

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Facultad de Filosofía y Educación

Escuela de Psicología



**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
Y AL TÍTULO DE PSICÓLOGO**

Evaluación Cualitativa del “Programa de Tratamiento y rehabilitación residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo de drogas”, del Centro de Tratamiento y rehabilitación de mujeres con dependencia severa de alcohol y drogas (CTR) del Hospital de Peñablanca.

Estudiantes:

Loreto Bacigalupo Peña

Cristina Poyanco Acevedo

Profesora Patrocinante:

Dra. Cecilia Quaas Fernandois

Viña del Mar, 2013

A. ÍNDICE	
B. RESUMEN	4
C. INTRODUCCIÓN	5
D. SISTEMA DE OBJETIVOS	7
E. SUPUESTOS DE TRABAJO	8
F. MODELOS TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA INVESTIGACIÓN	9
1. CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y DROGAS	9
Factores de riesgo y protección	10
Abstinencia, rehabilitación y reincidencia	13
Integración social de personas con consumo problemático de drogas	15
Necesidades vinculares de personas con consumo problemático de drogas	17
F.1.5 Patrón de consumo	18
2. “PROGRAMA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN RESIDENCIAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA MUJERES ADULTAS CON CONSUMO DE DROGAS” DEL SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR–QUILLOTA, DEL GOBIERNO DE CHILE	19
3. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS	27
G. METODOLOGÍA	29
TIPO DE INVESTIGACIÓN	29
UNIDAD DE ANÁLISIS	32
MÉTODOS Y TÉCNICAS UTILIZADAS	33
REDUCCIÓN Y TRANSFORMACIÓN DE DATOS	35
Análisis desde el modelo de Robert Stake	36
H. RESULTADOS Y ANÁLISIS	39

CENTRO DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL	39
Estructura del Centro	40
Relaciones interpersonales dentro del Centro	45
APRENDIZAJES	52
Autocuidado.....	53
Autovaloración	57
VÍNCULOS	59
Vínculos familiares	60
Vínculos sociales	63
I. DISCUSIÓN	68
Sugerencias para el programa	80
Síntesis	83
Breve reflexión en torno al tema del alcohol y drogas en Chile	85
J. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88

B. RESUMEN

La investigación que se presenta a continuación tuvo por objetivo evaluar los resultados del “Programa de tratamiento y rehabilitación residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo de drogas” del Centro de tratamiento y rehabilitación de mujeres con dependencia severa de alcohol y drogas (CTR) del Hospital de Peñablanca, en Villa Alemana.

Esta evaluación se realizó utilizando el modelo de Robert Stake, la “Evaluación comprensiva” (2006), la cual le otorga una gran relevancia a la experiencia de los evaluadores de estar en contacto con el programa y los juicios y opiniones de todos los involucrados en éste.

Los datos producidos se ordenaron en categorías temáticas a partir del análisis de contenido, lo que nos llevó a confirmar nuestro supuesto inicial de que el programa cumple su objetivo de rehabilitación en las usuarias.

C. INTRODUCCIÓN

El consumo problemático de alcohol y drogas en la actualidad está presente en nuestra sociedad de forma transversal, en cuanto a grupos etéreos, de género y clases socioeconómicas, instalándose como una importante preocupación de las políticas públicas, por ser un factor de riesgo a nivel individual, familiar y social que, de no ser prevenido o tratado se incrementa fácilmente. En este contexto, surgen diferentes programas del Servicio nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, conocido como SENDA (ex CONACE), cada uno con sus propias particularidades, según el grupo objetivo al que se pretenda rehabilitar.

Cabe mencionar que, en esta temática hay una marcada diferencia entre hombres y mujeres, por una parte, en cómo se vive el consumo problemático de drogas y/o alcohol y, por otra, el proceso de cada uno para rehabilitarse. Las mujeres consumidoras de alcohol y/o drogas viven un estigma más estresante y destructivo en nuestra cultura, razón por la que tienden a ocultar su problema y a la vez aumentar su consumo para sobrellevar dicha situación.

Es en este contexto es que se realiza la presente investigación, donde se evalúa el “Programa de tratamiento y rehabilitación residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo de drogas”. La metodología utilizada es de tipo cualitativa, a partir del modelo de Robert Stake, el cual tiene una mirada comprensiva y contextualizada del tema a investigar, planteando a los investigadores como un pilar fundamental en el proceso de evaluación, ya que la propia experiencia de estar en contacto con un programa se transforma en conocimiento. El investigador, según este autor, además de recoger las opiniones y juicios de la mayor cantidad posible de implicados en un programa, debe dejar en manifiesto la propia opinión respecto del mismo, ya que eso ayuda al lector a formarse su propia impresión respecto de la calidad de un programa, lo que debiese ser el objetivo de toda evaluación comprensiva.

La unidad de análisis para esta investigación fue el Centro de tratamiento y rehabilitación de mujeres con dependencia severa de alcohol y drogas (CTR) del Hospital de Peñablanca, en Villa Alemana. Donde investigamos desde el supuesto que el Programa mencionado utilizado en

dicho Centro rehabilita a mujeres con consumo problemático de drogas y/o alcohol de manera integral, de acuerdo a lo estipulado por el mismo.

Para la investigación, la producción de datos fue realizada por medio de entrevistas, cuestionarios y focus group. Se realizaron entrevistas y aplicaron cuestionarios a 8 mujeres que fueron usuarias del programa en el Centro mencionado durante los años 2010 y 2011. De ellas, tres obtuvieron su alta terapéutica, tres fueron dadas de alta con derivación a otra entidad y tres abandonaron el programa sin terminar su proceso de rehabilitación, siendo esto un factor que nos permitió producir información de mujeres que tuvieron diferentes experiencias. Además, se realizaron dos focus group con funcionarios del Centro donde se aplica el programa, obteniendo las opiniones y apreciaciones de 8 funcionarios.

A modo de explicitar nuestra visión paradigmática en cuanto a los temas a revisar, construimos un marco de referencia metodológico en el que pretendemos delimitar los campos semánticos en los que nos posicionamos, definiendo conceptos relativos al tema del consumo problemático de drogas y/o alcohol, dando a conocer el programa evaluado y, finalmente, el tema de la evaluación de programas y del modelo de Robert Stake, importante de conocer debido a que en ello basamos la forma en que se realizó la producción de datos y el posterior análisis y discusión.

A través de la evaluación cualitativa se buscó, no sólo identificar si se logra la rehabilitación de las usuarias del programa, sino que, además, comprender cuáles son los principales temas relacionados con este proceso, conocer opiniones y percepciones en relación al programa y a la estadía de cada usuaria en el Centro y los valores y juicios asociados a esto, junto con profundizar en el estado de consumo actual, teniendo en cuenta las variables que confluyeron para determinar éste estado. Para ello se analizaron los datos desde la modalidad de análisis de contenido, agrupando en tres categorías temáticas los datos producidos, para luego dar paso a las discusiones finales, incluyendo sugerencias al programa y al Centro.

D. SISTEMA DE OBJETIVOS

Objetivo General

1.- Evaluar los resultados del “Programa de tratamiento y rehabilitación residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo de drogas” del Centro de tratamiento y rehabilitación de mujeres con dependencia severa de alcohol y drogas (CTR) del Hospital de Peñablanca, en Villa Alemana,

Objetivos Específicos

1.- Describir el estado de consumo de drogas y/o alcohol de las usuarias luego de su paso por el programa.

2.- Analizar la integración social y laboral que logra el programa en sus usuarias.

3.- Analizar los posibles cambios que genera el programa respecto de los vínculos afectivos de sus usuarias.

4.- Describir y analizar los aprendizajes que logra el programa en sus usuarias.

5.- Analizar la ejecución del programa por parte de los profesionales del Centro.

E. SUPUESTOS DE TRABAJO

El supuesto de nuestra investigación es que el “Programa de tratamiento y rehabilitación residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo de drogas del Centro de tratamiento y rehabilitación de mujeres con dependencia severa de alcohol y drogas” que se realiza en el Hospital de Peñablanca, rehabilita a mujeres con consumo problemático de drogas de manera integral, considerando salud emocional, vínculos afectivos, integración social y laboral.

F. MODELOS TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA INVESTIGACIÓN.

En función del trabajo de evaluación y lo acordado con el CTR del Hospital de Peñablanca hemos desarrollado un marco teórico orientador que incluye las siguientes temáticas: Consumo problemático de alcohol y drogas y conceptos asociados a este, objetivos y otros aspectos relevantes del “Programa de Tratamiento y rehabilitación residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo de drogas”, y por último, la evaluación de programas y el modelo de evaluación comprensiva.

1. CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y DROGAS:

Específicamente, el término “drogas” es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y el funcionamiento del organismo. Se clasifican en lícitas, por ejemplo el alcohol, e ilícitas (estupefacientes) y se distinguen según su origen en naturales o sintéticas. Además se reconocen como drogas blandas o duras, según la ley de drogas; las primeras -drogas blandas- corresponden a aquellas con menor poder adictivo y menor consumo problemático, a diferencia de las segundas – drogas duras- con alto poder adictivo.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA, ex Conace) es la entidad del Gobierno de Chile responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como del tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por estas sustancias. Desde la fuente de SENDA, encontramos la definición de una completa lista de términos asociados al tema de la droga, como abuso de éstas, adicción, consumo experimental, habitual, ocasional, perjudicial, problemático y precoz de drogas, dependencia a sustancias psicoactivas, entre otros.

En el CTR, unidad de análisis de nuestra evaluación, se habla de *consumo problemático de drogas*, por lo que pasaremos a describir dicho término, teniendo en cuenta la diferencia con los demás mencionados.

El consumo problemático de drogas se refiere al uso recurrente de éstas, lo que produce algún efecto perjudicial para la persona que consume o su entorno, esto es: problemas de salud (incluidos los signos y síntomas de dependencia), problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de obligaciones, entre otros. Estos factores se encuentran ligados también a otros problemas sociales como, por ejemplo, las enfermedades mentales y la delincuencia.

El consumo problemático es considerado un indicio de abuso de drogas, por lo cual se han identificado áreas de problemas relacionados con el consumo:

- incumplimiento de obligaciones (laborales, académicas, familiares)
- riesgos de salud o físicos
- problemas legales y compromiso en conductas antisociales
- problemas sociales o interpersonales

En términos operacionales, en los Estudios Nacionales sobre consumo de drogas se considera con consumo problemático a las personas que califican, de acuerdo a los criterios diagnósticos respectivos, como consumidores abusivos o dependientes. Este término incluye el abuso, el consumo perjudicial y la dependencia, de acuerdo a la clasificación DSM IV y CIE 10, y corresponde a un concepto sugerido por la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD) que da mayor funcionalidad para focalizar en la población el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción.

Estudios realizados por CONACE (actual SENDA) desde 1994 y cada dos años, revelan que “el uso de drogas ilícitas está fuertemente concentrado en la población joven entre los 15 y 35 años de edad.” (Olavarría, Acevedo, Andrade, Pino, 2009, p.8)

Factores de riesgo y protección:

Es importante revisar este concepto y conocer sus implicancias, para tenerlo en cuenta en el análisis de la información producida en la investigación.

Este concepto acuñado en salud pública, aplicado al fenómeno de las drogas, se refiere a un conjunto de variables y condiciones que facilitan o favorecen la probabilidad de ocurrencia o de mantención de la conducta de consumo de drogas. Se distinguen factores de riesgo en distintos ámbitos y contextos: individual, interpersonal, escolar, comunitarios, social y otros.

A nivel del individuo: se trata de características de la persona (incluidas las biológicas y psicológicas, como las motivaciones, las actitudes, habilidades sociales, entre otras) que lo hacen proclive o no al consumo; a nivel interpersonal: referido a las relaciones con personas y grupos que consumen drogas; y a nivel social: las normas de uso, los significados asociadas al consumo de drogas, la valoración del uso y la disponibilidad.

Se deben distinguir también factores relacionados con las características de las drogas, que determinan con qué rapidez puede desarrollarse la adicción: tipos de drogas, tiempo de consumo, cantidad y frecuencia de administración.

Los principales factores de riesgo y protección de acuerdo a niveles o dominios son:

- Dominio individual
 - Factores de riesgo: Rebeldía, amigos que se implican en conductas problema, relaciones negativas con los adultos.
 - Factores de protección: Actitudes negativas hacia las drogas, relaciones positivas con los adultos.
- Dominio de iguales
 - Factores de riesgo: Asociación con iguales que consumen.
 - Factores de protección: Asociación con iguales implicados en actividades organizadas por la escuela, recreativas, de ayuda, etc.
- Dominio de familia
 - Factores de riesgo: Historia familiar de conductas de riesgo, conflicto familiar.

- Factores de protección: Apego, dinámica familiar positiva.
- Dominio de la escuela
 - Factores de riesgo: Bajo apego a la escuela y deserción escolar.
 - Factores de protección: Clima instruccional positivo.
- Dominio de la comunidad
 - Factores de riesgo: Disponibilidad de drogas, bajo apego al vecindario y desorganización comunitaria.
 - Factores de protección: Descenso de la accesibilidad a la sustancia, redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad
- Dominio de la sociedad
 - Factores de riesgo: Empobrecimiento, desempleo, discriminación.
 - Factores de protección: Mensaje de resistencia al uso de drogas, leyes estrictas para la conducción al bajo el consumo de drogas.

Asociado a los factores de protección encontramos la prevención, ampliamente estudiada para superar el problema de drogas en Chile. La prevención del consumo de drogas y alcohol se define como un “conjunto de procesos que promueve el desarrollo integral de las personas, familias y la comunidad, anticipándose a la aparición del problema o trabajando con y desde el problema, evitando la conducta de consumo, fortaleciendo factores protectores y disminuyendo factores de riesgo.” (Conace, 2011, p.33)

En Chile existen variados programas de prevención al consumo de alcohol y drogas, dirigidos a las comunidades, familias, colegios, organizaciones laborales, entre otros. Uno de los instrumentos más importantes es la *Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol*, documento que define las líneas de acción que desarrollará el Gobierno en este ámbito en el período 2011-2014. La estrategia busca la reducción no sólo de los niveles de uso de drogas

ilícitas y del consumo de riesgo de alcohol, sino también de las consecuencias sociales y sanitarias asociadas a estos dos fenómenos.

Para lograr estos objetivos, se contempla una serie de iniciativas, programas y acciones que abarcan desde la prevención universal e inespecífica de conductas de riesgo hasta intervenciones complejas de tratamiento, rehabilitación e integración de los consumidores problemáticos de estas sustancias.

Abstinencia, rehabilitación y reincidencia:

Estos tres términos, son los utilizados por el CTR, donde se aplica el programa evaluado. Utilizando nuevamente la fuente de SENDA del Gobierno de Chile, al cual se adscribe el Programa en cuestión, encontramos que:

La abstinencia (o privación) “consiste en la presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias. El síndrome específico de la sustancia provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto. La gran mayoría de los sujetos con abstinencia por sustancias presentan una necesidad irresistible (craving) de volver a consumir la sustancia para reducir los síntomas”. (DSM IV en Senda, sin año)

El término reincidencia, encontrado también como ‘recaída’ o ‘recidiva’, se refiere a la situación que presenta una persona que, estando en tratamiento por consumo problemático de drogas o posterior a él, vuelve al consumo de drogas y retorna o presenta las mismas condiciones del inicio del tratamiento. Se debe diferenciar del “fallo” que es la situación de una persona que estando en tratamiento, usa drogas y lo comunica, lo plantea como un problema y continúa con la motivación a continuar en tratamiento. Y también se distingue el “derrumbamiento” que es la situación de una persona que estando en tratamiento o posterior a él, vuelve a consumir drogas y retorna a una situación peor a como se inició su último tratamiento. (SENDA, sin año)

En el proceso de recuperación, encontramos en Valdeverde (1996) que

cada recaída ha de ser analizada y situada en el contexto y el momento en el que se produce, porque no hay dos recaídas iguales, cada una de ellas tiene cosas importantes que transmitirnos.

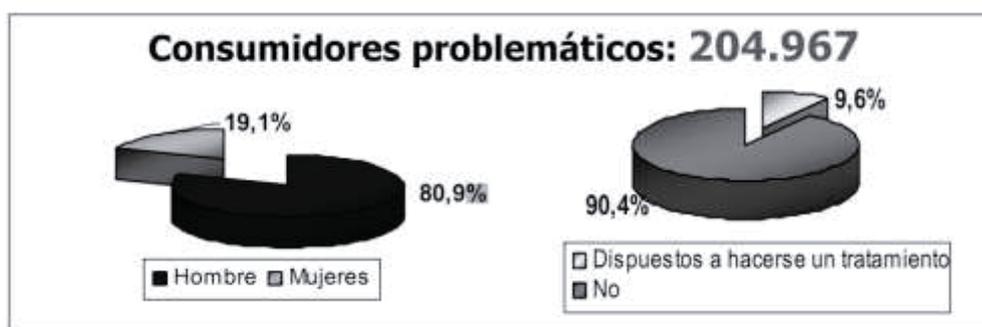
El concepto de rehabilitación hace referencia al proceso de intervención dirigido a la superación de los problemas de abuso y/o dependencia a las drogas, que incluye el desarrollo de un conjunto de acciones de carácter sanitario, psicológico, social, ocupacional y educativo, tanto a nivel individual como grupal y familiar. Los procesos de rehabilitación de las drogodependencias se instrumentalizan a través de una variada gama de opciones terapéuticas y de recursos asistenciales. (SENDA, sin año)

Desde el Gobierno de Chile, específicamente en el documento “Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2018”, se utiliza una mirada integral para la superación de este problema, desde la cual se entiende que el desarrollo humano implica asumir una comprensión del problema del uso de drogas amplia y multidimensional, capaz de comprender que el abuso de sustancias afecta profundamente el ciclo vital, las potencialidades de desarrollo y los proyectos de vida de los sujetos; entender que los problemas asociados tienen motivaciones culturales, sociales y económicas; comprender que este fenómeno ejerce impactos sobre la salud de las personas y grupos, sobre la dinámica económica y social, sobre las normas que rigen el tejido social y sobre la seguridad nacional e internacional. El enfoque integral implica, además, movilizar recursos humanos de distintas disciplinas y promover la comunicación entre ellas, con el fin de responder al problema con una visión multidisciplinaria. Por tanto, las soluciones requieren considerar la interrelación entre estas distintas dimensiones. En base a ella es que se ha construido el documento ya mencionado, así como los demás programas gubernamentales.

La principal dificultad para la rehabilitación con que se encuentran los programas destinados a ella, es la baja motivación de las personas para superar el consumo problemático de drogas, por lo que el programa evaluado centra uno de sus objetivos específicos en esta temática (Implementar estrategias motivacionales para favorecer la adherencia al programa).

En el VI estudio de drogas en población general (CONACE, 2004) nos encontramos con un porcentaje considerablemente bajo de personas

dispuestas a realizar un tratamiento para su rehabilitación de adicción.



VI estudio de drogas en población general, Conace, 2004, en Paz Ciudadana 2006.

En los posteriores “Estudios de drogas en población general” (años 2006, 2008 y 2010) no se hace referencia a dicha estadística, pero a pesar de que estos porcentajes no son recientes, nos hablan, en general, de la falta de motivación para los tratamientos de rehabilitación.

Si bien en el último Estudio Nacional de Drogas (2010) los resultados muestran una disminución en las cifras de consumo de alcohol y drogas ilegales, que asocian a la consolidación de una política pública de Estado en prevención y tratamiento y a una caída en la disponibilidad de drogas en el país, ésta baja aún no es considerable, y el tema de las drogas sigue afectando a la sociedad, a pesar de los incesantes esfuerzos por reducirlo.

Integración social de personas con consumo problemático de drogas:

Entenderemos por inserción social aquellos mecanismos y procesos incluyentes de individuos en situación de exclusión en los diferentes subsistemas sociales. (Senda, sin año) Así, podemos encontrar en las políticas públicas programas de inserción laboral, que se refiere a habilitar e incorporar mano de obra desocupada al mercado laboral o inserción escolar de aquellos que estando en edad escolar no están insertos en el sistema educativo.

La extensión de la drogadicción como problema social generalizado ha hecho que se cree toda una compleja red institucional, internacional y nacional,

que va desde el Plan Nacional sobre drogas, hasta los servicios sociales de las municipalidades, pasando por instituciones ministeriales y no gubernamentales.

En la contraparte de la integración, está la exclusión social, ésta “puede sentirse desde niño, y es la percepción de no ser parte del grupo que domina, que decide y, sobretodo, que posee. Quien se siente excluido, se convierte en una ‘mala compañía’ para los demás” (Valdeverde, 1996 p.47). Un foco para evitar la exclusión, desde el Gobierno de Chile y por ende, del programa evaluado, es promover nuevas representaciones sociales que valoren el comportamiento humano saludable y el autocuidado en relación a las temáticas de alcohol y drogas, a través de un trabajo permanente con los medios de comunicación y sus profesionales. Se encuentran campañas publicitarias a modo de comerciales, en la radio, en carteles en las carreteras y otros, que se crean para comunicar y dar a conocer los programas de prevención y tratamiento. Asimismo, “se debe promover que se eviten los estereotipos y estigmatizaciones que contribuyan al rechazo y exclusión de los usuarios de drogas y alcohol”. (Estrategia Nacional de drogas 2009-2018, p.21)

Además de lo antes mencionado, que apunta más bien a comunicar a las personas y evitar de parte de ellos la exclusión, también el marco normativo y orientador del desarrollo, centrado en la promoción de los derechos, incluye que “no se debe marginar a los consumidores de drogas de los sistemas básicos de integración social, porque son éstos los que ayudan a superar los problemas de consumo y adicción” (Estrategia Nacional de drogas 2009-2018, p.22). Si los consumidores son marginados de los puestos de trabajo o de los colegios, por ejemplo, esa misma exclusión reforzará la vulnerabilidad que lleva al consumo y adicción a las drogas, como revisamos, agravando el problema a nivel personal, familiar y social. En tal sentido, se debe perseverar en disponer y mantener la oferta de tratamiento, rehabilitación e integración social y reinserción de las personas afectadas por el consumo problemático de drogas, y en procurar que la voluntad de dichas personas se incline a favor de la opción por el menor daño individual, familiar y social, desafío que hoy en día tienen todos los programas de tratamiento y rehabilitación del país.

Necesidades vinculares de personas con consumo problemático de drogas:

Las mujeres residentes del Centro de tratamiento y rehabilitación, CTR, donde se aplica el programa, tienen visitas semanales, lo que permite que puedan estar en contacto con sus cercanos. La importancia de los vínculos y las necesidades vinculares se revisan a continuación.

Las necesidades vinculares se basan principalmente en la familia, la pareja y los amigos, quienes serán un apoyo o factor de riesgo, según sea el caso. Esto se da tanto en la etapa de consumo de drogas como en la rehabilitación.

En situación de drogas, es muy probable que las relaciones con la familia se hayan roto a lo largo de la historia de consumo o que se haya producido, al menos, un considerable distanciamiento. Pero esto no es sólo durante el consumo, sino también se postula que es un factor causal, es decir, la persona al no tener una base emocional sólida y/o estable encuentra en la droga y ese nuevo estilo de vida algo que le satisface, entonces, el peligro no estaría en la droga propiamente tal sino en cada persona que la consume. “El problema de esta primera ingesta, en mi opinión, no es que cree adicción, sino que puede tener éxito; es decir, que proporciona al individuo un nivel de bienestar al que no tiene acceso en su vida cotidiana (...) El problema, pues, no es que el individuo pruebe la droga, sino lo que encuentra en ella, aquello a lo que la droga responde, la diferencia entre las satisfacciones que le puede proporcionar frente a las que les proporciona su vida” (Valdeverde, 1996, p.46).

En el proceso de recuperación y rehabilitación, el apoyo cobra suma importancia, la sensación de desamparo y sobredemanda afectiva es muy fuerte. En situaciones donde el sujeto consumidor no entiende al mundo y el mundo no lo entiende a él, la persona va a ir refugiándose progresivamente en quienes comparten su situación, van a ir uniéndose entre ellos (Valdeverde J., 1996).

La Estrategia Nacional de Drogas (2009-2018) admite que el principal agente preventivo ha sido y debe seguir siendo la familia; en particular, la actitud parental frente al uso adolescente de alcohol y drogas y, de un modo

más general, la atención y cuidado que los padres brindan al desarrollo de sus hijos. La relación que se establece con los padres y/o adultos significativos es un vínculo intenso, basado en el afecto, de allí la importancia del espacio familiar en la prevención del consumo de drogas y alcohol.

La familia es fundamental en la rehabilitación, pero también “es importante ser cuidadoso sobre en qué momento se facilitará el reencuentro” (Valdeverde, 1996, p.93) No sólo el sujeto reaccionará con su familia ante la situación vivida, sino que la familia también vive un proceso, entendiendo que esto es en general y de acuerdo a cada realidad, Valdeverde (1996) describe en los siguientes pasos: negación, rechazo, sentimiento de culpa, reacción de ayuda, impotencia ante la persistencia de la conducta y búsqueda de ayuda externa.

Es por esto que en los distintos programas de Gobierno, y también en muchos de tipo particular o no gubernamentales, se trabaja con la familia y otras personas significativas para las personas en tratamiento, pues, como revisamos, necesitan mucho apoyo y comprensión, por sobre enfrentamiento y abandono.

Patrón de consumo:

El patrón de consumo de drogas es muy importante tanto por su repercusión en la salud de las personas -física y emocional- como por su trascendencia en el orden jurídico por las implicaciones que tiene en el campo de lo laboral, de lo civil y penal.

Se puede pensar en un diagnóstico por medio de un examen toxicológico, es decir, por medio de diversas pruebas, generalmente utilizando una muestra de sangre u orina, que determina el tipo y la cantidad aproximada de drogas legales e ilegales que una persona ha consumido.

Sin embargo, también es importante conocer datos con respecto al consumo de drogas desde la propia persona. En el Centro donde se evaluó el programa se aplica una pauta de evaluación “Patrón de consumo de drogas”, donde se considera qué drogas se consumen y/o se han consumido, describiéndolo de acuerdo al grado de preferencia de consumo y frecuencia,

confiando en las respuestas de quienes están en tratamiento. En cuanto a lo social se recoge la información sobre con quiénes consumen, teniendo en cuenta a éstos como factores de riesgo y también para la forma cómo se aplicará el tratamiento y proceso de rehabilitación.

En cuanto al tratamiento, se evalúa si ha recibido tratamiento anteriormente, dónde y por quién ha sido derivado a dicho tratamiento y al actual en el CTR de Peñablanca, así como la motivación que sienten para éste, para lo que se destinan series de preguntas con respuestas abiertas y cuestionarios.

Se presenta un amplio espectro de preguntas para conocer problemas que ha traído el consumo a nivel de salud física y emocional, trabajo, relaciones interpersonales, recreación, dinero y en el ámbito legal, centrándose en la percepción que tienen las propias personas de los problemas que ha traído el consumo.

2. “PROGRAMA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN RESIDENCIAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA MUJERES ADULTAS CON CONSUMO DE DROGAS”, DEL SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA, DEL GOBIERNO DE CHILE.

A continuación revisaremos el programa evaluado, indicando sus objetivos y otros aspectos relevantes para conocerlo:

Objetivos General del Programa:

- Implementar una modalidad residencial de alta complejidad e intensidad para el abordaje terapéutico de los problemas de consumo de drogas y sus consecuencias asociadas, en población de mujeres adultas con y sin hijos e hijas en espacio terapéutico cerrado.

Objetivos Específicos del Programa:

- Atender a las mujeres que presentan problemas de consumo de drogas y sus consecuencias socio- sanitarias asociadas, y a sus familias; derivadas por dispositivos de la Red Psicosocial.

- Otorgar residencia a las mujeres y sus hijas e hijos menores de 5 años, durante el período de tratamiento en forma regular y en forma esporádica en situaciones de crisis.
- Apoyar a las mujeres con sus hijos e hijas menores de 5 años en el cuidado diario y las necesidades vinculares y de apego que requieran.
- Implementar estrategias de integración social de las usuarias.
- Complementar, finalizar y/o confirmar el diagnóstico general de consumo y compromiso biopsicosocial asociado.
- Diagnosticar y tratar la co-morbilidad psiquiátrica existente.
- Implementar estrategias motivacionales para favorecer la adherencia.
- Incorporar atenciones terapéuticas, con perspectiva de género.
- Implementar acciones que favorezcan la prevención de recaídas.

El perfil de las usuarias que ingresan al programa es: mujeres mayores de 19 años, con dependencia de alcohol y/u otras drogas, que sean beneficiarias de FONASA. Las mujeres ingresan en forma voluntaria y deben cumplir un periodo de abstinencia previo, además de contar con una red de apoyo familiar que acepte ser parte del proceso. Las mujeres pueden ingresar al Centro durante un embarazo o residir con hijos menores de cinco años, en el caso de que las necesidades vinculares así lo requieran.

El modelo de tratamiento se desarrolla en cuatro fases: una fase de pre-ingreso en la cual se realiza la entrevista para evaluar el ingreso, una fase de acogida, evaluación, motivación y adherencia, que termina con el diseño de un plan de tratamiento individual, el que comienza con un compromiso terapéutico entre la usuaria, su familia y el equipo de tratamiento, y, finalmente, una fase de seguimiento que busca evaluar y fortalecer la mantención de los cambios logrados en la fase de tratamiento y orientar a la usuaria y su familia en el caso de recaídas clínicamente significativas.

El programa de tratamiento considera dos ámbitos de intervención: Un programa diario y sostenido de actividades ocupacionales, recreativas y

formativas consignado en un cuadro semanal de actividades; y un plan de intervenciones clínicas específicas que aborda los aspectos particulares de cada usuaria. La duración promedio de los planes de tratamiento es de 10 meses, sin embargo en las mujeres se ha visto que la duración de los planes debe ser suficientemente flexible para considerar la disponibilidad de tiempo de las propias pacientes, por ello la importancia de planes individuales de tratamiento en un contexto grupal.

La presencia de la perspectiva de género y el reconocimiento a la multiculturalidad, constituyen un enfoque transversal que compromete a la totalidad de la estrategia y sus objetivos.

Se entiende por género la construcción social de las diferencias entre lo femenino y masculino, que en la mayoría de las sociedades se traduce en desigualdades sociales. La manera en que cada contexto social o grupo específico entiende lo que corresponde a cada género y su expresión en los roles que asumirán hombres y mujeres, así como las diferencias, desigualdades e inequidades de género, deben ser conocidas y explicitadas para el logro de una respuesta integral, tanto en sus aspectos preventivos y de rehabilitación como en los referidos al control del tráfico.

El género hace referencia a que cada cultura construye sus propias ideas en cuanto a lo que significa ser mujer y ser hombre. Esto es transmitido a través de la socialización, pasando a formar parte del mundo de representaciones de cada persona. En la sociedad actual, a la mujer se le reconocen aquellos atributos asociados a la naturaleza y centrados en la esfera de lo privado, destacando las posibilidades de reproducción y cuidado de los hijos. Aunque trabaje, es identificada principalmente por su rol de madre y dueña de casa. Por otra parte, el hombre está más vinculado a lo cultural, como independiente y productivo. El análisis de género permite cuestionar la distribución desigual del poder político, social y económico entre los sexos. Esto es, las experiencias de vida e identidad son simultáneamente mediadas y creadas por dimensiones sociales como el género, la etnia y la clase. Las diversas formas de opresión son hechos sociales con expresión a nivel de los individuos, por lo que su análisis debe hacerse en forma tanto individual como social. (Campero, 2006)

Tener en cuenta esta dimensión es crucial para lograr mayor efectividad e impacto de la política pública en drogas, en tanto implica considerar de manera sistemática las diferencias socioculturales relacionadas con los contextos (territorios), grupos (étnicos, juveniles) y relaciones (de género) que eventualmente estén relacionados con la prevención y tratamiento del consumo de drogas. Se trata de considerar en el diseño de la política esas diferencias de manera de acortar eventuales brechas y mejorar el impacto técnico de los programas, diferenciando públicos y estrategias de intervención, fundamentalmente con minorías étnicas y relaciones de género basado en el modelo de igualdad de oportunidades. (Estrategia Nacional para drogas 2009-2018)

En el caso del programa evaluado, tener una perspectiva de género implica principalmente considerar la condición de *ser mujer* de las usuarias, en el sentido de cómo esto les entrega una posición particular en la sociedad y, sobretudo, en sus familias, lo que puede influir en la motivación inicial hacia el consumo y en el mantenimiento de éste. Incluir estos factores en el tratamiento, ayuda a tener una mirada más global y sistémica de estas mujeres y de cómo poder ayudarlas para terminar con el consumo problemático y las conductas que rodean a este.

Otro tema que se desprende es el de la maternidad. En la revisión teórica encontramos que, según Stern (1997), tras el nacimiento de un hijo y especialmente si se trata del primero, la madre entra en una nueva y única organización psíquica denominada “constelación maternal”. Se trata de un concepto que describe una nueva organización temporal de duración variable que se convierte en el principal eje organizador de la vida psíquica de la madre.

Desde el mismo quehacer terapéutico de mujeres con consumo problemático de sustancias se observan dos líneas de acción relacionadas con el vínculo madre-hijo. La primera, es escuchar a las madres dependientes que planteaban no poder hacer un tratamiento por no querer o no poder dejar a sus hijos. Y la segunda, la necesidad de los hijos de estar con sus madres, especialmente en los primeros años de vida.

Es fundamental tener presente otro hallazgo de la experiencia clínica: la inclusión física del menor en el tratamiento debe hacerse en función de

la necesidad de la madre y del niño, entendiendo que esta inclusión puede hacerse desde lo simbólico, a través de su presencia en el discurso, hasta lo real, mediante su permanencia física y estable en el Centro de tratamiento. (CONACE, 2007, p.19)

De ahí que surge el incluir a los hijos en el proceso de rehabilitación desde lo simbólico, en el caso de quienes son madres, y también el permitir que las mujeres residan con sus hijos de hasta 5 años, cuando esto es posible. Cuando los hijos residen con sus madres en el Centro, se cubre la necesidad de las mujeres (prevención primaria) y también la de los hijos (prevención terciaria). Este hecho, además trae un desafío en la práctica, teniendo que adaptar el Centro a las necesidades de los niños, por ejemplo, necesidades sanitarias, de juego, de aprendizaje, entre otras.

Además, junto con lo ya mencionado, se incorpora una mirada relacional al tema de la rehabilitación, se considera necesario mirar a la mujer en proceso de rehabilitación como parte de un sistema, ya no de forma individual, lo que llevó a integrar a las familias al proceso de las usuarias de manera formal, realizando multifamiliares, que son reuniones semanales acompañadas por uno o dos profesionales del Centro que siguen su proceso.

La inclusión de la familia busca apuntar a dos temas principalmente, el primero, es restablecer ciertas confianzas básicas en los miembros de la familia, que se ha observado que es común que se rompa en el proceso de la drogadicción. El segundo, es el tema de la transmisión transgeneracional, donde se ha observado que pueden existir ciertas pautas que se repitan a través de las generaciones, como las adicciones o la violencia, por lo que el tratar estos temas familiarmente puede resultar en romper con estos círculos viciosos y lograr que la repetición de las pautas termine. (Programa de rehabilitación de drogas, 2006, p. 66)

Luego de integrar a los hijos y a la familia al tratamiento, todo desde una mirada relacional en la que vemos al individuo inserto dentro de múltiples sistemas, surge la necesidad de además de la familia, trabajar con otros sistemas más amplios. Se comienza a trabajar en “ampliar las redes de apoyo” lo que consiste en ver qué factores protectores encontramos en la comunidad de la usuaria. Estos pueden ser los consultorios, multifamiliares, talleres de

autoayuda, junta de vecinos, grupos religiosos, entre otros. La idea es que la usuaria cree lazos con estos organismos de su comunidad para que pueda acudir a ellos cuando lo necesite.

Para este programa de tratamiento de rehabilitación la integración social es muy importante, ya que se espera que las mujeres que egresan del Centro participen lo más posible en sus comunidades, tanto de ciertos grupos que como mencionamos anteriormente puedan ser factores protectores para evitar las recaídas, como que cumplan con ciertas normas socialmente aceptadas, como pagar sus cuentas, trabajar fuera de casa si lo desean, hacer uso de los sistemas de salud y otros beneficios sociales, saber usar y distribuir su tiempo, hacerse cargo de las labores de la casa, cuidado de hijos, entre otros.. Esto es un tema que a través de la terapeuta ocupacional del Centro se está reforzando constantemente, con la implementación de ciertos talleres grupales e individuales.

Para ello, las actividades en la práctica son intervenciones a nivel grupal, individual, familiar, y transversalmente de integración social. Éstas son:

A nivel grupal:

- Actividades de Rehabilitación, es decir, las actividades diarias del Centro residencial, cuentan con diversos talleres.
- Intervención Psicosocial de Grupo, talleres grupales, entre ellos de psicoeducación, habilidades, de reparación y reconstrucción de la imagen de sí, de los vínculos significativos, entre otros que pudieran dictarse.
- Psicoterapia de grupo: En grupo se trabaja el desarrollo de habilidades específicas que tiendan a incrementar el nivel de autoconocimiento, la expresión y el procesamiento afectivo.

En las Intervenciones Individuales encontramos:

- Diagnóstico Integral: tiene por fin determinar los diversos aspectos involucrados en la persona del consumidor, áreas que han sufrido un deterioro y el pronóstico para el tratamiento y rehabilitación.
- Consulta Psiquiátrica: Está orientada a dilucidar la existencia de psicopatología asociada al consumo, comorbilidad psiquiátrica, la necesidad de

tratamiento psicofarmacológico, su prescripción y la formulación de indicaciones y sugerencias terapéuticas. También es el nexo formal con el sistema general de salud.

- Atención de Enfermería: Su objetivo es mantener controles periódicos del estado general de salud de los pacientes, fomentando comportamientos de autoayuda y de estilos de vida saludables.

- Consulta Psicólogo(a): Es realizado por una psicóloga clínica, su propósito es diagnosticar, brindar apoyo emocional, psicoeducación, entrenamiento en habilidades y comportamientos de autoayuda, intervención en crisis, y las indicaciones y derivaciones que correspondan.

- Psicoterapia Individual: participan aquellos pacientes cuya conflictiva y recursos terapéuticos personales requieran de la resolución de ciertos conflictos para una adecuada integración en las otras actividades y un mejor pronóstico de tratamiento, a través de procesos psicoterapéuticos breves.

Intervención en Crisis y Apoyo Emocional: Las recaídas de las usuarias, las crisis personales y las dificultades que manifiesta en su integración a las actividades son acogidas y trabajadas en esta instancia.

Finalmente, las intervenciones familiares son:

- Grupo multifamiliar, cuyo objetivo es estimular a la familia de las usuarias para que se involucre en un proceso de cambios de estilos de vida que favorezcan las modificaciones de conductas, desarrollar y compartir entre las familias estrategias de apoyo que faciliten la mantención de la abstinencia, compartir vivencias que les permitan elaborar las dificultades que acarrea el consumo de sustancias y evaluar las situaciones de riesgo. Motivar a las familias a integrarse en los clubes multifamiliares de su territorio.

- Consejería y Orientación Familiar: Su objetivo es favorecer aquellas dinámicas familiares que fortalecen la abstinencia y desarrollar habilidades para la prevención y el manejo de recaídas, desde un enfoque Sistémico Familiar y en el marco del compromiso contraído por la familia de apoyo en el proceso de tratamiento. Se considera que las principales funciones de la familia son el cuidado y protección de sus miembros, la transmisión de normas y reglas para una adecuada socialización y el desarrollo de vínculos afectivos

estables.

Además, están las acciones de integración con la comunidad, donde el propósito es participar de la red social y comunitaria de la que provienen las usuarias del programa, que sea un apoyo durante su proceso de tratamiento y una estructura efectiva donde recurrir una vez dada el alta.

Las instituciones que conforman la red social y comunitaria del Centro de Tratamiento Residencial son, en primer lugar, aquellas vinculadas al sector de salud, como los grupos de autoayuda, los consultorios de atención primaria y los hospitales; se incluyen otros programas psicosociales existentes (programa Puente, oficina de la familia, etc.) y los Sistemas Comunales de Prevención (PREVIENE) de las comunas de origen de las usuarias. Paralelamente se busca integrar a la usuaria, si lo requiere, a los ámbitos educacionales y comunitarios coordinados municipalmente. (Programa de rehabilitación de drogas, 2011)

Finalmente, cabe mencionar, para comprender aspectos de la investigación, que en el CTR de Peñablanca se distinguen cinco tipos de egreso, es decir, cinco formas en que las mujeres pueden salir y dejar de ser parte del programa:

- *Alta Terapéutica:* Es el término del proceso en el CTR, según el cumplimiento de los objetivos del plan de tratamiento.
- *Abandono:* Se considera abandono cuando la usuaria deja de permanecer en el tratamiento sin explicitar previamente la renuncia.
- *Renuncia Voluntaria:* Es cuando la usuaria renuncia por escrito al tratamiento.
- *Derivación:* El equipo de tratamiento evalúa la que la usuaria necesita continuar tratamiento en otro dispositivo de la red.
- *Egreso Administrativo:* La usuaria no pueda continuar tratamiento en el CTR por trasgresión grave a las normas del programa.

3. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS.

La evaluación en sentido amplio, y conjugando la definición de variados autores, puede definirse en una primera aproximación como una forma de estimar, apreciar, calcular. “Se trata de un juicio en el que se hace una valoración o estimación de un objeto, situación o proceso de acuerdo a determinados criterios de valor” (Aguilar, Ander-Egg, 1992, p.3) Esta definición corresponde a una evaluación más bien general, posible de realizar en todos los ámbitos.

Al momento de evaluar un programa se debe recurrir a “formas de valoración sistemática basada en el uso de procedimientos que, apoyados en el uso del método científicos, sirve para identificar, obtener y proporcionar la información pertinente y enjuiciar el mérito y valor de algo” (Aguilar, Ander-Egg, 1992, p.8). Como puede verse, no hay una diferencia en cuanto a los propósitos, sino de los métodos que se elijan para realizar esta evaluación.

La evaluación de programas, específicamente, es definido por Pérez Juste como “El proceso sistemático de recogida de información rigurosa – valiosa, válida y fiable-, orientado a valorar la calidad y los logros de un programa, como base para la posterior toma de decisiones de mejora, tanto del programa como del personal implicado” (Pérez Juste en Martínez, 1997, p.137). Esta definición nos ayuda a entender que el tema central de una evaluación de programas es la calidad de este, en el sentido de en qué medida se están cumpliendo sus objetivos.

Además, Pérez Juste profundiza:

Que sea un *proceso* representa la exigencia de superar los modelos puramente sumativos, puntuales, desinstitucionalizados, centrados en esencia en la constatación y en el puro control (...) Que sea *sistemático*, supone la necesidad de una previa planificación, en la que todas y cada una de las actualizaciones y etapas se prevén y tienen su sentido en función de las metas -intenciones se dice ahora- del programa. (Pérez Juste en Martínez, 1997, p.137)

Sobre la recogida de información el autor dice:

Que hablemos de recogida de información parece ponernos ante la necesidad de superar modelos restrictivos de prueba para trascenderlos y alcanzar información de diversa naturaleza, procedente de diferentes fuentes, capaz de contextualizarla, de darle sentido, de facilitar la interpretación: todavía más, con ello queremos significar la atención, la alerta, la sensibilidad a fenómenos colaterales, tales como los efectos no planeados, deseados o no, que pueden llegar a tener repercusión sobre el programa, tanto para modificarlo como para suprimirlo o mantenerlo” (Pérez Juste en Martínez, 1997, p.138)

A partir de las necesidades del Centro donde se imparte el programa evaluado, se optó por realizar una evaluación de resultados, que es aquella que se preocupa de “comprobar la eficacia de un programa, ya sea en un sentido absoluto o relativo, con miras a mantenerlo, mejorarlo, cambiarlo o suprimirlo” (Martínez, 1997, p. 234) En este caso, se trabajó en torno a la calidad del “Programa de tratamiento y rehabilitación residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo de drogas”, en términos del logro de sus objetivos propuestos.

Dentro de la evaluación de resultados, se optó por el modelo de Robert Stake, quien nos habla de la evaluación comprensiva como “una perspectiva general dentro de la búsqueda de calidad y de la representación de la misma en un programa. Es más una actitud que un modelo o una receta” (Stake, 2006, p. 141). La evaluación comprensiva, se basa en la recogida de experiencias y opiniones únicas sobre un programa, para, de esta forma, llegar a evaluar su calidad y el cumplimiento de objetivos.

Este modelo nos pareció atingente e interesante porque muchos de los objetivos que tiene el programa, por ejemplo, el referido a la integración social, son fenómenos que se hace necesario investigar en el contexto real donde suceden, en la vida misma de las usuarias egresadas. La evaluación comprensiva también nos permitió recoger las experiencias subjetivas de las usuarias con respecto a su paso por el programa en cuestión, su percepción y significados de éste para su vida actual, juntos con sus juicios y observaciones respecto al programa.

G. METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El tipo de investigación se inserta en la investigación evaluativa de programas. La elección de esta perspectiva investigativa es, principalmente, por el interés en “determinar y representar la calidad [de un programa] a través de la experiencia subjetiva” (Stake, 2006, p. 116) y los significados construidos de las usuarias hacia el mismo.

Se utilizó el modelo de Robert Stake de evaluación comprensiva, ya que nos pareció el modelo de evaluación más adecuado para nuestra investigación, debido a que pretende, a través de opiniones únicas, buscar y documentar la calidad de un programa.

Como ya hemos mencionado anteriormente, la evaluación comprensiva es más una actitud que una receta (Stake, 2006) e implica guiarse por la experiencia del contacto con el programa, basándose en gran parte en la interpretación personal, “ser comprensivo o comprensiva significa guiarse por la experiencia de estar personalmente allí, sintiendo la actividad y la tensión, conociendo a las personas y sus valores, (...) concediendo una atención adicional a la acción del programa, a su singularidad y a la pluralidad cultural de las personas” (p.141).

Además, este modelo de evaluación implica que si bien es necesario tener un plan inicial, la evaluación va cambiando durante el proceso, adaptándose a las necesidades y requerimientos emergentes que surgen a medida que se desarrolla la evaluación y se va conociendo el programa en mayor profundidad (p.148). Esto fue una característica relevante durante el proceso, ya que, por ejemplo, a medida que fuimos tomando contacto con las usuarias egresadas y realizando las entrevistas, pudimos ir modificando la pauta de éstas y viendo qué temáticas comenzaban a repetirse, para así ir poniendo el foco en ciertas preguntas o modificando otras. Lo mismo nos sucedió con los cuestionarios que realizamos, ya que nos dimos cuenta que el orden con el que lo habíamos organizado inicialmente podía ser muy invasivo a la hora de realizar las preguntas, lo que nos llevó a realizar modificaciones éste para que resultara más amigable.

La evaluación comprensiva de Stake (2006) se estructura en las siguientes etapas:

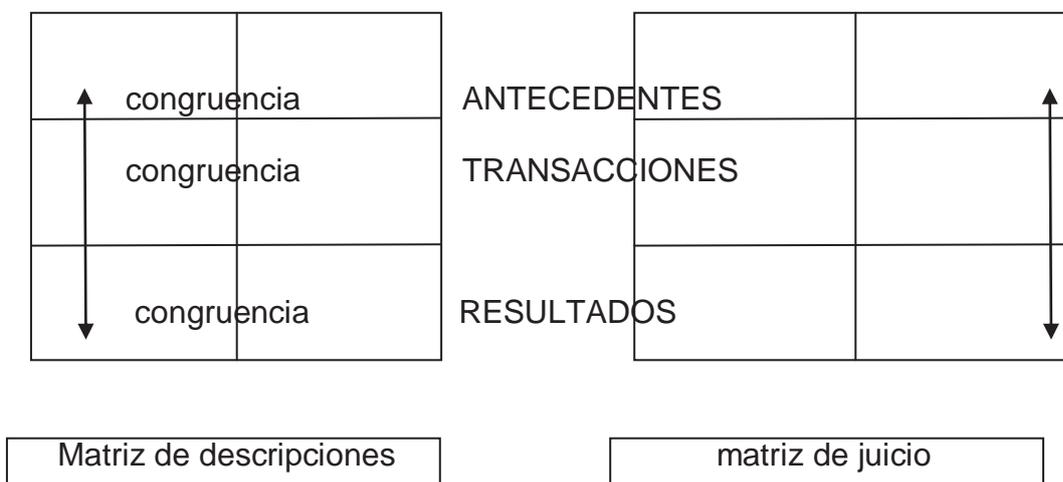
1. El primer paso para desarrollar una evaluación comprensiva, es realizar un examen profundo a la “base lógica” del programa, aquello que éste pretende lograr, todo lo que dice el programa en sí mismo.

2. Luego en el proceso de producción de datos, donde se presentan tres campos posibles de producción de datos. Primero, están los antecedentes, que son las características del contexto, las condiciones en las que se pone en marcha un programa. Luego, están las transacciones, que corresponden a las actividades, funcionamientos, funciones y procesos de un programa, que generalmente son los datos más accesibles para los evaluadores. En tercer lugar están los resultados, que se refiere a lo conseguido por el programa, a su impacto y resultados concretos. Nuestro proceso de producción de datos estuvo más que nada centrado en los resultados, pero es importante destacar, tal como lo menciona el autor, que una evaluación de programas nunca es pura, y siempre se mueve entre estas tres esferas. En este punto, y considerando las tres esferas, pudimos ir produciendo una descripción del programa según como se lleva a cabo por el CTR, es decir, no sólo lo plasmado en documentos.

3. El tercer paso de la evaluación comprensiva implica explicitar las normas (criterios, expectativas, rendimientos) que se utilizan en el programa para valorar los antecedentes, transacciones y resultados. Estas generalmente no se encuentran explicitadas y deben emerger de los datos producidos. Junto con esto, se deben también explicitar los juicios de las personas que participan en el programa, también sobre los antecedentes, las transacciones y los resultados.

Todo esto presenta una matriz de datos, que se enseña a continuación:

INTENCIONES	OBSERVACIONES	NORMAS	JUICIOS
(mencionar)	(recoger)	(valorar)	(recoger)



Fuente: "Matriz del modelo". Stake, 2006, p.168

En la medida que fuimos avanzando en el proceso de producción de datos, fuimos siempre teniendo en cuenta esta matriz, para ir revisando qué datos producíamos y qué datos no, en qué esferas estábamos poniendo más énfasis y cuáles estábamos dejando olvidadas, lo que nos permitió un proceso muy enriquecedor de constante revisión del trabajo que realizábamos.

4. El cuarto paso que plantea este modelo de evaluación es el análisis de datos. En este proceso se debe también tener en cuenta la matriz descriptiva que mencionamos anteriormente, atendiendo a la congruencia entre lo pretendido por el programa y lo efectivamente observado. Se aplican al programa las normas que éste mismo ha construido, para así realizar una valoración de éste, teniendo siempre en cuenta los juicios y opiniones de todos los involucrados.

5. Finalmente, viene una fase de preparación de documentos o resultados, donde el objetivo principal es que el lector pueda formarse una idea general de la calidad del programa evaluado, para hacer su propio juicio respecto de éste.

En este proceso fue indispensable la percepción de los evaluadores sobre lo que van evaluando y, si bien se pueden utilizar distintos métodos para analizar los datos producidos durante el proceso, nunca se debe olvidar la actitud comprensiva de la que hemos estado hablando, donde es indispensable que los evaluadores se involucren, en términos de dar opiniones y dar a conocer su experiencia durante la evaluación.

En esta fase de preparación de documentos, es también importante destacar que los evaluadores deben plantear cuestiones que queden por resolver luego de su evaluación, percepciones sobre el programa que queden abiertas al debate, ya que, naturalmente, no es posible darle respuesta a todo y estos temas sin resolver pueden ser de mucha ayuda para quienes aplican el programa, dándoles temas abiertos que puedan servir para una constante autoevaluación de lo que se está haciendo.

Cabe mencionar que, a partir de todo lo anteriormente expuesto surge la principal crítica a la evaluación comprensiva, debido a que se dice que ésta se aleja demasiado del método científico en ciencias sociales. La principal respuesta del autor con respecto a esto, que nos hace mucho sentido como evaluadoras y constituye una de las principales razones de la elección del modelo, es que la evaluación comprensiva busca por sobretodo evaluar la calidad del programa, en concreto, en el contexto donde se desarrolla, con las características de sus participantes y enmarcado en ese momento y lugar particular. Esto permite que el método científico deje de ser una cuestión crucial, ya que, si bien puede aportarnos datos sobre el programa, la experiencia misma pasa a ser conocimiento y de esta forma se evalúa la calidad de un programa.

UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis de este estudio corresponde al Centro de Tratamiento y Rehabilitación de mujeres con dependencia severa de alcohol y drogas (CTR), del hospital de Peñablanca, principalmente a través de entrevistas a 9 mujeres que han pasado por este Centro durante los años 2010 y 2011 y que actualmente viven en la quinta región. De ellas, 3 mujeres

egresaron con alta terapéutica, 3 egresaron con derivación y 3 abandonaron el programa.

MÉTODOS Y TÉCNICAS UTILIZADAS:

Utilizamos la **entrevista semi-estructurada** como instrumento para la producción de datos. El que se hayan planificado como semi-estructuradas nos permitió recoger datos de una manera más bien flexible -acorde con el modelo de Stake- acogiendo temas emergentes que surgieron en las entrevistas y en el desarrollo global de la evaluación.

Las entrevistas tuvieron como principal objetivo recoger la experiencia, evaluación y opinión personal de las mujeres que fueron usuarias del Centro, sobre el programa de rehabilitación en que participaron, a través de sus experiencias y con ello sus juicios (lo que creen que debe ser el programa) y normas con respecto al programa (lo que la gente generalmente aprueba), recogiendo ideas, valores y estructura simbólica de las entrevistadas, centrado en el tema de su paso por el Centro –y con ello el programa– y su vida actual en base a ello.

Decidimos utilizar ésta técnica de entrevista puesto que nos permitió dar cabida a lo que las entrevistadas quisieran contar, a la vez que guiábamos dicha conversación.

A menudo se aprende mucho de una conversación informal, pero vale la pena estructurar y planificar la entrevista en torno a lo que se necesita saber del evaluando. A la persona entrevistada se le debería dar la oportunidad de plantear otros asuntos, pero se puede perder gran parte de la entrevista si esa persona habla de lo que es importante para ella sin que el entrevistador sepa hacer que vuelva a centrarse en el objetivo de la entrevista. (Stake, 2006, p.215)

En estas entrevistas, pretendimos conocer las experiencias, lo que consideraron positivo y lo que se podría mejorar del programa o el Centro, sus aprendizajes significativos, su historia antes, durante y luego de la residencia en el Centro, así como también aportes que para ellas fueran importante que nosotras conociéramos. Para esto, las temáticas generales que se planificaron

abordar fueron en relación a su estadía en el Centro y a los profesionales de éste que la acompañaron en el proceso de rehabilitación, su experiencia y recuerdos, su estado de consumo actual, reinserción social y laboral y necesidades vinculares, tanto antes, como durante y después de haber estado en el CTR.

A su vez, aplicamos **cuestionarios** a las mujeres que fueron usuarias del CTR, con el objetivo de conocer datos puntuales de su vida actual y sus percepciones sobre la droga luego de su paso por el Centro donde se aplica el programa. Estos cuestionarios fueron elaborados en relación a lo que el Centro solicitó conocer de las mujeres que fueron usuarias, para ello se construyeron preguntas a partir de lo explícitamente solicitado, otras de lo que nosotras consideramos pertinente conocer en cuanto a las temáticas solicitadas y también recogimos preguntas de un cuestionario de SENDA. Las preguntas apuntaron a su vida en la actualidad, en cuanto a su entorno familiar y social, su estado de consumo actual, si hubo recaídas, su trabajo, uso de redes y preguntas sobre su opinión en torno a las drogas. A partir de los cuestionarios obtuvimos datos cuantitativos, estos datos aportaron información útil para comprender el contexto de las mujeres que participaron del programa, no sólo de forma individual, sino también grupal.

Además, para conocer sobre el programa y el Centro, realizamos dos **focus group** con profesionales y personal administrativo del CTR, con el objetivo de conocer las actividades y procedimientos que implica el programa, pero desde la experiencia de ellos como profesionales, más allá de lo que está estipulado en el protocolo. Además pudimos conocer las opiniones sobre lo que entiende cada uno por rehabilitación y otros temas relacionados con su quehacer, sus percepciones sobre su trabajo profesional como equipo, sobre las usuarias y las que fueron usuarias, sus expectativas y su trabajo individual, entre otros temas. Esto nos ayudó también a recoger las intenciones (lo que se pretende) del programa que se lleva a cabo y lo que se hace en la práctica.

Pretendimos entrevistar a los familiares que acompañaron en su proceso de rehabilitación en el programa a las mujeres entrevistadas, debido a la relevancia que tienen para el proceso de rehabilitación en el programa y para los funcionarios del Centro, por ser considerados un importante factor para la

rehabilitación y también de protección para mantener la abstinencia, sin embargo esto no fue posible puesto que no pudimos concretar las entrevistas con dichos familiares por diversas excusas que presentaron.

REDUCCIÓN Y TRANSFORMACIÓN DE DATOS

El análisis de la información producida durante la investigación se realizó a partir del *análisis de contenido*, que es un procedimiento que permite analizar, interpretar y, si se quiere, cuantificar el material recogido (Stake, 2006) desde la subjetividad de las entrevistadas y la propia observación de quienes llevamos a cabo la evaluación. El análisis de contenido es una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y validas que pueden aplicarse a un contexto específico (Krippendorff, 1990).

Para realizar el análisis de contenido es necesario realizar el proceso de codificación, que se entiende como el proceso mediante el cual las características relevantes del contenido de un mensaje son transformadas en unidades que permiten su descripción y análisis; “*codificación* es el nombre técnico que se aplica a la clasificación o el ordenamiento de datos para su agregación o archivo” (Stake, 2006, p.192). Para esto, Berelson (1952) señala que luego de la codificación se llega a unidades de análisis, que son segmentos de contenido que sirven para ordenar nuestro análisis y luego formar las categorías.

Existen diversas formas de elegir las unidades de análisis, pero, para esta evaluación utilizamos la “*unidad temática*” que, generalmente, se define como una oración o frase que habla de algún tema en particular. El proceso de codificación entonces, implicó revisar la información producida e ir seleccionando y clasificando las distintas unidades temáticas que fueran apareciendo.

Una vez realizada esta codificación temática del material, llevamos a cabo el proceso de categorización, que implica agrupar las temáticas más relevantes del material producido. Una vez agrupadas las unidades por similitud de temáticas, se procedió a la creación de las categorías, en las que

se deben ver caracterizadas las unidades temáticas que se agrupan. La elección de las categorías y subcategorías se realizó a la luz de los objetivos de investigación y del marco referencial que orienta la misma, para así quedarse con los temas que son relevantes de analizar para la evaluación del programa en cuestión. “Las unidades de análisis y las categorías deben elegirse en torno a los objetivos y preguntas de investigación y es importante saber que estas no son absolutas, ya que dependen de la subjetividad del observador” (Hernández, Collado y Baptista, 1995)

Una vez ordenadas las categorías y subcategorías, realizamos una descripción de lo que implica cada una de estas, que temáticas abarca, haciendo constantemente alusión a los datos producidos y a nuestras inferencias y análisis respecto de cada temática, a partir de nuestro contacto con el programa. Luego, realizamos una síntesis final que relaciona estas categorías y las analiza a la luz del programa, de los objetivos y las preguntas que guiaron nuestra investigación.

Análisis desde el modelo de Robert Stake:

Para el análisis de los datos producidos, además de la técnica del análisis de contenido hemos tenido en cuenta el modelo de la Evaluación Comprensiva.

Una vez realizada la etapa de la producción de datos, hemos utilizado la matriz de Stake para ordenar y analizar los datos producidos. Primero que todo, viendo si los datos que íbamos produciendo correspondían a los antecedentes, contexto en el que se pone en marcha el programa, a las transacciones, que son las actividades que implica el programa, o si correspondían a los resultados, es decir lo que logra el programa. Al mismo tiempo, tal como lo indica el modelo de Stake, nos preocupamos de explicitar las normas (criterios, expectativas, rendimientos) que las personas implicadas en el programa utilizan para evaluar el mismo, los juicios que hacen respecto de este, las intenciones que hay detrás de los funcionarios que ponen en marcha el programa en cuestión y nuestra propia experiencia de estar en contacto con este programa. Todos estos elementos, nos sirvieron para guiar

nuestro análisis, ya que, a través de las categorías y subcategorías fuimos viendo cuáles eran los temas que más aparecían en las entrevistas y analizando si estos correspondían a normas que utilizan las usuarias, familias y funcionarios del programa para evaluar éste, lo que nos permitió llevar a diversas conclusiones que presentamos más adelante.

Tal como lo plantea Stake, la idea del proceso de análisis de datos desde este modelo, es aplicar a un programa las reglas que éste mismo ha construido, para de esta forma lograr una valoración de él.

Por otra parte, durante el proceso de análisis también nos preocupamos de contrastar la “base lógica del programa” (Stake, 2006) con los datos que pudimos producir a partir de las entrevistas, ya que el autor plantea que gran parte de la evaluación de un programa, además de aplicar para ello las normas con las que él mismo se evalúa, es contrastar lo que el programa dice en su planificación, en lo documentado, con lo que en realidad se lleva a cabo, es decir, con lo que hacen los funcionarios del programa y con lo que perciben los usuarios del mismo. Esto lo realizamos en el análisis de cada categoría y subcategoría, atendiendo constantemente a esta comparación, encontrándonos con que, en general, lo que dice el programa y lo que se hace en el CTR es bastante similar, ya que, los funcionarios están muy familiarizados con la base lógica del programa y hacen constantes revisiones y autocríticas a su trabajo, lo que los lleva a que, cada vez que se alejan en sus prácticas de lo que el programa dice, rápidamente intentan acortar esa brecha.

Además de lo anterior, durante el proceso de análisis de los datos, tuvimos en cuenta la “actitud comprensiva” propuesta por el autor del modelo utilizado, lo que corresponde a tener siempre en cuenta las opiniones de los evaluadores sobre el programa. Al estar en contacto con las usuarias y los funcionarios del programa, pudimos formarnos una opinión personal de lo que hace el programa, de cómo lleva a cabo la rehabilitación, qué aprendizajes genera en las usuarias, cuáles son sus falencias y principales fortalezas, entre otras temáticas. Todas estas percepciones personales respecto del programa nos fueron muy útiles a la hora de analizar los datos, ya que nos permitieron realizar distintas inferencias, comparaciones y consideraciones que creemos enriquecieron nuestros análisis.

H. RESULTADOS Y ANÁLISIS

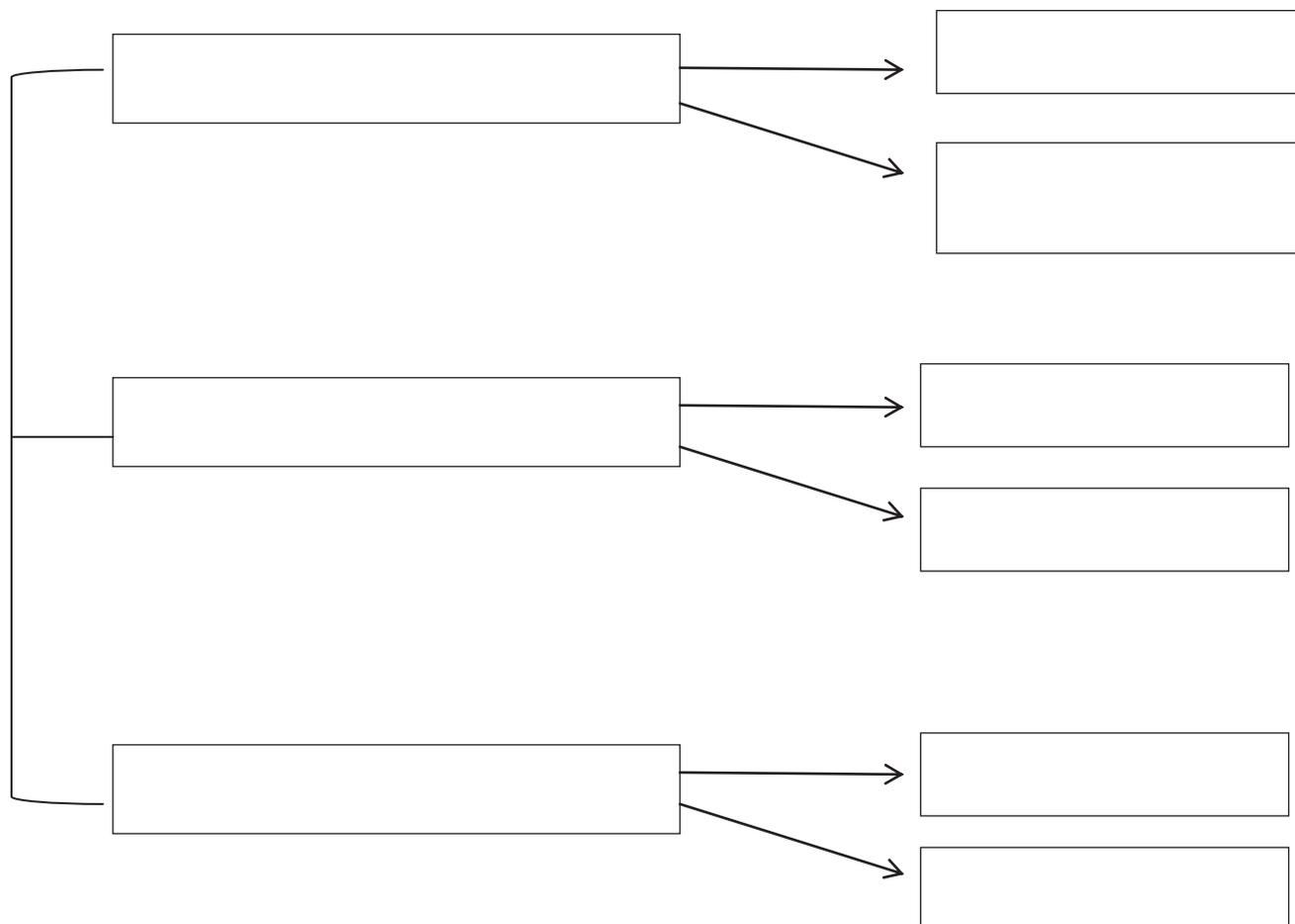
A continuación se exponen los datos producidos durante esta investigación y los análisis de los mismos. Estos se presentan a modo de categorías temáticas, formuladas a partir de las entrevistas a usuarias del programa en el Centro de Tratamiento y Rehabilitación del Hospital de Peñablanca y focus group realizados a los funcionarios de dicho Centro. En ellas se engloban las principales temáticas recogidas, respaldadas con citas de las entrevistas y fundamentadas con bibliografía atinente.

La primera categoría es “*Centro de Tratamiento Residencial*”, que se refiere a las características del CTR, sus reglas, estructura, profesionales, relaciones interpersonales dentro de él, entre otros. El Centro cobra relevancia pues en él se aplica el programa y lo especificado en él, por lo tanto, la forma en que el Centro funciona influye directamente en cómo se lleva a cabo lo planificado en el programa. Las subcategorías donde se presentan estas temáticas son “*Estructura del Centro*” y “*Relaciones interpersonales*”.

En segundo lugar está la categoría “*Aprendizajes*” donde se presentan los datos producidos en relación a lo que pretende el programa y los profesionales de este, que aprenden las usuarias y, principalmente, a lo que las mujeres perciben como sus aprendizajes más significativos y útiles luego que salen del Centro. Estos aprendizajes se presentan en dos subcategorías: “*Autocuidado*” y “*Autovaloración*”

En tercer lugar, presentamos la categoría de “*Vínculos*” donde se presentan los datos en cuanto a las relaciones interpersonales de las mujeres, ya que el programa pretende que los vínculos de las usuarias sean lo más saludables posibles y se transformen en factores protectores para estas. La primera subcategoría es “*Vínculos familiares*” donde se aborda toda la temática de la participación de la red familiar en la rehabilitación de la usuaria y los cambios que aquí se producen. La segunda subcategoría corresponde a los “*Vínculos sociales*”, donde se presenta la información respecto de la integración social de la usuaria luego de su salida del programa, temática en la que también se pone mucho énfasis.

A continuación presentamos un esquema de las categorías con sus subcategorías correspondientes.



1.- CENTRO DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL:

Un tema central y fundamental en cuanto a la evaluación del Centro es la percepción que tienen las mujeres entrevistadas del mismo, temáticas que exponemos en esta categoría. La primera subcategoría es de *“Estructura del Centro”*, que incluye las reglas y la rutina del CTR, el hecho de que su modalidad sea residencial y otros aspectos formales. Por otra parte, la segunda subcategoría es *“Relaciones Interpersonales al interior del Centro”* que agrupa lo referido por las usuarias y los funcionarios respecto al clima y las relaciones que se dan al interior del Centro donde se realiza el programa.

Estructura del Centro: “Eran reglas del Centro y yo tenía que aprender a tener reglas”

Con respecto a la estructura del CTR y cómo vivieron las mujeres entrevistadas su estadía en dicho lugar, uno de los temas que se repiten es el de las reglas y la modalidad residencial del Centro. En general, el tema de las reglas surge en las entrevistas como una dificultad durante su paso por el programa, sin embargo, también es algo que reconocen como necesario para el proceso de rehabilitación y es algo que valoran positivamente al salir del CTR.

“(...) yo no te voy a negar que yo en el momento les tenía bronca de repente, pero ahora, viéndolo con más lucidez, yo sé que lo hacían por mi bien”
(Entrevista a R.C, p.10)

Las reglas que fueron mencionadas en las entrevistas son no conversar con las demás usuarias sobre el tema de drogas, sino que buscar a las técnicos en rehabilitación para hablar de ello; no llevar colonia; no poner fotos ni otros en las paredes de las habitaciones; respetar los horarios definidos para la rutina diaria; las salidas del Centro se definen de acuerdo al proceso de cada usuaria, sin embargo, las primeras semanas no pueden salir aunque si pueden recibir visitas; no manejar medicamentos de ningún tipo, incluyendo anticonceptivos.

Como se dijo, estas reglas eran mencionadas en las entrevistas desde distintas perspectivas, algunas lo valoran como muy positivo para su proceso y otras mujeres refieren no haberlo entendido o no compartir estas reglas, lo que incluso las llevó a querer abandonar el tratamiento:

“(...) yo estuve muchas veces en la puerta con los bolsos, que me voy, estoy aburrida de esto. Porque yo estaba acostumbrada a no recibir órdenes, el sólo hecho que a uno lo levantaran todos los días a las 7 de la mañana pa’ mi era terrible, era una calvario.” (Entrevista Y.A, p.10)

La comprensión de las reglas no viene dada sólo para una mayor lucidez de las mujeres, como se mencionó en una cita, sino que, desde el Centro se refiere que se responden todas las dudas que se puedan tener con respecto a este tema, buscando que cada una pueda otorgarle sentido a estas normas.

“(...) y le dije “yo no sé porqué las porquerías (pastillas anticonceptivas) las tienen guardadas aquí y no me las pasan a mí”, entonces ahí me explicaron que no era por mí, que era por las otras niñas, porque habían más consumidoras de drogas que de alcohol, me dijo “de repente pescan cualquier pastilla y se la toman, entonces no es porque no confiemos en ti” (Entrevista G.O, p.7)

Sin embargo, de lo conversado con las mujeres que fueron usuarias y con los profesionales del Centro, interpretamos que estas explicaciones vienen dadas después que las usuarias cuestionan las reglas y/o se enojan por ellas, en vez de explicarlo desde que las reglas se presentan, lo que hace más difícil el proceso de comprensión y búsqueda de sentido de estas normativas.

“Me molestaban algunas cosas, no te voy a decir que no, porque no estás en tu casa, son reglas que te ponen acá, porque tú tienes horarios para todo (...)” (Entrevista R.C, p. 9)

“(...) no entiendo porqué nos hacían levantarnos tan temprano, lo otro es que no puedes ver ni ésta ni ésta otra película, porque cualquier cosa que uno tiene o hace lo toman como que esta con ganas de tomar o consumir droga...el tema de las reglas yo siempre se los dije en su cara, nunca lo entendí...” (Entrevista G.O, p.8)

Con respecto al tema de que el Centro donde se aplica el programa sea residencial, encontramos casos en que lo más difícil fue estar lejos de la casa, incluso llegando a abandonar el tratamiento por dicho motivo, pues no se adaptaban a vivir ahí.

“I2: ¿y qué fue lo más difícil de la estadía acá en el CTR?

E: el estar lejos de la casa.” (Entrevista M.M, p.10)

“E: (...) Quedarme acá no me gustó mucho, echaba de menos y duré poco. Era bueno, era bueno estar acá pero, como le digo no podía estar tranquila con mis hijas en la casa con mi esposo, que yo no sé si están bien.” (Entrevista I.A. p.5)

“I1: ¿y qué cree usted que hizo que usted finalmente se fuera?

E: mi hombre...es que yo lo vi muy mal (...) además que yo para él soy como lo

único, (...) siempre nos apoyamos entre los dos” (Entrevista G.O, p.8)

Dos de las entrevistadas que abandonaron manifestaron que lo hicieron porque no les gusta el sistema residencial, ambas se encuentran en estado de consumo actualmente y refieren que les gustaría estar en tratamiento pero con modalidad ambulatoria, ya que nunca lograron acostumbrarse a esta modalidad.

La modalidad residencial también tiene implicancias para el Centro, entre las que se encuentran tener profesionales día y noche que estén a cargo de las usuarias, donde ellos pasan a ser los responsables directos de ellas y sus cuidados; también implica diferencias en la infraestructura, pues necesitan un espacio que incluya habitaciones e instalaciones que aporten comodidad a las usuarias, pues el lugar pasa a ser su casa durante el tiempo que están ahí.

E3: Bueno, yo quería un poco aportar de las fortalezas, partiendo de las infraestructura del CTR, creo que tiene como, los espacios, los lugares, como... está de tal forma ordenado, tienen sus espacios, las mujeres tienen su pieza, nos preocupamos de que tengan su cuna cuando llegan con hijos, entonces, esta infraestructura, por lo menos yo no la he visto en otros lugares, me pasa mucho, de hecho me da como cosa cuando voy a otros Centros, porque éste lugar es grande, entonces es algo súper bueno que tiene este Centro. (Focus group 2, p.5)

Como vemos en la cita los profesionales del Centro consideran que la infraestructura de este es una ventaja en relación a otros centros, pues la consideran cómoda, amplia, acogedora, no sólo para las usuarias, sino que para ellos como profesionales también se les hace más cómodo trabajar allí. Pudimos ver que el Centro está muy bien cuidado en su infraestructura, a pesar de ser una construcción antigua no está deteriorado, está siempre limpio, bien pintado y con espacios acomodados para que el lugar sea grato, tal como lo refieren las usuarias y los funcionarios, además de nuestra propia experiencia de acudir a este lugar.

El tema de la infraestructura también se relaciona con el hecho de que residan bebés y niños en el Centro, hijos de usuarias. El programa estipula que debe haber una asistente de párvulos para realizar actividades y cuidarlos,

además de un espacio físico para estar durante el día, ambientado como jardín infantil.

Entrevistada 1: Mi nombre es P.M, llevo 2 años y medio, más o menos, acá, y soy auxiliar de párvulos.

I1: Y tu labor es con las mamás que están con sus hijos...

E1: Sí

(...) I1: Y ¿están todo el día contigo? O en ciertos momentos

E1: No, en ciertos momentos, cuando están en taller (las mamás), yo tengo media jornada, en la jornada que yo estoy acá es cuando las mamás van a los talleres

I2: Y ¿hay instancias en las que compartas con las mamás?

E1: Sí, también, en los momentos en que no están en talleres, o cuando están recién ingresadas yo les muestro como es acá, cómo se hace con los niños, e ir guiando un poco si es que lo necesitan, porque hay muchas veces que no está de más, dejar como la puerta abierta para quienes necesiten ayuda. (Focus group 2, p. 1)

Además, con respecto a que el Centro sea residencial, está el tema emocional de las usuarias, pues, como ya mencionamos, están lejos de la familia. Además, viven un proceso para algunas estresante, pues están en una rehabilitación, lo que implica que, además de tener ciertos horarios y reglas, hay una parte física involucrada, dada por el proceso de desintoxicación que viven las mujeres, sumado a la carga psicológica y emocional que implica estar todo el día en función de su proceso de rehabilitación, terapias psicológicas, terapias grupales, actividades grupales, citas con la psiquiatra, multifamiliares, entre otros.

Finalmente, otro punto a mencionar con respecto a que el Centro tenga modalidad residencial, es que durante el tiempo que las usuarias están ahí tienen cierta rutina a la cual se acostumbran. Un tópico que se repitió en el proceso de producción de datos es el gran cambio de vida que se vive al momento de salir del Centro, pues refieren haberse sentido muy protegidas en el lugar y al salir de éste, sentir miedo y experimentar complicaciones en la vida

cotidiana.

“(...) esta es una burbuja, te vienen a ver todos contentos, felices comiendo perdices, pero lo duro es la realidad de estar afuera, cuando vuelvo a mi vida” (Entrevista R.C, p.11)

“E: No sé porque a mí todo se me...como que todo se me fue a pique cuando me fui. Acá uno vive en una burbuja, en cambio afuera yo llegué a la realidad que estaba afuera, que de primera me fui donde mi lela y ella es como bien india pa sus cosas, entonces no anda preguntando qué le pasa a uno, yo dure una semana afuera y volví a recaer (comienza a llorar), se me fue todo debajo de una, de que en realidad yo estaba sola, de que mi familia nunca me ha apoyado.” (Entrevista Y.A, p.20).

“(...) igual el irme de acá me complicó porque te tienen todo controlado, estás como protegida, y de repente sentirte libre de nuevo y tomar riendas de tu vida es difícil(...) empiezas a andar en micro sola... yo creo que como el niño cuando está empezando a caminar, empiezas a ver todo nuevo... lo bueno es que te empieza a gustar, el pagar la micro sola, salir sola, que nadie te controle la hora que llegaste, que porqué llegaste más tarde, pero también eso tiene lo de la soledad, ya nadie se preocupa de mi, antes estaban todos pendientes de mí y de poco la gente te va diciendo que va teniendo más confianza, eso te va ayudando a salir adelante.” (Entrevista M.M, p.6)

Sin embargo, por otra parte, además de los temores y dificultades, las entrevistadas refieren sentir un gran sentimiento de satisfacción y orgullo personal una vez que llevan un tiempo fuera del Centro, principalmente aquellas que han cumplido el proceso de rehabilitación en su totalidad.

En relación al tema de la diferencia en el estilo de vida en relación al Centro que tienen las usuarias al salir de allí, además de lo emocional encontramos un tema concreto que se menciona de parte de los funcionarios del Centro que es, que las redes estatales a las que se puede acceder para complementar el tratamiento de rehabilitación no funcionan como se espera.

“Sentimos que nosotros ayudamos a las mujeres en este caso, pero cuando necesitan salir a la vida, a la rutina que tienen que mantener afuera, lamentablemente no hay muy buena acogida de las otras redes.” (Orientadora

familiar, focus group 1, p.1)

“Ahora, la deficiencia está en que éste es un ejercicio que todavía es bien aislado, no hay mucho en la comunidad, no hay mucho en el territorio que favorezca la mantención de los cambios, por ejemplo, hay familias que salen bien sensibilizadas, como contaba P1, sensibilizadas, bien avanzadas en esto, pero una vez de vuelta en su territorio se empieza a diluir, el aprendizaje empieza a volver atrás ¿no? Porque falta en el territorio, hemos intentado instalar, digamos, sobretudo en los consultorios, grupos multifamiliares que favorezcan este proceso que durante mucho tiempo tiene que seguir en la práctica de una relación distinta, de comunicaciones diferentes, mayor responsabilización.” (Trabajadora social, focus group 1, p.5)

Entonces, si bien a partir de esto se buscan otras estrategias para la mantención de la rehabilitación, como hemos mencionado, igualmente queda una sensación de parte de los funcionarios de que ellos deben esforzarse más, siendo que, si encontrarán ese apoyo afuera del Centro, que debiera estar, la mantención de la rehabilitación sería menos compleja, es decir, las redes de apoyo funcionan como factor protector y en este momento ellas manifiestan que no está siendo así y que eso les trae un carga a ellos como profesionales que esperan realizar bien su trabajo por y para las usuarias del Centro, y también para las mujeres que ven dificultado su proceso por volver a realidades a veces adversas o donde sus aprendizajes no encuentran cabida y, por ende, podrían empezar a perderse.

Relaciones Interpersonales dentro del Centro: “(...) Es un trabajo que no es sólo de las técnicas, sino que de todas al final, de apoyar, de comprender, de enseñar”

Al preguntar a las entrevistadas sobre el tiempo que estuvieron en el Programa, surge espontáneamente el tema de las personas que lo componen. Todas tienen muy buenos recuerdos de todos quienes trabajan en el Centro, en general, recordándolo como un ambiente familiar y cercano al cual pueden acudir incluso después de su salida del Centro, sintiendo un gran apoyo de parte de quienes trabajan en el programa. Valdeverde (1996) plantea que en el

proceso de rehabilitación:

El principal instrumento que dispone [quien interviene] es él mismo, por eso es tan importante que aprenda a observar de una manera directa y cercana y que llegue a captar las sutilezas de la vida de la persona sobre la que pretende intervenir. (...) Este proceso de encuentro es, además, un proceso de progresivo compromiso con la persona, de vinculación, yendo más allá de la mera relación profesional a paciente, rompiendo la distancia. (p.123)

En las entrevistas se recuerda especialmente a las técnicas en rehabilitación u operadoras terapéuticas –nombradas como “técnicos”– que son quienes pasan largo tiempo con ellas y a quienes sienten las usuarias que pueden recurrir en todo momento.

Desde el programa, los objetivos del acompañamiento de los/las técnicos en rehabilitación tienen que ver con establecer vínculos con las usuarias y ser el nexo con los otros miembros del equipo; Recolectar información de la familia y las actividades realizadas tanto dentro como fuera del Centro; Acompañar a las usuarias en el proceso, acogiendo las intervenciones del resto de los profesionales; Reforzar logros y avances obtenidos; Monitorear la actividad cotidiana y actuar frente a situaciones emergentes, entre ellas, que se cumplan los horarios y actividades planificadas y las reglas del Centro. (Programa de Tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas, 2006)

“I1: (...) Si nos pudieras contar a grandes rasgos cómo recuerdas tú tu estadía acá, cómo la definirías...”

E: Con harto apoyo, con harta disponibilidad de todo el equipo, desde la señora que hace el aseo, hasta las... hasta el director, don A y la sra. O”
(Entrevista I.A. p. 3)

“E: Las técnicos son todas buenas, siempre están disponibles cuando uno quiere hablar con ellas, conmigo por lo menos, nunca tuve yo un problema (...) para lo único que no hay horario es para hablar, cada vez que tú quieres hablar algo, eso es lo bueno, tú siempre puedes salir a hablar con las técnico”
(Entrevista M.M, p.8)

“Yo cuando me fui de acá también me dio pena, porque igual echas de menos a las técnicas, que te cuidan, que te preguntan cómo estás, que te hacen cariño, todas esas cosas, es bonito eso...” (Entrevista M.B. p. 7)

La relación e interacción con las técnicas en rehabilitación es recordada como un aporte positivo a su estadía en el CTR, por el hecho de tener siempre a quien recurrir, de sentirse como en su casa y con un trato igualitario con todos quienes trabajan ahí, lo que se convierte en un gran aporte para el proceso de rehabilitación.

“E: Sirvió, sirvió, y ahora pienso que es porque uno les interesaba a ellos, por eso ellos se preocupaban de ti, porque ellos ¿qué les importo yo? Si yo soy una persona ajena, pero aparte de su vocación, de su trabajo, de su dedicación, lo hacían con amor y eso se ve” (Entrevista R.C, p.10)

Por otra parte, en el caso de las psicólogas que allí trabajan, el programa plantea que deben realizar psicodiagnósticos de las usuarias y además puede que tenga a su cargo la coordinación o dirección clínica del equipo. Esto implica “estructurar, guiar y promover la discusión en torno al trabajo terapéutico en las reuniones clínicas; supervisar que la planificación del trabajo cumpla con los objetivos del programa y, así, mantener la coherencia en el tratamiento.” (Programa de Tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas, 2006, p.19)

“Se observa que cuando la misma persona concentra la dirección clínica y la dirección administrativa del programa, el riesgo de desgaste profesional y confusión de roles para las usuarias es mayor. En este punto, una buena práctica implica tener ambos roles en figuras distintas” (Programa de Tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas, 2006, p.19)

En la práctica, en el CTR esto no se da de esta forma, ya que es el mismo Director del programa quien se encarga de la coordinación clínica y supervisa los tratamientos de las usuarias. Esto ha sido así desde los inicios del programa y al preguntar al respecto no hay mayores cuestionamientos.

En relación a las psicólogas que trabajan en el Centro, son dos, ambas realizan terapia individual a las usuarias, además de hacerse cargo de

diferentes talleres grupales. En la mayoría de las entrevistas las mujeres recuerdan su proceso de terapia individual como importante para su rehabilitación, pues es ahí donde aprendieron principalmente el tema del autocuidado y de la autovaloración, que como veremos, es fundamental para su rehabilitación.

Cabe mencionar que en algunas entrevistas se mencionó espontáneamente que una de las psicólogas era muy directa para decir las cosas, lo cual consideran negativo y obstaculizador de su proceso. Algunas manifestaron que luego lo entendieron, incluso valorando positivamente esta forma de decir las cosas, aunque en el momento se sintieran con pena o rabia por los dichos.

“(...) con la psicóloga, con ella fue complicada igual la relación, fue como de amor y odio, porque ella se metía así y uno como “no, no quiero hablar contigo”...” (Entrevista a M.M, p.7)

Por otra parte, una de las usuarias manifestó que la relación con esta psicóloga si fue determinante en su salida del programa, ya que nunca se acostumbró a su trato:

La psicóloga que me tocó, me trató mal y eso no me gustó (...) Me dijo unas cosas como retándome, ni siquiera preguntándome, me retaba por las cosas que yo le dije, me hizo llorar mucho y yo me quería puro ir (...) Ni siquiera me quería ir porque quería consumir, no nada, era porque me sentía muy mal acá porque me trataron, ella, la psicóloga me trató muy mal, y otras niñas igual opinaban lo mismo de ella, que era muy dura. (...) No era pa’ que ella me retara por las cosas que hacía, yo me sentía como niña chica al lado de ella, retando, retando, retando y no me dejaba hablar. (...) A las otras niñas les pasaba lo mismo, lloraban con ella porque las trataba súper mal. (Entrevista I.A, p.6-7)

Con respecto a la situación de esta usuaria, desde el Centro se dice que los motivos que presentan las mujeres para irse generalmente son excusas, pues no están listas o dispuestas a dejar de consumir, sin embargo, mencionamos esto por haberse repetido en algunas entrevistas, refiriendo que estas situaciones “empañaban” la armonía y ambiente familiar que hay dentro

del Centro.

Así también, hubo una mujer que indicó que no le gustó su relación con la psiquiatra:

“(...) la doctora, la psiquiatra ella era como que quería que le dijeran lo que ella quería escuchar, pero yo le decía lo que yo sentía, entonces las otras niñas, mira, me decían “tienes que llevarle el amén, (...) entonces al final salíamos discutiendo las dos porque yo le decía que quería tratarme por el alcoholismo y la depresión, pero ella me decía que yo estaba ahí por mi alcoholismo, no por mi depresión” (Entrevista G.O, p.7)

Desde lo que conocimos, creemos que la buena relación entre usuarias y profesionales es importante para la disposición que tengan las mujeres de permanecer en el programa y de tener un proceso de rehabilitación más llevadero, en el sentido que, las mujeres que se mantienen en abstinencia refieren haber tenido buenas relaciones con los profesionales, mientras aquellas que refirieron no sentirse a gusto en el Centro decidieron abandonar el programa. Sabemos que hay muchos factores que inciden en que una usuaria no termine el tratamiento del programa, siendo el principal el no estar dispuesta a dejar de consumir –por diferentes motivos– y, por lo tanto, las usuarias que no quieran estar ahí irán encontrando excusas para dejar el programa. Desde este punto de vista, desde los datos producidos, no consideramos que los problemas con algún profesional sean primordiales en la salida de alguna usuaria, pero sí que la relación entre usuarias y profesionales es fundamental para el proceso de rehabilitación de las mujeres, pues encuentran un apoyo profundo en los profesionales y logran una relación de cercanía y confianza que les da apoyo en su proceso de recuperación, que las mantiene motivadas y les permite no abandonar el tratamiento. En otras palabras, las mujeres que necesitan apoyo para continuar y lo buscan, lo encuentran en los profesionales.

Los vínculos afectivos que se forman con el Centro no sólo se dan en el momento en que las mujeres residen allí, sino que pudimos conocer que perduran en el tiempo, de hecho, todas las mujeres que contactamos, las hayamos entrevistado o no, mostraron recordar con aprecio y cariño al CTR y las entrevistadas refirieron que saben que pueden contar con el Centro

actualmente.

“(...) eso es lo bueno, que desde que yo me fui he podido contar con el CTR, que yo sé que puedo llamar para acá a la hora que sea, yo conozco tanto esto que en realidad se con lo que cuento” (Entrevista Y.A, p.14)

Valdeverde (1996) plantea que mientras más cercano el encuentro de quienes intervienen (en este caso, quienes trabajan en el Centro) con las personas en rehabilitación, será más eficaz la ayuda, pero, también postula que surgen problemas en torno a esta cercanía, como la dependencia que se puede generar de parte de la persona en rehabilitación hacia quien(es) interviene(n); la implicación emocional del terapeuta o interventor ante situaciones de fracaso en la rehabilitación puede llegar a ser problemática; menciona también que la vinculación afectiva, o mejor dicho, la no vinculación afectiva con otros, una vez terminado el tratamiento puede ser justificación de la persona para consumir, es decir, depender, por decirlo así, de los vínculos afectivos con otros para estar sin consumo y, por último, menciona que para el terapeuta o interventor la cercanía puede sesgarlo en cuanto al proceso de la persona, viendo más bien lo positivo y dejando de ver anuncios de factores de riesgo.

En cuanto a la convivencia con las demás usuarias, las entrevistadas refieren que, en general, el ambiente es bueno, se forman grupos de amistades. Una entrevistada nombra que también estos grupos se forman de acuerdo a la droga por la que han ingresado a rehabilitación, donde tienen mayor jerarquía aquellas que consumían drogas más caras o más “finas”, como la cocaína, mirando despectivamente a aquellas que consumían drogas como la pasta base, por ejemplo.

Las opiniones son diversas, se vivieron experiencias diferentes, algunas mujeres refieren no haber tenido ningún problema en cuanto a la relación con las otras usuarias, otras dicen tener contacto aún con alguna compañera y, por otro lado, si bien ninguna refiere problemas significativos entre las usuarias, reconocen que es difícil convivir pues son todas distintas, cada una con sus propios problemas y viviendo un proceso difícil, que es la rehabilitación.

“Aquí fue mi casa todo ese tiempo, (...) con las compañeras que tenía,

nunca ningún problema...todo lo contrario...siempre todo muy bien” (Entrevista M.S.B, p.11)

“(...) porque igual la tolerancia acá es complicada, porque son todas personas con adicciones, entonces, si encontrabai’ que alguien te miraba mal y amaneciai’ con la pata izquierda y le gritabas y todas esas cosas (...)” (Entrevista M.M, p.7)

(...) acá también eso era complicado porque acá llegaban niñas que venían de la calle po’, con otras realidades y eso igual es difícil de compatibilizar, porque al final igual somos todas iguales no más po’...pero por ejemplo habían niñas que se hacían un tarro para hacer pipí en la noche porque no iban al baño, entonces igual es bien complicado, al final es un trabajo que no es solo de las técnicas, sino que de todas al final, de apoyar, de comprender, de enseñar y todo eso. (Entrevista M.M, p.9)

Si bien la convivencia no siempre es la que esperarían como ideal, aparece en más de una entrevista el tema del apoyo, como se ve en la cita anterior, el cual se siente de parte de quienes trabajan en el Centro, de la familia y también de las demás usuarias. Esto se ve también habiendo salido del Centro, donde algunas mantienen el contacto y/o saben cómo le fue a las demás en los procesos, estando al tanto, muchas veces, de la situación de consumo en que se encuentran las compañeras que estuvieron en el Centro con ellas.

“(...) uno, si veía a la compañera mal, conversaba con ella, porque de repente uno no quiere nada con las técnicas y eso se supone que no corresponde acá en el sistema, pero se da la verdad, igual uno le decía que después eso mismo lo conversara con la técnico” (Entrevista M.M, p.10)

Por parte del Programa no existe una orientación clara respecto a fomentar las relaciones interpersonales entre las usuarias, lo cual incluso se controla un poco, motivando a las usuarias a que cuando se sienten tristes lo comenten con las técnico y no entre ellas, para no obstaculizar el proceso de rehabilitación de cada una con los problemas de las demás. Además de esto, durante sus procesos de rehabilitación, las usuarias no están autorizadas a darse sus teléfonos o mails personales, también con el fin de no contaminar

sus propios procesos con los de las demás, pero esto en la práctica esto de todas formas se da y varias usuarias manifiestan haber desarrollado relaciones muy significativas con otras mujeres del programa.

Una instancia que posibilita las relaciones interpersonales entre las usuarias son las asambleas diarias. Estas se realizan en las mañana (8:00 am) y en la tarde (7:00 p.m) y su principal objetivo es otorgar un espacio terapéutico para el grupo de mujeres, donde puedan expresar temas de la cotidianidad - sin profundizar, pues eso se da en otros espacios- y, al mismo tiempo, ser escuchadas por las operadoras terapéuticas, y ponerse de acuerdo en temas del día a día, como por ejemplo los fines de semana para realizar los turnos de aseo.

En la asamblea de la mañana el objetivo es abrir el día, expresar cómo durmieron, cómo se sienten para comenzar la jornada y el objetivo que tiene cada usuaria para ese día. En la asamblea de la tarde, se evalúa el cumplimiento de este objetivo, cómo se sintieron, en general, durante las actividades diarias y los aprendizajes que hubo en los distintos espacios; cuando la mujer expresa que no ha cumplido el o los objetivos del día se conversa cómo cumplirlo al día siguiente, se busca no quedar en la frustración y en la creencia de no poder cumplir algo.

APRENDIZAJES:

Un tema transversal en las entrevistas es el de los aprendizajes. La rehabilitación se basa en un cambio de vida que viene dado tanto por los aprendizajes buscados directamente por el programa, como por aquellos aprendizajes tácitos que vienen dados de los talleres, conversaciones, relaciones interpersonales y todo aquello que viven las usuarias en su proceso en el CTR. Estos aprendizajes, en general, en gran parte de los programas de rehabilitación apuntan a *“facilitar el desarrollo personal y de habilidades sociales, haciendo énfasis en habilidades para aumentar el autoestima, manejar situaciones generadoras de ansiedad y comunicarse de forma efectiva para mantener relaciones personales y tener una asertividad adecuada”* (Becoña E. 2001, p.64). Dividimos aquellos aprendizajes en las subcategorías

de “*Autocuidado*” y “*Autovaloración*”, las cuales se presentan a continuación.

Autocuidado: “*El hecho de no seguir consumiendo era un tema de querer y de seguir cuidándose*”

Todas las entrevistadas mencionan como un aprendizaje el *autocuidado*, incluidas aquellas mujeres que no se encuentran en abstinencia. Entendemos al autocuidado como:

(...) acciones dirigidas a mantener o mejorar nuestro actual estado de salud integral, en tanto seres biopsicosociales-espirituales. Ello implica conciencia del valor de la salud propia, conocimiento correcto de lo que nos hace bien y lo que afecta negativamente nuestra salud integral, desarrollo de estilos de vida saludables y modificación consciente de nuestros hábitos nocivos. (Villegas E., Bustos, Careaga, Venegas, 2000, p. 101)

La mayoría de las entrevistadas indica el autocuidado como uno de los aprendizajes más significativos para mantener la abstinencia, las que no la mantienen o tuvieron recaídas reconocen que no cumplieron con lo aprendido para cuidarse del consumo.

“I1: ¿Cuál crees tú que fue tu mayor aprendizaje acá en el CTR? Un aprendizaje que ahora te sirva como para tu vida...”

E: A cuidarme, en toodo sentido... hasta en comer, que, por ejemplo, no sé po’, no comer eso con tanta grasa por el colesterol o el dormir las horas que corresponden, todo eso” (Entrevista a Y.A, p.10)

“(...) así me enseñaron a mí, que todo son excusas para tomar (...) aquí me enseñaron muchas cosas, los riesgos, cuidarse... cuando yo iba a salir, con quién iba a salir, dónde iba a estar(...) ahora si llego a ver un riesgo me alejo.” (Entrevista M.S.B, p.8-9)

El autocuidado que mencionan, se refiere a haber aprendido cómo cuidarse para encontrarse saludables en un sentido tanto físico como psicológico, incluido en esto estrategias para no consumir drogas. En lo que respecta a la salud física y psicológica encontramos, como se mostró en la cita anterior, el aprendizaje de un estilo de vida saludable, donde se come sano y

no en exceso, el aprendizaje de permitir al cuerpo el descanso que necesite, apuntando siempre a tomar decisiones y realizar actividades que aporten a la felicidad de cada una. En esto está incluido el no consumir drogas, lo que, en palabras de las mujeres entrevistadas, implica para su cuidado: no estar en contacto con personas que consuman; si tienen la posibilidad, elegir vivir en un lugar libre del consumo de drogas; buscar estrategias a realizar al momento de sentir la necesidad o deseo de consumir, expresar a otro(s) su deseo de consumir cuando lo haya y aprender a reconocer el deseo de consumo como una emoción válida que tienen que controlar y superar.

En cuanto a no estar en contacto con personas que consuman drogas y/o alcohol, las mujeres entrevistadas que se mantienen en abstinencia –hayan tenido recaídas o no– se han alejado de aquellas personas con las que consumían drogas y/o alcohol. En otros casos, donde las entrevistadas han mantenido amistades y/o relaciones familiares con personas que consumen, ellas les han pedido que no consuman en frente de ellas, que no se junten en la noche o que se vayan para que no consuman en su casa.

“(...)“quiero ir pa’ tu casa, pero tu sabí’ que quiero tomar”, “no...” le dije yo, “...si aquí podemos tomar, pero un tecito, una bebida... pero alcohol en mi casa no”.” (Entrevista M.S.B, p.5)

“(...)yo tengo amigas que consumen y yo les hablo, les converso... y las veo flacas, en el consumo de pasta, igual yo me junto con ellas y comparto con ellas y que llevamos a los niños a la playa, salimos, pero nada de noche porque ellas tienen su vida y yo tengo la mía, así que se está oscureciendo y si ellas tienen carrete yo les digo “ya, cuidense, yo me voy” (Entrevista M.I, p.3)

Por otra parte, podemos ver que en los casos de las dos mujeres entrevistadas que se encuentran en situación de consumo, una tiene adicción al alcohol, el cual es de muy fácil acceso para ella y refiere haber realizado varios tratamientos diferentes, todos sin éxito, y la otra mujer consume con su marido sin que sus cercanos sepan (lo que, como veremos, obstaculiza aún más su proceso) y reconoce que si su marido dejara de consumir ella también lo haría, pero que él no tiene esa intención y llega con droga a la casa. A diferencia de las demás mujeres, esta entrevistada no se ha alejado de ese “círculo vicioso” que la lleva a consumir, lo que ha hecho que lo periodos de

abstinencia no sean muy prolongados y que ningún tratamiento tenga éxito.

Dentro del tema de alejarse de personas que consumen, se encuentra el vivir en entornos libres del consumo de droga. De las entrevistadas que se encuentran en abstinencia actualmente, tres mujeres (de cuatro) han podido cambiarse de casa a un lugar libre del consumo de drogas. Estas tres mujeres se encuentran en abstinencia sin recaídas, habiendo elegido el cambio de casa y el lugar donde vivirían como una manera de autocuidado en base a lo aprendido del programa.

“(...) donde vivía en la casa mía antes, arriba, ahí se consumía mucho en la esquina, pero donde estoy yo no, es tranquilito ahí” (Entrevista M.S.B, p.5)

“Me vine de Villa Alemana porque al lado venden cocaína, estaba muy... me ofrecían. Hace 9 meses que ya no consumo, (...) lo dejé, saliendo de allá lo dejé, me vine para acá y yo no voy para allá ahora...” (Entrevista a V.G, p.1)

La cita inmediatamente anterior corresponde a una mujer que trabajaba con su marido en su casa, en un ambiente de cocaína y alcohol, decidió dejar la casa de su marido y viviendo en la actualidad con su hijo en una ciudad cercana, situación que marcó el inicio del periodo de no consumo de drogas.

Otra mujer que se encuentra en abstinencia sin recaídas cambió su residencia hacia un lugar donde relata que se encuentra en mucha armonía, lo que ella significa como importante para no recaer, sin embargo, fuera de su casa es un entorno donde se consumen distintas drogas a todas horas del día, lo que afecta negativamente en su rehabilitación, pues manifiesta que ella reconoce cuando están consumiendo y, si bien, por una parte le da lástima y también se siente orgullosa de no estar en ese estado, también hay ocasiones en que siente deseos de consumo al ver estas situaciones, sin embargo, a partir del autocuidado aprendido se ha mantenido sin recaídas:

“(...)de repente igual dan ganas [de consumir]...la otra vez igual, fui a comprar harina y me quedó un vuelto, pero me compré puros chicles y me fui corriendo, porque antes de entrar yo había visto que estaban ahí consumiendo, entonces mejor me fui al tiro po’ (...)” (Entrevista a Y.A, p.14)

También se mencionó el tema de buscar estrategias específicas a

realizar al momento de sentir la necesidad o deseo de consumir, como la cita anterior donde un tema importante mencionado tanto por las mujeres como por el programa es el tema del manejo del dinero. En el proceso de rehabilitación las usuarias no pueden manejar dinero y luego de a poco se van haciendo responsables de pequeños montos. Cabe mencionar que ellas saben que con cantidades muy bajas podrían comprar droga (desde los 500 pesos), sobretodo para aquellas que consumen pasta base.

Otra estrategia es encontrar una actividad a realizar al momento de sentir necesidad o deseo de consumir. Una mujer nos contaba que desde su salida del Centro ella se sentía ansiosa y eso le traía deseos de consumir, sin embargo, encontraba cosas para canalizar esa ansiedad:

N: (...) cada vez que me dan ganas, lechuga, y Co (psicóloga) me dice que la lechuga es... te mantiene calmada, yo no tenía idea, así que bien po', bien por esa parte

I1: ¿Qué otras estrategias ha utilizado a lo largo del tiempo cuando le dan ganas de consumir?

N: Ahora estoy leyendo mucho, escribo y también cuando tengo muchas ganas de... cuando me siento así mal, pinto. (Entrevista a N.P, p. 9)

Otra estrategia muy mencionada y reconocida como uno de los aprendizajes más importantes es la comunicación. Esto incluye conversar y expresar lo que les pasa y lo que sienten, entre lo que se puede encontrar el deseo de consumir. Y esto se da no sólo a nivel familiar o con amigos, sino que en situaciones problemáticas llaman al CTR o utilizan este aprendizaje con las redes de apoyo que tienen a su alcance.

I2: (...) ¿qué cosas que hayas aprendido aquí en el CTR, te sirven para no buscar la salida en la droga?

E: Conversar, busco conversar, conversar, tengo a mi pareja ahí sentado y de repente se está quedando dormido y le digo "pero escúchame". (Entrevista M.I, p.6)

"E: (...) y ahí [en el consultorio] me dicen "¿cómo has estado?". Es que yo, como de cualquier cosa que tenga, no sé, me miraron feo, por ejemplo, y yo

lo converso, entonces en el consultorio yo comunico todos eso.” (Entrevista Y.A, p.5)

Para poder contar lo que les pasa y conversar, es importante que ellas mismas puedan reconocer sus emociones como válidas y a la vez que las reconocen pueden enfrentarlas sin tener que recurrir a la droga.

E: Si po’. Mi tío se ríe porque yo, ya, puedo estar con él conversando y me voy a la pieza y después salgo con así los ojos (hinchados) y me dice “¿por qué estai’ llorando?” y yo le digo “porque tengo rabia”, jaja y me dice “pero ¿po qué?”, “porque tengo rabia po’, y tengo que llorar”, prefiero llorar y que me queden así los ojos antes que partir y fumarme algo (pasta base). (Entrevista a Y.A, p.10)

En la cita anterior Y.A reconoce su llanto como producto de la rabia y así lo expresa, a diferencia de antes de su paso por el CTR donde refiere que hubiera ido a consumir pasta base para calmar esa rabia. Esto es un cambio muy significativo en la vida de las usuarias, ya que el poder reconocer y expresar sus emociones es algo que les sirve para mejorar su calidad de vida en todos los niveles, más allá de solamente dejar de consumir.

Autovaloración: “Aquí aprendí a valorizarme yo, porque antes de venir acá yo no me quería...”

A lo largo del proceso de producción de datos un tema recurrente, tanto desde los profesionales como desde las usuarias del programa, es el de la autovaloración, la cual entendemos como:

(...) La imagen o percepción de cada persona sobre su valor y competencia como ser humano. El tener una imagen positiva de sí tiene que ver con estar satisfecho y aceptarse como uno es, con sus limitaciones y capacidades personales, en cuanto a apariencia física, conducta y emociones. Esto permite confiar en nuestras propias capacidades y a la vez confiar y valorar a los otros. (Ministerio de Salud y Ministerio de Educación, 1996, p. 33)

Gran parte de las mujeres comentaban que cuando estaban en consumo, sentían que tenían un muy bajo autoestima y amor propio, lo que

concuenda con la literatura que nos dice que “entre las características de los toxicómanos se encuentra la baja autoestima y la frecuencia con que provienen de familias donde la adicción, la violencia doméstica y otras formas de disfunción interpersonal, ya eran un problema” (Pullan, Durant, 2001, p. 47). Las usuarias también comentan que luego de su paso por el CTR habían desarrollado una mejor autoestima, habían comprendido la importancia de quererse y de cuidarse a ellas mismas:

(...) demostrarles las capacidades que tienen para salir a la vida afuera y levantar un poquito su autoestima, que se empiecen a querer un poquito, eso me gusta mucho, yo creo que acá todos los talleres y todo está destinado a eso, al valor del género, a que se valoren, a que las valoren en sus familias. (Terapeuta familiar CTR, Focus group. p. 5)

“Aquí me enseñaron a cuidarme yo, a quererme, a valorarme y alejarme de las cosas que me hacen mal.” (Entrevista M.S.B, p.13)

Me da gusto acercarme al espejo, me pinto todos los días, lo que yo antes me daba lo mismo, porque yo me había dejado de querer, me voy con ganas a trabajar, atiando a la gente, la gente me encuentra alegre, amorosa, porque lo hago todo con cariño, es como otra vida la que tengo (Entrevista R.C, p.13)

El tema de la autovaloración es primordial en cualquier proceso de rehabilitación, ya que el amor propio es el primer paso para poder establecer relaciones saludables con los otros, por ejemplo con los hijos. “Una madre adicta necesita aprender a quererse y cuidarse a sí misma antes de ser capaz de cuidar de sus hijos eficazmente” (Pullan, Durant, 2001, p.101)

Al trabajar el tema de la autoestima en el proceso de rehabilitación, se busca ayudar a la usuaria y a su familia. Dentro de una familia la autoestima de uno está fuertemente ligada a la autoestima de los demás miembros, por lo que al elevar la autoestima uno se eleva también el autoestima de los demás.

En las familias afectadas por las drogas, las imágenes negativas surgen cuando los padres y los hijos comparan su familia con otras. La autoestima también baja debido a los sentimientos de culpa e inadaptación a la sociedad. El proceso de adquisición de autoestima es lento y largo y está basado en el

reconocimiento del ser único de cada padre, madre e hijo. En un proceso de rehabilitación es ideal que se ofrezcan actividades para fomentar y asegurar algunos éxitos, mientras se ayuda a la persona a soportar los fracasos ocasionales. (p.89)

Relacionado con este mismo tema, tanto desde lo expresado por los profesionales del programa como por las mujeres entrevistadas, se puede desprender otra temática recurrente y muy ligada a la autovaloración, la de escucharse a sí mismas y conectarse con sus emociones y con su sensibilidad. El programa mismo resalta esta temática a través de su enfoque de género y del centrarse en su “ser mujer”:

Tener una perspectiva de género implica principalmente considerar la condición de ser mujer de las usuarias, en el sentido de cómo esto les entrega una posición particular en la sociedad y, sobretodo, en sus familias, lo que puede influir en la motivación inicial hacia el consumo y en el mantenimiento de éste. Incluir estos factores en el tratamiento, ayuda a tener una mirada más global y sistémica de estas mujeres y de cómo poder ayudarlas para terminar con el consumo problemático y las conductas que rodean a este. (Programa de Tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas, 2006, p.25)

Como mencionamos anteriormente, la temática del contactarse con sus propias emociones y aceptar estas, junto con un importante desarrollo personal que se pretende hacer en la estadía del programa, es un importante aprendizaje para las usuarias, ya que esto se convierte en un importante factor protector a la hora de no consumir drogas, además de generar importantes cambios a nivel familiar y de todas sus relaciones interpersonales.

VÍNCULOS:

A partir del análisis de los datos producidos, pudimos observar que tanto desde el programa como desde lo percibido por las usuarias, se le da gran importancia a los vínculos emocionales, a tratar de restablecer vínculos saludables y que constituyan posibles factores protectores para las usuarias luego de salir del programa. Para una mayor claridad dividimos esta categoría

en dos subcategorías: “*Vínculos familiares*” y “*Vínculos sociales*”.

Vínculos Familiares: “*A la familia debemos concederle tanta importancia como al propio paciente*”

Una temática importante tanto para el programa y sus funcionarios, como para las mujeres que pasan por el programa, es la participación de la familia. Esto está estipulado en el programa mismo, como parte de una de sus fases:

El modelo de tratamiento se desarrolla en cuatro fases: una fase de pre-ingreso en la cual se realiza la entrevista para evaluar el ingreso, una fase de acogida , evaluación, motivación y adherencia, que termina con el diseño de un plan de tratamiento individual, el que comienza con un compromiso terapéutico entre la usuaria, su familia y el equipo de tratamiento, y, finalmente, una fase de seguimiento que busca evaluar y fortalecer la mantención de los cambios logrados en la fase de tratamiento y orientar a la usuaria y su familia en el caso de recaídas clínicamente significativas. (Programa de Tratamiento y rehabilitación residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo de drogas”, del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, del Gobierno de Chile)

Todas las mujeres que ingresan al Centro deben tener el apoyo de algún familiar, lo cual, varias de ellas consideran crucial para su proceso, ya que el sentirse apoyadas las ayuda en su motivación durante el proceso:

I2: ¿Y con respecto a los familiares que la acompañaron, que recuerdo tienen ellos, que opinión tienen del Centro?

E: Mi suegra siempre se acuerda, ella está feliz con el Centro, (...) ella siempre me dice que yo cambia mucho, que estoy súper bien...esas cosas po’, y eso también yo creo que un poco lo aprendió acá, de estar motivando, de recordarle a uno lo que logró...participábamos en los multifamiliares y eran buenos, pero a veces súper tensos también, pero también uno va aprendiendo a solucionar los problemas y eso... (Entrevista M.M, p.11)

I1: ¿Y Cómo era esa experiencia de cuando él (esposo) venía...?

E: Buena po', era la experiencia de que me apoyaba, de que iba a estar siempre conmigo, que íbamos a pasar estos momentos, me daba ánimo para seguir adelante (...) Por eso yo pienso que el amor y la participación de la familia sirve mucho, mucho, mucho. (Entrevista R.C, p.11)

“A la familia debemos concederle tanta importancia como al propio paciente” (Valdeverde, 1996, p.134). Valdeverde (1996) considera a la familia como *sujeto de intervención*, es decir, deben ser parte del proceso de rehabilitación por estar dañados y haber vivido un proceso difícil de sobrellevar, donde la familia habrá intentado ayudar a la persona con consumo problemático de alcohol y/o drogas, pero desde una posición en que no tiene las herramientas necesarias por la complejidad del problema, por lo que al momento de la intervención estaría desgastada y con prejuicios hacia el tema o incluso hacia su familiar. Además, el autor considera a la familia como *agente de intervención*, es decir, utilizar la ayuda que puede proporcionar la familia para la rehabilitación de la persona “porque una familia unida y fortalecida sería la mejor ayuda en el proceso de recuperación” (p.137). El autor destaca que la familia en sí misma no será el instrumento fundamental para la rehabilitación, pero sí puede aportar con conocimientos que obtendrá del proceso de intervención y a los cuales debiera atender y llevar a cabo. En el caso del programa evaluado se les pide a las familias que su familiar en rehabilitación no maneje dinero, que los acompañen y no los dejen solos, y también desde lo emocional que los escuchen y apoyen en todo momento, entre otros, todo esto atendiendo, por supuesto, a cada caso.

Entonces, podemos ver que el aprendizaje de las mujeres, que revisamos anteriormente, sobre la comunicación y el expresarse no tendría eco en una familia donde no se promoviera también la comunicación, entonces, el programa promueve los vínculos entre las usuarias y sus familias como una forma de promover la rehabilitación y también para mantenerla.

Estos aprendizajes, tanto de las usuarias como de sus familias propician cambios en el sistema familiar y en la forma de relacionarse dentro de la familia:

I1: Siente que su forma de relacionarse con su familia, con su esposo, con sus hijos... cambió después de haber estado en el CTR?

E: Sí, más comunicación, más de piel, todo más cariño. Mis hijos me abrazan, me adoran, es un cambio ¡tan grande!, porque, mira, yo no sé si la droga me hacía ver eso o era así, pero yo sentía que mis hijos no estaban ni ahí conmigo, (...) yo pienso que [ahora] me valorizan porque quise mejorarme, quise salir adelante y quise cambiar...” (Entrevista R.C, p.13)

“I1: ¿Y siente usted que la forma de relacionarse en su familia cambió después de su paso por el CTR?

E: de todas maneras, somos más comprensivos, nos escuchamos, con mi suegra hablamos casi todos los días, nos apoyamos, mi marido también pasa todos los días por allá, come allá, son todos bien unidos, antes fui yo la que me anduve alejando pero ahora somos súper unidos, bien cercanos” (Entrevista M.M, p.11)

Al involucrar a las familias en el tratamiento, se intentan restablecer (o ayudar a crear) vínculos saludables entre los miembros. En el caso de las usuarias que ingresan con sus hijos, se le da gran importancia a esta relación ya que “se sabe que la toxicomanía de los padres interfiere en la evolución normal de la vinculación al interior de la familia y aumenta las probabilidades de maltrato y abandono de los hijos” (Pullan, Durant, 2001, p.88), por lo que trabajar los vínculos a nivel familiar se transforma en un importante factor protector para la familia y la misma usuaria.

Todas las mujeres entrevistadas vivían con su familia y/o pareja, y es con ellos con quienes cambió principalmente su relación en el día a día, en la forma de hablar, de comunicarse, de estar; también con los amigos, sobretodo en las actividades que realizan juntos.

“(...) Nosotros ahora nos consideramos como una familia bacán, yo les digo a los chiquillos nosotros somos bacanes, porque salimos de un hoyo muy grande, que podríamos habernos matado” (Entrevista M.M, p.9)

“Mi hijo está feliz ahora porque sabe que puede contar conmigo.” (Entrevista M.S.B, p.12)

Como decíamos, el tema de la importancia de la participación de las familias y de (re)establecer vínculos afectivos saludables que lleven al bienestar de las mujeres en proceso de rehabilitación y ya rehabilitadas es algo

que los funcionarios del CTR también destacan:

P3: ¿Cuál es la meta? Que esa familia se comprometa a venir una vez a la semana a lo que nosotros le decimos grupo multifamiliar, que es el espacio donde ellas pueden conversar con sus familiares, y ayudamos a su familia a sensibilizar, a informarle de lo que le está pasando a esta mujer y cómo que ellos tienen que hacer equipo, porque no es sólo que las mujeres vivan aquí, las arreglamos, las dejamos bonitas y después se las pueden llevar porque están sanitas, no, es un tema de una enfermedad que es crónica, y que ellos van a tener que ayudar a esta mujer y ayudar a que la armonía familiar se restituya y se mantenga y hay que entregarles ciertas herramientas, quizás, que ellas no se dan cuenta que la tienen y hay que enseñar a ocuparla (...)
(Focus group 1, p.4)

(...) yo creo que es importante tener en cuenta que cuando algo se rompe, cuando hay una fisura o algo, son dos partes las que se rompen, dos partes las que sufren, entonces por eso acá se trabaja con una red de apoyo, con la familia, para intentar reparar esas dos partes, porque si se trabajara solo con una parte no es mucho lo que ayuda. Por eso acá siempre es un requisito que trabajen con las familias, porque la familia también hace un mea culpa y tienen que sanarse de muchas cosas, porque también acá hemos visto que de repente una mujer hace todo un esfuerzo y logra muchas cosas, pero si la otra parte no se ha sanado es difícil también, porque no han perdonado, o no quieren dar más oportunidades porque se cansan también, entonces eso igual es difícil, que la mujer pueda lograr ese cambio sola, porque ellas entran acá, pero ese es el primer paso, porque después ellas vuelven a su realidad, entonces ahí la importancia de que también sea una rehabilitación como del entorno. (Focus group 2, p. 9)

Vínculos sociales: “Porque con la gente que yo me relaciono ahora busco otra cosa, no busco lo de antes”

Otro punto que tanto el programa como sus usuarias destacan es la integración social de las mujeres una vez que salen del Centro. Se intenta que las usuarias reestablezcan ciertos vínculos y se integren a la sociedad,

utilizando las redes que están a su alcance, tanto familiares, sociales, estatales, entre otras. Esto en lo práctico se traducen en ocuparse de sus hijos, en el caso que vivan con ellos, ya sea, en el caso de que estén en edad escolar, llevándolos al colegio o yéndolos a buscar, asistiendo a las reuniones de apoderados y otras actividades asociadas; preocuparse de su salud y la salud de quienes viven con ellas, yendo al consultorio u hospital, utilizar beneficios sociales en el caso que corresponda, trabajar remuneradamente o ser dueña de casa, tener vínculos afectivos que promuevan el bienestar de la mujer, entre otros.

En los cuestionarios aplicados preguntamos sobre la participación o no en una lista de organizaciones u otra que no se haya nombrado, de las 9 entrevistadas, 7 participan activamente en actividades escolares, centros de alumno, iglesia, junta de vecinos y club deportivo. Las dos mujeres restantes no participan en una organización formal y son las dos mujeres entrevistadas que se encuentran en consumo actualmente.

Nos llamó la atención la participación en estas organizaciones, puesto que no es un sinónimo de integración social, sino una parte de ella, y en este sentido creemos que es más valorable aún esta participación activa, que realizan de manera voluntaria y en base a sus propios intereses.

También preguntamos si habían asistido al consultorio en el último año y además, si habían llevado a su hijo o hija u otro familiar, todas las entrevistadas refirieron haber asistido en el último año y todas quienes tienen hijos u otro familiar cercano respondieron haber acudido con ellos.

I1: ¿Usted ha acudido al consultorio o al hospital en el último año, por usted?

E: Sí

I1: ¿A qué profesional ha visto?

E: Al médico general, por controles

I2: ¿Ha ido, por ejemplo, a la matrona...?

E: Sí, sí

I1: Y ¿ha llevado a su hija o a otro familiar al consultorio?

E: A mi hija

I1: ¿También a controles generales?

E: Sí. (Entrevista I.A, p.3)

Entonces, todas las entrevistadas están inscritas en Fonasa, además, varias de ellas hacen uso de algunos beneficios estatales, como el programa “Chile Crece Contigo” y programa “Children”. Todas las entrevistadas tienen ficha de protección social, lo que les permite acceder a diversos beneficios como bonos, ayuda para sus hijos o hijas, entre otros.

Por otra parte, y como hemos mencionado en cuanto a las dimensiones de la integración social, las mujeres entrevistadas también cambiaron su forma de relacionarse con su entorno social. A partir de la etapa de producción de datos se desprende que gran parte de las mujeres entrevistadas viven en entornos donde el acceso a la droga es bastante fácil, pero al cambiar la forma en que se relacionan con este entorno se les ha posibilitado la abstinencia:

I1: ¿Cuán difícil le sería a usted conseguir las siguientes drogas? ¿Marihuana?, le sería fácil, difícil o no podría

I2: Si usted lo quisiera

E: Fácil

I1: ¿La pasta base?

E: Fácil. (Entrevista I.A, p.4)

I2: (...)¿Cuán difícil sería para ti consumir una de las siguientes drogas...?: Sería fácil, difícil, no podría conseguir, o no sabes...

Y: Conseguirla...

I2: Sí, en tu entorno

Y: No, súper fácil... todo, conseguir todo

I2: Cocaína, pasta base

Y: Sí, súper fácil

I2: Ya, ¿y qué más? Cuando dices fácil...

Y: Pastillas, alcohol... todo eso es fácil. Es que la población donde vivo yo hay

mucho consumo, hay mucho consumo

I1: O sea, es, como tú dices, muy de fácil acceso

Y: Mucho, mucho. Si incluso yo en el proceso que voy a dejar a mi hijo al jardín hay como un pasaje que es de tierra y donde están las chiquillas, pucha, igual amigas mías con las que yo antes carreteaba, y que están de la amanecida ahí que han estado toda la noche fumando (Entrevista Y.A, p.2)

El autor Hugo Míguez (1998) nos habla de cómo diversos aspectos ligados a la calidad de vida de una población, como el tener diversas necesidades insatisfechas, la infraestructura comunitaria, la violencia, la deserción escolar y el fácil acceso a distintas sustancias como drogas o alcohol se convierten en importantes factores de riesgo a la hora de caer en el uso problemático de drogas. El entorno social en el que están insertas estas mujeres podría considerarse como un factor de riesgo para su drogodependencia, ya que *“los patrones socioculturales tienen una notable influencia en el uso de alcohol, marihuana y otras drogas”* (Míguez, 1988, p. 36), pero ellas refieren que luego de su paso por el programa del CTR aprendieron a relacionarse de forma distinta con éste:

I1: ¿Y, sientes que después de haber pasado por el CTR, tu forma de relacionarte con la gente cambió?

Y: Si, porque con la gente que yo me relaciono ahora busco otra cosa, no busco lo de antes, que era pasar el rato, sentirme acompañada un rato, ahora yo busco algo en la gente, que me entreguen algo, entonces me relaciono con la gente que es realmente importante para mí, también menos peleas, hasta de mediadora he estado en algunas conversaciones donde otros discuten. En eso ha cambiado, en la relación, en mi vocabulario, en los lugares que me junto, ya no es en una esquina, es en la casa...como que todo mi círculo cambió en realidad, ya no me junto con esa gente” (Entrevista Y.A, p.15)

La vulnerabilidad social, entendida como una situación donde “las condicionales sociales dificultan establecer relaciones armoniosas con los otros y participar de modificaciones constructivas del ambiente físico y social” (Míguez, 1988, p. 34), se convierte en un factor a trabajar para el programa, en el sentido de combatir esta vulnerabilidad y ayudar a las usuarias a volver (o

comenzar) a establecer estos vínculos con otros de manera armoniosa y participar de sus entornos sociales de la mejor manera posible, para que así el entorno social y los distintos vínculos afectivos se conviertan en importantes factores protectores y dejen de ser factores de riesgo.

Estas tres categorías de análisis, con sus subcategorías, nos han servido para ordenar la gran cantidad de datos producidos durante la investigación. El programa de tratamiento que hemos evaluado tiene ciertas particularidades, que sin duda tiene implicancias en el proceso de rehabilitación. Este programa trabaja con ciertas reglas que, si bien a muchas usuarias les cuesta comprender en el momento, luego las reconocen como parte importante del proceso de rehabilitación. Por otra parte, también las relaciones interpersonales que se generan a partir del proceso de las usuarias es una particularidad de este programa, ya que todas las usuarias refirieron sentirse muy apoyadas y contenidas durante su estadía en el CTR, lo cual significó una ayuda para sus procesos personales.

Este programa espera que se produzcan ciertos cambios a partir de la estadía de las usuarias, lo que pudimos ver en la base lógica del mismo, en lo referido por los funcionarios y también en lo que las usuarias comentaron experimentar. Estos cambios se pueden agrupar en dos grandes esferas: los aprendizajes y los vínculos. Las mujeres entrevistadas refirieron, luego de su paso por el programa, haber aprendido a quererse y respetarse, tanto física como psicológicamente, lo que las ha llevado a realizar distintos cambios en su vida que han sido parte de su proceso de dejar de consumir drogas y/o alcohol. Estos cambios también se han reflejado en la forma de relacionarse con los demás y con su entorno, logrando establecer vínculos más saludables para sus vidas, lo que también ha sido un pilar fundamental para lograr la abstinencia.

I. DISCUSIÓN

A partir de los análisis de la información producida, y considerando nuestro supuesto inicial, consideramos que el “Programa de tratamiento y rehabilitación residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas” que se utiliza en el Centro de tratamiento y rehabilitación de mujeres con dependencia severa de alcohol y drogas (CTR) del Hospital de Peñablanca rehabilita a sus usuarias que terminan su proceso, es decir, que salen del Centro con egreso terapéutico, de acuerdo a las consideraciones que se presentarán.

Cabe mencionar que tuvimos dificultad para encontrar fisuras entre lo planificado por el programa evaluado, el discurso de los funcionarios y lo percibido por las mujeres entrevistadas que fueron usuarias del Centro, ya que en general la información recabada en las tres fuentes fue consistente entre sí. A pesar de esto, a partir del análisis de estas pequeñas fisuras y la misma experiencia nuestra de estar en contacto con el programa, llegamos a variados hallazgos, los cuales explicitamos a continuación, a partir del contraste entre los objetivos del programa y los datos producidos durante la investigación:

El objetivo general del programa evaluado es “Implementar una modalidad residencial de alta complejidad e intensidad para el abordaje terapéutico de los problemas de consumo de drogas y sus consecuencias asociadas, en población de mujeres adultas con y sin hijos e hijas en espacio terapéutico cerrado”. A partir de nuestros análisis, pudimos observar que el Centro donde se aplica el programa cuenta con una **infraestructura, un personal y una organización adecuados** para el cumplimiento de este objetivo, lo que también expresan los funcionarios y gran parte de las mujeres que participaron en este estudio.

El Centro de Tratamiento y Rehabilitación cuenta con la infraestructura necesaria para que las mujeres residan de manera cómoda en el lugar, con los espacios necesarios para dormir, asearse, alimentarse, reunirse entre ellas y con los profesionales, ya sea en un espacio de trabajo o de esparcimiento, además cuenta con los espacios para que residan sus hijos, cuando corresponda. Las usuarias entrevistadas refieren que estos espacios, además de ser físicamente cómodos, les entregan un ambiente familiar y hogareño que

agradecen al tener que estar tanto tiempo lejos de sus casas, lo cual es algo que los funcionarios realizan de manera consiente, ya que creen que es un importante apoyo para el proceso, que las mujeres se sientan cómodas y a gusto en este lugar, recalcando el interés de que ellas se sientan “como en casa”.

En cuanto a la organización del programa, éste cuenta con una rutina diaria para las usuarias, que implica diferentes actividades grupales, individuales y familiares de las que se hacen cargo los profesionales del Centro, además de algunos momentos de descanso y recreación, que se van ampliando a medida que la usuaria avanza en su tratamiento, al igual que las salidas con su familia.

Las actividades del programa apuntan a entregar una atención integral y de alta complejidad a las usuarias, buscando tomar en cuenta todos los aspectos problemáticos del consumo de drogas. En este mismo sentido, los funcionarios que trabajan en el programa, desde lo dicho por ellos mismos y por las usuarias, pretenden involucrarse a nivel profesional y personal con las beneficiarias, desarrollando relaciones cercanas y de confianza. Esto forma parte de los lineamientos del programa, en el sentido de entender el tratamiento como específico para cada mujer y, por ende, se lleva a cabo desde un enfoque relacional, entendiendo que “la motivación principal de la mujer es su necesidad de crear un sentido de enlace con los demás” (CONACE, 2006, p.12), en todos los ámbitos de su vida. Desde lo expresado por los funcionarios y lo que nosotras también pudimos apreciar, esto no lo hacen sólo por cumplir con lo estipulado, sino que reconocen la importancia de la cercanía afectiva con las usuarias en el proceso de rehabilitación, lo que hace que en muchos casos este lazo que se forma con los funcionarios del programa sea muy importante para las usuarias e incluso el CTR se convierta en una importante red de apoyo al egresar de allí.

El primer objetivo específico del programa es “Atender a las mujeres que presentan problemas de consumo de drogas y sus consecuencias socio-sanitarias asociadas, y a sus familias; derivadas por dispositivos de la red psicosocial”.

La **importancia de las familias** en el proceso de rehabilitación es algo

que pudimos ver en la *base lógica* del programa:

Con la incorporación de la teoría relacional en las intervenciones con mujeres se complejiza y enriquece la comprensión del fenómeno de consumo, respetando el significado particular que tiene para cada mujer y su familia dicha dinámica de relación. Además, se reconoce la importancia de los vínculos de la mujer con sus hijos y la función que puede cumplir un sólido apoyo social para que se recupere de los problemas de consumo de sustancias. (CONACE, 2006, p. 13)

En nuestra experiencia de contacto con el programa, destaca la participación de las familias en el proceso, ya que además de existir actividades específicas para trabajar las temáticas que vayan emergiendo en cada historia familiar, como las instancias de multifamiliares, el Centro intenta mantener una comunicación bastante fluida con el entorno de la usuaria, más allá de las instancias formales.

Además de este trabajo directo con las familias, esta temática se aborda a nivel individual y grupal con las usuarias, teniendo en cuenta el enfoque relacional en cada una de las actividades que se realizan. Esta mirada relacional implica también buscar recursos en el entorno de la usuaria que puedan servirle al momento de salir del programa, junto con trabajar en la aceptación de su familia, con las carencias y ventajas que esta pueda tener.

Con respecto a este tema, gran parte de las usuarias refiere que en su familia se produjeron importantes cambios en la forma de relacionarse, de solucionar conflictos y de comunicar y enfrentar las emociones. Estos cambios fueron referidos por las usuarias como aspectos muy importantes para su rehabilitación, ya que sentían que sus aprendizajes personales tenían cabida en el sistema familiar. Cabe destacar que este “sistema familiar” era muy diverso, a veces involucraba a la pareja, a los hijos, a los padres, a algún tío o amigo significativo.

El segundo y tercer objetivo específico del programa son los siguientes: “Otorgar residencia a las mujeres y sus hijas e hijos menores de 5 años, durante el período de tratamiento en forma regular y en forma esporádica en situaciones de crisis” y “Apoyar a las mujeres con sus hijos e hijas menores de

5 años en el cuidado diario y las necesidades vinculares y de apego que requieran”. Como ya hemos mencionado, el Centro cuenta con los espacios para que **las mujeres que lo necesitan puedan residir con sus hijos de hasta 5 años**, además de realizar actividades para ellos con un profesional competente en la materia. Por otra parte, está el componente emocional y relacional con el que se trata esta temática, ya que se realiza un importante trabajo en cuanto a los vínculos madre-hijo cuando esto es posible. Esto se puede ver en la base lógica del programa, donde se le da gran importancia a esta relación:

La salud física y mental de la madre es el factor clave que determina la calidad de la interacción madre-hijo (...) De esta manera, una *alomadre* (persona que acompaña y apoya a la madre en su función materna), que apoye a la madre, puede romper el ciclo de la maternidad desatenta y generar un entorno de crianza fiable y seguro, favorecerá el desarrollo de sus hijos, volviéndolos más sanos y seguros. (Fazzolari, 2009 en CONACE, 2010, p.24)

Las usuarias que vivieron la experiencia de residir con sus hijos en el CTR, refieren haber cambiado su visión de la maternidad y su forma de relacionarse con sus hijos, lo que les significó un importante cambio en su vida y un aporte a su proceso de rehabilitación. Estas mujeres refieren haber sentido un gran apoyo desde el programa para retomar el vínculo con sus hijos, el cual se vio muy deteriorado durante el estado de drogadicción. Además, aquellas que por diversos motivos no residieron con sus hijos, de igual forma refieren haber experimentado cambios en esta relación, producto de los aprendizajes generados a partir de su paso por el programa.

El cuarto objetivo específico del programa es: **“Implementar estrategias de integración social para las usuarias”**. En nuestra experiencia de haber estado en contacto con el programa y los involucrados en este, esta temática emergió repetidamente. Desde los funcionarios del programa se le da gran importancia al intentar reestablecer (o crear en algunos casos) vínculos sociales positivos para la usuaria, ya que esto es visto como un importante factor protector para la abstinencia. Las usuarias que se encontraban en abstinencia refirieron haber cambiado la forma de relacionarse con su círculo

social cercano, lo que las ayudo en su proceso rehabilitación y mantención de la abstinencia.

Se busca que la usuaria haga uso de las redes de apoyo que estén a su alcance, ya sea de manera formal en el sistema de salud, o de manera informal en las distintas comunidades. Algunos ejemplos de la participación social a la que aspira el programa son: participar activamente en la crianza de los hijos, de la educación de estos –en los casos en que ellos estén en edad escolar– ya sea llevándolos y/o yéndolos a buscar al colegio y participando de las reuniones de apoderados u otras actividades, participar de organizaciones como iglesias, centros de padres o madres, junta de vecinos, entre otros. La mayoría de las mujeres entrevistadas participan de algún tipo de organización y también comentaron haber comenzado a utilizar de forma mucho más eficiente los distintos beneficios sociales a los que pueden acceder como asistir al consultorio y llevar a familiares, tener ficha de protección social, acceder a beneficios económicos, entre otros.

La integración y participación social es algo que se ve muy mermado por la drogadicción, por lo que (re)establecerla se convierte en un importante factor de protección, sobre todo el tener una sólida red de apoyo a la cual acudir en caso de cualquier problema, ya sea en las instituciones o en las personas que componen el círculo social cercano.

Los siguientes objetivos específicos son “Complementar, finalizar y/o confirmar el diagnóstico general de consumo y compromiso biopsicosocial asociado.”, y “Diagnosticar y tratar la co-morbilidad psiquiátrica existente.”. Estos objetivos que son parte de **la fase de “diagnóstico y acogida”**, no fueron abordados en profundidad en las entrevistas, puesto que nos centramos principalmente en la experiencia de cada una de las usuarias de haber estado en contacto con el programa y como viven en la actualidad los cambios y aprendizajes que se puedan haber generado de esta experiencia, dejando un poco de lado los aspectos más formales del proceso mismo de rehabilitación. A partir de las entrevistas a las mujeres que fueron usuarias, como en los focus group con los funcionarios, constatamos que estos objetivos se llevan a cabo en el primer momento que las usuarias llegan al programa, estando bajo responsabilidad del psiquiatra y los dos psicólogos que trabajan en el lugar.

El siguiente objetivo específico es “Implementar **estrategias motivacionales** para favorecer la adherencia”. En el programa, este objetivo se lleva a cabo en la fase de acogida de las usuarias. Los funcionarios refieren que, en general, las usuarias llegan al tratamiento de rehabilitación por motivaciones externas, ya sea que motivadas por personas significativas, problemas sociales y/o laborales o por orden de un juzgado, entre otras. Esto también sale mencionado en la base lógica del programa, donde se menciona que “Las mujeres con consumo problemático de drogas que solicitan ayuda presentan una disposición a cambiar basada en la urgencia o inmediatez de resolver algunos problemas que les son más sensibles” (CONACE, 2006, p.38). Esta motivación se acepta como válida por el programa, sin embargo, se apunta a promover y trabajar por una motivación más intrínseca, la cual se entiende como más significativa y parte fundamental de un mejor pronóstico de rehabilitación.

En la fase de acogida se trabaja en la evaluación de las mujeres, para elaborar su plan de tratamiento y en incrementar la motivación al cambio y adherencia al programa. Los funcionarios evalúan en qué *estadio motivacional* se encuentra la beneficiaria, lo cual se refiere a “un aspecto fundamental a considerar para ayudar a una persona en la modificación de una conducta adictiva y dice relación con un estado de mayor o menor disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede entenderse como un proceso dinámico que tiene una serie de etapas o fases. Cada una de las etapas tiene ciertas características que es necesario reconocer para determinar las acciones o conductas a seguir por parte del equipo en pos del cambio de la persona.” (CONACE, 2006, p. 37-38)

Nos queremos detener en este tema, pues una de las principales consideraciones en nuestra evaluación está relacionada con esto. Como ya mencionamos, a partir de nuestra evaluación, consideramos que el programa de tratamiento y rehabilitación residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo de drogas que aplica en el Centro de Tratamiento y Rehabilitación de mujeres con dependencia severa de alcohol y drogas (CTR) del hospital de Peñablanca logra rehabilitar a sus usuarias, conclusión afirmada en base al análisis de los datos producidos. Desde el

concepto de rehabilitación que se maneja en el programa, las mujeres que terminan el tratamiento logran rehabilitarse, y las mujeres que pasan por el Centro sin terminar el proceso, de igual forma generan aprendizajes significativos para su vida. Cabe mencionar que desde el Centro se postula que las mujeres que accedieron a participar de la investigación podrían haber aceptado por el hecho de estar rehabilitadas, sin embargo, de las 9 entrevistadas, 3 salieron con egreso terapéutico, 3 con egreso con derivación y 3 abandonaron el programa; además, las dos mujeres del total de entrevistadas que se mantienen en consumo abandonaron el programa y la tercera mujer que abandonó, siguió consumiendo posterior al abandono pero luego pudo cambiar su ambiente y hoy se encuentra en abstinencia, lo que atribuye a su cambio de casa y a los aprendizajes que adquirió en su paso por el CTR.

La sola presencia de razones que motivan deserción obliga a reforzar estrategias motivacionales durante todo el tratamiento, pero fundamentalmente durante los dos primeros meses, y a revisar la manera cómo se están abordando los vínculos, la construcción relacional del sentido de sí misma y el trabajo con la familia. También pone el foco en la necesidad de evaluar las condiciones iniciales que facilitan o dificultan la adaptación de una usuaria nueva a un programa de tratamiento, en especial aquellas usuarias con mayor complejidad diagnóstica. (CONACE, 2006, p.69)

Esta consideración no es lineal, porque existen diversos factores que pueden llevar a abandonar el tratamiento y son estos mismos factores los que generalmente impiden lograr una rehabilitación. Desde la postura del programa, y también desde nuestra opinión luego de la investigación, la motivación al cambio está estrechamente relacionada con la permanencia en el programa por parte de las mujeres, ya que esto ayuda a que los aprendizajes que se pretenden transmitir por el programa encuentren cabida en las usuarias y se comiencen a generar aprendizajes y cambios que favorezcan la abstinencia. Claramente el proceso de rehabilitación no se logra solamente con motivación, sino que también el programa va entregando diversas herramientas que ayudan a generar estrategias que favorecen la abstinencia y promueven diversos cambios en las vidas de las usuarias.

Para quienes trabajan en el programa es fundamental la motivación para el éxito del tratamiento, por lo que muchas veces consideran que no es el momento adecuado para la rehabilitación de ciertas mujeres, explicando casos de abandono del tratamiento porque la usuaria no se encontraba preparada para el proceso. Los funcionarios creen que la decisión de abandonar va de la mano con variados factores internos y externos, y que por más que se esfuercen por entregar herramientas, si la mujer no lo desea, éstas no producirán mayores cambios –a pesar de que consideran que siempre se generan pequeños aprendizajes.

Existe un gran cuestionamiento por parte de los funcionarios en torno al tema de los abandonos y siempre trabajan para lograr adherencia hasta el final del proceso, o para que algunas usuarias se reintegren en el caso que hayan abandonado y se encuentren en situaciones de consumo problemático.

Para el programa, la rehabilitación es más que mantenerse abstinentes del consumo de drogas y/o alcohol y hay otros puntos a analizar, como ya hemos revisado. Algunas de estas temáticas son la reinserción social, los vínculos afectivos, la expresión de emociones y el autocuidado, entre otras.

El octavo objetivo específico del programa es “Incorporar atenciones terapéuticas, con perspectiva de género”. Dentro de las actividades que tiene el programa se incluyen instancias terapéuticas a nivel familiar, grupal e individual. Estas instancias tienen diversos objetivos personales para cada usuaria, pero desde los funcionarios existe una visión de que **la perspectiva de género es algo transversal** a todas estas actividades. Para ellos, esta perspectiva implica incluir en el tratamiento las particularidades que implica ser una mujer drogadicta, la carga social y emocional que esto trae y sus diferencias con ser un hombre consumidor. Además, el personal que trabaja en el programa son en su mayoría mujeres, por lo que comentan que sienten que el “sello femenino” está muy fuertemente marcado en el programa. En el personal existen diversas visiones sobre lo que implica esta marcada presencia de lo femenino, pero en general se habla de una constante revisión de las emociones y sentimientos, junto con acompañarse desde lo que para cada una significa ser mujer.

Desde la base lógica del programa, se plantea que:

El enfoque de género demanda reconocer la importancia de la cotidianidad de lo privado y lo familiar, donde transcurre gran parte de la vida de las mujeres y una parte de la vida de los hombres, como un espacio donde tienen lugar las prácticas de socialización, de salud y de reproducción social. Dentro de este marco, las mujeres con problemas asociados al consumo de drogas reciben del contexto micro y macro social una reprobación y estigmatización desde lo que se espera culturalmente de ellas -normas y roles de género-. Mientras más diferencia existe entre el rol de género adscrito al ser mujer y el ejercicio y cumplimiento eficaz del mismo, mayor es el nivel de estrés que se vive y, por tanto, mayor el riesgo de desarrollar trastornos que interfieran con su salud. La autoimagen, autoestima y autoeficacia estarán entonces, condicionadas a la diferencia entre el rol de género esperado social y culturalmente y la vivencia del ejercicio de dicho rol. (CONACE, 2006, p.40).

También apunta a “(...) facilitar en el curso del tratamiento un desarrollo consciente de una identidad de género que posibilite el desarrollo, el cambio y la autonomía, sin reproducir estereotipos culposos y dependientes.” (p.40)

Toda esta visión que implica la “perspectiva de género” en la práctica se lleva a cabo a través de diferentes estrategias. Por ejemplo, durante el proceso de diagnóstico y acogida, se trabaja con cada mujer en su propia vivencia de las “normas de género” en contraste a su propio actuar, junto con explorar su experiencia en torno a las expectativas del resto respecto a su actuar como mujer, madre, esposa o hija. Para implementar esto, desde la base lógica del programa se sugiere implementar estrategias de indagación transgeneracional respecto a los roles de género, lo cual se facilita bastante con la incorporación de la mayor cantidad posible de familiares a las actividades terapéuticas, para explorar en conjunto la historia familiar respecto de estas temáticas.

Otra estrategia concreta que propone la base lógica del programa para implementar la perspectiva de género al tratamiento de cada usuaria, es la utilización de un cuestionario llamado “Escala de género”. Este instrumento no se encuentra validado psicométricamente, por lo que no se utiliza en términos cuantitativos, sino más bien como una herramienta clínica de indagación. El

cuestionario implica visibilizar la articulación, coherencia y distorsión de tres aspectos asociados a la identidad de género que son: Estereotipos masculino y femenino, atribución positiva o negativa otorgada al rol de género y vivencia del ejercicio del rol e intención de cambio. Este cuestionario solía aplicarse en el CTR, tomándolo más que nada como una guía de aspectos a considerar en el tratamiento de cada usuaria para incluir la perspectiva de género de la que tan frecuentemente se habla, pero en la actualidad ya no se aplica de manera formal, sino que sólo se consideran sus temáticas.

El último objetivo específico del programa es: “Implementar acciones que favorezcan la prevención de recaídas”. Aunque en la base lógica del programa no se especifica qué estrategias utilizar ni cómo implementarlas, en el Centro donde se aplica el programa evaluado se acepta este tema como posible, es decir, se trabaja en el proceso de rehabilitación sobre la **prevención de las probables recaídas**, abordando también estrategias a utilizar en caso de que éstas sucedieran.

En CONACE (2005) encontramos que:

Se debe permitir (...) aprender a reconocer los signos tempranos de la recaída y desarrollar estrategias de evitación y enfrentamiento que pongan en juego nuevas habilidades o refloten habilidades perdidas a fin de evitar que aquello acontezca. Es necesario, por lo tanto, entregar herramientas al sujeto para la detección de las situaciones de alto riesgo y generación de alternativas para afrontarlas, trabajando las recaídas como parte del proceso y como algo que posiblemente vaya a suceder. (p.19)

Estas recaídas pueden darse durante el proceso de rehabilitación o cuando las usuarias ya han salido del Centro y existe literatura respecto a aceptarlas como parte del proceso:

(...) Debemos considerar la recaída como normal, al menos, en las primeras fases de intervención recuperadora: Por una parte, una vez tomada la decisión, ha de atravesar el difícil momento de la abstinencia,

que no es nada fácil y donde se producen no pocos fracasos. Suele ser una misión suya y nuestra misión es apoyarle, animarle a seguir y a levantarse, lo que tampoco es fácil, porque no podemos minimizarla, ya que podemos dar pie a que “afloje” los controles en nuevas situaciones difíciles. Pero tampoco podemos maximizarla porque puede caer en un estado de desaliento cuando lo que más necesita es fortaleza y ayuda, no crítica. (Valdeverde, 1996, p.127)

En este sentido, pudimos conocer a través de las entrevistas a mujeres que fueron usuarias, que en el Centro se aceptan y acogen las recaídas cuando son manifestadas, considerándose, por otra parte, una falta muy grave el tratar de ocultar una recaída, por considerar que el mentir es contrario a lo transmitido por el programa y obstaculiza el proceso de rehabilitación. Si bien no existe un protocolo estandarizado respecto de cómo tratar esta temática, cuando ocurre una recaída y la mujer lo manifiesta, en un primer lugar esto es tratado en reunión clínica, para que los distintos funcionarios den su opinión y expresen sus ideas respecto de la situación particular de la mujer que consumió. Luego, esta temática es tratada individualmente en psicoterapia con la afectada, para posteriormente incluirla en actividades grupales y familiares. La idea de todo esto es generar un aprendizaje respecto de la recaída, tratando de significarla como una oportunidad para trabajar ciertas temáticas que antes de ese consumo no estaban viendo revisadas o expresadas, junto con fortalecer estrategias para prevenirlas en el futuro.

Desde la información producida, consideramos que este objetivo está muy ligado a los **aprendizajes** que se generan en el programa. Las mujeres entrevistadas refirieron que lograban mantener la abstinencia a partir de un cambio en la visión de sí mismas, aprendiendo a quererse y a cuidarse en el sentido amplio de esta palabra. Además, el hecho de comenzar a reconocer y comunicar sus emociones las ha ayudado a dejar de necesitar la droga, porque ahora son capaces de buscar otras salidas que no impliquen el consumo. Estas “otras salidas” implican que el comenzar a comunicar lo que les pasa les permita pedir ayuda cuando lo necesitan y ocupar esta red de apoyo de la que tanto les hablan los profesionales del programa, expresando por ejemplo que

tienen ganas de consumir y buscando en conjunto con su círculo cercano alguna estrategia puntual para no recaer.

Toda la temática del **autocuidado**, que emerge como uno de los aprendizajes más importantes para las mujeres que se han mantenido en abstinencia, tiene también una parte muy personal y personalizada, ya que cada una de ellas ha buscado estrategias concretas y que tengan que ver con su contexto personal para evitar las recaídas. En relación a esto Valdeverde (1996) refiere que “cada recaída ha de ser analizada y situada en el contexto y en el momento en el que se produce, porque no hay dos recaídas iguales, sino que cada una de ellas es diferente y tiene cosas importantes que transmitirnos” (p.89).

Lo anterior también es planteado por el programa, y junto con el análisis de cada recaída de forma particular, también la estrategias de prevención son trabajadas individualmente, entendiendo que lo que puede servirle a una mujer puede no ser apropiado para otra. Durante el proceso de rehabilitación se trabaja en forma personal con cada una de las usuarias en la búsqueda de estas estrategias puntuales que puedan servir para mantenerse en abstinencia, las cuales pueden ser, por ejemplo, no manejar dinero, dejar de ver a cierta gente o incluso calmar la ansiedad con algún alimento en particular.

Hemos contrastado las normas de la base lógica del programa, es decir lo planificado y estipulado en el documento, tomando en cuenta además las propias normas del Centro donde se realizó la investigación. Es así como podemos concluir que el “Programa de tratamiento y rehabilitación residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problema de drogas” que se utiliza en el Centro de tratamiento y rehabilitación de mujeres con dependencia severa de alcohol y drogas (CTR) del Hospital de Peñablanca rehabilita a sus usuarias, teniendo en cuenta las consideraciones ya mencionadas y especificando que se da en los casos de aquellas mujeres que salen del Centro con egreso terapéutico, sin embargo, igualmente el CTR deja aprendizajes significativos a quienes no terminan su proceso de rehabilitación, quienes pueden estar rehabilitadas del consumo de alcohol y/o drogas a partir de dichos aprendizajes.

Sugerencias para el programa:

Durante el proceso de producción de datos y los posteriores análisis de éstos, surgieron algunas temáticas que consideramos importante entregar al programa a modo de sugerencias o posibles cambios para implementar algunas mejoras. Esta es una parte importante de la evaluación comprensiva, el autor plantea que “es posible que se hagan recomendaciones, y esto es una práctica deseable, ya que pone en manifiesto la opinión de los evaluadores, a pesar de que es algo que va más allá de la evaluación propiamente tal.” (Stake, 2006, p.248)

Estas sugerencias que presentamos a continuación surgen, tanto a partir de lo dicho por las mujeres entrevistadas, como de los profesionales del programa y también de nuestras propias inferencias y análisis.

Una primera sugerencia emerge de las entrevistas con las mujeres que han pasado por el programa. Fue un tema bastante recurrente en las mujeres que se consideran rehabilitadas la necesidad de **compartir con otros la propia experiencia de haber salido del consumo drogas y/o alcohol**, primero, por el gran orgullo que sienten de haber logrado este objetivo y segundo para ayudar a otros con su testimonio, transmitiendo los aprendizajes y empatizando con las dificultades que este proceso implica.

Una de las entrevistadas manifestó que asiste a un grupo de ayuda en su consultorio, que busca prevenir el consumo de drogas trabajando con familias vulnerables. Ella comentaba que el asistir a este grupo junto a su familia ha sido un gran aporte para su proceso de mantención de la abstinencia, ya que siente que todo lo que sufrió el grupo familiar a partir de la experiencia de su adicción ahora les sirve para ayudar a otros.

A partir de lo anterior, creemos que una buena forma de formalizar esta necesidad sería incorporar al programa alguna actividad que implicara que las mujeres egresadas que lo desearan asistieran al Centro a compartir su experiencia, con el objetivo de comunicar sus aprendizajes y problemas durante el proceso de rehabilitación, para que así las mujeres que se encuentren en ese momento internadas puedan ver que los obstáculos que se presentan en su proceso también fueron vividos por otras usuarias y que sí es

posible superarlos. Además, creemos que esta instancia podría ser de ayuda para las egresadas, ya que desde lo que ellas mismas manifestaron, es importante hablar de lo que les pasa y continuar reflexionando respecto a su proceso de rehabilitación, que tanto desde lo expresado por los funcionarios del programa como por las mujeres entrevistadas, es un proceso continuo y que nunca termina por completo.

Por otro lado, otra sugerencia para el programa surge a partir de que una de las mujeres entrevistadas refiere tener actualmente problemas de pareja por su estado anterior de consumo, por lo que ella plantea que sería beneficioso poder contar con apoyo terapéutico para ambos, el cual no han podido encontrar en su consultorio. Para muchos de los familiares es también muy difícil superar la temática de la droga, por ejemplo, en este caso, habían temas de desconfianza a pesar de que la mujer refería no querer consumir nunca más y estar muy convencida de que no lo haría, por lo que las discusiones con su pareja eran un retroceso para superar el tema. En base a esto, sugerimos que se disponga de información para las mujeres que egresan o se retiran del Centro donde se aplica el programa y sus familias, para que puedan **ser orientados sobre dónde poder seguir un tratamiento de acuerdo a las necesidades particulares**, junto con colaborar para que esto se concrete en los casos que sea necesario.

En tercer lugar, como dijimos, consideramos que las mujeres que terminan el tratamiento logran rehabilitarse y mantener abstinencia, por lo que la deserción se convierte en el principal obstáculo para lograr aún mejores resultados. La sugerencia se basa en el cuestionamiento y trabajo del equipo para **enfocarse más profundamente en estrategias para la permanencia de las usuarias hasta terminado el proceso de rehabilitación** en el programa.

Si bien la deserción es esperable para este tipo de programa y son múltiples los factores que inciden en ella, en el Centro existen diversas instancias para que las mujeres puedan trabajar la motivación, conversar sus temas, expresar cómo se sienten, y en este sentido, reconocer y manifestar el deseo de abandonar el programa cuando lo sientan. Al momento que esto sucede se aplican múltiples estrategias para evitar la deserción, pero creemos que se puede trabajar aún más en esto.

En relación a esto, creemos importante que se otorguen aun más espacios para poder conversar sobre las temáticas que las usuarias deseen expresar, con el fin de poder promover que cada una pueda otorgarle sentido a su residencia en el Centro. Si bien, desde lo que conocimos esto sería transversal y ellas siempre tienen las puertas abiertas para conversar, especialmente con las técnicas en rehabilitación quienes las acompañan día y noche, consideramos esto como un punto de sugerencia porque en las entrevistas encontramos temáticas que no estaban resueltas para algunas de las mujeres, específicamente el tema de las reglas del Centro y, en algunos casos las relaciones entre funcionarios y usuarias.

Se repitió en las entrevistas el tema de la dificultad en cumplir reglas del Centro, los horarios y la rutina a seguir, lo que nombramos como estructura del CTR. Esta dificultad se refiere principalmente al no poder comprender el porqué de cada cosa, lo que hacía más tedioso su cumplimiento, ya que no se le veía el sentido o la importancia de algunas reglas. En el contexto de rehabilitación de consumo de drogas y/o alcohol se hace más difícil querer estar en ese espacio de reglas y límites, por lo que consideramos que se hace muy importante para las mujeres otorgarle sentido a la estructura del programa para hacer más fácil o llevadero su cumplimiento, porque sino se desgastan en reclamar contra ello o esforzarse por cumplirlo simplemente porque sí.

Entonces, a modo de sugerencia, creemos importante otorgar la oportunidad de **manifestar estas inquietudes dentro de un espacio formal destinado a ello**. Se sugiere poder dejar un espacio, por ejemplo, en las asambleas diarias, para que las mujeres que lo deseen puedan manifestar sus inquietudes y trabajar en la comprensión del porqué de cada cosa que no entienden, donde, probablemente emergerían temas como los horarios, ciertas reglas específicas, momentos de esparcimiento, algunos talleres, terapia, y las demás actividades realizadas, así como también el tema de las relaciones entre funcionarios y usuarias, ya que algunas entrevistadas refirieron no sentirse a gusto, por ejemplo, con la psicóloga con quien debían realizar su terapia individual, lo que estaría siendo un obstaculizador del proceso de no resolverse, o con otros funcionarios del CTR.

Otra sugerencia para el programa surge a partir de lo expresado por los funcionarios respecto de lo dificultoso que se torna en muchas ocasiones el trabajar en un ambiente lleno de complejidades y donde los “fracasos” o deserciones se destacan más que los logros. Los trabajadores del Centro donde se aplica el programa evaluado comentaban que a veces se pierden entre los múltiples problemas que se presentan y no se detienen lo suficiente en valorar los logros que tiene el programa y en los importantes cambios que se producen en muchas vidas, los cuales repercuten positivamente en muchos sentidos. A partir de esto, y bajo el concepto del **autocuidado para quienes trabajan en el CTR**, es que se podrían implementar instancias donde los funcionarios se centraran en los logros que ha tenido el programa en diversos ámbitos, ya que como ellos mismos lo expresaron, el ver los avances que se alcanzan por medio del programa es una buena forma de valorar el trabajo propio y motivar a los trabajadores a continuar con la labor realizada, además de ser también una buena instancia para ver los posibles cambios o mejoras que se puedan hacer a la labor de cada uno.

En una de los focus group, algunas funcionarios expresaron que el mismo hecho de que nosotras fuéramos a conversar con ellos, era una gran oportunidad para reflexionar sobre el trabajo realizado y mirar el lado positivo de lo que hacen diariamente, ya que generalmente las reuniones de equipo se centran en analizar los aspectos que se pueden mejorar o las fallas que están teniendo. Los funcionarios manifestaron que la instancia del focus group significó para ellos una gran “inyección de energía”, ya que producto de la conversación y reflexión se pudieron dar cuenta que son varios los objetivos que se están cumpliendo, a partir de lo que surge la idea de formalizar instancias como éstas a modo de autocuidado, por el importante desgaste que produce el trabajar en un tema tan complejo como la drogadicción.

Síntesis:

La evaluación comprensiva se basa principalmente en las opiniones y juicios de los involucrados en un programa, ya que la calidad no es algo que exista de forma intrínseca, sino que es un constructo que forman los

beneficiarios y funcionarios de cada programa, junto también con los evaluadores, en aquellos casos que se evalúa, como éste.

Durante el curso de esta evaluación comprensiva fuimos rescatando las opiniones de las usuarias entrevistadas y de los funcionarios del CTR respecto del programa, y fue en base a éstas y a nuestras propias opiniones y juicios, que llegamos a hallazgos y, finalmente, realizamos una evaluación del programa en cuestión, donde consideramos que el programa logra la rehabilitación que se propone, en las mujeres que terminan el tratamiento. Por otra parte, también consideramos que en las mujeres que abandonan el tratamiento, de igual forma se generan aprendizajes significativos que pueden llegar a concretarse en pequeños o grandes cambios en sus vidas, llegando incluso a una posterior rehabilitación.

El hecho de que consideremos que el programa logra una rehabilitación en las usuarias, parte de la misma definición que el programa tiene sobre la rehabilitación. Esta definición implica, entre otros factores, lograr una reinserción social y un eficiente uso de las distintas redes de apoyo que ofrece el Estado y las comunidades, tener actividades diarias, de forma remunerada o no; lograr (re)establecer vínculos afectivos saludables con los familiares y/o el círculo más cercano, quienes pasan a ser importantes factores protectores para la rehabilitación y mantención de la abstinencia; aprender a expresar las emociones y necesidad de la mejor manera posible para encontrar salidas alternativas al consumo de drogas y/o alcohol y prevenir posibles recaídas.

Los aprendizajes más significativos para las mujeres que fueron usuarias del programa en el CTR, encontrados en esta investigación, son el autocuidado y la autovaloración, en los cuales se engloban aprendizajes como estrategias para evitar el consumo y recaídas; el alejarse de lugares y/o personas que impliquen riesgo de consumo; expresar a otros las emociones, sobretodo aquellas relacionadas con el tema de la droga y/o alcohol; además de autovalorarse de acuerdo a lo que esto implique para cada una, lo que puede significar cuidar su apariencia y hacer cosas que a ellas les gustan, o para otras puede basarse en temas más profundos como abandonar relaciones de pareja o familiares poco saludables.

Todo lo anterior implica no sólo cambios en la mujer rehabilitada del consumo de alcohol y/o drogas, sino también en su sistema familiar, pues es importante esta consideración para que los aprendizajes de las mujeres puedan encontrar cabida en su vida luego del programa y sean, a su vez, reforzados y apoyados por las personas con quienes vive y comparte.

Breve reflexión en torno al tema del alcohol y drogas en Chile:

Finalmente, queremos plantear el tema del consumo problemático de drogas y alcohol a nivel social en Chile, donde, sobretodo en el caso de las mujeres, se estigmatiza a las personas que estén o hayan estado en esta situación. En general, encontramos que, por una parte, no se ve como una enfermedad o un estado del que es difícil salir, sino que se reduce a la no voluntad de los consumidores para dejarlo. Además, muchas veces se enjuicia a quienes fueron “drogadictos”, lo que dificulta su reinserción en la sociedad, tema que tanto se promueve en el programa. Las mujeres que han atravesado por este problema tienen múltiples dificultades para, por ejemplo, encontrar trabajo, reencontrarse con su familia o realizar otras actividades, situación que también refirieron las entrevistadas.

Por otra parte, además del obstáculo de la estigmatización, la reinserción social, como revisamos en los resultados de la investigación, estaría siendo obstaculizada por las redes de apoyo estatales que no siempre funcionan como se espera, lo que conlleva a que en algunos casos se vuelva a las mismas condiciones sociales en las que estaban antes de ingresar a su proceso de rehabilitación, no encontrando la ayuda necesaria para facilitar la abstinencia luego de terminado el proceso en el programa.

Un problema sumamente importante es el de los objetivos vitales: una vez abandonada la droga y la conducta desadaptada, en la que había basado su vida, donde había encontrado sus mayores gratificaciones, a menudo el individuo encuentra que no tiene nada (...) a nivel cultural, familiar, afectivo, relacional y laboral. (Valdeverde, 1996, p.91)

Es por esto que desde el programa se trabaja fuertemente en ciertos aprendizajes significativos y estrategias para mantener la abstinencia, porque

se reconoce a la mujer como la principal protagonista en su rehabilitación, entendiendo que tendrá que lidiar con dificultades en su entorno una vez que salga del Centro. En este sentido:

El problema no es que el narcotráfico haga llegar la droga a todas partes, sino que encuentra un terreno abandonado. La cuestión no es que exista la droga, sino que determinadas personas la necesiten. El problema, pues, no es la oferta de la droga, sino la demanda, la necesidad de la droga. Por eso, el elemento esencial en la lucha contra la droga no es evitar el narcotráfico, sino las alternativas a la droga. (Valdeverde, 1996, p.46)

La cita anterior nos hace sentido desde nuestra opinión y también desde lo encontrado en esta investigación. De las mujeres entrevistadas, algunas cambiaron su estilo de vida para mantenerse en abstinencia, dejando de frecuentar ciertos lugares o personas, pero esto no es lo único, ya que son varios factores que inciden, siendo fundamental el cambio de perspectiva de la propia persona, como en el caso de las mujeres entrevistadas, que en su proceso en el programa van develando las razones que la llevaron a consumir y van trabajando en superar esos obstáculos y motivos, lo que estaría erradicando el problema para cada mujer desde la raíz de éste.

Cabe recordar que “el significado que adquiere el consumo de drogas en la sociedad va variando y asumiendo diferentes representaciones sociales. Para la población juvenil las drogas tienen un significado diferente que para el mundo adulto; al igual que cada droga adquiere un significado particular.” (Área técnica de prevención CONACE, 2006, p.15) De ahí que cobra relevancia que los Centros de rehabilitación cumplan con las necesidades de cada grupo etario y de género, como en el caso del programa evaluado, donde se toman en cuenta las particularidades de ser mujer con consumo problemático de drogas y/o alcohol, con la carga social y familiar que eso conlleva, con las temáticas propias del género y las formas de ver el mundo de cada una, lo que, como vimos en la investigación, las mujeres que fueron usuarias reconocen como un positivo factor para su rehabilitación, pues se trabajó desde la historia personal y familiar, y la forma de ser de cada una.

Finalmente, cabe mencionar que hubiera sido interesante tener la

posibilidad de conocer la opinión y vivencias de las familias de las mujeres entrevistadas, teniendo en cuenta que son un factor relevante desde el programa para la rehabilitación y también como factor de protección, razón por la que el programa intenta mantener el contacto con ellos.

J. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar. M., Ander-Egg, E. (1992) "Evaluación de servicios y programas sociales" Siglo Veintiuno: España.
- Becoña E. (2001) "Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas", Ministerio del interior, Madrid.
- Campero-Cuenca.L (2006) "Educación y salud de la mujer. *Reflexiones desde una perspectiva de género*" Salud Pública Mez 1996;38:217-222
- Conace (2007) "Mujeres y Tratamiento de Drogas. *Guía de asesoría clínica para Programas de tratamiento y rehabilitación en drogas en población específica de mujeres adultas.*" Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile.
- Conace (2009) Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2018. Ministerio del Interior, Gobierno de Chile.
- Krippendorff. K (1990): Metodología del análisis de contenido. Teoría y Práctica. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A
- Martínez. C (1997) "Evaluación de Programas educativos, *Investigación evaluativo. Modelos de Evaluación de Programas.*" Universidad Nacional de Educación a distancia: Madrid.
- Martínez. J.L, Fuentes.F, Ramos.M, Hernández.A (2003) "Consumo de drogas en la adolescencia: *Importancia del afecto y la supervisión parental.*" Psicothema, año/vol.15, número 002. Universidad Oviedo: España.
- Míguez. H. (1998) "Uso de sustancia psicoativas. *Investigación social y prevención comunitaria*". Paidós: Argentina.
- Ministerio de Salud y Ministerio de Educación (1996) "Sin drogas...más libres: Manual para la Prevención" Marinetti S.A. Chile.
- Naciones Unidas contra las drogas (2010) "Informe mundial sobre las drogas 2010: Resumen ejecutivo."
- Olavarría. M, Acevedo.S, Andrade.C, Pino.J, (2009) "Estudio Nacional

sobre costos humanos, sociales y económicos en Chile 2006.”
Olavaria Asociados: Chile.

- Pullan K., Durant I. (2001) “Cómo trabajar con niños y familias afectados por las drogas”, NARCEA, Madrid.
- Stake. S. (2006) “Evaluación Comprensiva y Evaluación Basada en Estándares”, Critica y Fundamentos: España.
- Valdeverde. J, (1996) “Vivir con la droga: *Experiencia de intervención sobre pobreza, droga y sida*”. Ediciones Pirámide: Madrid
- Villegas E., Bustos S., Careaga S., Venegas L. (2000) “Manual de Prevención Temprana del Uso Indebido de Drogas” , Ministerio de Educación- CONACE, Chile.