



**“Factores asociados al avance en los procesos de rehabilitación, en
mujeres con trastornos por consumo de sustancias, entre 21 y 62 años,
en la comunidad Nueva Vida Peumayen, de Santiago de Chile”**

Fabiola Bosques Guzmán, Carolina Jara Amador, Eileen Villouta García

UNIVERSIDAD DE ARTES, CIENCIAS Y COMUNICACIÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Profesora Pamela Montero Ruiz

18 de Enero de 2024.

**FACTORES ASOCIADOS AL AVANCE EN LOS PROCESOS DE
REHABILITACIÓN, EN MUJERES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE
SUSTANCIAS, ENTRE 21 Y 62 AÑOS, EN LA COMUNIDAD NUEVA VIDA
PEUMAYEN, DE SANTIAGO DE CHILE.**

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo determinar la relevancia de la "relación y cuidado de los hijos" como un factor que facilita el progreso entre los diferentes estadios motivacionales dentro de un proceso de rehabilitación, dirigido a mujeres con trastorno por consumo de sustancias. Se busca identificar los factores determinantes de este avance, así como medir y comparar su peso relativo. La muestra estuvo compuesta por 22 mujeres, con edades comprendidas entre los 21 y 62 años, pertenecientes a la comunidad "Nueva Vida Peumayen" de la comuna de San Bernardo, en la Región Metropolitana. Para llevar a cabo la medición, se diseñó una encuesta enfocada en examinar aspectos personales de las participantes. Para comprender la asociación entre las diferentes variables en el avance entre los estadios de cambio y la adherencia en el proceso de rehabilitación. Se empleó el cuestionario de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA), basado en el Modelo Transteórico del Cambio de James Prochaska y DiClemente. Según los resultados obtenidos en esta investigación, no se observaron diferencias significativas en el grado de avance entre los grupos de participantes con hijos y sin hijos. Esto sugiere que el rol de la maternidad y el cuidado maternal no necesariamente influyen de manera significativa en el progreso durante el tratamiento de rehabilitación, sin embargo, se necesitan más investigaciones para profundizar en esta relación.

Palabras clave: Mujeres, hijos, maternidad, maternaje, consumo de sustancias, estadios motivacionales, cambio, rehabilitación.

Abstract

The present study aims to determine the relevance of "parenting and childcare" as a facilitating factor for progress among different motivational stages within a rehabilitation process, targeting women with substance use disorder. It seeks to identify the determinants of this progress, as well as to measure and compare their relative importance. The sample consisted of 22 women, aged between 21 and 62 years, belonging to the "Nueva Vida Peumayen" in San Bernardo city, in the Metropolitan Region. To carry out the measurement, a survey focused on examining personal aspects of the participants was designed. To understand the association between different variables in the progress between the stages of change and adherence in the rehabilitation process, the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) questionnaire was used, based on James Prochaska and DiClemente's Transtheoretical Model of Change. According to the results obtained in this research, no significant differences were observed in the degree of progress between groups of participants with and without children. This suggests that the role of motherhood and maternal care does not necessarily significantly influence the progress during the rehabilitation treatment, although further research is needed to delve into this relationship.

Keywords: Women, children, motherhood, childcare, substance use, motivational stages, change, rehabilitation.

Introducción

Chile se encuentra en el número uno en consumo de estupefacientes, "en América del Sur, Chile se destaca con una tasa de consumo de marihuana sobre el 30%, seguido de Uruguay con un registro sobre el 15% y Argentina sobre el 10%". Con respecto al consumo de cocaína, Chile vuelve a encabezar la lista a nivel continental (OEA, 2019).

Unos 275 millones de personas en todo el mundo, es decir, aproximadamente el 5,6% de la población mundial, de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión, en 2016. Unas 31 millones de personas que consumen drogas,

padecen trastornos derivados de ello, lo que significa que ese consumo es perjudicial, hasta el punto de que podrían necesitar tratamiento (UNODC, 2018).

Según el informe mundial sobre las drogas del año 2018 de las Naciones Unidas, nos revela que, en promedio las mujeres empiezan a consumir drogas más tarde que los hombres y que el uso por parte de las mujeres está fuertemente influenciado por la intimidad con sus parejas que son consumidoras (United Nations, 2018).

En los últimos años se han llevado a cabo varios estudios que han comenzado a explorar las diferencias de género en el tratamiento por dependencia de sustancias, los resultados distan mucho de ser concluyentes (Fernández-Montalvo, et al., 2014, citado en Santos-de Pascual, et al., 2020).

Castillo et al (2003, citado en Santos-de Pascual, et al., 2020) encontró que la escasez de investigaciones que atiendan a las diferencias de género puede estar mediada por la dificultad existente de conseguir muestras suficientemente importantes de mujeres con problemas de consumo, que permita estudiar con un mínimo de representatividad, la incidencia y características de la drogodependencia en mujeres.

En Chile en el año 2019, un tercer estudio consecutivo arroja que, la proporción de mujeres que han consumido alcohol durante el último mes es mayor a la de hombres, con 32,5% y 27,2%, respectivamente. Con relación a lo anterior, cabe también destacar que en el caso de la marihuana (y por primera vez en la serie de estudios) el uso de esta sustancia es mayor en mujeres que en hombres, representando un 27,7% y un 25,9%, respectivamente (SENDA, 2020).

A pesar del aumento sustancial que ha alcanzado el consumo de drogas entre mujeres, Del Pozo (2005, citado en Jarpa-Arriagada, et al., 2021) indica que la adicción continúa siendo considerada un problema propio de la población masculina. De esta manera, los datos disponibles sobre las mujeres han sido extrapolados con ligereza desde la realidad de los

hombres, lo que ha ahondado el desconocimiento de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas.

La expectativa social de que las madres asuman el papel de cuidadoras primarias, ejerce una presión adicional sobre las mujeres a la hora de elegir sus opciones de tratamiento, ya que el tratamiento puede afectar sus roles como madres. (Chou et al., 2019)

La duración de los tratamientos varía según la evaluación integral que se realice a la persona, pero se recomiendan según el plan de tratamiento al que ingresa, una duración estimada de 6 meses para el plan ambulatorio básico, 8 meses para el ambulatorio intensivo y 12 meses para el plan residencial. (SENDA-MINSAL, 2014).

De acuerdo a lo planteado por (Gómez Moya et al., 2007; Romo, 2005, citado en Jarpa-Arriagada, et al., 2021) en este escenario, el abordaje del fenómeno de consumo problemático en mujeres, supone mayores desafíos en el desarrollo de un adecuado proceso terapéutico, siendo necesaria la integración de la perspectiva de género en los planes de intervención diseñados, así como la elaboración de dispositivos de intervención contextualizados a las reales necesidades de las mujeres, considerando al mismo tiempo, las características diferenciadas entre la adicción femenina y masculina.

La literatura da cuenta que en el proceso de rehabilitación de mujeres es muy frecuente observar sentimientos de culpa y un fuerte propósito y deseo de retomar proyectos de vida con los/as hijos/as, acompañados de la urgente necesidad de reparar el daño, así como el temor de no poder concretarlo (Kimelman, 2004).

Según un estudio realizado por el Colegio Australiano de Enfermeras de Salud Mental, el cual tuvo el propósito de explorar los predictores de la autogestión parental entre madres que se ven afectadas por trastornos de salud mental o por uso de sustancias, los autores concluyeron que los tratamientos deben dirigirse a la familia en su conjunto para aumentar la autonomía parental de las madres, ayudando así a criar a sus hijos en el mejor entorno posible (Matsuda et al., 2019).

Según Gómez et al. (2010, citado en Jarpa-Arriagada, et al., 2021) uno de los factores que distingue la experiencia de hombres y mujeres frente al consumo de drogas, es la maternidad y la crianza de los hijos. A partir de lo antes expuesto, nos preguntamos ¿En qué medida la relación y cuidado de los hijos promueven el avance en los procesos de rehabilitación de las mujeres con trastorno por consumo de sustancias?

La participación de las familias o de personas significativas emocionalmente puede constituir un requisito para el ingreso de la persona consumidora al programa, y su participación puede adquirir una importancia crucial para sostener el proceso terapéutico de ésta (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, 2004).

Tanto en el mundo, como en nuestro país, la intervención en drogas ha tenido un escaso desarrollo, en cuanto a conocimientos y estrategias, respecto a las diferencias que se manifiestan en el consumo problemático de drogas, en hombres y en mujeres. El consumo de drogas en las mujeres, generalmente se ha considerado un fenómeno menos prevalente que en los hombres y las prácticas de intervención tienden a homogeneizar tratamientos para hombres y mujeres, como si unos y otras tuvieran las mismas necesidades, sin tomar en cuenta que tanto los patrones de consumo, como sus causas y consecuencias, les afectan de manera diferente (Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación, 2004).

Se ha observado que una vez que las mujeres prueban drogas por primera vez, tienden más rápidamente a volverse drogodependientes que los hombres. Por ese motivo, cuando las mujeres inician tratamientos de rehabilitación, presentan con mayor frecuencia, síntomas más graves que los hombres desde un punto de vista médico, social y conductual. (United Nations, 2018).

Jarpa-Arriagada, et al. (2021), mencionan que en las mujeres que estudiaron, observaron que la decisión que las lleva a ingresar a un proceso terapéutico se precipita justamente por razones de “pérdida” o “amenaza de pérdida” de sus lazos afectivos más intensos con hijos, familia o pareja. Como no logran un control de la conducta desde la

autonomía, sitúan sus expectativas de cambio y transformación en un ente externo que les ayude a recuperar lo que han perdido. El autoconcepto negativo en torno al rol materno, configura un elemento distintivo del consumo de drogas en las mujeres estudiadas.

Es por esto por lo que hipotetizamos, que la relación y cuidado de los hijos es un factor de gran incidencia en el avance de los procesos de rehabilitación de las mujeres con trastorno por consumo de sustancias y a partir de esto, derivamos dos hipótesis secundarias. H1: Cuando existe una mayor relación con los hijos e hijas, existirá una mayor motivación para avanzar en los procesos de rehabilitación de las mujeres con trastorno de consumo de sustancias. H2: Mientras mayor sea la responsabilidad del cuidado de los hijos e hijas, mayor será el avance en los procesos de rehabilitación de las mujeres con trastorno de consumo de sustancias.

Las estructuras de apoyo que facilitan este proceso incluyen el desarrollo de la capacidad empática mediante entrenamiento, así como intervenciones provenientes de familiares y amigos cercanos, que posean relevancia y significado para el individuo. Además, el respaldo puede ser obtenido a través de la participación en grupos de autoayuda, la formación de alianzas terapéuticas, la guía de un consejero y el apoyo proveniente de la red social del individuo. Investigaciones han demostrado que la familia puede actuar como un predictor clave de la adherencia a la terapia, al estar relacionada con la influencia de motivación externa ejercida por los familiares para que el paciente asista a las sesiones iniciales, lo que puede evolucionar hacia una motivación interna (Linares, et al., 2002).

En 1979 James O. Prochaska y Carlo DiClemente publican el libro "Sistemas de Psicoterapia: un Análisis Transteórico". En la década de los ochenta, estos dos investigadores de la conducta popularizaron el *Transtheoretical Model* o Modelo Transteórico del Cambio (en adelante, MTTC), llegando a ser de los abordajes más utilizados en la última década para el tratamiento de las adicciones. Conceptualmente, el MTTC concibe el proceso de cambio en términos de una serie de etapas que no necesariamente implican una secuencia lineal, sino

que conectan de forma circular o en espiral: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento, incluyendo la Recaída (Prochaska & DiClemente, 1984).

En la fase de Precontemplación, el individuo no es consciente de su problema o se encuentra en negación de este, derivando y atribuyendo la responsabilidad de su problemática a factores externos. La siguiente fase de Contemplación, se caracteriza por la ambivalencia entre la decisión de actuar inmediatamente para cambiar o esperar (McWhirter, et al., 2002). Las personas que se encuentran en esta etapa se vuelven muy conscientes de su problema y lo han internalizado como tal, se declaran responsables de su conducta y además declaran (incluso a sí mismos) su intención y decisión de cambiar, sin embargo, por alguna razón no se sienten listos para implementar las acciones y adoptar cambios reales en sus vidas. Si intentan alguna acción, lo más probable es que fracasen por falta de planeación o de motivación (Lopper, 2006).

Durante la etapa de preparación, el individuo inicia el proceso de realizar las adaptaciones requeridas para llevar a cabo el cambio deseado. Esto implica inicialmente la eliminación de la conducta no deseada. En este punto, la persona manifiesta estar lista para tomar medidas concretas, lo que indica que es un momento propicio para comenzar un tratamiento y comprometerse con él (McWhirter, et al., 2002). En este momento del proceso, la autorreflexión progresa desde una evaluación crítica interna hasta la proyección de un escenario futuro alternativo. El inicio de la acción implica una modificación clara y duradera del comportamiento, lo cual implica la implementación de múltiples procesos de cambio. Por lo tanto, esta fase representa la etapa que demanda un esfuerzo más intenso y continuo. Prochaska y DiClemente (1984) han observado que esta fase intensiva de trabajo debe mantenerse durante aproximadamente seis meses antes de que las personas puedan reducir la intensidad de sus esfuerzos, lo que indica un cambio genuino. Durante este lapso, no solo se requiere modificar el comportamiento, sino que también se debe producir un cambio en el nivel

de conciencia, las emociones, la autoimagen, el pensamiento, y otros aspectos similares (McWhirter, et al., 2002).

Finalmente se espera llegar a la fase de mantenimiento que se concreta cuando el cambio se ha estabilizado. Aunque esta etapa suele ser la más ignorada en los tratamientos, se ha encontrado que es la más importante para prevenir las recaídas (McWhirter, et al., 2002). La etapa de mantenimiento, igual que las anteriores, toma tiempo y esfuerzo puesto que significa conocer y realizar los procesos necesarios para asegurar el éxito del cambio realizado. Por eso, esta etapa debe asumirse con mucha seriedad y debe ser ejercida a largo plazo (Lopper, 2006).

El situar a la persona en el estadio más representativo de los cinco que se proponen, permite evaluar cuándo es posible que ocurran determinados cambios de intenciones, actitudes y conductas. Estos procesos engloban todas las actividades, tanto explícitas como implícitas, que una persona suele llevar a cabo para modificar y consolidar su nivel de motivación (Becoña y Cortés, 2011).

Investigar esta materia contribuye a conocer la experiencia femenina del consumo e identificar los factores más influyentes en la movilización entre los estadios motivacionales. Al identificar los factores que prevalecen en la movilización y orientación de la motivación hacia el cambio, es viable desarrollar un plan de tratamiento personalizado para cada paciente, reconociendo sus trayectorias individuales. Este enfoque puede contribuir a reducir la tasa de abandono del tratamiento y aumentar la adherencia al mismo, con el objetivo último de alcanzar una conclusión exitosa del proceso de rehabilitación.

El objetivo principal de este estudio es evaluar el papel crucial de la "relación y cuidado de los hijos" como un elemento que promueve el avance a través de los diferentes estadios motivacionales y, por ende, el éxito relativo de los procesos de rehabilitación en mujeres que sufren de trastorno por consumo de sustancias en la comunidad "Nueva Vida Peumayen" en San Bernardo. En cuanto a los objetivos específicos, se plantea:

(1) Identificar las variables que tienen una mayor influencia en la motivación para el cambio, y que actúan como determinantes del progreso en los procesos de rehabilitación de las mujeres con trastorno por consumo de sustancias. (2) Cuantificar y comparar la importancia relativa de la "relación y cuidado de los hijos" con otros factores que contribuyen al avance en los procesos de rehabilitación de mujeres con trastorno por consumo de sustancias.

Métodos y materiales

Desde una perspectiva cuantitativa, la investigación se propuso determinar la influencia de la maternidad y maternaje¹ en la intervención de mujeres con trastorno por consumo de sustancias. La hipótesis planteada sugiere que la condición y el desempeño del rol materno actúan como impulsores que, al fomentar la disposición al cambio, promueven el progreso en los procesos de rehabilitación.

Población y Muestreo

A la escasa investigación nacional sobre trastorno por consumo de sustancias en mujeres, se agrega la cifra negra que hace de la prevalencia del fenómeno en Chile, un universo desconocido. Para fines de este estudio, el interés recae sobre el segmento de esta población que se somete a tratamientos de rehabilitación. La inexistencia del marco muestral respectivo, no solo hace inviable un muestreo aleatorio, sino también uno intencionado por criterios de representatividad y, de hecho, en último término, la mera selección de participantes. De este modo, se aplicó una estrategia de muestreo por conveniencia, no probabilística, por razones de accesibilidad y en virtud de la autorización y apoyo del centro de rehabilitación Comunidad Nueva Vida Peumayen, donde parte del equipo de investigación se encontraba realizando su práctica profesional. En este sentido, el tamaño ($n= 22$) y composición sociodemográfica de la muestra total y de los grupos a comparar no fueron criterios establecidos por diseño, sino por autoselección, esto es, a partir de las características de la

¹ Maternidad se refiere a la condición de ser madre y Maternaje al ejercicio del rol de crianza y cuidado de los hijos/as.

población residente en el centro al momento de la recolección de datos que estuvo dispuesta a participar voluntariamente en el estudio, firmado el Consentimiento Informado (Anexo 3). Por este motivo, respecto de la variable de interés principal, la muestra estuvo conformada por 17 mujeres que refirieron tener hijos/as (77.3%) y 5 que no (22.7%).

Los criterios de exclusión incluyeron: la presencia de comorbilidad psiquiátrica severa, como el diagnóstico de esquizofrenia y aquellas participantes que fuesen menores de edad.

Diseño

Con pretensiones originalmente explicativas, las condiciones de muestreo y la inviabilidad de manipulación de las variables de intervención o del tratamiento de rehabilitación propiamente tal, obligaron a comparar grupos intactos de mujeres en rehabilitación con y sin hijos, a través de un diseño no experimental, observacional, *expost facto*. El estudio contempló el seguimiento a una muestra de 22 mujeres durante un período de 6 meses, es decir, un diseño longitudinal de medidas repetidas, tipo panel (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

La estrategia de seguimiento consideró tres mediciones:

- (1) Al momento de ingreso al centro, previo al inicio de la intervención, cuyos resultados, por tanto, establecieron la línea base: Tiempo cero (T_0).
- (2) A los tres meses de iniciado el tratamiento residencial: Tiempo uno (T_1).
- (3) Una vez transcurridos 6 meses desde el ingreso al centro, período a partir del cual – según El Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska & DiClemente, 1984) – ya es esperable observar efectos del tratamiento: Tiempo dos (T_2).

Variables e Instrumentos de Medición

Para la medición de la variable dependiente se aplicó el *test* de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (*test* URICA por su sigla en inglés), basado en el Modelo Transteórico del Cambio (MTTC) desarrollado por los autores James O. Prochaska y Carlo DiClemente (1984). Este *test* tiene el propósito de evaluar el grado de disposición al cambio,

distinguiendo entre los cuatro estadios motivacionales del modelo: Precontemplación, Contemplación, Preparación/Acción y Mantenimiento.

Se trata de una escala Likert, compuesta por 32 ítems formulados como afirmaciones ante las cuales se solicita al encuestado indicar su grado de acuerdo/desacuerdo en un continuo de 5 niveles (Anexo 1). Cada ítem otorga puntaje a un estadio motivacional específico, de acuerdo con la Tabla 1.

Tabla 1.

Clasificación ítems URICA según estadio motivacional

Estadio	Ítems
Precontemplación (PC)	1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31.
Contemplación (C)	2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24.
Preparación para la Acción (A)	3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30.
Mantención (M)	6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32.

A partir de la tabulación de las respuestas, se calcula la puntuación para cada estadio motivacional y luego, se aplica la siguiente fórmula aritmética para obtener el puntaje total en la escala que, situando al individuo dentro de una de las etapas o estadios motivacionales del MTTC, determina la disposición al cambio en un momento dado.

Disposición al cambio

$$(C + A + M) - PC$$

Para la categorización de la disposición al cambio a través del *test* URICA, se dispone de los siguientes rangos de puntaje para cada estadio motivacional:

Tabla 2.*Interpretación del Puntaje URICA*

Disposición al Cambio	Puntaje URICA
Precontemplación (PC)	Hasta 8
Contemplación (C)	8.1 - 11
Preparación para la Acción (A)	11.1 - 13.9
Acción-Mantención (M)	Desde 14

A partir de los resultados del *test* URICA, el avance en los procesos de rehabilitación, como variable dependiente, fue operacionalizado a través de dos indicadores definidos *a priori* y otro construido con base en puntos de corte establecidos empíricamente a partir de los datos de la investigación.

1. **Aumento de la disposición al cambio respecto de la línea base:** se refiere al posicionamiento en un estadio motivacional superior al inicial (T_0), usando los puntos de corte disponibles en la literatura, la categorización de la Tabla 2.
2. **Valores positivos de la diferencia entre puntajes de seguimiento respecto de la línea base:** es decir $T_x - T_0 > 0$.
3. **Diferencias entre puntajes > 0.73.** A partir de las diferencias observadas en los datos empíricos se establecieron puntos de corte, dividiendo la distribución en cuartiles, como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3.*Clasificación empírica de los resultados del proceso de rehabilitación*

Resultado	Rango Dif. Ptjes.	
RETROCESO	-4.29	-0.643
ESTANCAMIENTO	-0.65	0.715
AVANCE	0.73	1.68
AVANCE SUSTANTIVO	1.69	3.71

URICA ha sido validado y es utilizado como medio de diagnóstico en tratamientos e investigaciones para programas clínicos que buscan transformar los hábitos de salud y para estudiar procesos de motivación y cambio.

Vallejos, et al. (2019). Realizaron un estudio que tuvo por objetivo identificar la validez y confiabilidad de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island. En este estudio se empleó una muestra no probabilística de 105 varones dependientes a sustancias psicoactivas, cuyas edades fluctúan entre los 18 y 60 años, siendo 91 de las Comunidades Terapéuticas y 22 de un Centro de día de la ciudad de Trujillo. La Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island presenta una confiabilidad aceptable por haber obtenido mediante el Alpha Cronbach ($r = .81$) y su validez de constructo se probó con la técnica de Análisis Factorial Exploratorio encontrándose evidencia empírica que apoya la existencia de cuatro Estadios de Cambio (Precontemplativo, Contemplativo, Acción y Mantenimiento) para la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA).

Junto con la primera medición de estadios motivacionales que establece la línea base de la disposición al cambio, se aplicó un cuestionario complementario que, entre otros datos sociodemográficos, recogió la información sobre la variable independiente de interés:

- Maternidad: condición de ser madre operacionalizada a través de la respuesta afirmativa a la pregunta dicotómica ¿Tiene hijos/as?
- Maternaje: ejercicio de la crianza, o sea, cuidar, proteger y dar cariño a los hijos (Goodwin & Huppatz, 2010), operacionalizada a través de ocho (8) preguntas que buscan caracterizar la relación con los hijos/as a partir de: su edad (mayor/menor de edad); residencia/convivencia y frecuencia de contacto (en caso de no residir en el mismo hogar); calidad del vínculo (bueno/regular/malo); interés/anhelo de pasar tiempo con ellos e interés por favorecer la revinculación y retomar las responsabilidades parentales.

El cuestionario fue construido por el equipo de investigación y estuvo compuesto por diecinueve (19) preguntas de selección múltiple, que permitieron levantar datos sobre eventuales factores adicionales de la disposición al cambio y el avance en los procesos de rehabilitación: Edad; Nivel de estudios; Situación laboral; Situación sentimental; Problemas judiciales; Años de consumo; Tratamientos anteriores; Recaídas; Aspectos que más extraña; Red de apoyo; Relación con la familia; Situación habitacional (Anexo 2).

Gestión Ética

Las participantes accedieron de manera voluntaria a realizar al test ÚRICA (ver anexo 3) y a una encuesta diseñada por las investigadoras (ver Anexo 4), que incluyó preguntas de respuestas cerradas. Ambos documentos fueron enviados previamente a las autoridades de la comunidad a través de correo electrónico para su conocimiento. Esta documentación será tratada de manera confidencial y anónima.

Durante el proceso de investigación, podrían enfrentarse eventualmente a riesgos potenciales, como la incomodidad al responder preguntas sensibles o sentimientos de vergüenza. Es importante mencionar que este estudio, puede o no resultar beneficioso para las participantes.

A pesar de aceptar participar voluntariamente en un principio, las participantes tienen la libertad de retirarse en cualquier momento sin temor a sufrir consecuencias adversas.

La participación en este estudio no conlleva ningún costo ni se ofreció compensación económica. La información recopilada fue almacenada por el equipo de investigación en instalaciones privadas y fue utilizada exclusivamente con fines académicos.

Para la resolución de consultas, dudas o algún reporte sobre cualquier inconveniente relacionado con la participación, se pusieron a disposición las direcciones de correo electrónico del equipo de investigación y de la profesora guía que cumple el rol de Investigador Responsable.

Se obtuvo la autorización correspondiente del centro de investigación a través de una carta de convocatoria, que detalla el propósito del estudio, en la cual se informa que se considera fundamental investigar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las usuarias en proceso de rehabilitación, ya que esta información permitirá identificar y fortalecer los factores que potencian la motivación para el cambio.

Los resultados de esta investigación fueron utilizados con fines académicos y compartidos con la comunidad terapéutica Nueva Vida Peumayen para fines psicoterapéuticos. Además, se proporciona una explicación detallada de la metodología del estudio, que consistió en tres mediciones, con un intervalo de tiempo equivalente a tres meses entre cada toma. Esta estrategia tiene como objetivo evaluar y analizar el progreso en el proceso de rehabilitación de las participantes.

Finalmente, se subraya que la participación en el estudio es completamente voluntaria, anónima y confidencial.

Procedimientos

Una vez que se contó con la autorización formal del Director del centro a través de la firma de un documento (Anexo 4), se dio inicio a la fase de recolección de datos que, en la primera instancia (T_0), contempló la aplicación de dos instrumentos: (1) el test URICA para medir el avance en el proceso de rehabilitación y (2) un cuestionario complementario de caracterización sociodemográfica, incluyendo la variable de interés principal (maternidad y maternaje), así como otras relacionadas con el consumo. Dado que el propósito del seguimiento era la medición del avance, las siguientes tomas de datos sólo contemplaron la aplicación del test URICA.

En primera instancia, se programó un período de 3 semanas para llevar a cabo la primera medición. Sin embargo, esto resultó imposible debido a los criterios de exclusión y la naturaleza voluntaria de la participación, ya que, gran parte de las internas estaban diagnosticadas con alguna patología psiquiátrica severa o aún no contaban con la edad

suficiente para ser incorporadas a nuestra investigación. Situación que nos dejó con una muestra de trece (13) participantes. Esta circunstancia nos llevó a tomar la decisión de extender el plazo de la primera medición a un lapso de tres meses, con el fin de contar con una muestra más amplia para nuestra investigación, reconociendo que esta decisión podría tener implicaciones pragmáticas en nuestros resultados. Logrando recolectar 3 participantes más en julio y 8 en septiembre, obteniendo una desviación estándar de 2.503.

La primera medición (T_0) se dio por iniciada el 06 de junio de 2023 y se prolongó hasta el 20 de septiembre del mismo año. Durante esta fase inicial, se llevó a cabo la medición de la variable dependiente, la cual se fue realizando a medida que las pacientes se incorporaron al tratamiento. Esto nos proporcionó una línea base para evaluar el “Avance” en el tratamiento. En esta misma instancia se administró una encuesta única que abordaba las variables demográficas y psicosociales de las participantes. Para esta medición, se logró una muestra de 24 usuarias. Es importante destacar que 13 de estas se unieron al estudio a principios del mes de junio, mientras que las otras participantes (11) se unieron al tratamiento en los meses posteriores (entre los meses de julio y septiembre). Por lo tanto, considerando que la investigación tenía una duración definida de seis meses, las participantes que se incorporaron al estudio después del mes de junio no pudieron incluirse en la tercera medición debido a las limitantes de tiempo.

La segunda medición (T_1) se realizó tres meses después de la primera toma, lo que condujo a tomas individualizadas dependiendo de la fecha de incorporación de cada una de las participantes en nuestro estudio. Este periodo contempló un rango de tiempo entre el 06 de septiembre y el 18 de diciembre (inclusive), obteniendo una desviación estándar de 1.549. Durante el transcurso de estos meses, dos usuarias que cumplían con los criterios establecidos de tiempo para llevar a cabo el estudio completo con las tres mediciones previstas (su primera medición se realizó en el mes de Junio), interrumpieron su tratamiento debido a recaídas, síndromes de abstinencia y dificultades económicas. Como resultado, tuvieron que reintegrarse

a sus responsabilidades laborales y de crianza, lo que implicó abandonar el tratamiento residencial. Estas usuarias perdieron contacto tanto con la comunidad terapéutica como con el equipo de investigación. Este suceso condujo a una reducción en el tamaño de la muestra, dejando un total de 22 usuarias como la cifra final de participantes en el estudio.

Para finalizar el proceso de investigación, en el mes de diciembre se realizó la tercera medición (T_2). En esta etapa, se logró obtener datos de cuatro (4) participantes de las once (11) que formaron parte de la muestra desde el inicio del estudio, es decir, desde el mes de junio. Siete (7) de ellas desistieron de su tratamiento, y por ende no fue posible realizarles la tercera medición. Los abandonos del tratamiento fueron impulsados por diversos factores, tales como barreras económicas, dificultades familiares, problemas de salud mental coexistentes, la presencia de recaídas en el consumo de sustancias. La desviación estándar en esta etapa es de 0.

La recopilación de datos se realizó en condiciones favorables, con la coordinación previa entre la dirección del centro y las usuarias participantes para asignar un horario entre las 10:00 a.m. y las 12:00 p.m. Durante este período pospusieron sus actividades habituales para garantizar una recopilación de datos tranquila y sin interrupciones. Este proceso tuvo lugar en el espacio designado para las terapias grupales, el cual contaba con los recursos necesarios para llevar a cabo la investigación de manera efectiva. Las aplicaciones de instrumentos tuvieron una duración promedio de 20 a 30 minutos.

Estrategias de Análisis

En primer lugar, se analizó la distribución de frecuencias de las categorías de respuesta de los ítems del cuestionario complementario para fines de caracterizar la muestra, utilizando técnicas de estadística descriptiva. En un segundo momento, se calcularon y analizaron descriptivamente los puntajes URICA para, luego, categorizarlos en su respectivo estadio motivacional, estableciendo la disposición al cambio en cada una de las mediciones. Posteriormente, se calcularon las diferencias entre puntajes de seguimiento y de línea base y

se dividió la distribución en cuartiles, estableciendo puntos de corte para distinguir entre cuatro tipos de resultados del proceso de rehabilitación: (1) retroceso; (2) estancamiento; (3) avance y (4) avance sustantivo.

Toda esta primera etapa de análisis descriptivo se llevó a cabo en Excel, mientras que para la siguiente se recurrió al software JAMOVI, dada la necesidad de utilizar técnicas de estadística inferencial. La principal tarea de esta etapa consistió en técnicas de prueba, primero, para contrastar la hipótesis de trabajo acerca de la condición y ejercicio del rol materno y maternaje como factor motivador del avance en el proceso de rehabilitación y luego, para explorar la posible influencia de otras variables psicosociales recogidas en el cuestionario. Para estos propósitos se utilizaron, principalmente, pruebas paramétricas de comparación de grupos (ANOVA y T-Student), así como algunas de asociación de variables (Chi Cuadrado). Buscando identificar factores a partir de las variables cuyas asociaciones con los puntajes URICA fueran altas y significativas, dando cuenta de contribución al avance en los procesos de rehabilitación (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Con el propósito de determinar la influencia de las variables relacionadas con la condición y ejercicio del rol materno, se realizaron pruebas de comparación de medias

Resultados

Tamaño y composición de la muestra

El 36% de las mujeres de la muestra posee enseñanza media incompleta (tabla 4), lo que coincide con un estudio realizado por SENDA en colaboración con MINSAL en 2016, en donde nos señala que el 42,8% de la población consumidora que ingresa a tratamiento, no ha finalizado la enseñanza media, abarcando a este porcentaje, un 46,2 % a la población femenina.

Un 59% de la muestra realizaba algún tipo de trabajo remunerado, mientras el resto se dedicaba a otras actividades. Por otra parte, un 54% menciona tener o haber tenido algún tipo de problema judicial, ya sea éste, a causa o no por los hijos (tabla 6). Según nos indica el

estudio realizado por SENDA- MINSAL en 2016 el cual, señala que este segmento vive en mayor pobreza, porque tienen menos estudios y capacitación, y acceden a trabajos con peores sueldos, en comparación con los hombres, También nos revela que tienen más problemas judiciales por sus hijos e hijas, que los hombres en la misma situación.

Tabla 4.

Datos Sociodemográfico

Nivel de estudio	Enseñanza media incompleta	36%
	Enseñanza media completa	64%
Situación Sentimental	Tienen pareja	64%
	No tienen pareja	36%
Situación Habitacional	Vivía con hijos o con pareja e hijos	36,5%
	Vivía sola, con amigos o conocidos	32%
	Vivía con grupo familiar de primer grado	31,5%
Antes de ingresar a la comunidad, a que dedicaba su tiempo	Trabajo dependiente	36%
	Trabajo independiente	23%
	Cesante en busca de trabajo	18%
	Estudiando	14%
	Labores de cuidado y crianza	09%

Del total de la muestra, el 82% son madres, datos significativo para nuestro estudio y el 63% de ellas mencionan que, lo que más extrañan de su vida fuera del tratamiento, es pasar tiempo con sus hijos y familia (tabla 5).

El 100% de la muestra tiene algún tipo de red de apoyo, donde el 68% es su familia, mientras el 32% son amigos u otros (tabla 6).

El 91% menciona tener una buena relación con su familia y un 83% enuncia tener contacto constante con sus hijos. En cuanto a la relación con estos, el 83% la describe como buena o muy buena, mientras que el restante la describe como regular (tabla 5).

Tabla 5.*Datos relacionados con los hijos*

Hijos	Si tiene hijos	82%
	No tiene hijos	18%
Contacto con los hijos	Constante	83%
	Regular	17%
Relacion con los hijos	Muy buena o buena	83%
	Regular	17%
Cuidado de los hijos, mientras está en tratamiento	Bajo el cuidado de los abuelos	39%
	Bajo el cuidado del padre	33%
	Son mayores de edad independiente	22%
	Bajo otro cuidador	06%
Revinculación con sus hijos	Quieren cuidar a sus hijos al salir	94%
	Tienen dudas al respecto	06%
Aspectos que más extrañan de su vida, antes de ingresar a tratamiento	Estar con hijos y familia	64%
	Estar solas, con amigos u otros	36%
Actividades que desean recuperar al terminar el tratamiento	Actividades con sus hijos	38%
	Volver a estudiar o trabajar	38%
	Actividades a solas	24%

Caracterización del consumo

Un 63% inició su consumo desde hace más de 5 años y un 41% recibió anteriormente algún tipo de tratamiento de rehabilitación por consumo problemático de sustancias. Mientras que un 27% ha tenido recaídas durante su proceso de rehabilitación (tabla 6)

Tabla 6.*Antecedentes por problemática de consumo*

Inicio de consumo	Menos de un año	14%
	Entre 1 y 5 años	23%
	Mas de 5 años	63%
Tratamientos anteriores (residencial o ambulatorio)	Si estuvo	41%
	No estuvo	59%
Recaídas en el proceso de rehabilitación	Si tuvieron	27%
	No tuvieron	73%
Problemas judiciales (relacionado o no con los hijos)	Si ha tenido	46%
	No ha tenido	54%
Red de apoyo	Familia	68%
	Amigos u otros	32%
Relacion con la familia	Buena	91%
	Regular o mala	09%

Estadios Motivacionales

Si bien el diseño original contemplaba tres mediciones de los estadios motivacionales para medir el avance durante seis meses de tratamiento desde el ingreso al centro de rehabilitación (línea base), sólo fue posible contar con datos completos de 4 usuarias producto de la deserción y la dificultad para contactarlas con posterioridad a su egreso. En este sentido, se cuenta únicamente con la medición del progreso o avance entre estadios motivacionales para el grupo completo ($n = 22$) a los tres meses de iniciado el tratamiento residencial ($T_1 - T_0$).

De cualquier manera, la Tabla 7 presenta los estadísticos descriptivos para las tres mediciones, donde se observa un patrón general de puntajes al alza en paralelo a la disminución de su variabilidad interna, a excepción del correspondiente a la etapa de Precontemplación (PC), cuyas puntuaciones más bien tienden a la baja, pero igualmente con menor dispersión.

Tabla 7.

Descriptivos Puntajes URICA por medición

	Medición	PC	C	A	M	PTJE
N	Ingreso (T)	22	22	22	22	22
	3 meses (T)	22	22	22	22	22
	6 meses (T)	4	4	4	4	4
MEDIA	Ingreso (T)	11.4	32.5	31.3	26	11.2
	3 meses (T)	9.82	32.6	32.6	26.9	11.8
	6 meses (T)	8	34.3	34.3	28.3	12.68
DE	Ingreso (T)	5.67	3.08	3.5	6.66	1.81
	3 meses (T)	3.42	3.22	2.85	5.72	1.36
	6 meses (T)	2	0.5	1.5	5.12	0.54
Min.	Ingreso (T)	7	23	23	12	7.71
	3 meses (T)	7	25	28	18	8.86
	6 meses (T)	7	34	32	23	12.14
Max.	Ingreso (T)	30	35	35	34	13.9
	3 meses (T)	21	40	40	39	15.6
	6 meses (T)	11	35	35	35	13.43

En este sentido, el análisis descriptivo de los puntajes URICA a lo largo de las mediciones resultó consistente con una tendencia general al avance entre estadios motivacionales de las usuarias, una vez iniciado el tratamiento. Hallazgo que se ve respaldado en los resultados de la Tabla 8, donde se resume la disposición al cambio que se obtiene del puntaje total de las usuarias en cada medición. Como se observa en los totales, si bien en la segunda medición (T_1) la misma proporción de usuarias se encuentra en un estadio de contemplación (C), ninguna permanece en el anterior (PC). Igualmente, hay una usuaria adicional en el estadio de preparación y una que arriba al de acción (A). En este sentido, a los tres meses de tratamiento, la disposición al cambio de las usuarias parece haber aumentado.

Por otro lado, agrupando en torno a la variable de interés, es decir, distinguiendo a las usuarias que son madres, de aquellas que no, la Tabla 8 muestra que la mejora observada en la disposición al cambio a los tres meses del ingreso se concentra, precisamente, en usuarias que cumplen con esta condición, consistente con la hipótesis de trabajo. Concretamente, se observa que las dos usuarias que avanzan desde el estadio de Precontemplación (PC), así como la única que avanza hacia el de acción (A), refieren tener hijos/as.

Tabla 8.

Distribución de la Disposición al Cambio por grupo y total en las 3 mediciones

		Ingreso (T)		3 meses (T)		6 meses (T)	
HIJOS		n	%	n	%	n	%
Precontemplación	No	0	0%	0	0%		
	Sí	2	100%	0	0%		
	Total	2	9.1%	0	0%		
Contemplación	No	2	25.0%	2	25.0%		
	Sí	6	75.0%	6	75.0%		
	Total	8	36.4%	8	36.4%		
Preparación para la acción	No	3	25.0%	3	23.1%	1	25.0%
	Sí	9	75.0%	10	76.9%	3	75.0%
	Total	12	54.5%	13	59.1%	4	100%
Acción	No	0	0%	0	0%		
	Sí	0	0%	1	100%		
	Total	0	0%	1	4.5%		

Si bien los grupos son de tamaño diferente, la tendencia no solo se refleja en términos porcentuales, sino que es exclusiva del grupo de usuarias que cumplen con la condición de ser madres.

Sin embargo, los datos agregados de las tablas 7 y 8 opacan las diferencias individuales. Por ejemplo, esconden que, de las 22 usuarias, hubo cuatro que, partiendo de un estadio basal de preparación para la acción, a los tres meses mostraron un retroceso hacia la fase de contemplación (C). Más aún, como se observa en la Tabla 9 tres de las usuarias en esta situación, refirieron tener hijos (75%).

Medición del Avance

La Tabla 9 presenta el detalle de los dos primeros indicadores de avance respecto de la línea base: el aumento de la disposición al cambio, así como el aumento del puntaje URICA entre mediciones que permite obtener valores positivos de su diferencia. Mientras que el primer indicador informa cuatro casos de retroceso; el segundo, da cuenta de ocho. Respecto a la representación de estos ocho casos por grupo, se observa un descenso de los puntajes en el 29.4% de las usuarias con hijos contra el 60% de las que reportaron no tenerlos, ofreciendo respaldo a la hipótesis de trabajo sobre el efecto motivador del rol materno en los procesos de rehabilitación. Sin embargo, también se detecta un caso cuyo valor de la diferencia es 0 y, por tanto, si bien no supone retroceso, tampoco refleja avance. En la medida en que se trata de un caso que cumple la condición de madre, puede aumentar el porcentaje anterior (35.3%), llegando así a superar la mitad de la proporción que no muestra avance en el grupo de comparación.

Cabe advertir que la distribución de las diferencias de puntajes, como indicador de avance, oscila entre -4.29 y 3.71, con una desviación promedio de casi 2 puntos en torno a una media de 0.6. Tal variabilidad difícilmente válida la comparación entre proporciones de avances/retrocesos atribuidos por mera distinción de signo, sin atender el valor absoluto de las

diferencias. Para superar esta limitación, se calcularon los percentiles 25(-0.643),50 (0.715) y 75 (1.68) para dividir la distribución en cuartiles:

Resultado	Rango Dif. Ptjes.	
RETROCESO	-4.29	-0.643
ESTANCAMIENTO	-0.65	0.715
AVANCE	0.73	1.68
AVANCE SUSTANTIVO	1.69	3.71

Tabla 9.

Indicadores de Avance del proceso de rehabilitación

	EDAD	HIJOS	PTJE_T	Estadio_T0	PTJE_T	Estadio_T	AVANCE
paciente1	35	SI	13.143	Preparación para la acción	8.857	Contemplación	-4.286
paciente2	51	SI	13.286	Preparación para la acción	11.714	Preparación para la acción	-1.571
paciente3	45	SI	10.714	Contemplación	12.000	Preparación para la acción	1.286
paciente4	45	SI	11.857	Preparación para la acción	10.714	Contemplación	-1.143
paciente5	33	SI	9.857	Contemplación	12.286	Preparación para la acción	2.429
paciente6	41	SI	8.714	Contemplación	11.714	Preparación para la acción	3.000
paciente7	48	SI	8.857	Contemplación	12.571	Preparación para la acción	3.714
paciente8	52	SI	12.714	Preparación para la acción	12.714	Preparación para la acción	0.000
paciente9	29	SI	11.143	Preparación para la acción	11.000	Contemplación	-0.143
paciente10	62	SI	7.714	Precontemplación	10.286	Contemplación	2.571
paciente11	35	SI	12.286	Preparación para la acción	13.714	Preparación para la acción	1.429
paciente13	45	SI	10.571	Contemplación	10.857	Contemplación	0.286
paciente14	22	NO	12.857	Preparación para la acción	10.857	Contemplación	-2.000
paciente15	31	SI	11.143	Preparación para la acción	12.714	Preparación para la acción	1.571
paciente16	26	NO	10.857	Contemplación	11.857	Preparación para la acción	1.000
paciente18	35	NO	12.429	Preparación para la acción	11.429	Preparación para la acción	-1.000
paciente19	33	SI	12.143	Preparación para la acción	11.714	Preparación para la acción	-0.429
paciente20	35	SI	8.000	Precontemplación	11.000	Contemplación	3.000
paciente21	22	NO	10.286	Contemplación	10.714	Contemplación	0.429
paciente22	36	SI	10.286	Contemplación	11.286	Preparación para la acción	1.000
paciente23	21	NO	13.714	Preparación para la acción	13.000	Preparación para la acción	-0.714
paciente24	57	SI	13.857	Preparación para la acción	15.571	Acción	1.714

Comparación y Significancia del Avance intra y entre Grupos

De acuerdo con la Tabla 10, el avance promedio de las usuarias que no tenía hijos/as no solo fue inferior que el de las que sí los tiene, sino que este fue además negativo, posicionando a este grupo en la categoría de estancamiento (-0.46) en contraste con el resultado de avance observado en el de madres (0.85). Si bien, se trata de una diferencia de medias considerable (1.31 puntos), es prácticamente equivalente a la desviación estándar del grupo de menor promedio (1.2) que es prácticamente duplicada por la del otro (2). Dispersión que relativiza el tamaño de la diferencia entre ambos y plantea la interrogante por su significancia estadística.

Tabla 10.

Descriptivos del Avance por grupo

	HIJOS	N	MEDIA	DE
AVANCE	SI	17	0.849	2.01
	NO	5	-0.457	1.19

Dado que, según la Tabla 11, no es posible rechazar la hipótesis nula de igualdad de varianzas entre los grupos, cuyas distribuciones además no se diferencian de la curva normal, se cumplen los supuestos para comparar las medias a través de la prueba paramétrica T de Student para muestras independientes, cuyos resultados se presentan en la Tabla 12.

Tabla 11.

Chequeo de supuestos de Normalidad y Homocedasticidad entre grupos

	Test	statistic	df	df2	p
AVANCE	Shapiro-Wilk	0.95			0.32
	Levene's	1.2	1	20	0.287

Con un valor t observado de 1.37 (0.05; 20), no hay evidencia para rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias entre los grupos. En otras palabras, la diferencia de 1.31 puntos entre el avance promedio de los grupos de usuarias con y sin hijos, no es estadísticamente significativa, a un 95% de confianza ($p = .186$).

Tabla 12.

Comparación del Avance promedio entre grupos

		Statistic	df	P
AVANCE	Student's t	1.37	20	0.186

Note. $H_a \mu_{SI} \neq \mu_{NO}$

Los resultados de la Prueba ANOVA de Medidas Repetidas que se presentan en las Tablas 13 y 14, no solo confirman la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en el grado de avance promedio entre los grupos, sino que iluminan la explicación de esta. Concretamente, los valores de prueba del estadístico F no son significativos para la comparación *inter* ni *intra* grupos. Es decir que, a un 95% de confianza, no sólo no existen diferencias estadísticamente significativas en los promedios de puntaje URICA entre los grupos, sino tampoco entre las mediciones de cada grupo por separado.

Tablas 13 y 14.

Prueba ANOVA de Medidas Repetidas

Within Subjects Effects					
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	p
URICA	0.296	1	0.296	0.169	0.686
URICA * Hijos	3.294	1	3.294	1.876	0.186
Residual	35.123	20	1.756		

Note. Type 3 Sums of Squares

Between Subjects Effects					
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	p
Hijos	1.35	1	1.35	0.398	0.535
Residual	67.7	20	3.38		

Note. Type 3 Sums of Squares

Si bien la ausencia de diferencias *intra* grupo, por un lado, es consistente con el estancamiento detectado en las usuarias que no son madres, por el otro, impide sustentar el avance observado, en términos brutos, en el grupo de usuarias que sí lo son. En efecto, a partir de la prueba T de Student para la comparación de muestras relacionadas, cuyos resultados se presentan en la Tabla 15, a un 95% de confianza, se descarta que las diferencias observadas entre los puntajes URICA iniciales y los obtenidos a los 3 meses de tratamiento en la muestra completa, sean estadísticamente significativas.

Tabla 15.

Comparación Puntajes URICA Pre-Post

Paired Samples T-Test					
			statistic	df	p
PTJE1	PTJE2	Student's t	-1.35	21	0.19

Note. $H_a \mu_{\text{Measure 1}} - \mu_{\text{Measure 2}} \neq 0$

Como corolario, se sigue que ninguno de los grupos experimenta un avance estadísticamente significativo, de manera que, encontrándose ambos en igual condición, es del todo esperable que tampoco existan diferencias entre ellos.

Análisis de Casos con Datos Completos

En el entendido que los resultados descritos hasta acá, en parte, pueden ser producto del escaso tiempo transcurrido de tratamiento, en este último apartado se exponen algunas reflexiones, en torno a los datos de las cuatro usuarias que participaron de la tercera medición y por tanto, del seguimiento de 6 meses contemplado en el diseño del proyecto.

Durante el análisis exhaustivo del tratamiento llevado a cabo en el estudio, se destacó un notable avance motivacional entre las participantes, al alcanzar la tercera evaluación del test URICA, realizado tras haber transcurrido seis meses de intervención terapéutica. Este progreso fue evidenciado mediante la transición al estadio de "acción" según el modelo de cambio propuesto por Prochaska y DiClemente, lo cual implica un paso significativo en el proceso de rehabilitación. En este estadio, las pacientes no sólo demostraron una mayor disposición para modificar sus conductas adictivas, sino que también desarrollaron una "conciencia de enfermedad", abordando y superando cualidades morales negativas asociadas a la adicción.

Los resultados obtenidos sugieren que el tratamiento de seis meses implementado fue efectivo en promover el avance de las participantes hacia estadios más avanzados de cambio. Este avance se tradujo en un aumento de la autoeficacia y la conciencia de la enfermedad, lo cual son indicadores positivos de progreso en el proceso de rehabilitación.

Es fundamental reconocer que la rehabilitación es un fenómeno multidimensional que abarca aspectos físicos, psicológicos y sociales, y como tal, los avances se manifiestan de diversas formas y a diferentes niveles según las características individuales de cada paciente y la naturaleza específica de su trastorno. Dentro de este proceso, la abstinencia de sustancias se considera uno de los primeros indicadores de progreso, lo que implica la capacidad para abstenerse del consumo de sustancias adictivas y superar el síndrome de abstinencia inicial, así como mantenerse alejado de las drogas o el alcohol durante períodos prolongados de tiempo.

Además, se destaca la importancia de la estabilidad emocional, la cual se manifiesta en una disminución de los cambios de humor bruscos, una mayor capacidad para lidiar con el estrés y una mejora en las relaciones interpersonales. El equipo clínico de la comunidad reporta que a medida que las usuarias avanzan en su recuperación, muestran un mayor interés en actividades saludables y positivas que promueven su bienestar físico, mental y emocional,

tales como el ejercicio regular, la participación en grupos de apoyo, el desarrollo de pasatiempos y actividades recreativas, entre otros.

Se resalta la importancia crucial de contar con un sólido entorno de apoyo para facilitar este proceso de rehabilitación, ya que el apoyo social y emocional desempeña un papel fundamental en la recuperación de las personas con trastorno por consumo de sustancias. Sin embargo, es importante señalar que aún queda mucho por entender sobre los diversos factores que influyen en el progreso durante el tratamiento de este trastorno, por lo que se destaca la necesidad de continuar investigando en esta área para mejorar los enfoques terapéuticos y optimizar los resultados para las pacientes afectadas.

Discusión

Los resultados obtenidos a partir del presente estudio proporcionan una visión detallada sobre la relación entre la maternidad, el maternaje y la motivación en los procesos de rehabilitación de mujeres con trastorno por consumo de sustancias. La composición de la muestra revela un alto porcentaje de madres dentro del grupo estudiado, lo que subraya la relevancia de este factor en la experiencia de las mujeres en tratamiento. Tal como plantea Gómez, et al. (2010, citado en Jarpa-Arriagada, et al., 2016) uno de los factores que generan una brecha en el tratamiento de rehabilitación de hombres y mujeres es la maternidad y la crianza de los hijos.

Nuestra hipótesis principal planteaba que la relación y cuidado de los hijos es un factor de gran incidencia en el avance de los procesos de rehabilitación y a partir de esto, derivamos dos hipótesis secundarias.

Una de nuestras hipótesis secundaria, menciona que “cuando existe una mayor relación con los hijos e hijas, existirá una mayor motivación para avanzar en los procesos de rehabilitación de las mujeres con trastorno por consumo de sustancias”. lo que coincide con la literatura, donde Kimelman (2004), nos dice que “En el proceso de rehabilitación, es muy frecuente observar un evidente sentimiento de culpa en estas mujeres, acompañada de la

urgente necesidad de reparar el daño, el propósito y deseo de retomar proyectos de vida con los/as hijos/as, así como el temor de no poder concretarlos”. Sin embargo, la comparación del avance entre grupos de madres y no madres no revela diferencias significativas en la motivación para avanzar en los procesos de rehabilitación, lo que podría atribuirse en parte a la limitada cantidad de datos disponibles y a la variabilidad individual en los procesos de rehabilitación

Nuestra siguiente hipótesis secundaria se planteó con la premisa: “Mientras mayor sea la responsabilidad del cuidado de los hijos e hijas, mayor será el avance en los procesos de rehabilitación de las mujeres con trastorno por consumo de sustancias.” Según Villegas, et al. (2016), para las madres, la preocupación por el bienestar del feto/niño y el deseo de cuidar a los niños y mantener o recuperar la custodia de los hijos sirve como una motivación importante para buscar tratamiento y mantener la abstinencia de sustancias. No obstante, este estudio no encontró diferencias significativas en el avance entre grupos de madres y no madres. Esto sugiere que la responsabilidad del cuidado de los hijos e hijas no necesariamente se correlaciona directamente con un mayor avance en la rehabilitación de mujeres con trastorno por consumo de sustancias. Por lo tanto, basándonos en la falta de evidencia estadísticamente significativa que respalde la hipótesis secundaria, así como en la complejidad de los resultados obtenidos en el estudio, podemos rechazar la idea de que una mayor responsabilidad en el cuidado de los hijos e hijas conduzca necesariamente a un mayor avance en los procesos de rehabilitación de mujeres con trastorno por consumo de sustancias.

En el proceso de elaboración de la encuesta que pesquise las características de la muestra, no se profundiza en aspectos significativos relacionados con la dinámica de la relación, el cuidado y la responsabilidad parental, debido a su naturaleza variable a lo largo del tratamiento. Este enfoque se alinea con las fases no lineales del modelo de cambio propuesto por Prochaska y DiClemente, que reconocen la naturaleza cíclica del desarrollo humano. Según este modelo, los individuos pueden atravesar diversas etapas en su búsqueda de

cambio, lo que subraya la necesidad de considerar la evolución dinámica de estas variables durante el proceso de tratamiento.

Uno de los factores determinantes en los resultados obtenidos fue la limitación temporal y la deserción en el tratamiento, la cual afectó nuestra capacidad para completar las tres mediciones del test URICA. Solamente el 18% de la muestra pudo ser objeto de un seguimiento completo, tal como se había planificado inicialmente, durante un lapso de 6 meses, período que la investigación previa, señala como necesario para identificar cambios de importancia (Lobos, 2012). Durante este seguimiento exhaustivo, se observó un avance notable, dado que las cuatro participantes alcanzaron la etapa de "acción" según el modelo de cambio, lo que indica un mayor reconocimiento de la enfermedad, en consonancia con lo observado en estudios previos (Pérez, 2011).

Prochaska y DiClemente destacaron que los pacientes deben comprometerse en un arduo trabajo durante aproximadamente seis meses antes de que comiencen a notarse mejoras significativas en sus esfuerzos de cambio.

Lobos (2012) señala que los programas de rehabilitación para el tratamiento del consumo de sustancias recomiendan una duración mínima de seis meses. Por ejemplo, el COSAM de Conchalí, ubicado en la región Metropolitana de Chile, ofrece dos programas distintos. El primero está dirigido a individuos con "abuso o dependencia de drogas ilegales, sin patología psiquiátrica grave, con un compromiso biopsicosocial moderado", y tiene una duración estimada de seis meses (CONACE, 2004).

Según Pérez (2011), los resultados obtenidos a partir del Cuestionario de Estadios de Evaluación del Cambio (URICA) revelan que, al cabo de seis meses, la única fase en la que se observa avance es la de "acción". Para los pacientes, esta fase representa el momento crucial para modificar conductas, siendo el periodo esperado en el cual se han establecido las expectativas de cambio. En términos generales, los pacientes en esta etapa muestran creencia

en su propia capacidad para transformar sus vidas y confían en el apoyo y la comprensión brindados por sus familiares y amigos.

La familia ejerce un rol muy importante en la recuperación de una persona consumidora porque las emociones, sentimientos y valores son parte de un sistema de cambio y evolución, lo que hace a la relación algo imprescindible para el tratamiento. La familia es considerada como una herramienta de intervención ya que esta tiene la capacidad de parar la actitud de negación que existe en el individuo para que así éste pueda iniciar su recuperación (Velázquez & Cevallos 2020).

Conclusión

En el mundo cada vez es mayor el número de mujeres que padecen un trastorno por consumo de sustancias, es por eso, que nos parece importante identificar los factores que movilizan una motivación al cambio en un tratamiento de rehabilitación. Después de analizar la literatura existente, creímos fielmente que la maternidad y el maternaje eran variables predominantes en la recuperación y rehabilitación por consumo de sustancias. Debido a esto, nos planteamos como inquietud base de esta investigación, ¿En qué medida la relación y cuidado de los hijos promueven el avance en los procesos de rehabilitación de las mujeres con trastorno por consumo de sustancias? Los resultados no revelaron diferencias significativas en el grado de avance entre los grupos de participantes con hijos y sin hijos. Esto sugiere que el rol de la maternidad y el maternaje no necesariamente influyen de manera significativa en el progreso durante el tratamiento de rehabilitación, aunque se requieren más investigaciones para comprender mejor esta relación.

Es necesario realizar investigaciones adicionales con muestras más amplias, periodos de tiempo más extensos y metodologías más rigurosas para validar estos hallazgos y comprender mejor los mecanismos subyacentes. Sin embargo, estos resultados tienen implicaciones importantes para el diseño de intervenciones dirigidas a mujeres en tratamiento

por consumo de sustancias, destacando la importancia de considerar el papel de la maternidad en el proceso de recuperación.

Actualmente son escasas las investigaciones y la literatura que existe sobre las diferencias que hay entre hombres y mujeres a la hora de un proceso de intervención por consumo de sustancias. Tanto en Chile como en el mundo no se han explorado estas diferencias, homogeneizando los tratamientos de rehabilitación, como si ambos géneros tuvieran las mismas necesidades, causas, efectos, etc. Es por eso que recomendamos explorar e investigar sobre las experiencias de las mujeres con trastornos por consumo de sustancias y así identificar factores que influyen en su motivación al cambio, logrando realizar planes de tratamientos más específicos y personalizados, disminuyendo la deserción y aumentando la adherencia al tratamiento.

Esta problemática cada vez es mayor y es un fenómeno biopsicosocial, que altera todas las aristas de la vida del ser humano, por eso se sugiere que sea tratado desde un enfoque multidisciplinario.

Referencias

- Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación (2004). *Mujeres y tratamiento de drogas*. file:///C:/Users/karina/Desktop/TRATAMIENTO _CL_ 4859.pdf
- Bean, P., & Nemitz, T. (2004). *Drug treatment; What Works?* Lóndres: Routledge
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Editorial Socidrogalcohol. <https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Manual-de-adicciones-para-psicologos-especialistas-en-psicologia-clinica-en-formacion,-Elisardo-Becona,-Maite-Cortes,-2011.pdf>
- Chou, J., Cooper-Sadlo, S., Diamond, R., Muruthi, B., Beeler-Stinn, S.(2020). *An Exploration of Mothers' Successful Completion of Family-Centered Residential Substance Use Treatment*. *Fam Process*, 59(3):1113-1127. doi: 10.1111/famp.12501. Epub 2019 Oct 16. PMID: 31617203; PMCID: PMC7160039.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2004) *Trabajo con Familias en Dependencia a drogas y vulnerabilidad Social Desde el Modelo de comunidad Terapéutica*. https://bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/TRATAMIENTO_CL_4778.PDF
- Goodwin, S. & Huppatz, K. (2010). *The good mother in theory and research: an overview*. https://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/handle/2123/6627/chapter-one_Good-mother.pdf;jsessionid=739BB3857AC88381D65BAB57CB6C308D?sequence=1
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación (6a. ed.)*. México D.F.
- Jarpa Arriagada, C., Parra Carrasco, Y., & Escamilla Rojas, D., (2016). *Historia de Vida de Mujeres en Proceso de Rehabilitación de Drogas, Chile*. *Comuni@cción*, 7(1), 27-37. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S221971682016000100003&lng=es&tling=es.
- Kimelman, Mónica y cols (2004) “*Interacción madre-bebé poli dependiente. Proyecto Conace*. Hospital Barros Luco, Facultad de Medicina Sur, Universidad de Chile.

Linares M.C, Palau Muñoz C., Albiach Catalá C. y Santos Díez P. (2002). *Variables predictoras de adherencia al tratamiento en pacientes alcohólicos*. Actas Esp. Psiquiatr., 30(6):370-5.55(7).

Lobos Palacios. M. (2012). *Análisis crítico desde la experiencia práctica en el Centro comunitario de Salud Mental (COSAM) de Conchalí. Políticas públicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas*. UNIVERSIDAD DE CHILE, Facultad de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología

Lopper (2006). James Prochaska: *Changing for good*. Obtenida en marzo de 2008 de la Revista Electrónica Suite 101. Dirección electrónica:
http://personaldevelopment.suite101.com/article.cfm/successful_lifestyle_changes

Lorenzo, G., (2012) *La adicción es una enfermedad física, mental y espiritual*.
Concepción Matsuda, Y., Kim, Y., Salani, D., McCabe, B., & Mitrani, V. (2019) *Predictors of parenting self-agency among mothers receiving substance abuse or mental health treatment*.
DOI: 10.1111/inm.12624

McWhirter, P.; Florenzano U.; Soubllette L. (2002). *El Modelo Transteórico y su aplicación al tratamiento de adolescentes con problemas de abuso de drogas*. Revista Adolescencia Latinoamericana Vol.3 N.2

Organización de los Estados Americanos (OEA), (2019). *Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019*.

Pérez del Río, F. (2011). *En qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la comunidad terapéutica*. Doctor en Psicología. Proyecto Hombre Burgos, España.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change*. Homewood, IL; Dorsey Press

Santos-de Pascual, Asunción, Saura-Garre, Pedro, & López-Soler, Concepción. (2020). *Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales*

entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 36(3), 443-450. Epub 21 de diciembre de 2020.

<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.36.3.399291>

SENDA-MINSAL (2014). *Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas*.

<https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/5020/2014/3>

SENDA-MINSAL (2016). *Mujeres y tratamiento de alcohol y otras drogas, embarazo, puerperio y lactancia*. [https://www.senda.gob.cl/wp](https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/08/Documentoembarazo.pdf)

[content/uploads/2017/08/Documentoembarazo.pdf](https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/08/Documentoembarazo.pdf)

SENDA, (2020). *Estrategia nacional de drogas (2021-2030)*. Para un Chile que elige Vivir Sin Drogas. <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/02/Estrategia-Nacional-de-Drogas-version-web.pdf>

United Nations, (2018) *Women and Drug use, drug supply and their consequences All rights reserved*. https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_5_WOMEN.pdf

UNODC. (2018). *Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Informe mundial sobre las drogas*.

https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf

Vallejos-Flores, Miguel & Faccio, Cecilia & Capa, Walter. (2019). *Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA): Validez y Confiabilidad en Drogodependientes*.

https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rev_psicologia_cv/v09_2007/pdf/a05.pdf

Velázquez Cedeño, J. F., & Cevallos Arteaga, C. A. (2020). *Rol de la Familia en el Proceso de Recuperación de las Personas Drogodependientes*. *Revista gnosis*. ISSN 2588-0578, 5, 143–156. <https://doi.org/10.33936/cognosis.v5i0.2291>

Villegas., N. Chodhury., S. Mitrani., V. Guerra., J (2016) *Mothers in Substance Abuse Recovery: Perspectives on Motivators, Challenges and Family Involvement*. *Int J High Risk Behav Addict*. 2017;6(1):e32558. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.32558>.

Anexo1

**ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO,
UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA)**

Nombre:

Edad:

Fecha:

Instrucciones:

Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento y aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte. Recuerda que siempre que aparezca la palabra *problema* se refiere a tu *problema con las drogas*.

1. Que yo sepa, no tengo problemas que necesite cambiar.					
2. Creo que podría estar preparado para mejorar algo en mí.					

3. Estoy haciendo algo respecto a los problemas que han estado molestándome.					
4. Puede que valga la pena trabajar para solucionar mi problema.					
5. No tengo ningún problema. No tiene sentido que yo esté aquí.					
6. Me preocupa que yo pueda recaer en un problema que ya he cambiado, de modo que estoy aquí para buscar ayuda.					
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema.					
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.					
9. He tenido éxito en el trabajo con mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.					
10. A veces mi problema es difícil, pero estoy trabajando para resolverlo.					

11. Estar aquí es una pérdida de tiempo, porque el problema del cual se está hablando no tiene nada que ver conmigo.					
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor.					
13. Imagino que tengo defectos, pero no hay nada que realmente necesite cambiar.					
14. Realmente estoy esforzándome mucho para cambiar.					
15. Tengo un problema y realmente pienso que debiera darle una solución.					
16. No he perseverado como yo creía en lo que ya había cambiado, y estoy aquí para prevenir una recaída del problema.					
17. Aunque no he tenido éxito en lograr cambios, al menos estoy trabajando para resolver mi problema.					
18. Pensaba que una vez que resolviera mi problema me sentiría liberado, pero a veces me encuentro presionado por él.					

19. Me gustaría tener más ideas respecto a cómo resolver mi problema.					
20. He comenzado a enfrentar mis problemas, pero me gustaría recibir ayuda.					
21. Quizá en este lugar puedan ayudarme.					
22. Actualmente puedo necesitar ayuda para mantener los cambios que ya he logrado.					
23. Puede que yo sea parte del problema, pero realmente no creo que sea así.					
24. Espero que alguien de aquí me pueda entregar buenos consejos.					
25. Todo el mundo puede hablar acerca de cambiar; yo realmente estoy haciendo algo para cambiar.					
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué las personas simplemente no olvidan sus problemas?					
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad que yo pueda recaer en mi problema.					

<p>28. Es frustrante, pero siento que pudiera tener una reaparición del problema que pensaba que ya había resuelto.</p>					
<p>29. Tengo tantos problemas como cualquier persona. ¿Por qué malgastar el tiempo pensando en ellos?</p>					
<p>30. Estoy trabajando activamente en mi problema.</p>					
<p>31. Me gustaría asumir mis defectos, más que intentar cambiarlos.</p>					
<p>32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, éste vuelve a aparecer y eso me preocupa.</p>					

Anexo 2**ENCUESTA**

Lea con atención y conteste con la mayor sinceridad posible las siguientes preguntas. Cabe resaltar que toda la información recopilada en este instrumento es de carácter confidencial y para usos exclusivamente académicos.

1) ¿Qué edad tiene?**2) ¿Cuál es su nivel de estudios?**

0. Enseñanza básica incompleta
1. Enseñanza básica completa
2. Enseñanza media incompleta
3. Enseñanza media completa
4. Estudios superiores incompletos
5. Estudios superiores completos

3) ¿A qué dedicaba la mayor parte de su tiempo, antes de ingresar a la comunidad?

0. Estudios
1. Labores de cuidado o crianza
2. Trabajo independiente
3. Empleo formal dependiente
4. Me encontraba buscando trabajo

4) ¿Tienes pareja actualmente?

0. Si, tengo pareja
1. Es complicado
2. No tengo pareja

5) ¿Has tenido o tienes problemas judiciales?

0. He tenido problemas judiciales en relación con el cuidado de mis hijos

1. He tenido otro tipo de problemas judiciales.

2. No he tenido problemas judiciales

6) ¿Hace cuántos años comenzó tu consumo?

0. Menos de un año.

1. Entre 1 y 5 años.

2. Entre 5 y 10 años.

3. Más de 10 años.

7) ¿Has realizado anteriormente un tratamiento para solucionar su problemática de consumo?

0. No he tenido tratamientos anteriores

1. He tenido tratamiento ambulatorio

2. He tenido tratamiento residencial

8) ¿Has tenido recaídas durante este proceso de rehabilitación?

0. No he tenido

1. He tenido 1 recaída

2. He tenido entre 2 y 5 recaídas

3. He tenido más de 5 recaídas

9) De los siguientes aspectos sociales, ¿cuál es el que más extrañas de tu vida fuera de la comunidad?

0. Disfrutar de tiempo a solas, privacidad

1. Estar con mis hijos y/o familia

2. Estar con mis amistades

3. Otro

10) De las siguientes actividades ¿cuál es la que más anhelas recuperar al terminar tu proceso de rehabilitación?

0. Estudios

1. Trabajo
2. Hobbies
3. Actividades con mis hijos
4. Actividades a solas
5. Otro

11) ¿Tienes alguna red de apoyo que te acompañe en este proceso de rehabilitación?

- 0.No
- 1.Familia
- 2.Amigos
- 3.Iglesia
- 4.Otros

12) ¿Tienes una buena relación con tu familia?

0. No
1. A veces
2. Si

13) Antes de ingresar al tratamiento residencial, ¿con quién vivías?

0. Sola
1. Sola con mis hijos
2. Con mi pareja e hijos
3. Con mi grupo familiar de primer grado (madre, padres y/o hermanos)
4. Otros

14) ¿Tienes hijos?

0. Si, tengo hijos.
1. No tengo hijos.

Si la respuesta a la pregunta anterior es "sí", conteste las siguientes preguntas:

15) Durante el tratamiento actual, ¿mantienes contacto con tus hijos?

- 0. No mantengo contacto con ellos
- 1. Mantengo contacto esporádico con ellos
- 2. Mantengo contacto constante con ellos

16) ¿Cómo podrías definir la relación con tus hijos?

- 0.Mala
- 1.Regular
- 2.Buena
- 3.Muy buena

17) Sí tu respuesta es C (regular) o D (mala) ¿te interesaría mejorar la relación con ellos?

- 0. Sí, me interesa
- 1. No me interesa

18) Durante el tiempo que has estado en tratamiento residencial ¿al cuidado de quien están tus hijos?

- 0.Mis hijos son mayores de edad, están bajo su propio cuidado
- 1.Mis hijos están bajo el cuidado de su padre
- 2.Mis hijos están bajo el cuidado de sus abuelos
- 3.Mis hijos están bajo el cuidado de un amigo
- 4.Mis hijos están bajo el cuidado de sename u otro establecimiento gubernamental
- 5.Otro

19) ¿Al terminar el proceso de rehabilitación te gustaría estar al cuidado de tus hijos?

- 0. No me interesa.
- 1. Aún no lo tengo claro

2. Quizás
3. Si, me gustaría.

¡Muchas gracias por tu participación!

Anexo 3

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
“Factores que promueven el avance en el proceso de rehabilitación de mujeres
con trastornos por consumo de sustancias”

Estimado participante, somos Fabiola Bosques Guzmán, Eileen García Villouta y Carolina Jara Amador, estudiantes del programa de pregrado de la Universidad Uniacc de Santiago de Chile. Actualmente nos encontramos llevando a cabo un protocolo de investigación el cual tiene como objetivo conocer cuáles son los factores que promueven el avance en el proceso de rehabilitación de mujeres con trastornos por consumo de sustancias”

Usted ha sido invitado a participar de este estudio. A continuación, se entrega la información necesaria para tomar la decisión de participar voluntariamente. Utilice el tiempo que desee para estudiar el contenido de este documento antes de decidir si va a participar del mismo.

Si usted accede a estar en este estudio, su participación consistirá en contestar una encuesta individual y personal con preguntas cerradas, sobre factores que promueven el avance en un proceso de rehabilitación. Esta durará entre 20 y 30 minutos aproximadamente.

Al tomar parte en este estudio usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: incomodidad al contestar preguntas sensibles, potencial pérdida de confidencialidad, o vergüenza.

Aunque usted acepte participar en este estudio, usted tiene derecho a abandonar su participación en cualquier momento, sin temor a ser penalizado de alguna manera.

Usted puede o no beneficiarse directamente por participar en este estudio. Como también sus pares. La participación en este estudio no conlleva costo para usted, y tampoco será compensado económicamente.

La participación en este estudio es completamente anónima y el investigador mantendrá su confidencialidad en todos los documentos. La información que se obtenga será guardada por el investigador responsable en dependencias de la Universidad Uniacc y será utilizada sólo para este estudio y los resultados son para fines académicos.

Si usted tiene preguntas sobre su participación en este estudio puede resolverlas de manera inmediata con las investigadoras responsables cuyos nombres se detallan al inicio de este documento o hacerlo mediante correo electrónico a las siguientes direcciones Fabiola.bosques@uniacc.edu; Carolina.jaraa@uniacc.edu; Eileen.garcia@uniacc.edu. Datos de contacto del Prof. Guía. Pamela Montero Ruiz, del Depto. De psicología de la Universidad Uniacc, en la ciudad de Santiago, Chile, Correo electrónico: Pamela.monteror@uniacc.edu.

Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como participante o para reportar algún problema relacionado a la investigación puede comunicarse con Pamela Montero Ruiz, profesora de Metodología Cualitativa en la Universidad Uniacc, en la ciudad de Santiago, Chile. Correo electrónico: Pamela.monteror@uniacc.edu

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo acepto participar voluntaria y anónimamente en el Protocolo de Investigación, “Factores que promueven el avance en el proceso de rehabilitación de mujeres con trastornos por consumo de sustancias” dirigido por las estudiantes de Psicología Fabiola Bosques Guzmán, Eileen García Villouta y Carolina Jara Amador, investigadoras responsables del programa de pregrado de la Universidad Uniacc dirigido por el Prof. Guía Pamela Montero Ruiz.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, aceptó responder, una encuesta individual y personal sobre mi proceso de rehabilitación.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por las investigadoras en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada joven de modo personal. La información que se obtenga será guardada por las investigadoras responsables y será utilizada sólo para este estudio. Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Participante	Firma	Fecha
Fabiola Bosques	Carolina Jara	Eileen Villouta

Investigadoras Responsables fecha: _____

Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación, o si Ud. siente que en este estudio se han vulnerado sus derechos podrá contactar al Sr/Sra. Pamela Montero Ruiz, Correo electrónico: Pamela.monteror@uniacc.edu Profesora guía y encargada de la investigación.

Anexo 4**CARTA DE CONVOCATORIA****CONSENTIMIENTO DIRIGIDO A DIRECCIÓN DECOMUNIDAD NUEVA VIDA PEUMAYEN
PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

“Factores asociados al avance en los procesos de rehabilitación, en mujeres con trastornos por consumo de sustancias, entre 18 y 65 años, en la comunidad Nueva Vida Peumayen, de Santiago de Chile.”

El presente documento tiene como finalidad dar a conocer los detalles del proceso de investigación para nuestra Tesis de Pregrado y solicitar su consentimiento de participación.

Somos Fabiola Bosques Guzmán, Eileen García Villouta y Carolina Jara Amador, estudiantes de la Universidad Uniacc de Santiago de Chile.

Objetivo de la investigación

El objetivo de esta investigación es conocer cuáles son los factores que más promueven el avance en los procesos de rehabilitación de las mujeres con trastorno por consumo de sustancias.

Consideramos muy relevante estudiar los factores biológicos, psicológicos y sociales de las usuarias en proceso de rehabilitación, con esta información disponible es posible otorgarle mayores refuerzos a las variables que se consideren potenciadoras de la motivación al cambio, y de esta manera obtener avances más rápidos y concretos en el proceso de rehabilitación.

La información obtenida de esta investigación será de uso académico y compartida con la comunidad terapéutica Nueva Vida Peumayen, para usos psicoterapéuticos.

Metodología

Se realizarán mediciones en 3 momentos o diferentes puntos del tiempo. En la semana de ingreso y dos tomas de datos posteriores con una separación de tres meses cada una, esta estrategia tiene como propósito establecer y analizar el grado de avance en el proceso de rehabilitación de las participantes.

Se les solicitará el acceso a los resultados del test ÚRICA, que ha sido realizado a las pacientes de la comunidad. Además, se les realizará una encuesta, con reactivos o preguntas de respuesta cerrada, para cada la cual será enviada previamente a ustedes mediante correo electrónico, para que esté en su conocimiento.

Participación en el estudio

El consentimiento para realización de este estudio es de carácter libre y voluntario, si usted autoriza esta investigación, lo hace bajo su expreso consentimiento informado que firma y autoriza.

Confidencialidad

La confidencialidad de todas las participantes voluntarias, será resguardada por las siguientes medidas:

1. Las encuestas serán anónimas y solo la investigadora responsable tendrá acceso a los datos proporcionados en ellas.
2. Las entrevistas recibirán un código por cada participante, que solo conocerá la investigadora responsable de este estudio y serán realizadas en un ambiente propicio que estimule la comunicación y el anonimato elegido por el participante.

En el análisis general de los datos se utilizará una estructura de códigos para identificar la información que surja, su pertenencia al instrumento y el momento en que se realizó. Dadas

las características del estudio los datos serán usados solamente en instancias académicas de investigación y aquellas propias de la divulgación investigativa.

Asimismo, las Investigadoras Responsables asumen un compromiso de confidencialidad para resguardar la identidad de todos los involucrados en este estudio.

Riesgos o molestias asociadas a la participación

Si se generara alguna controversia o molestia producto de alguna pregunta o reflexión durante su participación en las encuestas y/o entrevistas, la Investigadora responsable procurará contener emocionalmente y brindar la asistencia requerida al participante.

Los resultados de este estudio son para fines académicos.

Si usted tiene preguntas sobre su participación en este estudio puede resolverlas de manera inmediata con las investigadoras responsables cuyos nombres se detallan al inicio de este documento o hacerlo mediante correo electrónico a las siguientes direcciones Fabiola.bosques@uniacc.edu; Carolina.jaraa@uniacc.edu; Eileen.garcia@uniacc.edu. Datos de contacto del Prof. Guía. Pamela Montero Ruiz, del Depto. De psicología de la Universidad Uniacc, en la ciudad de Santiago, Chile, Correo electrónico: Pamela.monteror@uniacc.edu.

Si usted tiene preguntas sobre sus derechos o para reportar algún problema relacionado a la investigación puede comunicarse con Pamela Montero Ruiz, profesora de Metodología Cualitativa en la Universidad Uniacc, en la ciudad de Santiago, Chile. Correo electrónico: Pamela.monteror@uniacc.edu.

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yoautorizo la participación voluntaria y anónima, de las pacientes de la comunidad Nueva Vida Peumayen, que deseen participar en el Protocolo de Investigación, “Factores que promueven el avance en el proceso de rehabilitación de mujeres con trastornos por consumo de sustancias” dirigido por las estudiantes de

Psicología Fabiola Bosques Guzmán, Eileen García Villouta y Carolina Jara Amador, investigadoras responsables del programa de pregrado de la Universidad Uniacc dirigido por la Profesora Guía Pamela Montero Ruiz.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación con ello, autorizo la investigación de su proyecto en la comunidad Nueva Vida Peumayen.

Declaro haber sido informado/a que la participación de todas las voluntarias no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por las investigadoras en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada joven de modo personal. La información que se obtenga será guardada por las investigadoras responsables y será utilizada sólo para este estudio. Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

_____ Nombre responsable	_____ Firma	_____ Fecha
Comunidad Nueva Vida Peumayen		

_____ Fabiola Bosques	_____ Carolina Jara	_____ Eileen Villouta
--------------------------	------------------------	--------------------------

Investigadoras Responsables fecha: _____

Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación, o si Ud. siente que en este estudio se han vulnerado sus derechos o los de cualquiera de las participantes pertenecientes a la comunidad, Nueva Vida Peumayen, usted podrá contactar al Sr/Sra. Pamela Montero Ruiz, Correo electrónico: Pamela.monteror@uniacc.edu Profesora guía y encargada de la investigación.