UNIVERSIDAD DE ATACAMA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
Departamento de Psicología

"VIVENCIAS ASOCIADAS A LA PARTICIPACIÓN DE PERSONAS EN TRATAMIENTO DEL PROGRAMA SENDA"

Proyecto de tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología y al Título Profesional de Psicólogo

Jennifer Araya Sánchez, Jessica Miramag Pascuaza y Kathia Encalada Ramírez

Profesor Guía: Pablo Brizuela Gallo

Copiapó, Chile, 2025

Agradecimientos

En este importante cierre de etapa, deseo expresar mis agradecimientos a quienes fueron parte fundamental de este camino.

A mis padres, por su apoyo incondicional, por enseñarme a perseverar incluso cuando el camino se volvía incierto y por creer en mí aún en los momentos en que yo dudé. A mis hermanos, por ser compañía, contención y alegría durante todo este proceso, aún en la distancia.

A mi pareja, por su paciencia, amor y compresión constante, por sostenerme en los momentos difíciles y celebrar conmigo cada avance. Gracias por confiar en mi capacidad de llegar hasta aquí.

A mis amigos, quienes se convirtieron en familia durante esta travesía. Gracias por cada risa compartida, por las noches de estudio, los cafés necesarios, los mensajes de ánimo y el apoyo mutuo que hizo este camino más liviano. Nos formamos juntos, aprendimos juntos, y hoy me llena el corazón saber que también nos licenciamos juntos. Gracias por hacer de este proceso una etapa inolvidable, llena de cariño, complicidad y sueños compartidos.

Y de manera muy especial, a mis cuatro hijos: Demián, Benoit, Charlotte y Jack. Ustedes han sido mi motor, mi mayor impulso y la razón más poderosa para no rendirme nunca. Cada día a su lado me recordó por qué vale la pena luchar y seguir soñando. Este logro es también de ustedes.

Jennifer Araya Sánchez.

En primer lugar, agradezco a Dios por ser mi guía constante, por iluminar mi camino y darme la fortaleza necesaria para llegar hasta aquí.

A mi madre, gracias por estar siempre pendiente de mí, por celebrar cada uno de mis logros como si fueran tuyos y por acompañarme con un amor incondicional que ha sido mi refugio en los días difíciles. A mi padre, gracias por enseñarme con tu ejemplo que todo se consigue con esfuerzo, disciplina y dedicación; eres una fuente permanente de inspiración.

A mis hermanos, gracias por sus gestos llenos de cariño y por estar presentes en cada etapa de este proceso. En especial, a mi hermana Marcela, por ser ese pilar al que siempre pude acudir

cuando necesitaba fuerza, y a mi cuñado, por creer en mí, recordármelo siempre y tener la disposición constante de querer verme bien.

A mi amigo, gracias por ser ese apoyo que me ayudó a sobrellevar el estrés, por regalarme alegría, compañía y cariño cuando más lo necesitaba.

A mis amigos de la universidad, gracias por acompañarme desde el primer día, por soportar y compartir mis ataques de risa, por su disciplina y por enseñarme tanto, incluso cosas que jamás imaginé aprender. Gracias por hacer más liviano este camino.

A cada persona que en algún momento me demostró que sí se puede, que celebró conmigo cada logro como si fuera propio: gracias, de corazón.

Finalmente, gracias a mi familia. Este logro no es solo mío, es de todos. Los amo profundamente.

Jessica Miramag Pascuaza

Dedico esta tesis a mi familia por haberme dado las herramientas para estudiar esta carrera. A mis mascotas que me han acompañado estos años, Pulula y Shofi. A aquellos que he conocido en estos años y me han dado la alegría y ganas de seguir adelante.

Finalmente, gracias a mis grupos musicales favoritos Enhypen, Stray Kids y Twenty One Pilots, quienes han llenado mis noches en vela, mis horas de trabajo y mis viajes a la universidad.

Kathia Encalada Ramírez

Índice

Resumen 5
Abstract 6
Capítulo I Introducción 7
Capítulo II Marco Teórico 11
2.1 Fenómeno Psicosocial 11
2.2 Abordaje Integral de Tratamiento de Alcoholismo 13
2.3 Estado del arte 14
Capítulo III Marco Metodológico 22
3.1 Metodología, tipo de estudio y diseño 22
3.2 Participantes y muestreo 23
3.2.1 Criterios de Inclusión 23
3.2.2 Criterios de Exclusión 24
3.3 Procedimiento de recolección de información 24
3.4 Descripción del instrumento 26
3.5 Procedimiento de análisis de datos 27
3.6 Consideraciones Éticas 29
Capítulo IV Resultados 30
4.1 Dimensión de significado 30
4.2 Dimensión de emociones 37
4.3 Dimensión de Recursos 40
4.4 Dimensión de experiencias 43
Capítulo V Discusión 49
Capítulo VI Conclusión 54
Referencias Bibliográficas 57

Resumen

El consumo problemático de alcohol constituye una problemática social y sanitaria relevante en Chile, asociada a procesos de deterioro personal, familiar y comunitario. El presente estudio tuvo como objetivo comprender las vivencias subjetivas de personas en proceso de tratamiento por alcoholismo en la comuna de Copiapó. Para esto se empleó una metodología cualitativa con un diseño fenomenológico interpretativo, mediante entrevistas semiestructuradas de tipo episódica realizadas a usuarios que participaron voluntariamente en programas que tratan el consumo problemático de alcohol. En los resultados se focaliza el análisis en cuatro dimensiones: las emociones asociadas al tratamiento y los significados atribuidos al tratamiento, las experiencias significativas del proceso terapéutico y los recursos como factores facilitadores y obstaculizadores que influyen en la rehabilitación. Los participantes otorgaron al tratamiento el significado de una nueva oportunidad de reconstrucción vital, destacando la recuperación de vínculos afectivos y el fortalecimiento de la esperanza como elementos centrales del proceso. A nivel emocional, se evidenció un tránsito desde el dolor, la culpa y la desesperanza previos al tratamiento, hacia la estabilidad afectiva y la recuperación del sentido de valor personal. La familia, la espiritualidad y el vínculo terapéutico emergen como recursos protectores determinantes, mientras que el miedo a recaer y los efectos de la abstinencia se identifican como principales obstáculos. Se concluye que la rehabilitación es una experiencia compleja e intersubjetiva, que requiere un abordaje integral y multidisciplinario, con énfasis en la educación emocional, el fortalecimiento de redes de apoyo y la promoción de proyectos de reinserción sociolaboral. Los hallazgos aportan orientaciones para el diseño de intervenciones más contextualizadas y sensibles a la subjetividad de las personas en proceso de recuperación.

Palabras clave: consumo de alcohol, vivencias, tratamiento, Copiapó.

Abstract

Problematic alcohol consumption represents a significant social and public health issue in Chile, associated with personal, family, and community deterioration. This study aimed to understand the subjective experiences of individuals undergoing treatment for alcoholism in the city of Copiapó. A qualitative methodology with an interpretative phenomenological design was employed, using episodic semi-structured interviews conducted with users who voluntarily participated in programs addressing problematic alcohol use. The results focus on four analytical dimensions: emotions associated with the treatment, meanings attributed to the therapeutic process, significant experiences throughout rehabilitation, and resources identified as facilitators or barriers to recovery. Participants perceived treatment as a new opportunity for vital reconstruction, emphasizing the recovery of affective bonds and the strengthening of hope as central elements of the process. Emotionally, a transition was observed from pre-treatment states of pain, guilt, and hopelessness toward affective stability and the recovery of personal worth. Family support, spirituality, and the therapeutic relationship emerged as key protective resources, while fear of relapse and withdrawal effects were identified as the main obstacles. It is concluded that rehabilitation is a complex and intersubjective experience, requiring a comprehensive and multidisciplinary approach with emphasis on emotional education, strengthening of support networks, and promotion of sociolabor reintegration projects. The findings provide guidance for designing interventions that are more contextualized and sensitive to the subjectivity of individuals in recovery.

Keywords: alcohol consumption, experiences, treatment, Copiapó

Capítulo I Introducción

El hombre ha dispuesto de bebidas alcohólicas desde finales del mesolítico y principios del neolítico. Con la aparición de la cerámica, se facilitó tanto el proceso de fermentación del alcohol, así como su almacenamiento. Entre los años 4000 y 3500 antes de Cristo aparece constancia del uso del vino y la cerveza en distintos países como China, Egipto y Mesopotamia (Orrala, 2022).

En la mayoría de los casos, el uso de estas sustancias adquiere generalmente un carácter ritual o mágico-religioso. En la civilización griega, estas bebidas eran veneradas con la representación de Dionisos como dios del vino. Asimismo, la civilización romana venera a un dios del vino conocido como Baco. El crecimiento del imperio romano inició la primera corriente de alcoholización de la humanidad. El alcohol pronto provocó la regulación de su uso en ciertas civilizaciones, por ejemplo, leyes en el Código de Hammurabi (Mesopotamia) que controlan su venta y consumo (Ramírez Cevallos, 2015).

Durante la Edad Media (siglo IX), en Europa se descubre el método de destilación. Así se obtienen bebidas de elevada graduación, con un mayor efecto intoxicante. En la América precolombina se utilizaba la "Chimba" (parecida a la cerveza) que fue ofrecida a Colón. En la época industrial se produce un alta de la demanda de alcohol en todos los estratos sociales. Los primeros años del siglo XX el consumo de alcohol estuvo estable, pero en la década de los 60 aumentó, el cual fue influido por la economía, la política, los movimientos migratorios y las tensiones que surgieron (Ferrera Perera, 2019).

El alcohol es una sustancia psicoactiva y tóxica que contiene etanol, cuyo consumo puede inducir dependencia y provocar diversos efectos nocivos en el organismo. El consumo problemático no se limita a las consecuencias físicas, sociales y económicas, además perjudica de manera significativa la salud mental (OMS, 2023).

Según estudios de la organización mundial de la salud, estos últimos años se estima que 400 millones de personas adultas (7% de la población mundial) padecen trastornos por consumo de alcohol y 209 millones (3,7%) presentan dependencia. Sin embargo, el acceso a diagnóstico, intervención y tratamiento para estos trastornos sigue siendo muy bajo, con menos del 1% al 14% de las personas afectadas. El consumo total de alcohol por cabeza en el mundo se redujo

ligeramente entre 2010 y 2019, ya que pasó de 5,7 a 5,5 litros. Los niveles más altos se registraron en el continente europeo 9,2 litros y americano 7,5 litros (OMS, 2023).

En Chile, más del 50% de quienes consumen alcohol reconoce haber estado bajo los efectos de este al menos una vez en el último mes, lo que evidencia patrones de consumo frecuentes y riesgos para la salud. El promedio diario de ingesta es de 5 tragos por ocasión, superando las recomendaciones de la OMS. El país ocupa el cuarto lugar en América Latina en consumo per cápita, con 6,7 litros de alcohol puro por persona. Además, uno de cada diez accidentes fatales se relaciona al consumo de alcohol, lo que afecta gravemente la seguridad vial. Además, el alcohol es responsable del 35,6% de los ingresos a programas de tratamiento en programas de SENDA, superando a otras sustancias psicoactivas (SENDA, 2024).

Numerosos estudios han demostrado que el alcohol interfiere con neurotransmisores clave en el cerebro, como la serotonina y la dopamina, lo que puede alterar significativamente el estado de ánimo y facilitar la aparición de trastornos como la depresión, la ansiedad y el deterioro cognitivo (Colegio de Psicólogos de San Juan, s.f.; UAM, 2024), lo que evidencia una estrecha relación entre consumo de alcohol y salud mental.

Además, en contextos donde el acceso a la salud mental es limitado o existe un alto nivel de estigmatización, el sufrimiento psicológico asociado al consumo de alcohol puede permanecer sin ser tratado, dificultando aún más la recuperación. En Chile, por ejemplo, se ha encontrado una correlación entre el consumo de alcohol y trastornos como la ansiedad generalizada, la personalidad antisocial y el riesgo suicida, especialmente en poblaciones vulnerables (Rivas Acuña et al., 2016). Este escenario resalta la urgencia de considerar el alcoholismo no solo como una adicción, sino como una condición compleja, vinculada íntimamente al bienestar psicológico.

Dada esta realidad, comprender las vivencias de personas que enfrentan tratamientos para el alcoholismo adquiere una relevancia crucial. Entonces, explorar sus experiencias subjetivas permite identificar barreras personales y sociales, emociones, percepciones sobre la intervención profesional y estrategias de afrontamiento que emergen durante el proceso de rehabilitación será crucial (SENDA, 2024).

El consumo problemático de alcohol en Chile ha sido abordado por el Estado a través del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), entidad que desarrolla estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación,

considerando un enfoque territorial y comunitario. Dentro de esta estructura, esta institución cumple un rol fundamental al articular acciones en barrios, escuelas, espacios laborales y organizaciones sociales, con el fin de reducir los factores de riesgo asociados al consumo y fortalecer los factores protectores que promuevan el bienestar y la salud mental (SENDA, 2021).

SENDA trabaja desde un enfoque multifactorial, reconociendo que el consumo de sustancias no responde a una sola causa, sino que está influido por una serie de condiciones sociales, familiares, emocionales y culturales. En ese sentido, las estrategias de intervención no solo consideran la dimensión clínica del consumo, sino también las condiciones estructurales y subjetivas de las personas. Esta institución incorpora acciones específicas orientadas a la prevención en niños, niñas y adolescentes (NNA), el fortalecimiento del rol parental, la promoción de hábitos saludables en contextos laborales y el trabajo en red con instituciones locales, entendiendo que la prevención y el tratamiento deben realizarse de manera integral, sostenida y colaborativa (SENDA, 2024).

Respecto al tratamiento, SENDA reconoce el trastorno por consumo de sustancias como una enfermedad crónica, pero recuperable, que afecta distintas dimensiones de la vida. A través de dispositivos ambulatorios y residenciales, se busca que las personas logren la abstinencia o una reducción significativa del consumo, mejorando su salud física y mental, su entorno familiar, sus vínculos afectivos y su calidad de vida en general. El programa también contempla líneas específicas de intervención, como el tratamiento para personas adultas en situación de calle y el tratamiento con enfoque de género para mujeres, quienes muchas veces enfrentan barreras específicas, como la tenencia de sus hijos e hijas, que dificultan el acceso o continuidad en el proceso terapéutico (SENDA, 2024).

Desde esta perspectiva, se vuelve relevante conocer y analizar las vivencias subjetivas de los usuarios y usuarias que participan en programas de tratamiento. Sus relatos permiten visibilizar no solo los efectos del consumo, tales como problemas emocionales, rupturas familiares, pérdida de redes de apoyo o conductas delictivas, sino también los recursos personales, motivaciones y transformaciones que emergen durante el proceso de rehabilitación. Comprender estas experiencias permitiría fortalecer la efectividad de las estrategias de SENDA, adaptándolas mejor a las realidades territoriales y a las necesidades de las personas en tratamiento (SENDA, 2021).

A partir de lo anterior, este estudio tiene como objetivo general explorar las vivencias subjetivas asociadas al tratamiento por alcoholismo en usuarios de la institución SENDA, con el propósito de comprender los significados que otorgan a su proceso de rehabilitación y los factores que inciden en su experiencia. En específico, lo que busca esta investigación es identificar las emociones, significados que emergen durante el tratamiento; analizar los factores personales, sociales y contextuales que facilitan o dificultan el proceso de recuperación; e interpretar los cambios significativos que las personas perciben en su vida a partir de su proceso de intervención. De esta manera, se pretende aportar a una comprensión más profunda del fenómeno desde la voz de los propios participantes, y contribuir a fortalecer las estrategias de intervención psicosocial (Toledo Méndez, 2021).

A partir de lo anterior, la pregunta de investigación que guía esta tesis es: ¿Qué vivencias subjetivas experimentan los usuarios respecto al proceso de tratamiento por alcoholismo en programas que pertenecen a SENDA?

Objetivo General

Explorar las vivencias asociadas al tratamiento por alcoholismo en usuarios de la institución SENDA.

Objetivos Específicos

- Describir los significados de los usuarios sobre el proceso de tratamiento recibido en SENDA.
- Identificar emociones asociadas durante las distintas etapas del tratamiento psicológico.
- Visualizar las experiencias significativas durante las distintas etapas del tratamiento psicológico.
- Analizar los factores facilitadores y obstaculizadores que influyen en el tratamiento.

Capítulo II Marco Teórico

2.1 Fenómeno Psicosocial

El alcoholismo es una enfermedad crónica que produce un impacto multidimensional en la salud física, mental y social de las personas afectadas. Según Rodríguez Toribio et al. (2018), el consumo crónico y excesivo de alcohol da lugar a daños significativos en diversos órganos y sistemas del cuerpo. En el plano físico, se presentan complicaciones como enfermedades hepáticas (especialmente la cirrosis), trastornos gastrointestinales, pancreatitis, daños cardiovasculares incluyendo hipertensión y cardiomiopatías, así como alteraciones en el sistema nervioso central que pueden derivar en neurodegeneración y déficits cognitivos. Asimismo, el consumo abusivo de alcohol debilita el sistema inmunológico, aumentando la susceptibilidad a infecciones. El autor también destaca la relación directa entre el alcoholismo y un incremento en la incidencia de diversos tipos de cáncer, incluyendo el de esófago, hígado y mama (González Hernández, 2021).

A nivel psicológico y conductual, el alcoholismo está estrechamente vinculado a trastornos del estado de ánimo, como depresión y ansiedad, así como a conductas de riesgo y problemas de adaptación social. Esta condición contribuye a la ruptura de relaciones familiares, laborales y sociales, incrementando la carga socioeconómica tanto para el individuo como para la comunidad. Por otro lado, las consecuencias sociales incluyen un mayor riesgo de accidentes, violencia y marginalización, fenómenos que dificultan la reinserción y recuperación del paciente (Rodríguez Toribio et al., 2018).

Dicho lo anterior, el alcoholismo trasciende el ámbito individual, generando profundas repercusiones en la estructura social. Díez Hernández (2003) destaca que el consumo excesivo de alcohol puede conducir a la desintegración familiar, manifestándose en conflictos intrafamiliares, violencia doméstica y separación conyugal. Estas dinámicas afectan no solo al individuo que consume, sino también a su entorno cercano, especialmente a los hijos, quienes pueden replicar patrones de consumo observados en el hogar.

Además, el estigma social asociado al alcoholismo perpetúa la exclusión y dificulta la rehabilitación. La sociedad tiende a culpabilizar al individuo, ignorando los factores estructurales y culturales que influyen en el consumo. Este estigma se internaliza, generando autoestigmatización y obstaculizando la búsqueda de ayuda. Socialmente, en el ámbito juvenil, el consumo de alcohol se ha convertido en un rito de paso, una forma de integración social que, sin

embargo, conlleva riesgos significativos. El inicio temprano en el consumo está vinculado a problemas académicos, accidentes y comportamientos de riesgo (Díez Hernández, 2003).

Por otro lado, el consumo problemático de alcohol también está estrechamente vinculado a la violencia y las disfunciones en el ámbito familiar, constituyendo un factor de riesgo significativo para el deterioro de las relaciones y el bienestar de sus miembros. Según García Más (2002), el alcohol no solo actúa como un desencadenante de comportamientos agresivos, sino que también perpetúa ciclos de violencia que afectan tanto a cónyuges como a hijos, generando un entorno de inseguridad, estrés y desintegración familiar. La problemática familiar derivada del consumo de alcohol implica consecuencias profundas en la salud mental, el desarrollo emocional y social de los individuos, destacando la necesidad de enfoques multidisciplinarios que consideren tanto el tratamiento del alcoholismo como la restauración de la dinámica familiar para promover la recuperación integral.

Para ello, el concepto de vivencia propuesto por Lev Vygotsky resulta especialmente relevante, ya que permite abordar de forma integrada los aspectos emocionales, cognitivos y contextuales que configuran la experiencia individual. Vygotsky caracteriza la vivencia como una unidad inseparable de vivencia subjetiva que abarca de forma holística los elementos emocionales, cognitivos y contextuales de la conciencia. Esta definición es crucial para comprender cómo las personas internalizan y otorgan significado a sus interacciones con el ambiente, es decir, incorpora una mirada histórico-cultural de la subjetividad (Erausquin et. al, 2016).

En su libro “pensamiento y lenguaje”, Vygotsky subraya que el pensamiento no proviene de sí mismo ni de otras ideas, sino del ámbito motivacional de nuestra conciencia, que incluye nuestras tendencias, necesidades, intereses, impulsos, afectos y sentimientos asociados a la relación del sujeto con su contexto. Entonces, cada pensamiento conlleva una tendencia emocional y motivacional, lo que significa que la experiencia es una unidad en la que se entrecruzan el ambiente externo y la vivencia personal (Izara, 2016).

Desde una perspectiva afín, la filosofía participativa de Mijaíl Bajtín (como se citó en Medina et. al, 2017), que reafirma una mirada contextual, propone que la apropiación del lenguaje y la palabra sucede cuando el individuo asimila y ajusta las manifestaciones culturales a su propio propósito y contexto. En el lenguaje, la palabra es en cierta medida del Otro, siempre tiene un contexto y se manifiesta desde una perspectiva. La interpretación puede surgir únicamente cuando

dos o más voces se entrelazan, cuando la voz de un oyente reacciona a la voz de un orador. James Wertsch (como se citó en Medina et. al, 2017) aporta a esta visión al indicar que la adopción de instrumentos culturales conlleva una tensión entre el agente y los instrumentos culturales.

2.2 Abordaje Integral de Tratamiento de Alcoholismo

El tratamiento del alcoholismo debe abordarse de manera integral, considerando tanto los aspectos médicos como los psicológicos y sociales del paciente. Más que solo evitar el consumo, se busca una transformación sostenida que favorezca el bienestar general y disminuya el impacto en el entorno familiar. Para ello, es fundamental adaptar las intervenciones a las características individuales de cada persona, incorporando estrategias que fortalezcan su red de apoyo, promuevan la salud mental y prevengan recaídas a largo plazo (White, 2007).

Por otro lado, desde una perspectiva clínica, los tratamientos más efectivos suelen incluir una combinación de terapia conductual, medicamentos aprobados y participación en grupos de apoyo. La terapia cognitivo-conductual, por ejemplo, ayuda a identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamiento relacionados con el consumo de alcohol. Paralelamente, programas como Alcohólicos Anónimos, entre otros, brindan un espacio de acompañamiento comunitario que refuerza la motivación del paciente para mantenerse sobrio (White, 2007).

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA) también destaca la importancia de la personalización del tratamiento. No existe una única solución para todos los pacientes, por lo que es fundamental evaluar las necesidades individuales, incluyendo el grado de dependencia, la salud mental y las condiciones sociales. Esta evaluación inicial permite determinar si el paciente requiere un tratamiento ambulatorio, residencial o desintoxicación médica supervisada (NIAAA, 2023).

Una de las estrategias complementarias en el tratamiento del alcoholismo es el uso de medicamentos. Entre los más utilizados se encuentran el Acamprosato, la Naltrexona, el Disulfiram y el Topiramato. Cada uno actúa de forma distinta: mientras algunos reducen el deseo de beber, otros provocan reacciones físicas desagradables al consumir alcohol. Sin embargo, su eficacia puede variar según el paciente y siempre deben ser indicados y supervisados por profesionales de la salud (Agency for Healthcare Research and Quality, 2023).

Aguirre Delgado (2015) destaca que el éxito del tratamiento depende no solo del abordaje clínico, sino también del entorno del paciente. El apoyo familiar y social es esencial para evitar recaídas, al igual que el seguimiento terapéutico constante. Además, se recomienda trabajar en otros aspectos de la salud mental, ya que es común que el trastorno por consumo de alcohol coexista con depresión, ansiedad u otros trastornos psicológicos.

El tratamiento del trastorno por consumo de alcohol no solo beneficia al individuo que lo padece, sino que también tiene un profundo impacto en su entorno familiar. Cuando una persona inicia y mantiene un proceso terapéutico efectivo, se reducen significativamente los conflictos domésticos, la violencia intrafamiliar y el abandono de responsabilidades parentales o conyugales. Además, el tratamiento ayuda a restablecer la comunicación, la confianza y el equilibrio emocional en la familia. El involucramiento de la familia en el proceso terapéutico es clave, ya que puede facilitar la motivación del paciente para mantenerse en abstinencia y mejorar la adherencia al tratamiento. A su vez, los familiares también pueden recibir orientación o apoyo psicológico para procesar el desgaste emocional generado por la convivencia con una persona con dependencia al alcohol. Este enfoque integral contribuye a la reconstrucción de vínculos afectivos y a la creación de un ambiente más estable y saludable para todos los miembros del hogar (Aguirre Delgado, 2015).

La continuidad en el tratamiento y la prevención de recaídas son aspectos esenciales para una recuperación efectiva. El seguimiento a largo plazo ha demostrado ser determinante, ya que la dependencia al alcohol es una condición crónica que puede resurgir sin apoyo adecuado. Por ello, se recomienda que los programas incluyan fases de mantenimiento, apoyo terapéutico continuo y acceso a redes de ayuda mutua (NIAAA, 2023).

En conclusión, el tratamiento del alcoholismo debe ser integral, personalizado y sostenido en el tiempo. La combinación de intervenciones médicas, psicológicas y sociales, junto con la administración de medicamentos cuando sea necesario y el apoyo comunitario, ofrece las mejores probabilidades de éxito. Además, la educación, la prevención y el diagnóstico precoz cumplen un papel clave para reducir el impacto de este trastorno en la vida de las personas y en la sociedad.

2.3 Estado del arte

La literatura reciente coincide en señalar que el consumo de alcohol constituye uno de los principales problemas de salud pública en Chile, no solo por su alta prevalencia, sino

también por el impacto transversal que genera en la salud física, mental y social de las personas. En este contexto, Pieper et al. (2024) advierten que el consumo de alcohol es responsable de una proporción significativa de la carga total de enfermedad en el país, posicionándose como la principal causa de pérdida de años de vida saludable atribuibles a factores de riesgo. Este escenario evidencia que el consumo riesgoso no se limita exclusivamente a cuadros de dependencia, sino que afecta a una población amplia que, aun sin cumplir criterios diagnósticos estrictos, experimenta consecuencias relevantes en su vida cotidiana y en el sistema sanitario.

Desde la atención primaria de salud, diversos estudios destacan la importancia de contar con herramientas de detección temprana y estrategias de intervención oportunas frente al consumo de alcohol de riesgo. En este sentido, el trabajo de Pieper et al. (2024) releva el rol del AUDIT como instrumento central de tamizaje, ampliamente validado en el contexto chileno, por su brevedad, facilidad de aplicación y capacidad para orientar decisiones clínicas. No obstante, los autores subrayan que la sola identificación del consumo no resulta suficiente si no se acompaña de un marco claro de acción clínica, lo que ha llevado a proponer algoritmos de manejo que permitan ajustar las intervenciones según el nivel de riesgo y severidad del consumo.

Finalmente, la evidencia revisada enfatiza que el abordaje del consumo de alcohol de riesgo debe ir más allá de una lógica meramente biomédica, incorporando enfoques empáticos y centrados en la persona. Pieper et al. (2024) destacan la efectividad de las intervenciones breves y de la entrevista motivacional en atención primaria, señalando que estas estrategias favorecen la toma de conciencia, la autonomía y la motivación para el cambio. Asimismo, los autores advierten sobre la necesidad de fortalecer la capacitación de los equipos de salud y mejorar los sistemas de derivación, reconociendo que un abordaje integral y continuo resulta clave para enfrentar de manera efectiva una problemática compleja y profundamente arraigada en la realidad social chilena.

En un estudio realizado en el Centro Clínico Flor de Maipo, en la comuna de Buin, Santiago de Chile, por Castañeda Barrientos & Rojas Angulo (2021), se exploraron los significados que las personas en rehabilitación por consumo de sustancias otorgan a su experiencia de tratamiento. Esta investigación, desarrollada desde un enfoque cualitativo y bajo el paradigma crítico-social, utilizó entrevistas semiestructuradas como principal herramienta para recoger las vivencias de pacientes internados. A través de un análisis de contenido, los

autores identificaron que los participantes no solo relatan un proceso terapéutico, sino también una reconstrucción identitaria, en la que el consumo de sustancias se vincula a experiencias previas de abandono, pérdida de redes de apoyo y estigmatización social. La internación es vivida como una oportunidad de contención emocional y resignificación de sus trayectorias personales.

Es así como los resultados del estudio muestran que los pacientes tienden a reconocer su enfermedad como un problema biopsicosocial, señalando que el proceso de rehabilitación no solo implica abstinencia, sino también aprendizajes emocionales, relacionales y conductuales. Destacan la importancia de la comunicación emocional como parte central del tratamiento, en contraste con su etapa previa de consumo, donde predomina el silencio y la negación de las emociones. Los entrevistados mencionan también el rol ambivalente de la medicación durante la internación y manifiestan distintas creencias sobre su utilidad, asociándose tanto a apoyo terapéutico como a una forma de dependencia médica. La experiencia de abstinencia es descrita como un proceso físico y psíquico complejo, que refuerza la necesidad de acompañamiento profesional y redes de apoyo estables (Castañeda Barrientos & Rojas Angulo, 2021).

De acuerdo a lo mencionado, el aporte al campo de investigación sobre alcoholismo y tratamientos se hace presente, al centrarse en la voz de los propios sujetos en tratamiento. Sus relatos permiten comprender cómo las personas construyen significados personales y colectivos sobre su enfermedad y rehabilitación, revelando factores subjetivos y contextuales que inciden en la adherencia al tratamiento. Por último, también evidencia la percepción de los participantes respecto a las limitaciones de los sistemas públicos de atención, resaltando que el acceso a una rehabilitación de calidad sigue siendo considerado un privilegio económico (Castañeda Barrientos & Rojas Angulo, 2021).

En el marco de una investigación realizada por Salazar et. al (2020) en la ciudad de Puerto Montt, centrada en jóvenes que participan en procesos de tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas en la comunidad terapéutica "Vínculos", se obtuvo evidencia relevante a partir de una metodología cualitativa y el uso de entrevistas en profundidad como técnica principal de recolección de datos. Los resultados evidenciaron lo siguiente:

El proceso terapéutico con jóvenes en situación de vulnerabilidad social suele comenzar con una actitud de rechazo y desconfianza, derivada de experiencias previas de abandono y fracaso

en otros dispositivos de tratamiento. Sin embargo, esta actitud inicial se transforma al experimentar un trato digno y reconocer su condición de sujetos de derechos, lo que les permite verse como agentes de cambio dentro de su contexto social y político.

El establecimiento de un vínculo terapéutico significativo con al menos un miembro del equipo de tratamiento es fundamental. Este vínculo se caracteriza por la empatía, la aceptación incondicional y la ausencia de juicio, facilitando la apertura emocional y el fortalecimiento de la autoestima de los jóvenes. Este desarrollo personal favorece la creación de tácticas y herramientas para afrontar sucesos estresantes y traumas, recuperando su autoridad en sus vidas.

Otro fenómeno explorado en la ciudad de Talca, por Matteo-Guzmán y Martínez-Pernía (2020), fue la experiencia subjetiva de recaída en personas con consumo problemático de alcohol, antecedentes de trauma y síntomas disociativos.

Desde un enfoque cualitativo, basado en la fenomenología trascendental de Edmund Husserl y el análisis propuesto por Giorgi, los autores realizaron entrevistas en profundidad a seis participantes en tratamiento en un centro de salud mental comunitario. El objetivo fue comprender desde la vivencia directa cómo las personas experimentan los momentos previos, durante y posteriores a la recaída. Los resultados revelaron que la recaída no es percibida como un evento repentino, sino como un proceso marcado por una fuerte carga emocional, recuerdos traumáticos, y sentimientos de desesperanza que llevan a una planificación consciente del consumo, percibido por los participantes como un recurso para mitigar el dolor psicológico (Matteo-Guzmán & Martínez-Pernía, 2020).

El estudio muestra que los significados atribuidos a la recaída son complejos y ambivalentes. Por un lado, el alcohol es vivido como un medio para aliviar el sufrimiento y acceder temporalmente a un estado de bienestar; por otro, genera sentimientos de culpa, autodevaluación y temor a perder lo logrado durante el tratamiento. Esta oscilación emocional destaca la importancia del tiempo y la narrativa personal en la comprensión del fenómeno. Los participantes manifiestan que solo al socializar su experiencia con figuras cercanas (familiares o profesionales) logran frenar la recaída, lo que posiciona el acompañamiento como un factor clave en la resignificación de su conducta. Así, este estudio contribuye a visibilizar que las recaídas no pueden ser comprendidas ni abordadas únicamente desde una lógica clínica o conductual, sino que

requieren integrar el relato subjetivo, el contexto traumático y las estrategias que las personas construyen para darle sentido a su tratamiento (Matteo-Guzmán & Martínez-Pernía, 2020).

Otra experiencia relevante es la de un estudio realizado en Santiago de Chile, se exploró la influencia del género y la dimensión cultural en las trayectorias de vida de mujeres alcohólicas. La investigación, de enfoque cualitativo y perspectiva etnosociológica, empleó el método de relatos de vida y se centró en una muestra intencionada de mujeres mayores de 45 años, con más de cinco años de sobriedad, pertenecientes a la comunidad de Alcohólicos Anónimos. A través de entrevistas en profundidad desarrolladas en tres sesiones por participante, se buscó comprender cómo las construcciones de género condicionaron su vivencia del alcoholismo, especialmente a través de la estigmatización y el clandestinaje (Cáceres, Cáceres, Colimil, & Ramírez, 2020).

Los resultados revelan que el consumo de alcohol comenzó en la niñez, en contextos familiares disfuncionales, y se intensificó durante la adolescencia como una estrategia para lidiar con problemas de sociabilidad y una imagen personal deteriorada. En la adultez, el consumo se tornó dependiente, vinculado a la frustración por no cumplir con los mandatos tradicionales del rol femenino. Las participantes describieron un consumo clandestino que les permitía evadir la rutina doméstica, el cual solo se suspendía durante el embarazo o lactancia. Un aspecto común en las historias fue la experiencia de abortos, asociada al silencio, la vergüenza y la violencia. La rehabilitación fue descrita como un proceso complejo, obstaculizado por la negación, el estigma y la desesperanza aprendida (Cáceres et al., 2020).

El estudio concluye que el alcoholismo en mujeres requiere un abordaje que incorpore la perspectiva de género y la comprensión de las condiciones sociales, culturales y económicas que las atraviesan. La investigación destaca la importancia de equipos multidisciplinarios y sistemas de salud que incluyan la dimensión mental y el enfoque de género, así como de tratamientos sensibles a las particularidades femeninas, como el cuidado de los hijos y el soporte emocional. La autora subraya que el consumo problemático de alcohol en mujeres no puede ser entendido únicamente desde parámetros biomédicos o individuales, sino desde la interacción con el sistema sexo-género y los dispositivos de control social que perpetúan su marginación (Cáceres et al., 2020).

En cuanto a la temática, Riera Romero (2024) se centra en el papel fundamental de la familia en el proceso de reinserción social de pacientes con consumo problemático de alcohol y

sustancias psicoactivas. La investigación se llevó a cabo en el Centro de Rehabilitación para Adultos Adictos y Tratamiento Integral en Salud Mental y Física durante el período 2022-2023. El objetivo principal fue comprender cómo las dinámicas familiares influyen en la recuperación y reintegración de los pacientes a la sociedad.

Se empleó un enfoque cualitativo con un diseño de estudio de caso, seleccionando una muestra intencionada de pacientes en proceso de rehabilitación. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas en profundidad y observaciones participativas, permitiendo una comprensión detallada de las experiencias individuales y familiares. El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando técnicas de codificación temática, identificando patrones y categorías relevantes para el estudio (Riera Romero, 2024).

Los hallazgos revelaron que la familia desempeña un papel crucial en el proceso de rehabilitación, actuando tanto como un factor de riesgo y como de protección. Se identificaron dinámicas familiares disfuncionales, como la falta de comunicación y el apoyo emocional limitado, que obstaculizan la recuperación del paciente. Por otro lado, se destacó la importancia de la participación activa de la familia en el tratamiento, promoviendo la adherencia al proceso terapéutico y facilitando la reinserción social. Además, se observó que la educación y orientación a los familiares sobre la naturaleza de la adicción contribuyen significativamente al éxito del tratamiento (Riera Romero, 2024).

Un aporte relevante al estudio del alcoholismo a un grupo familiar de la ciudad de Copiapó, desde una perspectiva cualitativa lo constituye la investigación de Guaita (2022), quien aborda el alcoholismo crónico y el síndrome de abstinencia mediante un estudio de caso desarrollado desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativa. El autor propone comprender el consumo problemático no únicamente como un fenómeno individual o biomédico, sino como una experiencia relacional y contextual, profundamente influida por las dinámicas familiares, los relatos compartidos y las emociones que circulan en el sistema. A través del análisis narrativo, el estudio da cuenta de cómo las personas construyen significados en torno al consumo, la abstinencia y el proceso terapéutico, destacando el rol de las emociones, la culpa, la esperanza y el sufrimiento como elementos centrales de la vivencia del tratamiento. Asimismo, se enfatiza la importancia de generar espacios terapéuticos que permitan resignificar la experiencia del alcoholismo, favoreciendo procesos de cambio sostenidos y coherentes con la historia de vida del sujeto. Este estudio refuerza la pertinencia de los enfoques cualitativos para abordar la

complejidad del alcoholismo, en tanto permiten acceder a la dimensión subjetiva y contextual del fenómeno, en sintonía con perspectivas histórico-culturales que conciben el tratamiento como una experiencia situada y significativa.

Un aporte significativo proviene de un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Chile, que adoptó un enfoque cualitativo y empleó entrevistas en profundidad como principal técnica de recolección de datos, revelando los siguientes hallazgos:

El tratamiento por trastorno por uso de sustancias en usuarios de programas SENDA ha demostrado una influencia significativa en la mejora de las competencias parentales, especialmente en las dimensiones protectoras, formativas y vinculares, tras nueve meses de intervención. Al inicio del tratamiento, todos los participantes presentaban conductas negligentes hacia sus hijos, situación atribuida a características biopsicosociales y patrones de consumo que requieren abordajes terapéuticos especializados. La severidad de la trayectoria de consumo y tratamiento afecta particularmente las competencias reflexivas, esenciales para la regulación emocional y la identificación de las necesidades infantiles. Además, antecedentes socios-familiares, como redes de apoyo conflictivas o ausentes, limitan el desarrollo de las competencias. Sin embargo, estos mismos factores desfavorables al inicio del tratamiento se asocian con mayores índices de mejora en las respectivas competencias tras la intervención, lo que sugiere un mayor margen de progreso en usuarios con condiciones iniciales más críticas (Vega-González & Pérez, 2021).

Tabla 1

Categorías Analíticas

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	AUTORES
Impacto multidimensional del consumo de alcohol.	Daño hepático, alteraciones cardiovasculares; afectación neurológica, cáncer.	Rodríguez Toribio et al. (2018); González Hernández (2021).
Impacto psicológico y conductual del alcoholismo.	Trastornos del ánimo, ansiedad, conductas de riesgo.	Aguirre Delgado (2015).
Abordaje terapéutico integral del alcoholismo.	Intervención psicológica, tratamiento farmacológico, apoyo comunitario.	Rodríguez Toribio et al., (2018).
Repercusiones sociales y familiares del consumo problemático.	Conflictos familiares, violencia intrafamiliar, estigmatización social.	Díez Hernández (2003); García Más (2002).
Recaídas y procesos de mantenimiento terapéutico.	Vivencia emocional, significados atribuidos, acompañamiento.	Matteo-Guzmán & Martínez-Pernía (2020).
Rol del entorno familiar en el tratamiento.	Apoyo familiar y social como factor protector.	Aguirre Delgado (2015).
Vivencia	Influencia del entorno social, construcción del significado personal, subjetividad situada.	Vygostky (2017).
Reconfiguración identitaria en procesos de tratamiento.	Resignificación identitaria, sentido del tratamiento.	Castañeda Barrientos & Rojas Angulo (2021).

Capítulo III Marco Metodológico

3.1 Metodología, tipo de estudio y diseño

Este estudio se inscribe desde el paradigma interpretativo. Este paradigma, también conocido como constructivista o hermenéutico, sostiene que la realidad social es múltiple, diversa y está construida a partir de las interpretaciones y significados que los individuos atribuyen a sus propias experiencias (Flick, 2007). Este enfoque resulta pertinente, ya que el propósito de este estudio es comprender las vivencias subjetivas de personas en tratamiento por alcoholismo en la ciudad de Copiapó. En este paradigma, la verdad no es única ni objetiva, sino que emerge desde los relatos, perspectivas y sentidos construidos por los propios actores sociales involucrados en el fenómeno investigado (Vasilachis de Gialdino, 2006).

La elección del método cualitativo se fundamenta en la necesidad de acceder a la profundidad y complejidad del fenómeno, considerando tanto los aspectos emocionales como contextuales que configuran la experiencia del tratamiento por consumo problemático de alcohol. De este modo, no se pretende establecer relaciones causales generalizables, sino más bien explorar y analizar los significados que los participantes otorgan a su proceso terapéutico, las transformaciones percibidas, los factores facilitadores u obstaculizadores del cambio y los relatos que configuran su trayecto de recuperación (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

Desde el enfoque fenomenológico-interpretativo, el investigador no se posiciona como un ente externo y neutral, sino como un mediador en la construcción de sentido. Interpreta los relatos de los participantes, reconociendo su propia implicación en el proceso investigativo. Esta postura epistemológica es coherente con los fundamentos teóricos del estudio, especialmente con la noción de vivencia que integra elementos emocionales, cognitivos y contextuales en la configuración de la experiencia subjetiva (Vygotsky, 2017).

Desde la perspectiva fenomenológica, el interés investigativo no se orienta a explicar el fenómeno desde categorías externas o causales, sino a comprender cómo el tratamiento es vivido y significado por los propios usuarios. Esto supone atender a la experiencia tal como se manifiesta en el relato, priorizando los sentidos atribuidos por los participantes y reconociendo el carácter intersubjetivo del proceso de comprensión. De este modo, el estudio busca aproximarse al significado que el fenómeno adquiere en la conciencia del sujeto, más que a su medición o generalización.

Dado que el objeto de estudio está centrado en las subjetividades de los usuarios, sus emociones, pensamientos, creencias, experiencias pasadas y expectativas futuras en torno al tratamiento, el enfoque cualitativo resulta idóneo para recoger esta información en su complejidad. Las técnicas empleadas, como la entrevista semiestructurada de tipo episódica, permiten acceder a narrativas personales en las que emergen aspectos significativos que no podrían ser comprendidos desde una perspectiva cuantitativa o puramente objetiva (Vasilachis de Gialdino, 2006).

Por último, este tipo de estudio es pertinente considerando que el fenómeno investigado requiere una aproximación fenomenológica-interpretativa que priorice la significación desde el punto de vista del actor social y considere el contexto sociocultural y emocional en el que se construyen dichas experiencias.

3.2 Participantes y muestreo

En la investigación cualitativa, la selección de participantes se realiza mediante un muestreo no probabilístico. Su propósito no es la generalización estadística, sino comprender en profundidad las experiencias vinculadas al fenómeno estudiado. Por ello, se eligen casos que permitan identificar patrones y significados comunes, construyendo así una comprensión contextualizada y significativa del proceso analizado.

La muestra será seleccionada utilizando el criterio de saturación teórica, lo que implica que el número de participantes será determinado en función de la capacidad de la investigación para alcanzar una comprensión profunda y exhaustiva de las experiencias de los mismos. Esta muestra será no probabilística e intencionada, lo que significa que los participantes serán elegidos deliberadamente por su relevancia para los objetivos del estudio (Hernández-Sampieri, 2018).

La muestra que se seleccionará para este estudio estará conformada por un grupo de individuos que cumplan con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

3.2.1 Criterios de Inclusión

- Participantes de 18 años o más.
- Haber formado parte de programas de tratamiento durante un período mínimo de tres meses. Esto se justifica por la necesidad de contar con datos sobre la evolución a lo largo del proceso terapéutico.

- Los participantes deben firmar y estar de acuerdo con el consentimiento informado para participar en el estudio, lo cual es crucial para garantizar el respeto a los derechos de los participantes y cumplir con las normativas éticas (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

3.2.2 Criterios de Exclusión

- Aquellos participantes que presenten un deterioro cognitivo significativo que impida una comunicación efectiva o la comprensión de los objetivos del estudio. El cual provoca una disminución en la capacidad mental, que afecta áreas como la memoria, el pensamiento y el juicio, sin requerir necesariamente una alteración física en el cerebro, las causas pueden ser diversas, incluyendo el envejecimiento, trastornos neurológicos leves, o condiciones psiquiátricas (Ardila & Rosselli, 2007).
- Individuos que presenten ideación suicida activa, ya que la presencia de pensamientos suicidas podría alterar la naturaleza de los significados asociados al tratamiento, la participación y protección del individuo en el estudio (Pimentel de Sousa Santos & Ferreira de Souza Monteiro, 2021).
- Personas que presenten daño orgánico, el cual implica un daño físico en las estructuras cerebrales, como lesiones traumáticas o accidentes cerebrovasculares, que afectan directamente la función cerebral (Muñoz et. al, 2017).
- Mujeres gestantes, debido a que sus vivencias relacionadas con el consumo de sustancias y el tratamiento pueden diferir de otras personas. El embarazo genera una serie de condiciones físicas, emocionales y sociales que pueden influir en la experiencia del tratamiento y en los efectos percibidos (World Health Organization [WHO], 2014).

3.3 Procedimiento de recolección de información

El procedimiento de recolección de información se desarrolló siguiendo una secuencia rigurosa y coherente con los objetivos específicos del estudio. En una primera instancia, se gestionó el acceso institucional a los programas que tratan a personas con consumo problemático de alcohol, presentando el protocolo de investigación al equipo profesional. Durante esta reunión se expuso el guion temático de la entrevista, junto con los criterios de inclusión y exclusión definidos, asegurando que el equipo comprendiera el enfoque del estudio y su base ética. Esta

etapa permitió no solo establecer acuerdos iniciales, sino también generar un clima de colaboración fundamental para el desarrollo posterior del trabajo de campo.

Una vez formalizado el acceso, se inició un proceso de reclutamiento intencionado. Esta estrategia se apoyó en los profesionales tratantes, quienes identificaron a los usuarios que cumplían con los criterios establecidos y que, al mismo tiempo, contaban con la disposición emocional y clínica para participar. La selección cuidadosa fue clave para resguardar la pertinencia de los casos y evitar riesgos asociados a situaciones de vulnerabilidad o desestabilización.

Posteriormente, se procedió a la obtención del consentimiento informado. A cada participante se le explicó detalladamente el propósito del estudio, los alcances de su participación, el carácter académico de las grabaciones y las garantías de confidencialidad y voluntariedad. Solo después de resolver dudas y confirmar su comprensión se firmó el consentimiento, dando paso al inicio formal de la entrevista. Este momento no solo constituyó un requisito ético, sino también una oportunidad para generar un vínculo inicial de confianza.

Las entrevistas se llevaron a cabo en un formato semiestructurado de tipo episódico, con una duración aproximada de 60 a 90 minutos. Fueron realizadas en espacios confidenciales que permitieran un ambiente de seguridad psicológica, condición prioritaria para favorecer la apertura y profundidad del relato. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio con autorización expresa y buscando minimizar interrupciones para resguardar la continuidad narrativa.

Una vez culminado el trabajo de campo, se procedió a la transcripción literal del material recogido. Durante esta fase se aplicó un proceso de anonimización cuidadoso que protegió la identidad de los participantes y de terceros mencionados en su relato. Posteriormente, las transcripciones fueron sometidas a un análisis fenomenológico interpretativo, atendiendo tanto al contenido explícito como a los significados subyacentes presentes en las experiencias relatadas. Este enfoque permitió reconstruir sentidos, identificar hitos relevantes dentro de las trayectorias de tratamiento y reconocer factores que facilitaron u obstaculizaron los procesos de cambio.

Finalmente, se realizó la integración analítica de los hallazgos, contrastándolos con el marco teórico y la literatura especializada, para luego avanzar en la redacción de los resultados y la discusión final. Cada fase del procedimiento fue diseñada para asegurar coherencia interna, trazabilidad metodológica y profundidad interpretativa, en línea con las recomendaciones de

Duque y Aristizábal Díaz-Granados (2019). De esta manera, el proceso completo permitió garantizar tanto la calidad científica del estudio como el respeto hacia los participantes.

3.4 Descripción del instrumento

Para la recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada de tipo episódica. Este tipo de entrevista combina preguntas narrativas y abiertas, permitiendo que los participantes relaten episodios significativos asociados a su experiencia de tratamiento. Su carácter flexible facilita profundizar en vivencias, significados y percepciones subjetivas, favoreciendo la emergencia de aspectos que no siempre surgen en entrevistas altamente estructuradas. Asimismo, permite reconstruir momentos clave del proceso de rehabilitación desde la perspectiva de los usuarios, lo que resulta pertinente para los objetivos del estudio (Flick, 2007).

En cuanto a su alcance temporal, el estudio es de carácter transversal. Este diseño implica la recolección de datos en un único momento, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación dentro de un mismo punto temporal. En consecuencia, el estudio obtiene una "fotografía" de los significados y experiencias de los participantes en la etapa de su tratamiento.

Si bien se aborda un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo como la rehabilitación por consumo de alcohol, el diseño no contempla seguimiento longitudinal. En su lugar, se recuperan retrospectivamente hitos y trayectorias a partir de la percepción presente de los usuarios, lo cual constituye una característica propia de los estudios transversales (Arias-Gómez, Villasís-Keever, & Miranda-Novales, 2016).

Para el rigor de la investigación se utilizaron los siguientes criterios:

La credibilidad se establece como el pilar fundamental del rigor metodológico en esta investigación cualitativa, asegurando el valor de verdad de los resultados al reflejar auténticamente la realidad y la experiencia tal como son construidas por los participantes. Siguiendo el precepto Parra Domínguez & Briceño Rodríguez (2013), la credibilidad implica demostrar la veracidad de los resultados mediante la aprobación directa de quienes proveyeron la información.

La auditoría se implementa en este estudio para asegurar la dependencia y la credibilidad del proceso investigativo, estableciendo un rastro verificable de las decisiones metodológicas y analíticas. Tal como lo describe Flick (2007), este procedimiento consiste en la revisión del

proceso de investigación a cargo de un experto externo calificado. En el contexto de esta tesis, que aborda las vivencias de personas que estuvieron en tratamiento por consumo problemático de alcohol, esta revisión fue crucial para validar el instrumento de recolección de datos y garantizar la consistencia del análisis

La transferibilidad se refiere a la posibilidad de aplicar los resultados de esta investigación en contextos similares. Para lograrlo, se sigue lo planteado por Rojas de Escalona (2014), detallando de forma clara el diseño del estudio, la selección de participantes, la aplicación del instrumento y el análisis de datos. Este registro permite que otros investigadores evalúen si los resultados pueden utilizarse o replicarse en sus propios contextos.

3.5 Procedimiento de análisis de datos

En esta sección se detalla el procedimiento analítico utilizado para procesar los datos cualitativos obtenidos a través de las entrevistas semiestructuradas. Con el fin de exponer el paso a paso metodológico seguido para interpretar los relatos y comprender el significado asociado a las vivencias de las personas en tratamiento por consumo problemático de alcohol.

Se llevarán a cabo entrevistas semiestructuradas de tipo episódicas para recopilar información detallada sobre el historial de tratamiento de los participantes, ya que permite explorar en profundidad las experiencias individuales, ofreciendo flexibilidad para abordar temas específicos, a la vez que mantienen el enfoque en los objetivos de la investigación (Creswell & Poth, 2018). Lo anterior mediante la construcción de una pauta de entrevista y un guion temático.

La información recabada en este estudio será analizada desde un enfoque cualitativo, utilizando un análisis fenomenológico interpretativo, el cual fue desarrollado por Smith, Flowers y Larkin (2021) y adaptado metodológicamente en Latinoamérica por Duque y Aristizábal (2019). Este método es práctico para entender cómo los individuos significan sus experiencias personales, con un énfasis en la subjetividad, la interpretación y contexto.

El cual se basa en una lógica inductiva y hermenéutica, que considera la doble interpretación, dado que el participante intenta dar sentido a su experiencia y además el investigador intenta comprender cómo ese sentido es construido. Este proceso no tiene la intención de generalizar sino entender la profundidad, coherencia interna y comprensión integral de la

vivencia.

El análisis se llevará a cabo en las siguientes etapas:

1. Lectura y revisión detallada de la transcripción: se comienza con una total inmersión en la narración del participante. El investigador hará un exhaustivo análisis a la entrevista transcrita para familiarizarse con su contenido. Esto facilita una conexión empática inicial con la experiencia vivida.

2. Elaboración de comentarios iniciales: se realizarán anotaciones en el texto sobre tres aspectos: el contenido descriptivo (lo que se dice), el uso del lenguaje (cómo se dice) y las observaciones conceptuales (ideas, emociones, contradicciones). Este paso permite la sistematización posterior sin la imposición de categorías predefinidas.

3. Identificación de temas emergentes: a partir de las anotaciones anteriores, se generan temas específicos que representen elementos centrales del relato. Los temas deben capturar lo más importante de lo narrado y mantener la autenticidad del lenguaje empleado por el participante.

4. Agrupación de temas en categorías jerárquicas: se agrupan los temas emergentes que presentan afinidades conceptuales. Aquí se desarrollan conexiones y relaciones entre ellos, generando una organización jerárquica que da lugar a dimensiones analíticas.

5. Análisis idiográfico y transversal: cada caso se analiza en profundidad antes de continuar con el siguiente, luego se comparan las categorías entre casos para identificar puntos de coincidencia y discrepancia, respetando el carácter único de cada relato.

6. Redacción de resultados: Se elabora un informe narrativo que enlaza las categorías con extractos textuales representativos. Esta etapa incluye una interpretación reflexiva, adoptando una postura ética, respetuosa y fiel a la perspectiva de los participantes.

En el marco de esta investigación, se han definido objetivos específicos que orientan el análisis en coherencia con el enfoque cualitativo adoptado y con los propósitos de comprender en profundidad las vivencias subjetivas de los participantes.

3.6 Consideraciones Éticas

La ética es un pilar esencial de toda investigación, pues define principios que regulan la conducta aceptable del investigador y aseguran la protección y dignidad de los participantes. En la investigación cualitativa esta exigencia es aún mayor debido al carácter personal de sus métodos. Como señalan Kalpokas y Hecker (2023), cualquier conducta no ética es inaceptable en la práctica científica.

La presente investigación se ha sustentado rigurosamente bajo los lineamientos del Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile (1999).

Por ser la psicología una disciplina cuya práctica nos pone directamente en relación con las personas, es condición ineludible que todo acto profesional deba realizarse de forma tal que no lesione la dignidad, la libertad ni la vida de los demás ni la propia, en tanto derechos inalienables e inviolables del ser humano. (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999, p.4)

Antes de aplicar la entrevista semiestructurada de tipo episódica, se siguieron rigurosamente los lineamientos éticos establecidos para la investigación en psicología. Para ello, se proporcionó a cada participante un consentimiento informado, documento en el cual se reconoce su voluntariedad y autonomía para decidir participar en el estudio. Este consentimiento garantiza que la persona comprende el propósito de la investigación, los procedimientos involucrados y sus derechos durante todo el proceso, entre ellos el resguardo de la confidencialidad y la posibilidad de retirarse en cualquier momento. Asimismo, se informó explícitamente que la entrevista sería grabada en formato de audio y/o video, elemento necesario para el análisis posterior y señalado de forma clara dentro del consentimiento.

El uso del consentimiento informado responde a lo establecido en el artículo Nº 15 del Código de Ética Profesional, el cual regula las prácticas investigativas en psicología y enfatiza la responsabilidad de resguardar el bienestar y los derechos de las personas participantes. En particular, el inciso Nº 3:

3. El psicólogo/a deberá obtener el consentimiento informado, expreso y por escrito de los participantes, en caso que las investigaciones pongan en riesgo su privacidad; particularmente cuando se contemple cualquier clase de registros, filmaciones y/o grabaciones que puedan ser utilizadas en reportes posteriores. Además, cuando sea posible anticipar eventuales efectos no

deseados para los participantes, el psicólogo/a deberá informar de los alcances de los mismos y contar con el consentimiento escrito de los participantes con discernimiento, o de los representantes legales cuando corresponda (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999).

Asimismo, el consentimiento informado permitió establecer un encuadre claro respecto a la entrevista, comunicando de manera explícita los objetivos del estudio, las condiciones de participación y los derechos de los entrevistados, especialmente en relación con la plena confidencialidad del proceso. En concordancia con el inciso n.°4 del artículo n.°15 del Código de Ética Profesional, se dejó estipulado que cada participante podía suspender o abandonar su participación en cualquier momento sin sufrir consecuencias ni penalizaciones. Finalmente, este mismo inciso destaca, además, la responsabilidad del investigador de prever y mitigar cualquier efecto no deseado que pudiera derivarse del estudio, resguardando el bienestar de quienes colaboran en él, asegurando así una práctica ética, transparente y respetuosa en todas las etapas de la investigación (Colegio de Psicólogos, 1999).

Capítulo IV Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de los contenidos emergidos en las entrevistas. Estos se organizan en cuatro dimensiones: significados, emociones, recursos y experiencias, las cuales evidencian los principales hallazgos presentes en los relatos de las participantes y sustentan las categorías construidas.

4.1 Dimensión de significado

Las producciones subjetivas de los entrevistados revelan que el tratamiento por consumo de alcohol se significa como un proceso de reconstrucción vital, donde el alcohol representa destrucción y pérdida, especialmente de vínculos afectivos. En este sentido, el consumo no es solo una conducta problemática, sino que además es representado como la raíz de la ruina personal. A modo de ejemplo:

> (…) Error y algo que no quiero volver a cometer. Ahora hasta me da asco, no me agrada. Es destrucción, eso significa el alcohol para mí. (E1R21)

> (…) fue perdida una vida completa. (E2R25)
>
> Destrucción, un mal vicio, la perdición. Algo muy malo. (E3R16)
>
> En este momento, en este minuto. Pérdida de mi vida. pura pérdida. No gané nada con el alcohol, no gané nada. (E4R23)

Se observa como la pérdida de vínculos emerge como uno de los significados más profundos y dolorosos asociados al consumo de alcohol. Para los participantes, la ruptura con hijos, parejas y familiares no es vivida como un efecto secundario del consumo, sino como su consecuencia más devastadora. En sus relatos aparece una mezcla de subjetividad asociada a vergüenza y culpa. Como sigue:

> (...) Entonces yo perdí todo el contacto con ella, ya casi no le hablaba. Mi hermana igual le decía a mi mamá que no me hablara mucho, porque siempre era pa' lo mismo… y me da vergüenza decirlo, pero sí, era pa' pedir plata pa' tomar. (...) Con mi señora también terminamos por lo mismo. Ella no quería verme en esas condiciones, y yo igual le hablaba pa' puro pedirle plata… hasta que ella me dijo estoy chata hasta aquí te acompaño, se cansó de esa situación. Entonces, al final, lo único que hizo el alcohol fue dañar a mi familia. (E1R11)
>
> (...) Me alejé de mi familia y así fui destruyéndome a mí mismo. (E3R19)
>
> el alcohol para mí, (...) siempre ha sido pérdida, pura perdida… perdí todo, perdí trabajo, perdí casa, perdí a mi señora, perdí a mis hijas que gracias a dios ahora las estoy recuperando. Mi familia también me dejó de lado, sí qué iban a querer tener al lado a un alcohólico ahí molestándolos. (E4R28)

En este contexto, el alcohol adquiere un significado asociado a la pérdida total, que no solo abarca bienes materiales o estabilidad laboral, sino también la ruptura de los vínculos más significativos. Expresiones como "perdí todo" o "fui destruyéndome a mí mismo" evidencian una

vivencia de desmoronamiento integral, en la que el consumo no solo deteriora aspectos externos de su vida, sino también su identidad como trabajador, pareja y padre.

Además, este sentido de pérdida no se limita al trabajo, la vivienda o la estabilidad cotidiana, sino que implica un quiebre profundo de los lazos afectivos, donde la familia se distancia como forma de protegerse del daño emocional que se irradia desde la conducta del consumidor. Esta dinámica refleja lo que se comprende como co-dependencia, en la cual los cercanos también resultan afectados, se desgastan y, eventualmente, se ven obligados a tomar distancia para resguardar su propio bienestar. De este modo, la pérdida no ocurre de manera abrupta, sino como un proceso de desconexión progresiva, en el que se acumulan silencios, ausencias y fracturas hasta llegar al aislamiento total.

Por otra parte, en los relatos surge la figura de los profesionales como agentes de cuidado y protección. Los participantes resignifican a los profesionales como personas que acogen, sostienen y acompañan sin juicio. El tratamiento adquiere para ellos un sentido de dignidad y humanidad.

> Como le decía, los cabros del programa eran bacanes, bacanes de verdad. Te apoyaban, te escuchaban, te acompañaban. Eran buenas personas, bien flexibles, pero cuando había que cumplir normas, eran estrictos y te las hacían cumplir sí o sí (...), don C*** también él siempre estuvo ahí pa' apoyarme, pa' ayudarme incluso después de que salí del tratamiento. (E1R9)

> (...)lo acogen, si alguien no tiene ropa, no tiene nada, se acogen. (E2R7)

A partir de lo referido es posible interpretar que el apoyo, la escucha activa y el acompañamiento otorgado por el equipo interventor adquieren un significado de gran valor en el proceso de tratamiento, constituyéndose en pilares fundamentales de la intervención. La presencia constante de profesionales que "apoyan", "escuchan" y "acompañan" no solo ofrece contención emocional, sino que también fortalece la motivación del usuario para sostener su proceso de cambio.

Asimismo, se evidencia que el equilibrio entre la flexibilidad y el cumplimiento de las normas es un componente clave en la intervención. Los profesionales muestran una disposición

cercana y comprensiva, pero al mismo tiempo mantienen límites claros y firmes. Esta combinación permite promover regulación, responsabilidad y estructura, sin perder la calidez en el vínculo terapéutico.

Por otra parte, se destaca la importancia del monitoreo y la motivación entregada por los interventores, quienes no solo acompañan durante el tratamiento, sino incluso después de finalizado, reafirmando un compromiso sostenido con el bienestar del usuario. Además, el relato también da cuenta de una acogida material y emocional, donde llegar "desposeído" no implica quedar desamparado. El hecho de que, si alguien no tiene ropa u otros elementos básicos, igualmente sea acogido, evidencia una intervención que reconoce la dignidad del sujeto y responde a necesidades concretas, favoreciendo su reintegración y sentido de pertenencia.

En conjunto, todos estos elementos configuran una intervención integral, humana y reguladora, en la que el vínculo, el apoyo y los límites constituyen componentes esenciales para el proceso de cambio.

> Los profesionales han sido un 7 con todo mi proceso. Me han acompañado, me han ayudado a salir adelante, a volver a ingresar a la sociedad, a tener un trabajito, vendiendo mis cosas para poder sustentar a mi esposa. Me han ayudado a ver un nuevo camino, a encontrar esperanza en Jesús. Así que la verdad estoy agradecido por eso, agradecido por toda la ayuda que ellos me han dado. (E3R3)

> (...) No, ellos son fundamentales, sí gracias a ellos yo estoy acá. (...) son fundamentales. Me han ayudado, pero kilos y la pastora ahora. (E4R6)

> (...) Vi que había ayuda de verdad. Vi y sentí que había cariño verdadero, que había gente que me estaba apoyando de verdad. Entonces, eso me hizo levantarme y me hizo sentirme mejor. (E4R15)

En este contexto, se evidencia que la intervención adquiere un valor profundamente significativo para las personas, configurándose en un proceso donde emergen diversos pilares esenciales.

A propósito de la rehabilitación, ésta aparece como un camino posible, donde los profesionales cumplen un rol central al ofrecer acompañamiento constante, guía y apoyo emocional. Su presencia es descrita como fundamental, lo que refleja la relevancia del vínculo terapéutico y del sostén que proporcionan en los momentos de mayor vulnerabilidad. También se observa que la intervención no solo entrega contención, sino también alternativas concretas para reconstruir la vida, ya sea facilitando la reinserción laboral, apoyando la reintegración social o promoviendo nuevas formas de sostener a la familia. Esto convierte a la intervención en un eje transformador, capaz de abrir posibilidades reales de cambio.

El agradecimiento se expresa de manera reiterada, reflejando el impacto positivo que el usuario atribuye al acompañamiento recibido. Esta gratitud revela no solo la efectividad percibida de la intervención, sino también la calidad del trato y el vínculo construido. Además, se destacan valores como la honestidad, la transparencia y el cariño verdadero, aspectos que el entrevistado reconoce explícitamente. Percibir "ayuda de verdad" y "cariño verdadero" refuerza la confianza en los interventores y se convierte en un motor emocional que favorece la continuidad del proceso.

Otro elemento clave es la esperanza, asociada tanto al proceso mismo como a lo espiritual. La referencia a "encontrar esperanza en Jesús" muestra cómo la espiritualidad puede convertirse en un recurso significativo, ofreciendo sentido, fortalecimiento interno y motivación para sostener el cambio.

La espiritualidad aparece como una alternativa que otorga sentido, consuelo y pertenencia. Para los participantes, la presencia de Dios y la fe actúan como fuerzas que sostienen el proceso de cambio, ofreciendo un camino para reconstruir vidas profundamente afectadas por el consumo. La espiritualidad funciona como un refugio, otorgando la sensación de ser acompañado por algo superior y de pertenecer a una comunidad que los acoge. Así, se identifica la espiritualidad como una oportunidad de renacer, de iniciar un camino distinto luego del daño vivido.

> Gracias, gracias por darme un nuevo comienzo. Porque pude conocer a Jesús igual. (E3R23)

> Lo único que me ha dado esperanza es seguir a Dios en el camino, porque ya probé lo malo ahora estoy probando lo bueno, gracias a Dios. (E5R39)

En estos fragmentos, la fe aparece como un punto de inflexión, un antes y un después que permite reorientar la vida hacia un horizonte esperanzador. La espiritualidad también facilita un proceso de reconstrucción de la autoestima y del sentido de valía, elementos deteriorados por el consumo.

> Que soy una persona que tiene valor, que antes no lo sentía, pero Jesús me lo dio. Me dio ese valor para sentirme bien conmigo. (E3R26)

Aquí, la fe se vive como un recurso que permite reconocerse nuevamente como sujeto digno, capaz y valioso. La espiritualidad no solo es consuelo, sino también motivación, fuerza y dirección.

> (...) En el Señor Jesús, todo lo va a poder. (...) "Todo lo puedo en Cristo que me fortalece". Es un pasaje bonito que me enseñó que uno todo lo puede, pero confiando en el Señor. (...) que tengan fuerza, que se la pidan al Señor, que esa tormenta va a pasar en algún momento. (E3R32)

Esta perspectiva muestra cómo la fe se convierte en un pilar emocional, que sostiene la constancia y la perseverancia frente a las dificultades. La espiritualidad también implica responsabilidad y una actitud activa hacia el proceso.

> (...)Pero primero está mi señor, él es el que me ayuda primero y después tengo que yo poner de mi parte noma. (E4R9)

Entonces, se evidencia una combinación entre fe y agencia personal, donde la ayuda divina se complementa con el esfuerzo propio. Los relatos muestran cómo la dimensión espiritual permite formar vínculos y sentirse parte de una comunidad que ofrece acompañamiento y contención.

> Sí, de hecho, nos tratamos como familia, acá somos todos hermanos y tenemos nuestra madre espiritual que es la pastora. (E4R19)

De este modo, se ve reflejado que la comunidad religiosa funciona como un espacio afectivo, protector e integrador, donde las personas no solo encuentran apoyo, sino también identidad colectiva.

Finalmente, el tratamiento adquiere para los participantes el significado de una vía hacia la estabilidad, la transformación personal y la reconstrucción de un nuevo sentido vital. No es vivido únicamente como una intervención técnica, sino como una auténtica "segunda oportunidad de vida", un espacio donde el renacer y el avanzar se vuelven posibles después del deterioro generado por el consumo.

> Agradecido, y también como que uno siente que le dieron una nueva oportunidad, ¿cachai? Eso es lo que podría decir del tratamiento: una segunda oportunidad pa' la vida. Harta motivación pa' salir adelante, pa' estudiar, pa' sacar a mi familia adelante, pa' seguir luchando. Así que eso… pura gratitud con las personas que me ayudaron y que todavía me siguen apoyando. (E1R13)

Estas expresiones muestran que el tratamiento actúa como un punto de quiebre positivo, permitiendo reconstruir lo perdido y recuperar la dirección de la vida. En este sentido, la intervención no solo aborda el consumo, sino que también moviliza metas, sentido de propósito y responsabilidad afectiva, elementos centrales en la reconstrucción personal.

La experiencia terapéutica se describe como renovadora, generadora de cambio y acompañada de un profundo agradecimiento hacia quienes han sostenido y acompañado este proceso transformador.

> Renovadora… Renovadora y con mucho agradecimiento, porque me dio eso que yo buscaba: una nueva oportunidad. Y ahora la estoy aprovechando al máximo, al máximo, para poder avanzar. (E3R9)

> Esperanzador, en una frase, esperanzador. (E4R14)

En síntesis, se evidencia que el tratamiento ofrece renovación emocional, apertura a nuevas posibilidades y una profunda valoración del proceso vivido. La esperanza emerge como

un efecto directo de la intervención, funcionando como un motor que sostiene el cambio, fortalece la motivación y permite proyectarse hacia un futuro más estable y significativo. Con ello, se consolida un sentido transformador del tratamiento, donde la experiencia es comprendida como un renacer y una oportunidad real de reconstrucción vital.

4.2 Dimensión de emociones

Antes de iniciar el proceso terapéutico, los participantes describen un estado emocional caracterizado por desgaste profundo, desborde y una pérdida progresiva del control personal. Narran sentirse "quebrados", "destruidos" o sin un rumbo claro, experiencias que expresan una vivencia emocional saturada de desesperanza y dolor. En este periodo, la vergüenza, la culpa y la pena emergen como emociones dominantes, marcadas por la sensación de haber fallado a sí mismos y a quienes los rodean.

> (…) Es destrucción, eso significa el alcohol para mí. Me trae muy malos recuerdos y no es un lugar al que me gustaría volver. (E1R21)

Muchos refieren que el alcohol funcionaba como un intento fallido de regulación emocional, utilizado para "no sentir" o "olvidar", pero que en la práctica sólo intensificaba el deterioro personal y relacional. La percepción de pérdida (de familia, trabajo, vínculos significativos y sentido de vida) aparece de manera consistente previo al tratamiento. En este escenario, la emocionalidad se caracteriza por la tristeza persistente, la frustración acumulada y un profundo malestar consigo mismo, que en algunos casos derivó en pensamientos de anulación o deseos de morir.

> (…) estaba pasado ya, estaba colapsado. Perdí mi familia, perdí el amor de mis hijas. Había perdido todo, perdí trabajo, perdí todo y ya era tiempo ya de ingresar a un tratamiento porque estaba totalmente destruido. Lo único que quería era morirme. (E4R1)

> Pero para ser sincero una vez me intenté matar, pero yo nunca tomé ningún tratamiento, estuve en psiquiatría 5 días porque me ahorqué, pero mi mamá me encontró y me cortó la cuerda. (E2R14)

Este conjunto de emociones previas configura una etapa emocionalmente crítica, donde la experiencia subjetiva del consumo se vincula estrechamente con la desesperanza y la autodevaluación.

> Antes del tratamiento estaba aburrido, cansado sin ganas de hacer nada, me iba a la basura si había comida, bebida, agua. (E2R18)
>
> (…) sentirme vacío, solo, en constante angustia…. (E3R8)

A medida que transcurre el tratamiento, las emociones comienzan a reorganizarse en un proceso dinámico que implica enfrentar, por primera vez, sentimientos que habían sido silenciados por años de consumo. Los participantes describen este período como un tránsito entre la vulnerabilidad y la contención, marcado por la emergencia de miedo, ansiedad, vergüenza y, simultáneamente, alivio.

> Cuando inicié fue difícil, porque es una decisión que uno tiene que tomar con valentía y con la tenacidad de saber que no quiere volver atrás. Afuera uno sabe que hay obstáculos, y es duro enfrentar esas primeras semanas del tratamiento, porque la cabeza te dice una cosa, pero el cuerpo te pide otra (E3R4)

El miedo a recaer aparece de forma transversal, junto con la incertidumbre respecto a la propia capacidad para sostener el cambio. Sin embargo, este temor convive con la experiencia de sentirse acompañado, escuchado y validado emocionalmente, lo que permite elaborar significados y comenzar a comprender el origen de ciertas emociones. Las entrevistas revelan que, en este punto, el espacio terapéutico funciona como un sostén afectivo donde es posible expresar dolor acumulado, recibir retroalimentación y reconstruir la autoestima.

> Ahora emocionalmente, no le voy a mentir. Igual hay momentos donde uno se siente triste. A veces los problemas del día a día igual te pegan: que hay que buscar pega, que al principio cuesta caleta integrarse de nuevo, que uno viene con otras mañas… toda esa cuestión, pero igual ha sido un proceso paso a paso. Y ahí mi señora me ha acompañado harto. Cuando me ve bajoneado, triste o con el ánimo por el suelo, ella es la primera en decir “ya, ven, vamos pa’ allá”, o “juguemos un juego de mesa con los niños”, o

> “salgamos un ratito”. Como que me sacan de ese bajón, ¿me entiende? Y los niños igual (…) ellos son una alegría. (E1R12)

> (...) antes era más impulsivo ahora estoy más tranquilo (E5R12)

También emergen emociones más positivas como gratitud, esperanza inicial, tranquilidad y un renovado sentido de valía personal. La presencia constante de apoyo (ya sea de profesionales, pares o redes espirituales) fortalece la percepción de seguridad emocional, posibilitando que los participantes avancen con mayor claridad en su proceso.

> Darle gracias a Dios nomás porque me sacó donde me sacó y gracias al pastor también por haberme brindado una casa. (E2R16)

> Sí, de hecho, desde que decidí dejar de tomar, he pasado por altos y bajos, pero este último tiempo he estado bien estable, he estado bien y eso es lo que más me reconforta, que estoy bien, que me siento bien, me siento con ganas, con esperanza. (E4R12)

Al finalizar o avanzar significativamente en el tratamiento, los participantes describen una transformación emocional marcada por mayor estabilidad, claridad y fortalecimiento interno. La sobriedad se asocia con tranquilidad, paz, lucidez y una sensación de “volver a ser uno mismo".

> (…) es que estoy bien, y no hay ganas de consumir y siempre le pido a dios que me ayude (…) mis emociones están superbien la autoestima ha crecido durante el proceso. (E2R24)

> La lucidez, el poder ser consciente de las cosas que hago. (E5R16)

Surgen emociones de gratitud hacia quienes participaron en el proceso, acompañadas de esperanza respecto al futuro y orgullo por los logros alcanzados. La autoestima, previamente deteriorada, comienza a reconstruirse, permitiendo una mayor valoración de sí mismos y de las relaciones afectivas recuperadas. Además, la posibilidad de reconectar con la familia, especialmente con los hijos, despierta emociones de ternura, alegría y motivación profunda.

> La verdad, me sentía tranquilo… feliz… agradecido. Sobre todo, feliz, porque ver a mi mamita después de tanto tiempo fue súper

> especial, verla contenta igual. Ver a mi pareja también, cómo estaba feliz por mí… pucha, eso me llenó el corazón. Me sentí muy, muy feliz ese día, de verdad. Como aliviado, como que por fin estaba cerrando una etapa y empezando otra mejor (E1R20).

> Me siento, de hecho, me siento querido, me siento con ánimo, me siento con ganas de vivir, me siento feliz, ha sido un cambio radical, radical, radical en mi vida (E4R18).

Muchos sostienen que ahora pueden reconocer y manejar sus emociones sin recurrir al alcohol como anestesia, identificando que este solo agravaba su sufrimiento. Esta fase se caracteriza por una vivencia emocional más coherente, donde la claridad interna y la capacidad de proyectarse se integran como resultados significativos del proceso terapéutico.

La emocionalidad del "después" no solo implica bienestar, sino un nuevo posicionamiento subjetivo que refleja madurez, comprensión y un renovado sentido de vida.

> Sentí que puedo mejorar, que soy alguien valioso, que igual merezco ser feliz. (E3R14)

4.3 Dimensión de Recursos

En los relatos, los vínculos afectivos aparecen como un recurso poderoso para sostener el proceso de recuperación. La familia opera como un motor emocional que impulsa el deseo de mantenerse sobrios y avanzar en cada etapa del tratamiento. Estos lazos actúan como anclajes que brindan sentido, motivación y esperanza.

> Cuando tuve nuevamente un contacto con mi pareja, que ahora sigue siendo mi pareja. Volvimos a comunicarnos, ella volvió a apoyarme, quiso estar ahí acompañándome, y eso me dio caleta de valentía pa' seguir (E1R8).

> Cuando pude volver a… cuando en ese momento era mi exesposa y ahora nuevamente mi esposa, se enteró. Y ver que, en vez de darme la espalda, estuvieron ahí para apoyarme, para darme una palabra de aliento. Eso fue motivación. Ver que mis hijos igual

> estaban interesados en que yo saliera adelante, y mis nietos también. Fue como un impulso (E3R5).

Para algunos participantes, el reencuentro con sus seres queridos o la posibilidad de reparar vínculos dañados se convierte en la mayor fuerza para perseverar. Así, los vínculos afectivos funcionan como un sostén emocional que refuerza la adherencia al proceso y disminuye el riesgo de recaídas.

Un recurso clave que emerge en los discursos es la construcción de nuevas metas personales y proyectos de vida. Durante el tratamiento, los participantes comienzan a proyectarse hacia un futuro diferente, estableciendo objetivos como recuperar a sus hijos, mejorar su calidad de vida, encontrar trabajo estable, continuar estudios. Estas metas funcionan como estructuradoras del sentido vital y permiten orientar el proceso de cambio hacia horizontes concretos. La posibilidad de imaginar un futuro más digno y estable se transforma en un recurso motivacional fundamental para sostener la abstinencia y fortalecer la identidad en reconstrucción.

> (...) Estuve harto tiempo sin licencia y acá en el programa me ayudaron a limpiar antecedentes, a ordenar todo eso. Así que ahora estoy buscando peguita, quiero entrar a la U en las noches… entonces sí, po': una nueva oportunidad (E1R25).

> Ahora tengo este puestito, este carrito donde vendo cosas por la calle, entonces me la vivo caminando, ofreciendo (E3R25).

> (...) mis pensamientos estaban en salir adelante y en cumplir los objetivos que uno se propone (E3R31).

La posibilidad de imaginar un futuro más digno y estable se transforma en un recurso motivacional fundamental para sostener la abstinencia y fortalecer la identidad en reconstrucción.

> Si pues, mi sueño es recuperar a mis hijas y trabajarle al señor, trabajarle a él. Recuperar a mis hijas y trabajarle al señor. (E4R36)

> Quiero trabajar otra vez, tener una casa propia, estoy postulando para un subsidio, quiero volver a conducir. Además, quiero tener un trabajo para mandarle plata a mi hija, yo le mando 140 mil y

> una plata para que pague su celular. Quiero establecerme, quizás tener una mascota, un perro salchicha. (E5R33)
>
> Trabajo vendiendo artículos de puerta en puerta, una parte es para el pastor y una parte es para mí… Vendo paños de cocina, chisperos, tostadores… En el hogar hay de todo, no debo estar preocupado. (E2R41)

En estos relatos, la capacidad de proyectarse hacia un futuro más digno, estable y lleno de propósito emerge como un recurso motivacional central en la recuperación. La posibilidad de reconstruir vínculos familiares, recuperar a los hijos, estabilizar la vida laboral y material, e incluso reintegrarse desde la espiritualidad, otorga dirección y sentido al proceso terapéutico. Soñar con un trabajo estable, una vivienda propia, contribuir económicamente a la familia o simplemente aspirar a una vida cotidiana organizada y tranquila, fortalece la identidad en reconstrucción y sostiene la abstinencia

De este modo, las metas personales y familiares se convierten en fuentes de motivación, esperanza y compromiso, consolidando un horizonte que impulsa a perseverar en el camino de cambio.

Los relatos evidencian que, además de los apoyos externos, los participantes reconocen en sí mismos recursos internos que actúan como factores protectores clave en su proceso de recuperación. A través del autoconocimiento, la valoración personal y la toma de decisiones conscientes, se movilizan capacidades como la fuerza de voluntad, el deseo de una vida distinta y la determinación de no repetir experiencias dolorosas.

> La fuerza de voluntad. Era esa sensación de que yo quería salir adelante, que no quería volver a lo de antes. Entonces eso también me ayudó harto a decir: “No para atrás, ni para coger impulso”. (E1R16)
>
> Más que todo es pa’ no volver a cometer los mismos errores que cometí en ese momento. Como mirar pa’ atrás y decir “no, eso no es lo que yo quiero”, y empezar a tomar decisiones distintas pa’ tener resultados distintos. (E1R26)

> Que al quererme impulsa a que quiera cambiar a poder recuperar mi vida. (E5R32)

En conjunto, estos relatos muestran que los recursos personales constituyen un pilar esencial en el proceso de cambio. La fuerza de voluntad, el deseo profundo de no repetir errores pasados y la determinación de construir una vida distinta operan como factores protectores que sostienen la abstinencia y fortalecen la identidad en reconstrucción. Esta motivación interna alimentada por la valoración de sí mismos, el aprendizaje obtenido del dolor y el anhelo de recuperar la estabilidad y la dignidad personal se convierte en un motor permanente que impulsa a los participantes a mantenerse firmes frente a las dificultades y a perseverar en su proceso terapéutico.

4.4 Dimensión de experiencias

Una experiencia significativa en el ámbito del tratamiento tiene que ver con la recuperación de lo perdido a lo largo de su trayectoria de consumo y vida. Para ellos, el proceso terapéutico no solo representa dejar atrás el consumo, sino también retornar a aquello que había sido previamente abandonado. Así como recuperar la salud física, la capacidad de atender y cuidar de su propio cuerpo, lo que les permite desenvolverse adecuadamente en la vida cotidiana:

> (...)Ahora estoy mucho mejor que en ese momento, estoy más gordito, como bien, estoy con mi familia, tengo una buena relación con mi mamá y mi hermana. (E1R25)

Asimismo, para otro participante, el entrar a tratamiento también incluye mejorar la salud física, pero en el sentido del buen descanso y problematizar el alcohol lo que favorece su bienestar integral.

> Bueno, yo entré porque tengo trastorno del sueño, no podía dormir bien, quería dormir mejor y también por problemas con el alcohol y esas cosas. (E5R4)

Con respecto a las experiencias relatadas, los momentos significativos del proceso se vinculan principalmente con la familia. Los entrevistados destacan cómo los vínculos con la pareja, con los hijos se convierte en un impulso central para continuar. La familia no solo ofrece

contención, sino también un referente que permite reconocer las consecuencias de las acciones pasadas, motivando a los participantes a asumir y pedir ayuda para accionar de manera diferente:

> (…) Es que yo estoy acá, porque el programa calle me ha ayudado un montón a mí. Me ha ayudado, pero una maravilla. me han ayudado con mi hija, de hecho, estoy recuperando a mi hija gracias a ellos. (E4R2)

Además, la presencia de la familia se activa durante el tratamiento cuando perciben la disposición del participante a cambiar, brindando apoyo y acompañamiento:

> Volvimos a comunicarnos, ella volvió a apoyarme, quiso estar ahí acompañándome, y eso me dio caleta de valentía pa' seguir. También recordar a mi compañero… yo no quería terminar como él. Eso igual me motivaba harto pa' seguir adelante, poh. (E1R8).

> (…) cuando en ese momento era mi ex esposa y ahora nuevamente mi esposa, se enteró. Y ver que, en vez de darme la espalda, estuvieron ahí para apoyarme, para darme una palabra de aliento. Eso fue motivación. Ver que mis hijos igual estaban interesados en que yo saliera adelante, y mis nietos también. Fue como un impulso. (E3R5).

En cuanto a los factores facilitadores del tratamiento, los participantes han comentado que la participación en actividades y labores del hogar, que funcionan como estrategias de distracción, y contribuyen de manera significativa al proceso terapéutico. Los permiten mantenerse activos, desarrollar nuevas habilidades, al mismo tiempo que promueven un sentido de responsabilidad además son hábitos que adquieren en el día a día:

> (…) La verdad, bien, porque eran muy dinámicas. Tenían varios talleres. Uno se levantaba, tenía que hacer su cama, luego iba a tomar desayuno —y era un desayuno bien rico—. Después tocaba participar en distintos talleres: cerámica, carpintería, manejo de herramientas y de todo un poco. A veces uno se iba a acostar un rato, y no te decían mucho; pero si ya era demasiado, ahí sí te preguntaban qué pasaba. En general, siempre te mantenían

> ocupado. Yo igual me mantenía ocupado porque sé usar herramientas como la galletera, el taladro y todas esas cosas para hacer muebles. Entonces me dejaron encargado de que las personas las usaran correctamente o de enseñarles cómo hacerlo. Por eso siempre estaba bien ocupado en esas cosas. (E1R15)
>
> Mantenerme ocupado. Mantenerme ocupado, ponerme a hacer cosas, arreglar cosas en la casa. Ahora tengo este puestito, este carrito donde vendo cosas por la calle, entonces me la vivo caminando, ofreciendo. Así que mantenerme ocupado. (E3R25)
>
> Bueno aquí lavo, riego, estamos haciendo una pajarera. (E5R35)

De igual manera, se destaca que la participación en prácticas religiosas, estudios bíblicos y momentos de oración aporta un componente emocional y social fundamental, al ofrecer un espacio seguro:

> Es que nosotros vivimos ahí, hoy tenemos estudio bíblico, el día miércoles tenemos oración y el sábado tenemos predicación, ir a predicar. Hacemos diferentes actividades, pero siempre en la mañana se obra y el día martes está el estudio a las 5 de la tarde. Está lo del evangelio, le dan lo que le toca a cada uno y luego uno explica lo que uno leyó y de ahí uno toma once y después se va a acostar, a las 11, cada uno tiene su cama, su espacio, hay un baño donde pueden bañarse, hay agua, hay una tele donde pueden ver una película, todo eso ahí en el hogar, pero se mueve por la fe. (E2R17)

En cuanto a los factores obstaculizadores del tratamiento los participantes describen que su estadía suele estar marcada por intensas dificultades físicas y emocionales propias de la abstinencia, manifestadas en malestar corporal. Estas sensaciones iniciales generan un conflicto entre el deseo de avanzar y las demandas del cuerpo, lo que dificulta sostener la motivación de seguir en el centro:

> La primera semana, lejos. Las noches, sobre todo. Porque uno todavía no puede dormir bien y te vienen las ganas esas de

> tomarte tu chelita, lo que uno se tomaba siempre en la noche. Entonces se hace difícil, poh. Difícil las primeras noches. Igual allá te dan medicamentos para dormir, pero a mí en la primera noche no me hicieron ni cosquillas, nada de efecto. Así que esas noches fueron brígidas, brígidas de verdad. Después hablé con el doctor y me ajustaron la dosis, y ahí logré dormir mejor. Pero sí… la primera semana requiere caleta de fuerza de voluntad. Harta fuerza pa' mantenerse firme y quedarse ahí, cuando uno no duerme bien es más irritable. (E1R7)
>
> Me duele la guata, los días calurosos quiero tomarme una cervecita. (E5R8)

El participante describe las dificultades que enfrenta al iniciar tratamiento, señalando que es una decisión que requiere de determinación para mantenerse firme frente al deseo de recaer. Se manifiesta una tensión entre la mente y cuerpo, que comprende la necesidad del cambio, pero el cuerpo que todavía demanda sustancias, lo que evidencia el conflicto interno en las primeras semanas:

> Cuando inicié. Cuando inicié fue difícil, porque es una decisión que uno tiene que tomar con valentía y con la tenacidad de saber que no quiere volver atrás. Afuera uno sabe que hay obstáculos, y es duro enfrentar esas primeras semanas del tratamiento, porque la cabeza te dice una cosa, pero el cuerpo te pide otra. Entonces… solamente por fe uno sale adelante. Esa es la diferencia. (E3R4)

Referente a las transformaciones percibidas a nivel personal, los entrevistados manifiestan que experimentan un mayor autocontrol frente a sus hábitos de consumo y un aumento significativo del amor propio. Estas experiencias reflejan no solo un cambio en la manera de relacionarse con el alcohol, sino también en la forma en que se perciben a sí mismos y en su capacidad de tomar decisiones conscientes. Los participantes destacan que este autocontrol les permite enfrentar situaciones de recaídas con mayor seguridad y mantener un compromiso con su proceso de recuperación:

> El saber decir que no. El saber decir que no, el aprender que yo tengo el control sobre mis decisiones. (E3R13
>
> Ahora lo pienso y soy más consciente. (E5R38)

También mencionan experiencias de su vida cotidiana en donde son expuestos al consumo, pero han puesto en práctica lo aprendido como:

> Ahora me siento más avanzado porque me fui a trabajar a una fonda, mi hermano puso una fonda, me ofrecieron cerveza y dije que no, cigarro tampoco, todos tomaban cerveza y decir que no para una persona alcohólica y drogadicta era un paso muy grande para mí y quiero seguir el otro paso que salí del hogar por mi propio modo, trabajar en lo mismo que estoy trabajando y quedarme acá en Copiapó. (E2R45)

Con respecto al amor propio los participantes señalan que hubo un incremento y reconocen su propio valor y lo importante que es cuidarse a sí mismos:

> (...) mis emociones están super bien, la autoestima ha crecido durante el proceso, igual con los hermanos, tengo que lidiar con los hermanos porque soy el encargado de darle la palabra, a veces se caen y hay que alentarlos para que sigan adelante, no se vayan y sigan el tratamiento, uno tiene que ayudarlos emocionalmente. (E2R24)
>
> La verdad, fue pasar de sentirme vacío, solo, en constante angustia… a empezar a sentir valor. A volver a sentir que valgo algo, que soy una persona que merece que le pasen cosas buenas. Antes yo decía “todo lo malo yo lo merezco”, pero he aprendido, gracias a la Iglesia y a Jesús, que soy una persona que necesita y que debe ser amada, por mí mismo y por los demás también. (E3R8)

Por otro lado, con respecto a las transformaciones percibidas a nivel social, el proceso terapéutico ha favorecido la búsqueda de trabajo y la reinserción social mediante actividades productivas, lo que les permite promover su autonomía:

> (..) La verdad, bien, porque eran muy dinámicas. Tenían varios talleres. Uno se levantaba, tenía que hacer su cama, luego iba a tomar desayuno —y era un desayuno bien rico—. Después tocaba participar en distintos talleres: cerámica, carpintería, manejo de herramientas y de todo un poco (E1R15).

Además, los programas/centros brindan a los participantes recursos y espacios donde pueden trabajar, generar sus propios ingresos:

> Trabajo vendiendo artículos de puerta en puerta, una parte es para el pastor y una parte es para mí vendo paños de cocina, chisperos, tostadores. En el hogar hay de todo, no debo estar preocupado de pagar arriendo, pagar agua, luz, comprar pan para comer, mantequilla, paté porque está en el hogar, en el hogar debo buscar a Dios y nada más. (E2R41)

> (...) Era totalmente diferente, era puro lucro de los pastores. Acá nosotros no trabajamos nada, bueno yo trabajo acá colaborando en la casa, ayudando aquí en la casa. Ahora el plan calle también me va a ayudar con una herramienta, voy a empezar a trabajar. Me voy a armar un taller acá al ladito. Voy a empezar a trabajar acá en la casa también, haciendo cositas que sé hacer yo. Y así poh´, no, ellos fundamentales. (E4R6)

Capítulo V Discusión

En relación con el objetivo de explorar las vivencias asociadas al tratamiento por alcoholismo en usuarios de Copiapó, este proceso se configura como una experiencia profundamente transformadora. En él convergen dimensiones emocionales, de significado, de experiencia y de recursos, que evidencian cómo los participantes reconstruyen su vida y su identidad tras enfrentar las consecuencias del consumo problemático.

Los resultados obtenidos muestran que la dimensión emocional constituye uno de los ejes centrales para comprender la experiencia de los usuarios en tratamiento por consumo problemático de alcohol. Antes del ingreso a tratamiento, las emociones relatadas describen un estado de deterioro afectivo profundo, caracterizado por culpa, rabia, desesperanza y la sensación de estar perdiendo el control de la propia vida. Esta vivencia coincide con lo señalado por Matteo-Guzmán y Martínez-Pernía (2020), quienes plantean que las emociones negativas y el malestar persistente suelen configurar el escenario que antecede a la búsqueda de ayuda, actuando tanto como detonante del consumo como de su perpetuación. Al mismo tiempo, estos hallazgos dialogan con estudios que indican que el consumo opera como un intento fallido de regulación emocional, reforzando ciclos de sufrimiento psicológico (Castañeda & Rojas, 2021).

Durante el proceso de tratamiento, los participantes describen una transición relevante en la relación con sus emociones. Comienzan a reconocer afectos que previamente evitaban o no lograban nombrar, y este acto de verbalización se convierte en un momento significativo que transforma la experiencia subjetiva, coherente con la perspectiva sociocultural de Vygotsky (2017), quien atribuye al lenguaje un rol constitutivo en la reorganización de la vivencia emocional. Las emociones emergen con intensidad (vergüenza, miedo a recaer, ansiedad e incertidumbre), pero también aparecen sensaciones de alivio y esperanza al encontrar un espacio de contención que legitima el malestar y permite interpretarlo. Estos resultados se conectan con los planteamientos de Salazar (2020), quien sostiene que la apertura emocional depende del establecimiento de un vínculo confiable y libre de juicio, y que este vínculo constituye un factor crucial para sostener la adherencia terapéutica, evidenciando que el vínculo terapéutico basado en la aceptación y la no estigmatización permite que los usuarios experimenten una apertura emocional progresiva, aspecto que coincide con los relatos de los participantes de este estudio,

quienes encuentran en el tratamiento un espacio seguro para elaborar emociones que previamente permanecían negadas o reprimidas

En la etapa posterior al tratamiento se observa un cambio emocional coherente con la literatura sobre recuperación y sobriedad emocional. Los participantes hablan de claridad, tranquilidad y fortalecimiento personal, lo que coincide con la idea de "reconstrucción emocional" descrita por White (2007), donde la recuperación implica no solo la abstinencia sino una transformación afectiva y relacional que reconfigura la identidad. Además, la mejora en el bienestar emocional se articula con cambios en el entorno familiar y social, tal como reportan Aguirre (2015) Riera Romero (2024), subrayando la importancia de redes de apoyo que sostengan la estabilidad emocional alcanzada, subrayando la importancia del acompañamiento familiar y la presencia de vínculos significativos, los que funcionan como elementos protectores que favorecen la continuidad en el tratamiento y sostienen emocionalmente al paciente en momentos críticos.

A pesar de ello, los hallazgos entregan orientaciones valiosas para la práctica clínica. Se sugiere incorporar y/o fortalecer módulos específicos de educación emocional y estrategias de regulación afectiva dentro de los programas de tratamiento, dado que las emociones emergen como un factor estructurante tanto del consumo como de la recuperación. También se recomienda fortalecer el soporte familiar y terapéutico, incluyendo espacios donde los usuarios puedan trabajar emociones asociadas a recaídas, vergüenza o estigma, elementos ampliamente documentados en la literatura como barreras para la adherencia (SENDA, 2024). Desde una perspectiva teórica, sería pertinente desarrollar investigaciones que profundicen en la relación entre vivencia emocional, identidad y trayectorias de consumo, integrando los aportes de la fenomenología y de los enfoques narrativos observados en estudios previos (Matteo-Guzmán & Martínez-Pernía,2020).

Un hecho relevante dentro de las experiencias relatadas por los participantes es el apoyo que los programas de tratamiento han proporcionado sobre reinserción social y búsqueda de trabajo. Este acompañamiento incluye la participación en actividades productivas que permiten a los entrevistados adquirir rutinas, responsabilidades y un sentido de propósito. A esto se suma la creación de diversos espacios formativos en los que pueden desarrollar habilidades sociales, laborales y personales, elementos fundamentales para reconstruir su identidad y proyectos de vida una vez que se concluya el proceso terapéutico.

Esta experiencia coincide con lo expuesto por Salazar (2020), quienes destacan que uno de los factores clave para una rehabilitación exitosa es que las personas en tratamiento logren reconocerse como agentes de cambio, es decir, como sujetos activos capaces de transformar su realidad y reinsertarse de manera positiva en la sociedad. Sentirse capaces de asumir nuevas responsabilidades y de desenvolverse en distintos contextos favorece no solo la consolidación de su autonomía, sino también el fortalecimiento de competencias que les permiten proyectarse hacia el futuro con mayor seguridad.

Las experiencias relatadas por los entrevistados muestran que los momentos más significativos del proceso de cambio están estrechamente vinculados con la familia. Los vínculos con la familia funcionan como un motor central para continuar con el tratamiento. Esta presencia afectiva favorece la toma de conciencia, motiva la búsqueda de ayuda y sostiene la decisión de accionar de manera diferente.

Los relatos coinciden con lo planteado por White (2007) que menciona que el objetivo no se limita a la reducción o evitación del consumo, sino que apunta a una transformación sostenida que mejore el bienestar general y reduzca el impacto negativo en el entorno familiar. En este sentido, cobra relevancia la necesidad de adaptar las intervenciones a las características individuales de cada persona, incorporando estrategias que fortalezcan su red de apoyo y que promuevan la salud mental, factores que inciden directamente en la prevención de recaídas a largo plazo.

Asimismo, Aguirre Delgado (2015) destaca que el éxito del tratamiento no depende únicamente del abordaje clínico, sino también de las condiciones del entorno. El apoyo familiar constituye un elemento esencial para evitar recaídas. La participación activa de los familiares en el proceso se revela como un factor protector, ya que potencia la motivación del paciente y mejora la adherencia al tratamiento.

El alcohol es significado por los participantes como una fuerza destructiva que atraviesa ámbitos personales, familiares y materiales. Más que identificarlo como una conducta problemática, lo interpretan como la causa principal de la pérdida de proyectos, vínculos y estabilidad. Esta interpretación se alinea con lo descrito por Rodríguez Toribio et al. (2018), quienes señalan que el consumo problemático contribuye a la ruptura de relaciones familiares, laborales y sociales, generando un deterioro progresivo en la vida de la persona. Asimismo, Díez

Hernández (2003) advierte que el alcoholismo puede conducir a la desintegración familiar y a un quiebre profundo en la estructura afectiva del entorno inmediato. Desde esta perspectiva, el relato de destrucción no solo describe hechos, sino que reconstruye una narrativa de responsabilidad y comprensión del daño, fundamental para iniciar la recuperación.

La ruptura de los lazos familiares emerge como uno de los significados más dolorosos atribuidos al consumo. Los participantes interpretan el distanciamiento de la familia como la consecuencia más devastadora del alcohol, otorgándole un peso moral y emocional particular. Este significado se alinea con lo expuesto en la literatura, donde se señala que la problemática del consumo afecta no solo a la persona que bebe, sino también a su entorno cercano, generando desgaste emocional, conflictos y deterioro progresivo de la dinámica familiar (Díez Hernández, 2003). Asimismo, esta comprensión relacional coincide con planteamientos que destacan que el apoyo del entorno es fundamental para la recuperación, pues la reconstrucción del vínculo familiar constituye un elemento protector que favorece el cambio y fortalece la adherencia al tratamiento (Aguirre Delgado, 2015). Desde esta perspectiva, el proceso de rehabilitación es vivido como una oportunidad de reparación vincular que permite resignificar el daño emocional acumulado y recuperar la sensación de pertenencia.

Los resultados muestran que los profesionales del tratamiento adquieren un significado que trasciende la intervención técnica. Son interpretados como figuras de apoyo, contención y regulación emocional, cuya presencia estable y no juzgadora se vive como un elemento protector. Este significado coincide con estudios que describen la internación como un espacio de contención emocional que permite resignificar experiencias y favorecer la estabilidad afectiva (Castañeda Barrientos & Rojas Angulo, 2021). Asimismo, la literatura evidencia que el vínculo terapéutico se construye a partir de la empatía, la aceptación incondicional y la ausencia de juicio, elementos que facilitan la apertura emocional y promueven el fortalecimiento de la autoestima (Salazar, 2020). Esta combinación de calidez con límites y estructura actúa como un sostén regulador que ayuda a enfrentar situaciones estresantes y aumenta la capacidad del usuario para sostener cambios, favoreciendo también la adherencia al proceso terapéutico.

La espiritualidad también cumple un papel relevante dentro de la dimensión de significados. Para los participantes, la fe representa un eje de sentido que permite replantear la identidad, recuperar el valor personal y sentirse parte de una comunidad. Este significado es coherente con planteamientos que describen la recuperación como un proceso de reconstrucción

identitaria y de generación de nuevos sentidos que sostienen el cambio (White, 2007). Asimismo, la literatura muestra que el acompañamiento y la percepción de apoyo funcionan como factores protectores que favorecen la esperanza y fortalecen la proyección hacia el futuro. En conjunto, estos elementos coinciden con investigaciones que señalan que el fortalecimiento de la motivación y la autoeficacia se vincula con sentir apoyo y contención durante el proceso de rehabilitación (Castañeda Barrientos & Rojas Angulo, 2021). Desde esta perspectiva, la espiritualidad no opera sólo como un apoyo simbólico, sino como un marco interpretativo que organiza la experiencia de transformación y respalda emocionalmente el proceso de cambio.

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra la dificultad para acceder a una muestra que cumpliera estrictamente con los criterios de inclusión, especialmente aquel que requería que los participantes presentaran consumo exclusivo de alcohol, dado que en la mayoría de los casos se observa policonsumo. Asimismo, captar la subjetividad a través de la entrevista episódica implicó un desafío metodológico, tanto por la complejidad del fenómeno como por las particularidades del relato de cada participante. A esto se suma que la muestra estuvo conformada únicamente por hombres, lo que limita la posibilidad de analizar diferencias de género en las vivencias y significados atribuidos al proceso de rehabilitación. En consecuencia, futuros estudios podrían ampliar y diversificar la muestra, incorporando mujeres y otros contextos socioculturales, con el fin de enriquecer la comprensión de las experiencias asociadas al tratamiento y de todo lo que este proceso implica en la recuperación.

Finalmente, el tratamiento adquiere para los participantes un significado global que trasciende la intervención clínica y se configura como un proceso de transformación profunda. La experiencia es interpretada como un “renacer”, asociado a la reconstrucción de una identidad menos fracturada y a la posibilidad de retomar proyectos de vida que habían sido interrumpidos por el consumo. Este significado coincide con planteamientos que entienden la rehabilitación como una trayectoria de cambio que implica no solo dejar de consumir, sino reorganizar la vida personal, emocional y social desde nuevos sentidos (White, 2007).

Capítulo VI Conclusión

En relación con el objetivo general de explorar las vivencias asociadas al tratamiento por alcoholismo en usuarios de la institución SENDA, los resultados indican que el tratamiento es vivido como un proceso transformador que trasciende la abstinencia, involucrando cambios emocionales, relacionales y sociales que favorecen una reorganización integral de la vida. En concordancia con el primer objetivo específico, orientado a describir los significados atribuidos al proceso de tratamiento recibido en SENDA, este es comprendido como una oportunidad de renacer, reparar vínculos y recuperar la dignidad personal, destacándose además como un espacio de contención y acompañamiento humano.

Por otra parte, respecto al segundo objetivo específico, centrado en identificar las emociones asociadas a las distintas etapas del tratamiento psicológico, se evidencia una evolución emocional progresiva, lo que confirma que la dimensión emocional cumple un rol fundamental tanto en el consumo como en el proceso de recuperación. En relación con el tercer objetivo específico, referido a visualizar las experiencias significativas durante las distintas etapas del tratamiento, los hallazgos muestran que los momentos más relevantes se vinculan con el establecimiento del vínculo terapéutico, el apoyo familiar y las instancias de reinserción social y laboral. Finalmente, en atención al cuarto objetivo específico, orientado a analizar los factores facilitadores y obstaculizadores del tratamiento, se identifican como principales facilitadores el apoyo familiar y el vínculo terapéutico, mientras que el estigma, la vergüenza, el miedo a la recaída y la vulnerabilidad social emergen como los principales obstáculos.

Los hallazgos de esta investigación permiten comprender con profundidad la complejidad del tratamiento por consumo de alcohol desde las voces de los propios usuarios, quienes revelan que la experiencia de rehabilitación trasciende las dimensiones biomédicas tradicionales y adquiere un carácter profundamente emocional, relacional y subjetivo. El análisis evidencia que el consumo se significa como un proceso de pérdida progresiva que afecta no solo al individuo, sino también a su entorno cercano, generando dinámicas de co-dependencia, desgaste emocional y rupturas afectivas difíciles de reparar. Este deterioro vincular se convierte en uno de los daños más significativos, posicionando la reconstrucción de lazos familiares como uno de los principales motores para sostener el cambio.

De igual forma, el tratamiento emerge como un espacio de cuidado, dignidad y reparación emocional. Los profesionales no son experimentados como figuras moralizantes o distantes, sino como acompañantes cercanos que brindan apoyo, protección y humanidad. Su rol se resignifica como un sostén emocional fundamental, especialmente en las primeras etapas del proceso, donde la vulnerabilidad es mayor. Este hallazgo subraya la necesidad de fortalecer y resguardar institucionalmente a los equipos que trabajan en el ámbito de consumo de sustancias, reconociendo que su labor no solo exige competencia técnica, sino también una fuerte implicación emocional y ética.

Otro punto central que se desprende del estudio es la relevancia de la espiritualidad como recurso simbólico y subjetivo que permite resignificar las pérdidas, dar sentido al dolor y sostener la esperanza. La fe aparece como un elemento que ordena, orienta y dota de significado la experiencia de recuperación, lo que abre la necesidad de considerar esta dimensión en los dispositivos de tratamiento, no como imposición doctrinal, sino como una forma legítima de acompañamiento emocional y existencial.

Asimismo, la investigación revela la importancia de fortalecer institucionalmente los programas de tratamiento. La problemática del consumo de alcohol presenta desafíos estructurales, sociales y emocionales que requieren dispositivos sólidos, con financiamiento estable, equipos interdisciplinarios protegidos y políticas públicas sensibles a la realidad de los usuarios. Los programas deben avanzar hacia la integración de enfoques comunitarios, familiares y psicosociales que respondan a la complejidad del fenómeno y acompañen de manera sostenida los procesos de rehabilitación.

Un aspecto crítico que emerge es la necesidad de ampliar la investigación hacia experiencias de mujeres que consumen alcohol. La evidencia existente se centra mayoritariamente en hombres, reproduciendo un sesgo que invisibiliza las particularidades de las mujeres, quienes suelen enfrentar estigmas más severos, menor acceso al tratamiento y dinámicas de violencia o cuidado que complejizan aún más la recuperación. Incorporar sus voces permitirá construir intervenciones más inclusivas, sensibles al género y ajustadas a las realidades diversas.

Del mismo modo, la formación de profesionales se presenta como un área urgente de fortalecer, debido a que el consumo problemático de sustancias es una temática de alta complejidad que exige conocimientos actualizados, habilidades clínicas, sensibilidad emocional, enfoque de género, comprensión comunitaria y capacidades de intervención desde la salud mental.

Los hallazgos muestran que los equipos juegan un rol determinante en el bienestar subjetivo de los usuarios; por ello, se requiere avanzar en programas formativos que preparen adecuadamente a futuros profesionales para enfrentar esta problemática de manera ética, integral y humana.

En este sentido, esta investigación deja en evidencia que la rehabilitación por consumo de alcohol no puede entenderse únicamente como un proceso individual/lineal, sino como una experiencia intersubjetiva que involucra vínculos, instituciones, territorios, espiritualidades, historias de vida y marcos culturales. Reconocer esta complejidad es clave para diseñar políticas públicas y prácticas clínicas que acompañen a las personas desde su dignidad, su historia y su capacidad de reconstruir sentido, abriendo paso a procesos de cambio que no solo transforman vidas, sino también tejidos sociales completos.

Finalmente, se releva la importancia de fortalecer intervenciones integrales que convoquen equipos multidisciplinarios capaces de articular apoyo psicológico, acompañamiento social, oportunidades de reinserción laboral y espacios de apoyo comunitario. Dicho enfoque integral no solo posibilita la adherencia y la estabilidad en la abstinencia, sino que contribuye a reconstruir proyectos vitales y vínculos familiares que han sido profundamente afectados.

Referencias Bibliográficas

Agency for Healthcare Research and Quality. (2023). *Medicamentos para tratar el trastorno por consumo de alcohol*. https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/alcohol-misuse-drug-therapy/espanol

Aguirre Delgado, T. (2015). *El apoyo familiar en el tratamiento de personas alcoholdependientes* [Trabajo de fin de grado, Universidad de La Laguna]. Repositorio Institucional de la Universidad de La Laguna. https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/1091

Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. Editorial El Manual Moderno. Muñoz Marrón, E., Sanz Cortés, A., & Noreña Martínez, D. D. (2017). *Neuropsicología del daño cerebral adquirido: traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares y tumores del sistema nervioso central.*

Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M. Á., & Miranda-Novales, M. G. (2016). El protocolo de investigación III: los estudios de encuestas. Revista Alergia México, 63(2), 201-206. https://doi.org/10.29262/ram.v63i2.181

Cáceres, D., Cáceres, C., Colimil, F., & Ramírez, D. (2020). *Análisis interdisciplinar con perspectiva de género del alcoholismo en mujeres*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 36(1), e1056. https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000100005

Castañeda Barrientos, D., & Rojas Angulo, P. (2021). *Las significaciones de los pacientes en rehabilitación por consumo de sustancias al interior del Centro Clínico Flor de Maipo de la comuna de Buin, Santiago de Chile* [Tesis de pregrado, Universidad Academia de Humanismo Cristiano].

Creswell, J., & Poth, C. (2016). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (4th ed.). Sage publications.

Díez Hernández, I. (2003). *La influencia del alcohol en la sociedad*. *Osasunaz: Cuadernos de Salud*. https://www.eusko-ikaskuntza.eus/PDFAnlt/osasunaz/05/05177190.pdf

Duque, H., & Granados, E. T. A. D. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo: Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*, *15*(25), 1-24.

Erausquin, C. (2016). La vivencia como unidad de análisis de la conciencia: sentidos y significados en trayectorias de profesionalización de psicólogos y profesores en comunidades de práctica. *Anuario de investigaciones*, *23*(1), 97-104.

Ferrera Perera, M. Y. (2019). *Opinión de los/as empresarios/as de la hostelería sobre posibles medidas preventivas en relación al abuso y dependencia al alcohol* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de La Laguna]. Repositorio Institucional de la Universidad de La Laguna. http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/16904

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa* (2.ª ed.). Ediciones Morata.

García Más, M. P. (2002). Alcohol y violencia familiar. *Adicciones: Revista de Socidrogalcohol*. https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/506

González Hernández, Y. (2021). *Complicaciones orgánicas del alcoholismo* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de La Laguna]. Repositorio Institucional de la Universidad de La Laguna. https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/24592

Guaita, C. (2022). *Estudio de caso sobre una intervención familiar desde la terapia sistémica centrada en narrativa como abordaje paliativo en un caso de alcoholismo crónico con episodios de síndrome de abstinencia* [Estudio de caso]. https://repositoriobibliotecas.uv.cl/serveruv/api/core/bitstreams/c0811d30-46bd-48d4-9f7d-d0c7fd99156f/content

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. *Revista Universitaria Digital de Ciencias Sociales (RUDICS)*, 16(30). https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6

Izara, B. (2016). *Pensamiento y lenguaje.* Editorial Paidós.

Matteo-Guzmán, N., & Martínez-Pernía, D. (2020). *Una aproximación fenomenológica a la experiencia de recaída en el consumo de alcohol en personas con síntomas disociativos y experiencias traumáticas*. *Límite: Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 15(7). https://www.researchgate.net/publication/346610062

Medina Alarcón, C. V., & Guerra Hernáncez, D. F. (2017). *Con-textos literarios y enseñanza de la experiencia intersubjetiva de la lectura* [Tesis de postgrado, Universidad Distrital Francisco José de Caldas].

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2023). *Tratamiento de problemas de consumo de alcohol: cómo buscar y obtener ayuda*. https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/treatment-alcohol-problems-finding-and-getting-help-spanish

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Alcohol*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol

Parra Domínguez, M. L., & Briceño Rodríguez, I. I. (2013). *Aspectos éticos en la investigación cualitativa.* Revista de Enfermería Neurológica, 12(3), 118–121. https://doi.org/10.51422/ren.v12i3.167

Pieper, I., Glasinovic, A., Perazzo, F., Urrutia, M., & Di Biase, F. (2024). Revisión: Enfrentamiento clínico del consumo de alcohol de riesgo en atención primaria chilena. Revista Salud comunitaria, 3.

Pimentel de Sousa Santos, Clara Ananda, & Ferreira de Souza Monteiro, Claudete. (2021). Niveles de ideación suicida asociados con el consumo de alcohol. *Enfermería Global*, *20*(63), 127-161. Epub 02 de agosto de 2021.https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.451351

Ramirez Cevallos, J. J. (2015). *El tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y su incidencia en la aplicación del Principio de Favorabilidad en las resoluciones dictadas por los jueces de Garantías Penales de la Unidad Judicial Penal del Cantón Riobamba, período agosto-diciembre 2014* (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2015).

Riera Romero, P. C. (2024). *La familia en el proceso de reinserción en pacientes con situación de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas del centro de rehabilitación para adultos*

adictos y tratamiento integral en salud mental y física, período 2022-2023. Universidad de Cuenca. https://dspace.ucuenca.edu.ec/items/07b48ec0-209e-4ade-bc26-f6dc96a7d3ad

Rodríguez Toribio, A., Pérez Martínez, C., Martínez Pimienta, J. J., & Borges Salazar, K., & Martínez Hernández, I. (2018). Principales consecuencias del alcoholismo en la salud. *Revista Médica Digital*. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80919

Rojas de Escalona, B. (2014). Investigación Cualitativa: fundamentos y praxis. FEDUPEL. Caracas, Venezuela.

Salazar Fritz, P. (2020). Narrativas identitarias de jóvenes en proceso tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas una experiencia clínica comunitaria en comunidad vínculos, Puerto Montt. Disponible en https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/186788

SENDA. (2021). *Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030*. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/02/Estrategia-Nacional-de-Drogas-version-web.pdf

SENDA. (2024). *Manual para implementar la modernización de SENDA Previene*. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. https://academiasenda.gob.cl/wp-content/uploads/2024/05/Manual-SENDA-Previene-WEB-1.pdf

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2021). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research* (2.ª ed.). SAGE Publications. https://www.researchgate.net/publication/221670349_Interpretative_Phenomenological_Analysis_Theory_Method_and_Research

Toledo Méndez, K. (2021). *La intervención psicosocial mediada por la subjetividad: aportes para la práctica clínica del apoyo social*. Medicentro Electrónica, 25(3), 704–714. https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3303/2793

Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa Editorial.

https://www.academia.edu/36458205/_Vasilachis_2006_Estrategias_de_Investigacio_n_Cualitativa

Vega-González, C., & Pérez, B. (2021). El impacto del tratamiento por consumo de drogas en el desarrollo de competencias parentales: ¿un potencial de intervención infravalorado? *Anuario de psicología jurídica*, *31*(1), 119-126. https://doi.org/10.5093/apj2021a9

Vygotsky, L. S. (2017). Obras escogidas. Tomo 2 [PDF]. Universidad Federal de Alfenas – UNIFAL-MG. Recuperado de https://www.unifal-mg.edu.br/humanizacao/wp-content/uploads/sites/14/2017/04/Vygotsky_Obras_escogidas_TOMO_2.pdf

White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 229–241. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015

World Health Organization. (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731

UNIVERSIDAD DE ATACAMA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
Departamento de Psicología

COMISIÓN EVALUADORA

Mg. Pablo Brizuela Gallo

_____

Dr. Néstor Menares Ossandón

_____

Mg. Gabriel González López

_____