; se desbloqueó un recuerdo de una u otra manera. Llegué a sentir rencor hacia ese muchacho, odio, desprecio, pero actualmente no.

Entrevistadora: Vos decís que no sentías amor por tu mamá. ¿Qué es lo que sentías por ella?

Participante 5: El complejo de Edipo. Porque yo vivía solo con mi mamá yo llegue a detectar que yo sentía cierta atracción por ella, por su físico, porque ella salía del baño y salía sin brasier, entonces yo la miraba con otros ojos, y eso me hacía sentir mal, porque yo estoy consciente de que ella era mi mamá, muchos sueños, en los cuales yo tenía relaciones con ella y en realidad me gustaba en el sueño, pero ya después yo cuando me levantaba y yo no comprendía porque hacía eso, yo me sentía con asco... púchica, estoy enfermo decía yo... es mi mamá, porque siento esto... y eso me acosaba, porque eso era a cada rato. Ya mi mamá esta fallecida, en el 2020 falleció, y ya no he tenido sueños así. Pero tal vez porque en realidad ella era bien unida conmigo, era mi mami pues, me entiende.

Entrevistadora: ¿Hubo otras circunstancias en la que sentiste que tu mamá no estuvo para vos emocionalmente?

Participante 5: Es que ella viajaba mucho. Nunca estuvo para mí emocionalmente, yo no contaba con ella en ese sentido, sí en lo material, porque ella me daba todo y aparte que era permisiva, nunca me negaba nada.

Entrevistadora: ¿Te hizo falta la figura paterna?

Participante 5: Pues, en realidad sí, pero es algo contradictorio. Porque yo era el que protegía a mi mamá de mi papá. Él llegaba alcoholizado, y muchas veces la obligaba a tomar, ¡y yo miraba eso! Una vez, me le vine encima, teniendo solo 7 años. ¡Me les vine desde una carne asada que estaban comiendo! Porque él a fuerza quería que ella tomara, y yo decía... '¿Qué es lo que le pasa a usted?' Le di una patada y me fui, ¡me crucé la calle!

Cuando él llegaba borracho, a mí me daba asco, ¡sentir su barba sin rasurar! Le tiraba la puerta en la cara, siendo pequeño. Es que no me gustaba cómo llegaba, me incomodaba verlo dormido, roncando ahí. Al final, yo mismo sané esa herida. Hice un ejercicio con él, porque él nunca estuvo presente. Estuvo pasando porque mi mamá le puso una demanda alimenticia. Hasta que tuve 24 años, dejó de dar, pero cuando mi mamá falleció, yo ya tenía 27.

Yo traté de idear cómo localizarlo, y lo encontré por Facebook. Logré llamarlo y le dije: 'Mire, papá, soy F5, se murió mi mamá'. ¡Y él me dice... "¿En serio?"! Y yo le digo: 'Sí, no estoy bromeando'. Y él me dice: 'Yo también he estado enfermo'. ¡Pero nunca me dijo: "Te voy a llegar a ver", o "Estamos en contacto", ¡o "Te voy a apoyar"! Nada. Bueno, le dije, 'Ahí estamos en contacto'.

Después hice un ejercicio. Me sentía solo, porque en realidad yo vivo solo en mi casa, y me dije... 'Púchica, me gustaría conocer a mis hermanos, porque tengo 8 hermanos'. Tres veces le dije: 'Papá, mire, me gustaría conocer a mis hermanos'. 'Sí hijo, ahí los vas a conocer, ahorita estamos atareados.' La segunda vez me dijo lo mismo: 'Sí, sí, sí.' Y a la tercera ya me programé: 'Si este señor me vuelve a hacer lo mismo, ¡yo no vuelvo a insistir!' Y si lo vuelvo a ver, con mucho

gusto lo abrazo, lo saludo, pero no hay rencor claro con él. ¡Él no llegaba a los días del padre en el colegio! Yo me sentía solo.

Entrevistadora: ¿Qué edad tenías cuando los dejo?

Participante 5: A los 4 años más o menos. Pero llegaba a frecuentar a mi mamá, pero solo llegaba a hacer eso, a crear una inestabilidad.

Entrevistadora: ¿Los complejos que mencionas, los tuviste a partir de tu abuso?

Participante 5: Sí, porque en realidad, cuando era pequeño, sentía que no encajaba en ningún grupo. "Nadie me comprendía", ni siquiera yo mismo podía entenderme. Era algo que cargaba que ni yo mismo me daba cuenta; no podía explicarlo porque estaba bloqueado. En mi mente había un bloqueo. Me consideraba "el incomprendido", pero tampoco sabía cómo expresar lo que sentía, ya que estaba en un modo automático.

En cuanto a las amistades, siempre me sentí atraído por personas mayores. Ahí, cerca de mi casa, había una cancha donde había "círculos de vagos" bebiendo y fumando. Dado que mi mamá no estaba presente, yo salía y me unía a ellos. Observaba cómo andaban bebiendo, y luego se ponían "bolos". Después, cuando estaban fumados, yo estuve expuesto a ese tipo de cosas. Con el tiempo, eso se me hizo costumbre, y nunca le hice caso a mi mamá cuando me decía: "Venite, no estés con los vagos". Porque, cuando realmente necesitaba su presencia, "ahí no estuvo ella", y eso contribuyó a que no le prestara atención.

Entrevistadora: ¿Entonces, era tu necesidad de encajar en ese grupo?

Participante 5: Sí, porque ahí era donde no me juzgaban. Mi abuela, cada vez que llegaba a casa, solo se dedicaba a reprocharme por las cosas que había hecho mal y me comparaba con otros, lo cual me resultaba muy desagradable. Me decía: "Mira, ¿por qué no eres como esos otros niños?" Y, claro, mencionaba a otros que también no tenían a su papá. Entonces, el único lugar donde no me juzgaban y me hacían sentir parte de ellos era en esos grupos. Me hacían sentir bien, porque, muchas veces, cuando empecé a consumir, yo era la pieza fundamental; era el que aportaba el dinero. Eso elevaba mi ego y me hacía sentir un bienestar tremendo en el cuerpo, incluso sin

haber consumido. Por un lado, tenía el poder y la atención de ellos. Esta fue la vía más fácil para escaparme de la realidad.

Entrevistadora: ¿Hubo en tu casa alguna otra situación específica, aparte del abuso, que te generara estrés?

Participante 5: En realidad, solo la ausencia de mi mamá. Esa ausencia es, de hecho, una de las razones por las que sufrí el abuso. Por otro lado, mi mamá tenía dos adicciones: la ludopatía y el tabaquismo. Pude ver cómo luchaba con ambas. Yo era parte de esa adicción, porque, cuando era pequeño, ella me llevaba a las maquinitas mientras jugaba y fumaba, y yo estaba a su lado. Recuerdo un evento específico que me causó una gran decepción en relación con mi mamá.

Entrevistadora: ¿Qué evento fue ese y qué edad tenías?

Participante 5: No sé, tal vez como unos 14 años por ahí o 17. A ella le habían pagado un dinerito, ella ya había dejado el cigarrillo y ella me dijo lo deje por vos, porque te estaba afectando, y había dejado las maquinitas, un día ahí en plaza inter recuerdo que ella estaba jugando en esos juegos que se ponen ahí en plaza inter con unas chibolas que se ponen a estafar los majes ahí, y se dejó llevar y me llama, yo estoy en la casa y me dice mira hijo tráeme un sobre que esta allá, yo de tonto se lo llevo que era un pago que le habían hecho, y llego y solo era dárselo para que siguiera pagando esas chochadas que al fin y al cabo gasto más de 3000 córdobas y le dieron una cafetera que costaba como 700 pesos, yo venía enojadísimo con ella, porque nos habíamos quedado sin comer. Entonces en realidad yo tuve mucho libertinaje en mi infancia, cuando mi mamá no estaba, yo también pasaba en los Nintendo, siempre estuve expuesto a que me pasaran muchas cosas fuera de mi casa, pero más que todo yo consumía porque aparte de que me gusto la primer sensación, me daba placer, porque mi cuerpo se mueve por placer, mi cuerpo está adaptado y mi mente ha estado adaptada al placer, por ejemplo un recuerdo que tengo de mi mamá es algo que yo vine a trabajar aquí el sistema de recompensa, ósea que si vos no me das algo a cambio yo no hago nada, entonces yo estoy tratando de romper eso, ni que me des las gracias no me importa, voy hacer el servicio no importa, porque el bienestar es para mí, ahora yo entiendo eso.

Entrevistadora: Menciona cuales eran los patrones de conducta que podías identificar en tu madre que de alguna manera vos también adoptaste.

Participante 5: "Mi mamá fue una influencia importante en mi vida, y reconozco que adopté muchos de sus patrones de conducta. A menudo reflexiono sobre esto y continúo trabajando en esos aspectos. De hecho, siempre he sentido que tenía una hipersexualidad, algo que considero provocado por el ambiente en el que creció mi madre."

Entrevistadora: ¿Qué ambiente era ese?

Participante 5: Mi mamá ella era socióloga- periodista, ella hizo un estudio aquí en Nicaragua que era para introducir el preservativo en los años 90, tenía como 7 años, ya había pasado esa vaina del abuso, entonces era el punto fronterizo, trabajar con las trabajadoras sexuales, Peñas Blancas y Guasaule, trabajaba con los furgoneros, entonces después se tiró a ir a donde trabajan las trabajadoras sexuales, ahí por las palomeras por donde era microfer, entonces ella me llevaba, y yo miraba a las trabajadoras sexuales en vestidito, con hilo y todo mate y yo viendo como le ponían el condón en los dildos y hay unas que los ponían con la boca y yo me quedaba viéndoles los pechos a las mujeres y ya quedaba en mi mente aturdida, que me hizo eso a hacer, que cuando yo comienzo a consumir cocaína, yo consumía y necesitaba ir a un putero, y yo estuve una adicción a las trabajadoras sexuales y yo me escapaba de mi casa para ir a un putero, porque eso me gusto, incluso llegue a tener problemas sexuales, porque yo no podía tener una relación sexual si no estaba con mi dosis adentro.

Entrevistadora: ¿Vos correlacionas la hiperactividad sexual por la exposición al ambiente donde tu mama te llevaba?

Participante 5: Apoyo, porque yo ya conocía el mundo sexual desde los 5 años, porque después del abuso fue que yo me comienzo a masturbar, esa exposición a la que mi mama me sometía fue dos años después de mi abuso, todo fue una secuencia de sucesos que me iban marcando. Fue como el efecto de una bola de nieve, que viene arrastrando todo, y ahí se venía formando el monstruo.

Entrevistadora: ¿Podrías expresarme con tus propias palabras cada hecho que fue arrastrando esa bola de nieve que mencionaste?

Participante 5: Sí, mi papá era una persona con comportamientos agresivos y que consumía alcohol. Después, su ausencia impactó mi vida. Mi mamá era permisiva y me daba lo que quería, pero también estaba ausente en momentos importantes. Luego, experimenté una situación difícil a los cinco años, lo que llevó a una etapa de rebeldía en mí. Mi mamá me exponía a entornos donde no debería haber estado, y el juicio de mi abuela por no ser como ella deseaba me fue transformando. Todo eso se fue acumulando, afectando profundamente mi desarrollo emocional.

Entrevistadora: ¿Como te juzgaba tu abuela?

Participante 5: Pues, cada vez que me miraba en alguna reunión familiar, no podía verme ahí, porque comenzaba a decirme que no hagas esto que no hagas aquello, el fulanita tampoco tiene papa y no se porta así, entonces eso era problema porque a mí mamá no le gustaba, ¿qué hacía mi mamá? Me decía que el ambiente donde mi abuela era tóxico, y lo que hizo es aislarme, no volvíamos a ir donde mi abuela, porque a ella no le gustaba que a mí me dijeran nada. Ella decía... mi mamá me lo está maltratando, entonces en realidad mi vida desde pequeño viene eso, he venido atando cabos y he venido viendo como mi vida se fue transformando desde la infancia.

Entrevistadora: ¿Cómo cambió tu percepción del consumo de sustancias a lo largo del tiempo, en función de tus emociones?

Participante 5: Actualmente, consumía para opacar un sentimiento o una emoción que se me venía, como la impotencia o el disgusto. Recuerdo una vez que mi abuela me dijo: '¡Usted es el que mató a su madre!' Eso me hizo sentir tan mal que, en ese momento, necesitaba bienestar y placer. Con el tiempo, me doy cuenta de que mi problema no han sido las drogas, sino un patrón de conducta: no saber afrontar mis emociones y no ser responsable de ellas.

Ahora, he desarrollado una inteligencia emocional. Cuando estoy triste, me pregunto: '¿Por qué estás triste? ¿Vale la pena estarlo por esto?' Y, generalmente, me doy cuenta de que no vale la pena. Estoy escudriñando mi mente, y para afrontar esas emociones, he trabajado en la inteligencia emocional. Me doy tiempo cuando tengo una emoción que no puedo manejar. Antes no me hablaba a mí mismo; ahora lo hago. Actualmente, estoy orando, le he entregado mi vida a Dios y me he creado hábitos, como levantarme temprano.

Entrevistadora: ¿Cómo cambió la gestión emocional a lo largo de su vida?

Participante 5: Antes no sabía lo que era gestionar las emociones; no me lo permitía. Ahora, estando en el centro, he aprendido con las distintas terapias lo que es la inteligencia emocional. Recuerdo que hasta llegué a un punto en que quería suicidarme cuando mi mamá falleció. Me decía a mí mismo: 'Si me ahorco, eso debe doler. Si me corto la garganta, jeso debe doler aún más porque te desangras!'. Incluso me preguntaba... '¿quién me podrá regalar un balazo?'. Pero en realidad, me estaba suicidando lentamente con el consumo.

Ahora, estoy trabajando en detectar lo que no vale la pena, para que mi cerebro funcione de manera automática y pueda ver normal lo que realmente es normal. Hago respiraciones y me gusta fijar la vista en un punto donde no haya bulla. Comienzo a hacer algo que me agrada, como observar los pajaritos. Hay un guardabarranco que siempre llega donde estoy yo, y comienzo a mirar las mariposas, los colores de los árboles... cosas simples que, de adicto, nunca les presté atención. Veo los colores de la naturaleza y me ha servido hacer ese tipo de ejercicios que nos han enseñado ustedes y las otras psicólogas.

Entrevistadora: ¿Qué experiencias cambiaron tus perspectivas sobre el consumo y te llevaron a tomar la decisión de internarte en el centro?

Participante 5: La única experiencia que tuve, y que me dio miedo, fue mi último día de consumo, el 26 de mayo de este año. Era el aniversario de mi mamá, cuatro años de fallecida. Mi espíritu ya se estaba apagando, y yo dije, 'el 26 le voy a regalar eso a mi mamá, ya no voy a consumir'. Pero antes de tener esa charla conmigo mismo, le entregué mi vida a Dios. Le dije, 'Señor, mándame a traer porque soy un cobarde, no puedo ya vivir, no quiero'.

El último día que estuve consumiendo, sentí que mi cuerpo no me respondía, que no tenía oxígeno. Caminaba como una araña, ¡mi cuerpo no me respondía! En mi sofoco, escuché una voz que decía... '¿De verdad te quieres morir?' Y yo, con más miedo, sentí algo que me agarró, me volteó y caí de rodillas. Como mi cuerpo no respondía, caí de cabeza y me golpeé los dientes contra el concreto. '¡Me morí!', pensé. Como pude, me levanté. 'No me desnucaste', me dije, '¡no me quebré el cuello!' Me toqué los dientes, y al ver que los tenía, se me quitaron las ganas de fumar. Me fui a acostar.

Al día siguiente, me levanté con toda la pena moral, y me fui al parque, al fondo de donde está la casa de mi abuela. Vi el carro de mi tío parqueado, anhelando ayuda. Un guardia de seguridad me vio, todo inflamado por el golpe y con las encías inflamadas, y me dijo: '¿Qué te pasó? ¡Vos solo estás esperando morirte solo en tu casa! Te van a encontrar podrido si no cambias tu vida'.

Fue entonces cuando busqué la ayuda de mi tío. Estar a un paso de la muerte me hizo reflexionar, y me di cuenta de que, si trabajo y fortalezco mis emociones, no voy a tener necesidad de consumir.

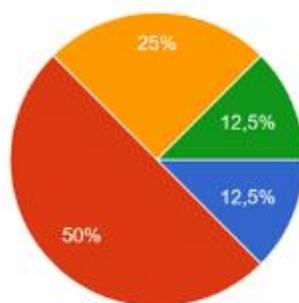
Fin de entrevista

Anexo 10. Información Obtenida mediante Encuesta

Edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas

1. ¿A qué edad inició su consumo de sustancias?

8 respuestas

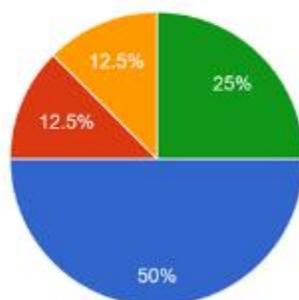


- Tenía menos de 12 años
- Entre los 12 y 15 años
- Entre los 16 y 18 años
- Tenía más de 18 años

Sustancia de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas

2. ¿Cuál fue su droga de inicio?

8 respuestas

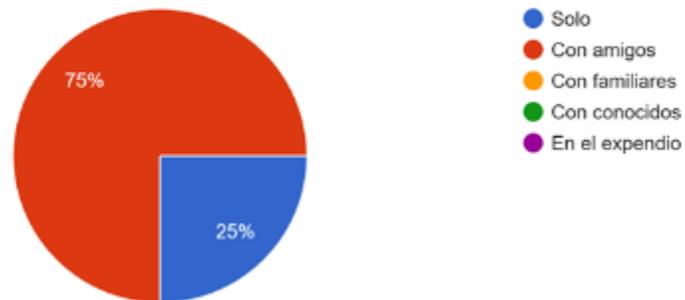


- Marihuana
- Cigarrillos
- Alcohol
- Crack

Compañía en el consumo de sustancias psicoactivas

3. ¿Con quién consumía generalmente sustancias psicoactivas?

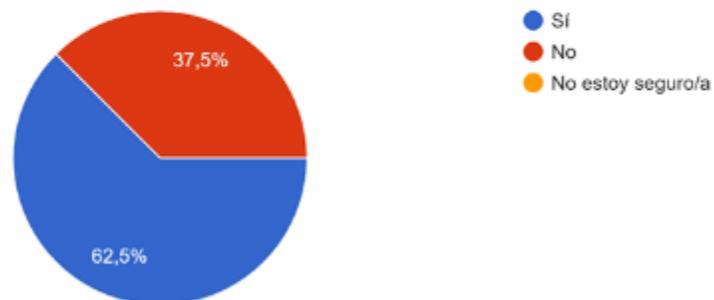
8 respuestas



Percepción sobre la normalización del consumo de sustancias en el entorno

4. Antes de empezar a consumir, ¿Cree que el consumo de sustancias era algo normalizado en su entorno?

8 respuestas



DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS DE PUBLICACIÓN

Nosotros, Lisandra Seleste Palacios con cédula de identidad 001-250891-0021C, Ana Julia Rocha Rivera con cédula de identidad 004-021190-0000G, y Lester Emmanuelle Ayerdis Olivero con cédula de identidad 001-260284-0009Q, egresados del programa Licenciatura en Psicología, declaramos que:

El contenido del presente documento es un reflejo de nuestro trabajo personal, y toda la información que se presenta está libre de derechos de autor, por lo que, ante cualquier notificación de plagio, copia o falta a la fuente original, nos hacemos responsables de cualquier litigio o reclamación relacionada con derechos de propiedad intelectual, exonerando de toda responsabilidad a la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA).

Así mismo, autorizamos a UNICA por este medio, publicar la versión aprobada de nuestro trabajo de investigación, bajo el título *"Incidencia de los factores psicosociales en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en usuarios internos del centro de rehabilitación Fuente de vida, de la ciudad de Managua, durante el segundo semestre del año 2024"* en el campus virtual y en otros espacios de divulgación, bajo la licencia Atribución-No Comercial-Sin derivados, irrevocable y universal para autorizar los depósitos y difundir los contenidos de forma libre e inmediata.

Todo esto lo hacemos desde nuestra libertad y deseo de contribuir a aumentar la producción científica. Para constancia de lo expuesto anteriormente, se firma la presente declaración en la ciudad de Managua, Nicaragua a los 17 días del mes de enero de 2025.

Atentamente,

Lisandra Seleste Palacios

lpalacios6@unica.edu.ni

Firma: _____

Ana Julia Rocha Rivera

arocho5@unica.edu.ni

Firma: _____

Lester Emmanuelle Ayerdis Olivero

lesther.ayerdis@yahoo.es

Firma: _____