



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

**SISTEMATIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE UN PROGRAMA DE
REHABILITACIÓN EN DROGAS Y ALCOHOL PARA MUJERES, CON
ENFOQUE DE GÉNERO, QUE HA VENIDO REALIZANDO EL EQUIPO DE
PROFESIONALES Y TÉCNICOS DEL CTR DEL HOSPITAL DE PEÑABLANCA**

Memoria para optar al Título de Psicóloga

Autora

MARIA CECILIA VALDIVIESO HORMAZABAL

Profesor Guía

FELIPE GÁLVEZ SÁNCHEZ

Santiago, Octubre 2014

AGRADECIMIENTOS:

Al equipo de técnicos de profesionales del Centro de Rehabilitación del Hospital de Peñablanca, por su solidaria colaboración.

A Felipe Gálvez por su constante acompañamiento y apoyo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
I. INTRODUCCION	6
II. MARCO CONTEXTUAL	11
1) Prioridades programáticas.....	12
2) Magnitud del problema en Chile y la Región de Valparaíso	13
3) Consumo de drogas	14
4) Consumo y abuso de alcohol	14
5) Antecedentes técnicos del desarrollo del Plan de Tratamiento Residencial para Mujeres con Problemas de Drogas.....	16
6) Algunos componentes del Centro de Rehabilitación de Alcohol y Drogas del Hospital de Peñablanca.....	18
7) Estructuración del tratamiento con mujeres y sus hijos/as: Aspectos a considerar en la intervención con mujeres con y sin hijos.....	20
8) Acogida y Evaluación (fase II del Programa)	23
9) Fase de Tratamiento (fase III del Programa).....	25
III. MARCO TEÓRICO	27
1) Adicción en la mujer y enfoque de género	27
2) Antecedentes teóricos de las adicciones	30
3) Diferencias entre hombres y mujeres.....	32
4) Perfil psicosocial de la mujer con adicciones	34
5) Compromiso biopsicosocial.....	35
6) Enfoque biopsicosocial.....	35

7) Aspectos de la relación y el vínculo en las adicciones en mujeres	36
8) Uso de drogas en el embarazo	38
9) Estado motivacional	39
10) Modelo multifamiliar de las adicciones	40
IV. OBJETIVOS	43
V. MARCO METODOLÓGICO	44
1) Aproximación epistemológica y tipo de estudio	44
2) Procedimiento.....	46
3) Análisis de la información.....	51
4) Entrevista semiestructurada	52
VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	56
1) Parte descriptiva.....	56
2) Discusión	89
1. Aspectos programáticos que potencian el trabajo de rehabilitación.....	89
2. Principales resultados de una evaluación crítica que revisa los procedimientos utilizados.....	99
3. Vacíos programáticos y debilidades que pudiera presentar el modelo utilizando frente a una evaluación crítica	102
VII. CONCLUSIONES.....	111
VIII. REFLEXIONES FINALES	116
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	119
ANEXOS	

RESUMEN

Se sistematizan las prácticas rehabilitadoras llevadas a cabo por el equipo de profesionales del Centro de rehabilitación perteneciente al Hospital de Peñablanca, se trata de un Centro que inició sus actividades como proyecto piloto, el año 2005, configurándose en un Programa residencial de alta intensidad, con enfoque de género, orientado hacia mujeres con problemas de adicción, con/sin hijos.

De esta sistematización se rescatan y visibilizan aquellas prácticas, estrategias y procesos que son insumos reconocibles del trabajo rehabilitador con el objeto de hacer un aporte al programa y a la red de rehabilitación, al visibilizar aquellas buenas prácticas y al identificar también aquellas debilidades y vacíos programáticos que son obstaculizadoras en la obtención de los resultados propuestos. Mediante un abordaje metodológico cualitativo, se realizan entrevistas semiestructuradas a parte del personal estratégicamente elegido, por medio del cual se recoge importante material que da cuenta del cómo hacer del equipo, a la vez y una vez procesado este material mediante la metodología descrita, fue triangulado con el marco teórico, los documentos Institucionales y con la línea conductora que da la mirada de la investigadora que también se hace presente en la selección de las dimensiones y categorías de sentido, en el texto recogido.

Todo este proceso heurístico se detalla en el análisis metodológico, las conclusiones y reflexiones finales.

I. INTRODUCCION

El objeto de este estudio consiste en la Sistematización de las prácticas que se enmarcan dentro de un Programa de Rehabilitación en Drogas y Alcohol para mujeres, que ha venido realizando un Equipo de profesionales y técnicos del CTR (Centro de Rehabilitación) del Hospital de Peñablanca, con el propósito de enriquecer el Modelo de rehabilitación con un enfoque de género femenino que se lleva a la práctica en este equipo de Salud Mental.

El 1^a marzo del 2005 comienza a conformarse el equipo de trabajo del Centro de Tratamiento y Rehabilitación Peñablanca (CTR), se forma por las necesidades de rehabilitación de mujeres adictas embarazadas y/o con hijos en la región de Valparaíso El equipo estaba compuesto originalmente por los siguientes cargos; coordinador, asistente social, psicólogo, cuatro técnicos en rehabilitación, enfermera-matrona, secretaria, una manipuladora de alimentos, auxiliar de párvulo, paramédico y terapeuta ocupacional. Se reúnen para capacitaciones de distintos temas relevantes para las buenas prácticas partiendo por la organización y planificación de la parrilla de actividades de vida diaria, talleres de formación y de apoyo psicológico y psiquiátrico individual y grupal.

El 27 de Abril ingresa la primera usuaria a tratamiento. El primer grupo fue de 4 mujeres, con el cual se comienza a trabajar, esto permitió ir afinando el proyecto enfocándose en las necesidades de las usuarias con las que se contaba en ese momento.

A principios del año 2006; el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), después de evaluar este proyecto piloto de

mujeres, decide dar categoría de **Programa de Rehabilitación para Mujeres con uso Problemático de Alcohol y otras Drogas con o sin hijos(as) con Perspectiva de Género** establecido por las políticas sociales de gobierno. Aumenta el cupo de once a dieciocho mujeres y se mantiene los siete cupos de niños y niñas.

Para asumir al aumento de cupos para usuarias se incorporan al equipo 4 Técnicas en rehabilitación para trabajar en duplas por turno, monitores para talleres, se aumentan las horas de Psicóloga, Psiquiatra y Terapeuta Ocupacional se incluye una segunda manipuladora de alimentos, auxiliar de aseo e higiene y el apoyo voluntario de un médico general. Esto tiene una repercusión en el equipo porque al haber una mayor permanencia en el Centro de los miembros del equipo se va creando más vinculación, afiatamiento e involucración con el Programa, con lo que se generan condiciones para que cada uno/a aporte con una diferente mirada a la problemática abordada en el CTR. En septiembre del 2006 me incorporo al equipo como facilitadora de Biodanza y a mediados del 2007 como una de las psicólogas a cargo de los tratamientos de las usuarias. Esta investigación está vinculada a esta inclusión de mi parte al programa, pues ahora lidero dicha sistematización con motivo del estudio que se requiere para acceder al Título de Psicóloga de la Universidad de Chile.

La relevancia del tema elegido, se basa en la necesidad de disponer la mayor cantidad de aspectos posibles acerca de esta práctica de intervención y a partir de ahí generar conocimiento que surge por esta práctica, conceptualizar aspectos del tema e inclusive contar con algunos elementos para poder evaluar el Programa. Se pretende además realizar un estudio que aporte un insumo identificable y reproducible para ofrecerlo a la Red de Rehabilitación en alcohol y drogas del país. Además resulta relevante, en términos generales, el trabajar sobre una población femenina con problemas

de alcohol y drogas, del Centro de tratamiento Residencial (CTR) del Hospital de Peñablanca del SSVQ, porque el desarrollo en el tratamiento de las drogodependencias para mujeres con enfoque de género es reciente en nuestro país y no se disponen de estudios al respecto. Es sólo desde el año 2005 que se comenzó a implementar, a partir de la política pública del Ministerio de Salud y del CONACE, proyectos dirigidos a poblaciones específicas, en este caso mujeres, dado que hasta ese entonces todos los tratamientos dirigidos hacia las personas con problemas de consumo de drogas en nuestro país seguía un modelo tradicionalmente orientado a poblaciones masculinas.

Este Programa tiene cobertura Nacional y recibe además mujeres embarazadas, puérperas y también permite el ingreso de mujeres con sus hijos de hasta cinco años, al estar este Programa inserto en las nuevas políticas públicas de salud y género, incorporando revisiones de investigaciones recientes a nivel mundial que confirman que las consecuencias del uso cada vez mayor de sustancias psicoactivas durante el embarazo son un problema de salud pública y que se ha observado que la incorporación de la díada madre-hijo/a al tratamiento de las adicciones en población femenina, tiene un fuerte valor motivacional para la madre y preventivo para su hijo. Puesto que cuando ella presenta una adicción, los niños están presentes y dentro de un Programa de protección (CONACE, 2007).

Dentro de las proyecciones de este estudio se encuentra la posibilidad de mejorar en términos concretos el programa: potenciarlo y aumentar con ello su efectividad, a través del lograr visibilizar las prácticas reparadoras. Todo lo anterior permitiría potenciar la calidad de las intervenciones, manteniéndolas además en el tiempo, lo que en términos concretos influye

positivamente en los resultados, promoviendo además la continuidad del mismo. Es así, como el estudio contaría con las siguientes preguntas de investigación, las cuales al ser un estudio cualitativo, se presentan también como hipótesis o más bien, preguntas eje de la investigación:

1. ¿Cuáles son los aspectos programáticos que potencian el trabajo de rehabilitación?
2. ¿Cuáles son los principales resultados de una evaluación crítica que revisa los procedimientos utilizados?
3. ¿Cuáles son los vacíos programáticos y debilidades que pudiera presentar el modelo utilizado frente a una evaluación crítica?

Se desarrollará un marco contextual para este estudio, que le permitirá al lector, contar con detalles respecto del enfoque en los aspectos del desarrollo de la salud mental en nuestro país y específicamente por la prioridad programática que constituye el abordaje del abuso y dependencia de alcohol y drogas desde el sistema público de salud. Además se considerarán datos estadísticos de la magnitud del problema en Chile, con énfasis en la Región de Valparaíso, que es donde está inserto el programa que se utiliza en esta investigación, según los diferentes tipos de drogas más consumidas por la población general y femenina en particular. Se expondrán los antecedentes técnicos del desarrollo del plan de tratamiento residencial para mujeres con problemas de drogas y se muestran los diferentes componentes del Centro de tratamiento residencial de alcohol y drogas del hospital de Peñablanca; el equipo de intervención y elementos de la estructura del tratamiento con mujeres y embarazadas.

Para este estudio, se desarrolla un marco teórico que hace referencia a las drogodependencias en la mujer y la perspectiva de género, las diferencias entre hombres y mujeres, el perfil psicosocial de las mujeres con adicciones en Chile. También se presentan antecedentes teóricos de las adicciones, luego se desarrollan aspectos de la relación y el vínculo en las adicciones de las mujeres, además del uso de drogas en el embarazo. Se exponen también las fases del Programa del Centro de Rehabilitación del Hospital de Peñablanca que serán examinadas. Para el logro de los objetivos propuestos, se describe un procedimiento metodológico que posibilita la sistematización, teniendo muy presente las características contextuales del Programa, se exponen las fases elegidas de este, se describen las herramientas a utilizar fundamentando su elección, se realiza el análisis interpretativo de los contenidos emergentes.

El trabajo se cerrará con la Discusión a partir del análisis global de los contenidos entregados por las entrevistas, cuestionarios, evaluación de documentos Institucionales, marco teórico para posteriormente mediante la reflexión y la asociación nos permita responder las preguntas eje de la investigación, con los datos aportados, logrando un cuestionamiento y problematización de las ventajas y desventajas del hacer del personal del Centro de Rehabilitación del Hospital de Peñablanca.

II. MARCO CONTEXTUAL

El Programa del CTR del Hospital de Peñablanca se inserta dentro del Plan Nacional de Salud Mental en Chile, el plan aplicado en el año 2000 reflejaba las principales líneas de acción propuestas por la OMS, en su informe sobre la salud mental en el mundo en el año 2001. Entre esas líneas de acción se encuentran el desarrollo de servicios comunitarios de Salud Mental, la integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales y la creación de vínculos intersectoriales. En términos estratégicos, este plan establece que se deben crear servicios de salud mental y psiquiatría en red—dentro del sector de la salud y junto con otros sectores— en los que participen el usuario y sus familiares y en los que las organizaciones locales desempeñen un papel destacado en el desarrollo de los servicios.

Estos programas tienen un enfoque biopsicosocial y dan prioridad a las acciones preventivas y de intervención temprana dirigidas a mejorar continuamente la calidad de la atención, con la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría recoge y sistematiza la experiencia de trabajo de muchas personas que —en su condición de usuarios, familiares de los usuarios, técnicos y profesionales de la salud— hicieron un valioso aporte a la reflexión y al análisis colectivo que permitió llegar a este plan¹.

¹ Minoletti, A. Zaccaria, A. (2005) Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Pública / Pan Am Public Health 18(4/5)*, 2005 mayor from www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf

La creación del Programa de rehabilitación de personas con problemas de drogas y alcohol por el MINSAL tiene su origen en el año 1994, con la promulgación de la Ley 19.366, iniciando acciones como, por ejemplo, la contratación de 100 profesionales en los 28 Servicios de Salud del país, para la atención de la demanda de personas con problemas de drogas.

1) Prioridades programáticas

Las prioridades programáticas se definieron tomando en cuenta algunos indicadores epidemiológicos —como la prevalencia—, el impacto social, los tratamientos y las intervenciones más eficaces en función del costo, y la disponibilidad de recursos humanos capacitados en salud mental y psiquiatría. Para la primera etapa de aplicación del plan (2000–2010) se dio prioridad a las siguientes acciones:

- Promoción de la Salud Mental y de la prevención de los riesgos.
- Atención a los niños y adolescentes en edad escolar con trastornos de atención e hiperquinéticos.
- Atención a las personas con trastornos mentales asociados con la violencia (maltrato infantil, violencia intrafamiliar y represión política durante el período 1973–1990).
- Atención a las personas con depresión.
- Atención a las personas con trastornos psiquiátricos graves, especialmente con esquizofrenia.
- Atención a las personas con la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia.
- Atención a las personas con dependencia del alcohol y las drogas.

El Programa para el tratamiento y la rehabilitación de personas con dependencia del alcohol y de drogas se aplica en todos los servicios de salud del país desde el año 2001 y en él participan la red de atención primaria, los centros comunitarios de salud mental, los hospitales y las comunidades terapéuticas. Este programa ofrece tratamiento gratuito con cobertura limitada a los beneficiarios de FONASA en alguna de sus seis modalidades de tratamiento que, según las características, las necesidades y la complejidad del caso, son: plan de tratamiento como primera respuesta, plan de tratamiento ambulatorio básico, plan de tratamiento ambulatorio intensivo y plan de tratamiento residencial en comunidades terapéuticas. Se debe destacar que este programa se encuentra a cargo del Ministerio de Salud conjuntamente con el Ex - Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), hoy Servicio Nacional para la Prevención de Drogas y Alcohol (SENDA), dependiente del Ministerio del Interior y el Ministerio de Justicia.

2) Magnitud del problema en Chile y la Región de Valparaíso

Según datos de CONACE (2009) con respecto a las drogas ilícitas, su uso en todas las edades siempre es mayor en hombres que en mujeres, lo arrojan datos en todas las poblaciones estudiadas, ahora sí, las tasas de dependencia de cocaína y pasta base son más altas entre las mujeres. Respecto de la magnitud y tendencias del consumo de drogas y alcohol en la región de Valparaíso, se cuenta con cifras que arroja el octavo estudio realizado por CONACE en población general (CONACE 2009), se han modificado una cantidad de indicadores, en la región de Valparaíso como también a nivel nacional. En la región de Valparaíso se aplicó a un total de 1.449 individuos, cuyas edades fluctuaban entre los 12 y 64 años de edad, tanto hombres como mujeres, que habitan en ciudades con al menos 30.000 habitantes y de variada posición socioeconómica.

3) Consumo de drogas

En comparación al estudio anterior, las cifras indican que la prevalencia de último año de consumo de marihuana en la región de Valparaíso ha bajado en al menos dos puntos, variación que no es estadísticamente significativa (CONACE 2009) por lo que no debe interpretarse como una disminución efectiva. Con respecto al consumo de cocaína y pasta base, las cifras que miden la prevalencia del último año, marcan una estabilización del consumo, sin variaciones de importancia en el último año. Esta disminución en la prevalencia de último año de consumo de marihuana se observa tanto entre los hombres, como entre las mujeres, que bajan sus tasas de consumo en el mismo período.

Entre la población joven, de 12 a 34 años de edad, se observa igualmente una marcada reducción en la prevalencia de último año de consumo de marihuana. La población de 35 a 64 años de edad, por su parte, presenta tasas de prevalencia estables. Entre 2006 y 2008 la prevalencia de último año de consumo de cocaína total se mantiene estable, (CONACE, 2009). Este panorama de estabilidad se observa tanto en hombres como mujeres, y lo mismo sucede al analizar por edad, donde tanto las personas de entre 12 y 34 años, como aquellas mayores de 34 años, presentan en este estudio tasas de prevalencia semejantes a los mostrados en un estudio similar del 2006

4) Consumo y abuso de alcohol

La prevalencia de último mes del consumo de alcohol tiende a disminuir en el último bienio. Esta disminución es estadísticamente significativa a nivel poblacional, con un 95% de confianza (CONACE, 2009). Se observa en hombres que bajan sus tasas de prevalencia en el último mes de consumo, pero aún más en mujeres, que muestran una disminución aún más acentuada en el mismo bienio. Asimismo, la prevalencia del alcohol, en el último mes presenta descensos importantes tanto entre la población de 35 a 64 años de edad, así como entre los más jóvenes.

Este estudio también entrega cifras respecto a la percepción de riesgo frente al consumo experimental de marihuana y cocaína, percepción que ha ido en aumento desde el estudio anterior, también existen modificaciones respecto a la facilidad de acceso a las diferentes drogas ilícitas, facilidad que ha experimentado una disminución respecto al estudio anterior. También la oferta directa de droga, en mayor grado de marihuana que de cocaína y pasta base, ha disminuido en la región en el último bienio.

Estudios en población escolar, como lo expone el Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar elaborada por SENDA, cuyo marco muestral consideró a todos los establecimiento particulares pagados, particulares subvencionados y municipales de las comunas de más de 30.000 habitantes de Santiago (SENDA 2011), muestran una estabilización en el consumo de alcohol respecto a lo observado en el último estudio, a diferencia de lo observado en los 3 estudios anteriores, en los que se registró un descenso de alrededor de 8 puntos porcentuales. Los resultados del mencionado estudio muestran que las declaraciones de consumo de alcohol en el último mes se encuentran en 34,7%, lo que significa una variación de 0,8 puntos porcentuales respecto al 2009 (la que no es estadísticamente significativa). Al igual que en el caso del tabaco, este es el registro más bajo de toda la serie de estudios.

Datos provenientes del mismo estudio muestran registros de consumo de marihuana de último año significativamente mayores que en los estudios previos, llegando a un 19,5%, lo que equivale al 4,4 % respecto del estudio anterior, se observa que no existen diferencias entre hombres y mujeres.

La variación observada en la prevalencia año se explica principalmente por un incremento de la tasa de incidencia (medida anual) de 7,5% a 10,5% en el último período, lo que se traduce en que para este año (2011) alrededor de 83.772 estudiantes consumieron por primera vez marihuana en el último año.

Tomando siempre como referencia la prevalencia de último año, refiriéndonos al mismo estudio, este no registra una variación significativa en el consumo de clorhidrato de cocaína, con respecto al estudio previo (2009). Se observa un leve cambio en la relación del consumo masculino (4,5%) versus el femenino (2,0%) superando levemente la relación 2 a 1 que se venía observando en los estudios anteriores.

Con respecto al consumo de pasta base en población escolar, este siempre ha estado por debajo de los reportes de clorhidrato de cocaína. En datos SENDA (2011) se observa una disminución significativa del consumo de esta sustancia en el país respecto al estudio anterior, pasando de 2,6% a un 2,2%.

5) Antecedentes técnicos del desarrollo del Plan de Tratamiento Residencial para Mujeres con Problemas de Drogas

El plan residencial está orientado a personas con abuso o dependencia a drogas ilegales, con/sin patología psiquiátrica grave previamente compensada, con compromiso biopsicosocial severo. Es un plan que ofrece

atención de 24 horas diarias, con días cama, con régimen de actividades intensivo, todos los días de la semana incluyendo actividades los fines de semana, las prestaciones son individuales, grupales y familiares, realizadas por un equipo multiprofesional y técnicos en rehabilitación. Con una duración estimada de 12 meses. Este plan se asigna principalmente a comunidades terapéuticas y centros que estén habilitados para la ejecución de este plan. Los siguientes dos planes de tratamiento pertenecen al concepto denominado “planes complementarios de especialidad”, que no entran en el programa de apoyo de tratamiento y rehabilitación de CONACE, por lo cual, la responsabilidad de ejecución queda para el Ministerio de Salud.

Programas de tratamiento específico para mujeres:

- Programa de tratamiento residencial para mujeres con consumo problemático de drogas, mayores de 20 años, con y sin hijos, de referencia nacional y de alta intensidad.
- Programa de tratamiento ambulatorio intensivo y básico para mujeres con consumo problemático de drogas, mayores de 20 años, con y sin hijos, de leve y de moderada intensidad.
- Programa de tratamiento ambulatorio básico para mujeres embarazadas con consumo problemático de drogas.

El objetivo fundamental de estos Programa y Planes de Tratamiento diferenciados para mujeres adultas con problemas derivados del consumo de drogas, es ofrecer una oportuna y adecuada asistencia terapéutica de leve, moderada y alta complejidad e intensidad, a mujeres adultas con y sin hijos, embarazadas o no, que presentan consumo problemático de drogas y que no han podido acceder a un programa terapéutico, ya sea por barreras estructurales propias de los sistemas de asistencia que no consideran las variables de género, por barreras personales, familiares u otras.

Esta modalidad se inserta en un modelo técnico de tratamiento y rehabilitación de carácter resolutivo para esta población específica, diseñado para lograr una oportuna, adecuada y eficaz asistencia terapéutica. Este diseño contempla el trabajo conjunto con dispositivos sociales de cuidado y tenencia de los hijos, así como también de integración familiar y social con el entorno.

6) Algunos componentes del Centro de Rehabilitación de Alcohol y Drogas del Hospital de Peñablanca

Equipo de Intervención

Se definen aquellos cargos profesionales y técnicos que han sido considerados como los principales en la constitución de un equipo de tratamiento con perspectiva de género, aunque su base está formulada desde la experiencia en población general:

a) Técnico/a en Rehabilitación

Este rol involucra acompañar a la usuaria en todo el proceso terapéutico, ser puente entre las distintas intervenciones de los profesionales y, en algunos casos, también con la familia. Implica recopilar información para entregarla a los profesionales, respaldar sus intervenciones y contener el impacto de éstas sobre las usuarias. Las demás intervenciones están estructuradas en el tiempo, por lo que este acompañamiento terapéutico podría ser el centro del vínculo con el programa, en la medida que ellos están presentes durante el tiempo libre, manejando situaciones cotidianas o administrando la rutina (comúnmente planificada por un terapeuta ocupacional).

El rol fundamental de la técnica en rehabilitación es el acompañamiento terapéutico, el cual tiene los siguientes objetivos:

- Establecer vínculo con las usuarias, grupal e individualmente y ser el nexo con los otros miembros del equipo de tratamiento.
- Recolectar información de la familia y las actividades realizadas tanto dentro como fuera del centro.
- Acompañar a la usuaria durante todo el proceso, acogiendo las intervenciones que el resto de los profesionales realizó con ella.
- Reforzar logros y avances obtenidos.
- Monitorear la actividad cotidiana y actuar frente a situaciones emergentes (levantarse en la mañana, cumplir horarios y actividades, bañarse todos los días y usar lenguaje adecuado, etc.).

b) Psicólogo/a

El rol fundamental del psicólogo/a en los programas de tratamiento para mujeres, es promover la modificación de los factores psicológicos asociados al consumo problemático de sustancias. Su trabajo, se sugiere, debiera centrarse fundamentalmente en procesar y elaborar temáticas presentes de la usuaria en relación al consumo, sin desmedro del trabajo terapéutico de experiencias pasadas que afecten la vida actual (duelos, situaciones traumáticas. etc.).

c) Médico-Psiquiatra

El rol fundamental del/la psiquiatra es realizar el diagnóstico psicopatológico y médico general de cada usuaria. Además, es responsable de la desintoxicación, el manejo del síndrome privacional, la estabilización medicamentosa de su patología psiquiátrica, la evaluación de la farmacoterapia (ajuste de dosis, cambios de fármacos, potenciación, etc.) y la prevención biológica de recaídas.

d) Terapeuta Ocupacional

El/la TO se inserta para brindar especificidad en relación a la ocupación tanto en actividades instrumentales (aseo, cocina, orden, etc.), asunción de responsabilidades como en la estructuración e introducción de un enfoque laboral y socio-ocupacional en los talleres. Su aporte radica en el reconocimiento de las habilidades e intereses que cada usuaria tiene para la asignación personalizada de cada actividad o responsabilidad.

e) Asistente Social

El rol fundamental de la asistente social es promover la integración familiar y social de las usuarias. En este sentido, posterior al diagnóstico integral, la asistente social es importante pueda apoyar el desarrollo de la administración autónoma de la usuaria de la red de apoyo, sosteniéndola en este proceso.

7) Estructuración del tratamiento con mujeres y sus hijos/as:

Aspectos a considerar en la intervención con mujeres con y sin hijos.

Para el tratamiento de adicciones en mujeres, considerando una perspectiva de género, se propone un modelo integral que no sólo considere las características biopsicosociales de las personas sino que también la perspectiva de género de las propias beneficiarias. En último término se busca desarrollar una praxis estratégica que a partir de un diagnóstico integral se configuren planes de tratamiento individual que den cuenta de las necesidades colectivas e individuales de cada una de las usuarias de este centro de tratamiento residencial.

Embarazo y Puerperio: en la situación de mujeres embarazadas y puérperas el equipo evalúa su estado emocional, su representación del bebé esperado, la significación que ella le da a su estado, para orientar las primera intervenciones y diseñar un plan de tratamiento acorde a esas necesidades.

Dentro de este diseño de intervención es necesario considerar:

- Énfasis en la acogida organizando un ambiente matrístico, el colectivo que acompaña cálida y afectivamente a la mujer y participa en sus cuidados.
- Atender la necesidad de cuidados biológicos, cuidados del cuerpo.
- Acompañar en la organización de su vida cotidiana.
- Regulación de la intensidad y profundidad emocional de las intervenciones terapéuticas, considerando la mayor apertura de conciencia y mayor sensibilidad a las perturbaciones del ambiente.
- Respetar a la mujer que decide entregar la crianza de su hijo a otros cuidadores como entregar en adopción, entregar cuidados temporales, entregar la tuición, y acompañar en la elaboración del duelo que conlleva su decisión.
- Integrar a los seres significativos en este contexto acogedor y cuidador.
- Acompañar a la mujer en el desempeño de su rol materno, facilitando la emergencia de sus potenciales evitando dar instrucciones, sin juzgar y ni descalificar, acoger la díada madre-hijo.
- Organizar el espacio para que la relación de la díada madre hijo se desarrolle armónicamente.

a) Si hay abandono en la red familiar:

- Contactos con la familia desde la primera entrevista. Incorporándola al contrato terapéutico.

- Re-encuadre con la familia, de tal manera que su rol no sea sólo como acompañante, sino también como participante del proceso.
- Sesiones con una frecuencia semanal con los familiares.
- Utilización de contactos tales como correos electrónicos, cartas, teléfonos, además de visitas domiciliarias.
- Articulación de redes territoriales.
- Lograr acuerdos con la familia desde un comienzo respecto a la situación de los hijos (protección y cuidado).

b) Si hay situaciones legales:

- Indagarlas y explicitarlas desde el comienzo, delimitando funciones, para no confundir y perturbar tanto los procedimientos legales como los psicoterapéuticos.
- Establecer todas las coordinaciones necesarias y pertinentes con los organismos correspondientes (Corporación de Asistencia judicial, SENAME Municipio, etc.).

c) Si la red social es precaria:

Explorar e intencionar acercamiento a toda posibilidad de grupo de autoayuda o grupo social organizado donde pueda asistir la usuaria y/o su familia, durante y post- tratamiento. La incorporación de la familia desde el comienzo es el mejor elemento protector de los niños durante el proceso de tratamiento, por lo que su insistencia y perseverancia en obtener su participación en el trabajo, es primordial (Programa de Tratamiento y Rehabilitación Centro de Rehabilitación de Peñablanca, 2012). A continuación se describen los procedimientos del programa de las fases que serán examinadas.

8) Acogida y Evaluación (fase II del Programa)

Esta fase dura un mes a partir del ingreso y cuando la complejidad de la situación de la usuaria, embarazo, puerperio, co-morbilidad, lo requiere este plazo se extiende por el tiempo que sea necesario. La postulación al centro de tratamiento debe ser desde la red local del territorio en que la usuaria habita. Es fundamental acoger a la usuaria y su familia cuando inicia un tratamiento, para ello se requiere que los dispositivos de la red de Salud de la Comunidad, los programas ambulatorios de tratamiento, unidades de psiquiatría y otros, que realicen las evaluaciones y diagnósticos pertinentes para una adecuada derivación, la oportuna coordinación con la red local permite trabajar la reinserción desde el principio del tratamiento y además mantener continuidad en el trabajo con la usuaria y su familia.

Son necesarios, como documentos mínimos de ingreso: Afiliación a Fonasa actualizada, cédula de identidad, informe de derivación. El ingreso se formaliza vía consentimiento informado respecto de las actividades, derechos de las usuarias y normas de funcionamiento del centro. Una vez ingresada la usuaria se realizará un diagnóstico integral con el fin de desarrollar un plan de tratamiento individual que apunte al logro de objetivos terapéuticos y plazos consensuados con la propia usuaria.

En la fase de acogida uno de los primeros objetivos es el reforzamiento y adaptación a la abstinencia, simultáneamente se desarrollan estrategias para incrementar la motivación al cambio y adherencia al tratamiento.

Diagnóstico Integral

La usuaria es entrevistada y evaluada por médico psiquiatra, psicólogo clínico y asistente social para decidir el ingreso. Posteriormente comienza un proceso durante la primera etapa, donde se recogen antecedentes familiares, biomédicos, funcionamiento en las actividades de vida diaria, antecedentes ocupacionales, relacionales, sociales, psiquiátricos y psicológicos, más el complemento de información vertida en reunión clínica, que en su totalidad configura un diagnóstico integral permitiendo el diseño de un Plan de Tratamiento Integral, que se ajuste, a las necesidades de la usuaria y al programa que el Centro ofrece.

Objetivos de la Fase de Acogida

- Favorecer los procesos de abstinencia de drogas.
- Acoger y motivar a la usuaria y a su familia para integrarse al proceso de tratamiento.
- Potenciar motivación al tratamiento, identificar necesidades terapéuticas y los plazos viables de duración del tratamiento.
- Informar, explicar y aclarar dudas respecto del programa de tratamiento; explicitando responsabilidades, compromisos, deberes y derechos.
- Evaluar en detalle condiciones biomédicas, pauta de consumo, compromiso biopsicosocial y motivación al tratamiento.
- Evaluación socio-familiar; red de apoyo y dinámicas relacionales favorables a la abstinencia (+) y aquellas que favorecen las recaídas en el consumo (-).
- Evaluación del perfil socio-ocupacional de la usuaria al ingreso del tratamiento para definir objetivos a trabajar y orientar la colocación.
- Diseñar Plan de Tratamiento Individual.

9) Fase de Tratamiento (fase III del Programa)

En esta fase se implementa el Plan de Tratamiento Individual, para ello se formaliza el ingreso de la usuaria al Centro de tratamiento Residencial a través del Contrato Terapéutico.

Contrato Terapéutico

Una vez diseñado el PTI se informa la propuesta terapéutica del equipo, a la usuaria con su familia se aclaran dudas, se dan a conocer por escrito los deberes y derechos del paciente, y las normas de comportamiento en el establecimiento. Logrado un acuerdo en lo anterior, se procede a la firma de un contrato terapéutico individual y un compromiso familiar. Ambos compromisos se archivan en la Ficha Clínica.

Tratamiento

El Tratamiento es la etapa de mayor trabajo terapéutico con el paciente, su duración aproximada es de 6 meses. En esta etapa se ejecuta el Plan de Tratamiento Individual, complementando las actividades diarias del centro y las actividades o prestaciones específicas.

Objetivos del tratamiento:

- Entregar tratamiento farmacológico, psicológico, social y ocupacional individualizado.
- Revisar y resignificar los estilos vinculares con figuras significativas.

- Revisar y resignificar la identidad personal y un proyecto de vida que favorezcan la mantención del cambio
- Integrar a la usuaria a rutinas cotidianas y con sentido ocupacional (actividades de vida diaria y autocuidado, actividades productivas, esparcimiento y recreación), para así configurar un proceso de rehabilitación orientado al desarrollo de un estilo de vida saludable y sustentable.
- Potenciar recursos personales para la mantención de la abstinencia y prevención de recaídas.
- Desarrollar habilidades sociales y de relaciones interpersonales.
- Favorecer el desarrollo de factores protectores y el manejo de factores de riesgo que potencien el proceso de cambio.
- Potenciar las habilidades de las familias para el logro de estilos de vida y dinámicas relacionales que favorezcan la mantención del cambio.

III. MARCO TEÓRICO

1) Adicción en la mujer y enfoque de género

La perspectiva de género es un enfoque fundamental a la hora de entender el fenómeno de las adicciones en las mujeres, esta visión ilumina el proceso vivido por las mujeres en las últimas décadas, donde han pasado de un estado en que se definía su feminidad en relación con su mundo privado, esto es como esposa, madre, ama de casa, apareciendo de esta forma como importante su capacidad de reproducción y cuidado de casa e hijos, rol que en apariencia le brindaba mayor seguridad y estructura².

El contexto sociocultural ha construido conceptos de lo que significa ser hombre o mujer, tales ideas a través de la socialización han pasado a integrar el universo de representaciones de cada sujeto, en las últimas décadas este concepto de hombre o mujer se ha modificado en virtud de los cambios culturales, llevando a la mujer a ocupar otros roles dentro del mundo público, en el campo laboral o político por ejemplo.

Hay autores que vienen a explicar cómo desde el sistema de poder imperante, se promueve esta separación entre mundo público y privado, siendo este último el espacio doméstico que por convención social se le atribuye a la mujer y el primero el mundo productivo del sistema patriarcal, desde este último espacio se ha establecido una mirada disociadora acerca de las prácticas domésticas atribuyéndoles un carácter privado, desligado del sistema económico y político imperante cuando están en la misma línea que

las llamadas prácticas públicas productivas, a través del trabajo de producción, reproducción y mantención de la fuerza laboral y de los que no trabajan, se distinguen tres dimensiones en el término reproducción - la reproducción biológica, - la cotidiana de mantenimiento de la población existente a través de las tareas domésticas de subsistencia y - la reproducción social, o sea todas las tareas extraproductivas dirigidas al mantenimiento del sistema social (Edholm, Harris & Young , 1977)

Surge la pregunta acerca de la especificidad de lo femenino en este campo y cuáles son las consecuencias para la mujer de este movimiento desde una identidad relacional a una definida por el status³, en este espacio público , el anterior no es valorado incluso invisibilizado en su importancia psico-social (Amat y León, 2003). También desde este espacio se ha relegado a la mujer a ocupaciones que se derivan de su “esencia” femenina y que son mal remuneradas económicamente (secretarias, enfermeras, docentes, parvularias) lo que ha creado una feminización de la pobreza (Montecino, S., (2005) Identidad de género, igualdad y entramado del poder (citado 23 de mayo 2006).

Otro punto de tensión lo representa el constante bombardeo de la sociedad sobre la mujer , por medio de sus Instituciones (familia, religiones, colegio, puestos de trabajo, medios de comunicación); de expectativas, “deber ser” que se aprontan a normar su conducta, presiones que la vulnerabilizan, aparecen altas tasas de depresión y otras enfermedades las que podrían estar evidenciando el alto nivel de molestia y vulnerabilidad frente a estos temas , estudios sugieren (Romo Avilés, Gil García, 2006),

²⁻³ Montecino, S. (2005). Identidad de género, igualdad y entramado del poder. Citado en *Mujeres y Tratamiento de Drogas. Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas en población específica de mujeres adultas*. Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación. CONACE, 2007. www.SENDA.gob.cl/.../GUIA_MUJERES_TRATAMIENTO_DROGAS_V...

que en la aproximación de la mujer a las sustancias psicoactivas estaría operando un paradigma invisibilizador de estos malestares, la mujer es más proclive a consultar y a externalizar sus síntomas, siendo más fácilmente sobrediagnosticada y medicada.

La tensión constante entre el deber ser, esto es cumplir las expectativas socio-culturales de madre, esposa y a la vez las dictadas por el medio público en que participa, como es la validación social mediante el trabajo, la lleva también a dejarse de lado y no darse tiempo para su desarrollo, esta postergación constante de parte de sus capacidades genera en ella ambivalencia y sentimientos de culpa, ya que por una parte es crítica con respecto a actitudes tradicionales de sumisión y por otra parte las acepta en su mundo relacional (Kovalsky S. (2005).

A pesar de que los temas centrales del relato de mujeres, según el estudio anterior se refiere a los temas de pareja e hijos, existe una percepción positiva de la flexibilización de los roles de género, el problema y fuente de conflicto parece encontrarse en cómo se articulan esos roles en la realidad, ya que muchos son contrapuestos: proactividad v/s pasividad, independencia v/s dependencia y por lo tanto fuente de conflicto permanente, Daskal introduce como factor de enfermedad precisamente el que las mujeres vivan en esta contradicción constante, también las imposiciones contrapuestas que caen sobre ella producto del “mix” formado por dos sistemas culturales, el tradicional y el post-moderno donde el dar respuesta a los temas familiares, laborales y personales es un esfuerzo constante, el pertenecer al género femenino trae consigo una serie de estigmas (sexo débil, frágil, vulnerable) que necesariamente deberá hacer esfuerzos constantes para escapar a esas definiciones. Por lo que ser consumidora representaría un reto a los estereotipos culturales y sociales, definidos como

expectativas aceptables o normales, en relación a su femineidad, según algunos autores (Romero, 1996).

La mujer consumidora en el ejercicio de estos roles contrapuestos llega a ser castigada, ya sea desde la esfera privada (como mala madre, esposa) o la pública como no confiable y sin control de la actividad que desempeña. Este diagnóstico socio-cultural que recae sobre ella en el ámbito privado y público es compartido por la mujer, dificultándole que pida ayuda por la culpa y vergüenza que siente al fracasar en su rol de mujer y madre: paradójicamente otro factor que le interfiere en demandar tratamiento es la responsabilidad que se le asigna socialmente del cuidado de los hijos, tarea que se impone como propia e intransferible. Según Daskal, cualquier otro sistema de inequidad, aparte de los nombrados que influya negativamente sobre la autoestima y el poder personal de la mujer, ayuda a intensificar sus problemas de adicción, contribuyendo a perpetuarlos (Daskal, A.M. 1994 pág. 23-29).

2) Antecedentes teóricos de las adicciones

El criterio que da el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) para delimitar lo que se entiende por adicción:

La dependencia de sustancias psicoactivas se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de ella que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los síntomas descritos a continuación y durante un período continuo de al menos 12 meses, estos síntomas son:

- *Tolerancia, se entiende esta , como la necesidad de consumir una cantidad creciente de la sustancia, para conseguir la intoxicación o efecto deseado*
- *Síndrome de Abstinencia, se refiere a los síntomas específicos que aparecen con la privación de la sustancia y que son aplacados al consumir esta u otra similar.*
- *Se manifiesta una conducta de pérdida de control, con incapacidad para detener el consumo*
- *A pesar que existen deseos de detener el consumo, o controlarlos , estos son infructuosos*
- *La conducta del adicto está centrada en conseguir la sustancia, consumirla y después recuperarse de los efectos del consumo, por lo que estas personas reducen sus contactos y actividades sociales que no esté relacionada con la droga.*
- *A pesar de la relativa consciencia de daño psicológico o físico infringido por el consumo, este se mantiene en el tiempo agravando sus efectos e interferencia con la vida cotidiana.*

Aunque históricamente el hombre estuvo ligado al consumo de sustancias psicoactivas, hoy se regulan por leyes de mercado, por lo que están siempre disponibles para ser comercializadas, en una cultura que fomenta el individualismo y el placer inmediato, su sentido simbólico y valor cultural se han perdido y con ello su uso controlado, normado y ritualizado al interior de una comunidad (Becoña y Oblitas, 2002).

El problema con las adicciones se presenta a mediano y largo plazo, aparte de los problemas sociales que causan en la forma de robo, extorsión, vagancia, problemas legales, familiares, de salud pública, cuando se trata de mujer consumidora se debe abarcar la problemática multicausal para la

explicación de su origen como de su tratamiento que tiene relación con la multiplicidad de roles que desempeñan socialmente.

3) Diferencias entre hombres y mujeres

Desde un punto de vista centrado en lo biológico, las diferencias que introduce el sexo en las adicciones, se puede afirmar que las mujeres presentan niveles de alcoholemia más altos que los hombres, al consumir la misma cantidad, los estudios a largo plazo de los efectos del alcohol, demuestra que las mujeres están más expuestas a riesgos de enfermedades provocadas por el alcohol (Oficina ONU contra droga y delito; 2005).

Aparecen diferencias según sexo con respecto al uso de la cocaína, donde los hombres pueden ser más sensibles que las mujeres a los efectos subjetivos agudos producto de su consumo y las mujeres presentan mayor sensibilidad que el hombre a los efectos cardiovasculares agudos de esta sustancia, además esta droga perturba el ciclo menstrual de la mujer y afecta su fertilidad y con respecto a cualquier droga que sea inyectada, la mujer presenta tasas más altas de mortalidad que el hombre.

De acuerdo a estudios las mujeres serían especialmente vulnerables a los psico-estimulantes (especialmente cocaína) desde un punto de vista biológico, sobre todo en el proceso de instalación de la conducta adictiva. Dentro de un contexto social, las diferencias entre hombre y mujer consumidores, apuntan a las mayores dificultades que experimenta la mujer para conseguir por parte de su entorno, familiares y parejas, la comprensión, ayuda, acompañamiento y atención familiar necesarias para consultar o iniciar un tratamiento incluso en ocasiones cuenta con la oposición abierta o encubierta de estos que se niegan a que la mujer abandone los múltiples roles que realiza en el ámbito privado (madre, pareja, sostén emocional) o

público (trabajadora y jefa de hogar) por el contrario los hombres son apoyados por sus pareja y/o familiares.

Otro factor que frena las demandas de ayuda por parte de mujeres consumidoras, es el castigo social hacia la conducta adictiva la que es entendida como transgresora o disruptiva y propia de los hombres, la mujer opta entonces por ocultar su problema lo que aumenta su aislamiento y riesgo en que vive (Martinez, A., 2011).

Otra diferencia tiene que ver donde ponen el foco para su tratamiento, las mujeres tienden a centrarse en un locus externo (la presión de una persona importante para ellas, compartir la experiencia con un grupo) lo que podría ser beneficioso para generar las condiciones de motivación inicial pero a la larga obstaculizan su tratamiento al cambiar las condiciones externas; En cambio los hombres que buscan tratamiento poseen un locus más interno (creencia en sus propias capacidades, sus objetivos futuros).

En el caso del consumo de alcohol en mujeres, su tratamiento se topa con la dificultad que tienen para aceptar su consumo y poder hablar abiertamente sobre el problema, porque este, es incompatible con lo que se acepta socialmente como femenino. (Jakobson, A; Hensing, G; Spak; F; 2008).

Estudios en Estados Unidos, han detectado la prevalencia del uso del alcohol en mujeres con presencia de trastornos alimenticios, específicamente bulimia. Otro factor que se refiere al uso de drogas, en mujeres, en este caso cocaína, para conseguir controlar el apetito y mantener el canon estético deseable socialmente (Dansky, 2000).

4) Perfil psicosocial de la mujer con adicciones

Según antecedentes recogidos por CONACE, 2004, mediante experiencia clínica, aparecen en este perfil carencias afectivas, sentimientos de desvalorización hacia sí mismas, poca confianza básica e inseguridad, falta de autonomía. Una autoimagen centrada en su esquema corporal, adoptar un modelo estético culturalmente aceptado como “lo” femenino, caracterizado por la delgadez, muy lejana a lo que es el fenotipo de la mujer chilena, la autovaloración personal puesta principalmente sobre el cuerpo, por lo que existe una alta relación entre trastornos alimenticios y problemas de drogas en mujeres.

Se establecen perfiles según la etapa generacional de socialización de género que les correspondió vivir (Lara M, 2001). A saber:

El primer grupo de mujeres mayores de 50 años, en su mayoría alcohólicas, con consumo asociado de psicofármacos, privadas de mundo propio, condicionadas en el cuidado del otro, presentan depresión y desesperanza como malestar interior. Un segundo grupo de mujeres menores de 40, consumidoras de cocaína y anfetaminas, ejercen roles privados y públicos, han sido educadas en la autonomía, inserción laboral e independencia económica sin el necesario soporte social, ejercen múltiples roles, que las lleva al agotamiento, estrés y frustración por tener que competir en un terreno que privilegia a los hombres. Un tercer grupo de mujeres consumidoras, menores de 20 años, con conductas dependientes, compulsividad abierta, gran carga de agresividad, consumidoras de pasta base de cocaína, cocaína, alcohol, con manifestaciones conductuales de mayor impacto social, promiscuidad, prostitución, robos menores. La rabia implícita en la conducta auto y heteroagresiva puede interpretarse como expresión emocional de un malestar interior, en respuesta a una cultura

violenta con las mujeres y cuya expresión va cambiando de generación en generación.

El boletín de abril del 2012 del SENDA refuerza aseveraciones anteriores en cuanto al perfil psicosocial según rango etéreo de las mujeres en tratamiento (Lara M, 2001) que se sitúan en edades entre 24 y 40 años, compartiendo las mayores de 40 definiciones de género que no aceptan el consumo ni la exposición social que significa aceptar ser tratadas como adictas. También la dificultad de ser madre de más de 3 hijos para iniciar un tratamiento, por lo que las cifras de inserción en tratamientos bajan cuando las usuarias tienen estas características. Se detectan altos porcentajes de VIF y abuso sexual.

5) Compromiso biopsicosocial

Es una apreciación de la magnitud de los eventos que aparecen en las diferentes dimensiones de la vida y entorno de las personas como consecuencias negativas del consumo de sustancias (Normas y orientaciones técnico-administrativas de los planes de tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de drogas). El porcentaje de mujeres con un compromiso biopsicosocial severo es notoriamente más alto en mujeres en tratamiento residencial que las que están en tratamiento ambulatorio.

6) Enfoque biopsicosocial

Fue enunciado por primera vez por Engel, (Engel , 1977) en contraposición al enfoque biomédico, que comenzó a ser considerado limitado para trabajar con pacientes donde otros factores aparte del biológico, eran relevantes, criticó la causalidad lineal del modelo y la

ausencia de una medicina empática y compasiva, esto lo llevó a enunciar el modelo biopsicosocial, de causalidad circular, en la cual una serie de factores se influye mutuamente para originar una situación clínica, enfoque que configura un proceso heurístico que abre la mente a otras posibilidades pero no considera que al momento de la práctica clínica debe utilizar una causalidad estructural que jerarquiza las causas en necesarias, desencadenantes, coadyuvantes y asociadas, opacando la causalidad circular donde todos los factores se influyen mutuamente (Francesc Borrel i Carrió , 2010). La otra vertiente que propone este modelo es el considerar al paciente como sujeto del proceso asistencial, instalando una práctica dialógica con él, donde este vuelque su narrativa, lo que es un ingrediente importante para conseguir la acomodación psicológica de este (Bartz, R. 1999).

7) Aspectos de la relación y el vínculo en las adicciones en mujeres

Se observan dificultades de integración a grupos desde la infancia, sin amigas significativas; la amistad se conoce a través del consumo. La adolescencia se vive con angustia y desorientación y con responsabilidades de crianza de hermanos menores en la población de sectores más vulnerables. El proceso de identificación por lo general en mujeres con daño severo se realiza con los pares y la droga. La mayoría de las mujeres consumidoras refiere que el inicio de este comienza en la adolescencia ligado a relaciones con grupo de pares, parejas, pololos. Las mujeres con frecuencia inician el uso de sustancias como una forma de construir o mantener relaciones, y como una forma de sentirse conectadas, energizadas, amadas o amantes, cuando estas vivencias no están presentes en su experiencia, esto según la propuesta del modelo relacional (Covington,S.& Surrey,J. (2000) en “Mujeres y tratamiento de drogas” (2007)) donde el desarrollo es visto como crecimiento con y hacia la

conexión, postulando la conexión sana con otras personas como los medios y la meta del desarrollo psicológico, dentro de este enfoque autores señalan que la motivación principal de la mujer en su vida es su necesidad de crear un sentido básico de conexión, entendida como reciprocidad y empatía en la relación con los demás, y que la noción de sí misma y de su propia valía se basan en esta vinculación, dado que ellas asumen la responsabilidad de generar y conservar las relaciones afectivas. Proviene de hogares disfuncionales donde sus padres no han desempeñado sus roles parentales de manera de propinarles seguridad afectiva, contención, proveerlas materialmente y ponerles límites, al contrario han tenido que desempeñar roles que no les corresponden, ser madres de sus propias madres proveyéndolas de contención, cuidar a sus hermanos o salir a trabajar para ganarse su sustento antes de tener la formación o estar preparadas emocionalmente para esta tarea, también portan historias de abuso sexual y violencia intrafamiliar.

Las mujeres del programa provienen de familias donde los modelos parentales que se observan, generalmente el padre desvaloriza a la madre, esta no pone límites y tolera maltrato físico y/o psicológico, muchas veces en la creencia que es lo que le corresponde dentro de su rol de género, incapaces de defenderse a sí mismas o a su familia frente a los abusos, en estratos más altos junto con una falta de límites y conducta negligente con los hijos, aparece una madre “amiga” de la hija a quién toma de confidente a temprana edad, traspasándole modelos de sumisión, inseguridad, distanciamiento, desintegración afectiva y falta de apego saludable.

La poca atención y contención para sus propios conflictos de niña o adolescente y desvalorización de sí misma, muchas veces las lleva a dañarse a sí mismas, con el objeto de llamar la atención y ser consideradas en el medio familiar, aparece ansiedad e impulsividad y baja tolerancia a la

frustración frente a la búsqueda de placer y satisfacciones, al portar una larga historia de insatisfacciones y frustraciones y poco o nada de las habilidades sociales para satisfacerlas, desarrollan conductas manipuladoras y uso de drogas como formas de satisfacción inmediata (Lara M , 2001).

8) Uso de drogas en el embarazo. Relación con la propia maternidad

Este grupo de mujeres consumidoras al que ser madres las ha hecho sentir importantes, no han podido cumplir con el mandato social de “ser buena madre”, al no haber podido asumir la tarea se sienten culpables, son eslabones de una cadena transgeneracional, donde sus madres no les han dado el afecto, seguridad y contención necesarios para realizar un adecuado maternaje con sus propios hijos(as), frente a este escenario de carencias afectivas , muchas tienden a la abstinencia por miedo a dañar al hijo(a) que esperan y muchas también recaen luego de nacer su bebé, se observa que muchas mujeres en los primeros meses logran establecer relaciones vinculares de apego y un adecuado maternaje; cuando el/la hijo/a crece y comienza a demandar más atención, estas mujeres colapsan y desarrollan conductas de desapego, el llanto les provoca angustia y ansiedad y comienzan a dejarlos al cuidado de familiares o vecinas, no respetan horario de alimentación, cambio de pañales o sueño , con lo que se inician apegos desorganizado (Kimelman M y Colbs, 2004).

En investigaciones realizadas por Dra. M. Kimelman con mujeres polidependientes embarazadas, el tipo de relación de apego con el recién nacido se observa que corresponde al apego desorganizado , donde aparece una madre temerosa, con descoordinación afectiva, incapacidad para mentalizar las conductas de su bebé y las conductas impredecibles que provengan de este, cosificando a su hijo(a), lo que imposibilita al bebé a

generar una estrategia de apego coherente, la madre le presenta un modelo desorganizado mentalmente e inseguridad afectiva.

9) Estadio motivacional

Se refiere a la disponibilidad o deseo de cambio que presenta un individuo, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra, dicho estado puede verse influido por múltiples factores, los autores Prochaska y Di Clemente (1983) a través del Modelo Transteórico del cambio la definen como la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia para cambiar y una vez efectuada sea capaz de mantener este cambio, distinguen 5 estadios: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantención.

Entre las motivaciones principales que presentan las mujeres para consumir se encuentran desde el recurrir a ellas por estar a gusto y sentir placer, falsas creencias como aumentar sus capacidades físicas o escapar a estados displacenteros de frustración, soledad o ansiedad y angustia, también juega un rol importante el acompañamiento de la pareja y ser aceptada o valorada por esta (Las mujeres y las drogas, publicación de la unidad de tabaco, alcohol y drogas del MINSAL, 2000).

Al inicio del tratamiento las mujeres consumidoras centran su motivación al cambio en factores como estar con los hijos o recuperarlos, un personaje de la familia que las presiona o pertenecer a grupos en que serán aceptadas, factores que se modifican con el tiempo y pueden acarrear frustraciones y recaídas, por lo que en la fase de acogida y tratamiento de los Programas de Rehabilitación se desarrollan estrategias terapéuticas de motivación al cambio. Prochaska plantea en el estudio de los procesos de cambio de las conductas adictivas que entre 3 y 5 años podría lograrse la

estabilización del cambio y el Dr. Mauricio Troncoso en su libro “Abordaje multifamiliar en dependencia” plantea que el cambio de estilo de vida requiere de una descontaminación familiar, territorial y cultural que demora no menos de 5 años (Tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres, CONACE 2006).

10) Modelo multifamiliar de las adicciones

Historia de los Modelos de las dependencias

- 1.-Modelo Moral
- 2.-Modelo Médico
- 3.- Modelo Familiar
- 4.- Modelo Multifamiliar

Características generales del Programa

El Programa es llamado Ecológico o Verde ya que conjuga diversas acciones tendientes a la descontaminación de las ideas, conductas y relaciones humanas de riesgo, de mayor incidencia y facilitadoras del consumo dependiente en determinado territorio, coordinándolas con acciones destinadas a purificar y mejorar el medio ambiente y conservar sus riquezas naturales.

Este Programa al situarse en el contexto social más amplio puede observar y eliminar las ideas positivas existentes en relación al consumo de sustancias que originan dependencias, en la forma de mejorar las relaciones individuales e intrafamiliares existentes, participando en el progreso ecológico del medio ambiente, está enfocado como un proceso permanente de descontaminación de ideas, conductas y relaciones que sean positivas respecto al consumo, las que se encuentran plasmadas en las normas y

hábitos socioculturales y ofrecen un perfil característico como región y territorio.

En este contexto “la abstinencia no provoca crisis que desestabilicen las ideas de consumo y su sistema protector de mitos y tradiciones , tampoco influye en el consumo del no-dependiente es por esto que la abstinencia del dependiente a alcohol y drogas no altera estadísticamente los datos estadísticos del consumo general ni la incidencia de nuevos dependientes” (Troncoso, M., 2003, Cap. I, p25). Es central en este Modelo el “cómo impedir que nuestro sistema socio-cultural prolongue el acondicionamiento , la protección, facilitación y perpetuación del consumo “normal” de bebidas alcohólicas” (Troncoso,M.,2003,cap I,p25) promoviendo el consumo temprano y la escalada de muchos hacia el consumo abusivo y/o dependiente del alcohol, tiene responsabilidad con que el consumo de esta sustancia como droga “legal” sea utilizada como droga de reemplazo, sustitución y alternancia de drogas denominadas “ilegales”. De esta forma la mayoría de las polidependencias (Hidrocarburos, alifáticos, cannabis, PBC, clorhidrato de cocaína, anfetamina, codeína, metadona, benzodiazepinas, etc.) en nuestro país se inician y evolucionan mimetizadas y encubiertas por el consumo “legal, normal y moderado de alcohol” (Troncoso, M., 2003, cap I, p26)⁴

Este programa promueve un proceso de cambio de “estilo de vida” transgeneracional y transcultural, que por la complejidad y magnitud del fenómeno no es posible resolverlo desde el Modelo Médico por lo que requiere de la cooperación de otros profesionales y de la participación

⁴ Troncoso, M. (2003) *Abordaje Multifamiliar en Dependencias*. Jefe del Departamento de Tratamiento de las Dependencias del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial "Barros Luco", en Santiago de Chile.

activa de la comunidad organizada. Existen medidas Ecológicas de prevención del consumo y de las dependencias, cuyo objetivo es impedir el contacto y propagación del uso de bebidas alcohólicas y de otras sustancias que causan dependencia, también tienden a la descontaminación de las ideas de consumo.

IV. OBJETIVOS

Objetivo General

Realizar un proceso de sistematización de las prácticas de intervención psicosocial, en el Programa de Tratamiento y Rehabilitación Residencial con Perspectiva de Género, para mujeres adultas con consumo problemático de drogas, en el Hospital de Peñablanca.

Objetivos Específicos

- 1- Describir los puntos programáticos que se realizan actualmente que tienen por intención potenciar el trabajo de rehabilitación.
- 2- Revisar los procedimientos que se utilizan a modo de llevar a cabo una evaluación de los mismos.
- 3- Identificar eventuales debilidades y/o vacíos programáticos que pudiera presentar el Modelo utilizado a modo de poder entregar algunas sugerencias de utilidad fruto de la revisión.

V. MARCO METODOLÓGICO

1) Aproximación epistemológica y tipo de estudio

En esta investigación se ha hecho uso de una metodología cualitativa, que busca la comprensión profunda del fenómeno estudiado, desde esta perspectiva se considera que la realidad es simbólica es decir construida y por lo tanto sujeta a cambios, en este enfoque el objeto de estudio es activo y el proceso investigativo de tipo descriptivo, comprensivo e interpretativo (Calventus, 2000). Este paradigma cualitativo, se aleja de posiciones positivistas, que consideran al investigador como un ente pasivo separado del fenómeno a conocer. En esta perspectiva en cambio se plantea que el conocimiento es resultado de una dialéctica entre el sujeto (sus valores, creencias, etc.) y el objeto estudiado (Martinez, 2006). Desde el paradigma cibernético de segundo orden, la construcción es el resultado de la autorregulación del sistema, para que exista construcción de conocimiento tiene que haber un proceso de reflexión. La función de la cognición es organizar el mundo experiencial del sujeto y no para describir una verdad o realidad ontológica objetiva, en este sentido el conocimiento no implica una correspondencia con la realidad (Glaserfeld, 1988). El conocimiento surge “como una relación entre un sujeto (observador) y un referente de observación(objeto) conformando dos partes indisociables de un mismo proceso, es en esta relación que el conocimiento se conforma “in situ”, no como entidad abstracta que depende de la capacidad sensorial del observador sino como una co-construcción que surge de la relación misma (Lahitte,1987). El objeto, a su vez, especialmente en el área de las ciencias humanas, es visto y evaluado por el alto nivel de complejidad estructural o sistémica, producida por el conjunto de variables biopsicosociales que lo

constituyen (Martínez, M. 2006, pág. 7).

El tipo de estudio por su parte, tiene un carácter exploratorio-descriptivo. Exploratorio, porque plantea un problema de investigación poco estudiado, sobre el que se busca indagar en mayor profundidad (Sampieri, 2006) desde donde el equipo de profesionales desempeñan el trabajo de rehabilitación y tratamiento del Centro de rehabilitación del Hospital de Peñablanca. Un estudio de esta naturaleza se propone como una oferta de revisión y de aporte, no una crítica que por lo demás no corresponde a la autoría del mismo. Por otro lado es descriptivo ya que se pretende describir y especificar propiedades del fenómeno a estudiar, como son las características centrales de esta práctica rehabilitadora. Se pretende describir los procedimientos desarrollados que permiten la labor rehabilitadora y todo el contexto que la rodea (Sampieri, 2006). Las prácticas y metodologías de trabajo que se identifiquen, establecen las condiciones para el levantamiento de un modelo que los propios técnicos y profesionales pueden ya conocer previo al estudio y confirmarlo mediante este, o bien reconocerlo y sistematizarlo, según sea el caso. Por ello el afán está puesto en la descripción y no en la interpretación.

Esta forma de concebir el conocimiento implica una postura en la cual se incorporan toda la serie de factores constituyentes, ampliando el espacio para la reflexión sobre el propio acto de observar, lo que a su vez tiene implicaciones científicas, morales y éticas (Von Foerster, 1991), por otra parte este enfoque y su metodología guarda relación tanto con los objetivos de la investigación, esto es dilucidar los aspectos del hacer rehabilitador del equipo de profesionales y técnicas del CTR destacando los aspectos potenciadores de esta labor, de manera que este conocimiento sea co-generado/co-construido por la dupla investigador/a – rehabilitador/a. Siendo la hermenéutica y la dialéctica los componentes básicos de la metodología

constructivista (Guba y Lincoln, 2002), la primera posibilita el análisis y comprensión de los procesos intersubjetivos de producción de significados (Bischoffshasen,E. 2002) la dialéctica permite trabajar con las nociones de opuestos y cambio.

2) Procedimiento

Identificación de la Muestra

Como ya fue establecido, al tratarse de un estudio de carácter cualitativo (de tipo exploratorio-descriptiva), se trabajará en base a casos múltiples, es decir, la muestra para este estudio correspondería entonces a técnicos y profesionales que trabajan en el Centro de Rehabilitación del Hospital de Peñablanca y pertenecen al equipo de Salud Mental.

Se considera una muestra por oportunidad, ya que los sujetos son parte de un equipo de trabajo que se reúne por motivos, ajenos a la investigación, pero que se presentan para ésta como una oportunidad extraordinaria de reclusión (Sampieri, 2006). Lo que interesa en el tipo de muestra cualitativa, que opera con un número reducido de casos, es la profundidad del conocimiento del objeto de estudio, este campo, de la representación estructural, es construido por el propio investigador (Schwartz,1984). Se escoge esta muestra como representativa (aunque no en términos estadísticos) del Universo en estudio, de tal forma que sea un reflejo de él, siendo el punto de saturación el criterio metodológico que determina el tamaño de la muestra cualitativa y el que confiere una base muy sólida a la generalización (Bertaux, 1993), por lo que se atenderá este punto deteniendo la toma de muestras, en el momento en que las nuevas ideas aportadas en las entrevista o cuestionarios ya no contribuyen con datos relevantes a la investigación. El criterio para considerar que se cuenta con

información suficiente, es bajo el criterio de saturación. Se entenderá como saturación, el hecho que a partir de cierto momento los nuevos relatos no otorgan ya ni correcciones ni complementos al modelo que por lo tanto, es declarado saturado (Baeza, 1999).

La lógica que orienta este tipo de muestreo -muestra cualitativa- y lo que determina su potencia, reside en lograr que los casos elegidos proporcionen la mayor riqueza de información posible para estudiar en profundidad las preguntas de investigación, por lo que se eligió a actores que estén provistos de estas características como su compromiso con el Programa, una mínima cantidad de meses en ejercicio de sus roles lo suficiente como para conocer el Programa, considerado como 6 meses el criterio mínimo de participación en la actividad. En este campo no hay reglas para decidir el tamaño de la muestra, depende del propósito del estudio, de lo que resulta útil para lograrlo, de lo que está en juego o de lo que es posible, depende del contexto del estudio (Patton, M. 2002). Inicialmente se pueden llevar a cabo 4 o 5 entrevistas, para que luego, junto con los representantes de la Institución que corresponda se evalúe en conjunto la pertinencia de hacer más entrevistas o se considere este número como suficiente, también en términos de la saturación.

Los criterios de inclusión son:

a) Que trabaje en contacto directo con las usuarias, ya sea realizando las entrevistas de ingreso, parte del tratamiento, atención clínica cotidiana y/o realización de talleres semanales.

b) Contar con al menos 6 meses de inserción laboral dentro del equipo, lo que garantiza un mínimo conocimiento del Programa y consiguiente internalización, mayor vinculación con el equipo y conocimiento del quehacer en general.

Los criterios de exclusión son:

a) Que tenga poca o nula participación en reuniones técnicas o clínicas (lo que lo excluiría de las dinámicas recurrentes de discusión y reflexión del equipo).

b) Que no sea parte de las actividades de acogida en el tratamiento (lo que lo excluiría del inicio del flujo del tratamiento, tecnicando su labor sólo a un momento específico).

c) Que haya tenido un conflicto importante con alguna usuaria (lo que impediría la libre reflexión de las acciones que desarrolla el programa y la recepción de las usuarias).

Estrategia de acceso a la muestra

Previamente a contactar a las personas escogidas según los criterios anteriores, se envía una carta al director del Centro, en donde se solicita autorización para la intervención al equipo mediante los instrumentos elegidos: entrevista y cuestionario, informándose además acerca de los objetivos de la investigación a realizarse, aclarando que la participación es voluntaria. El propio equipo pudo revisar los instrumentos e incluso participar en su construcción definitiva del mismo (se abrió un canal para que ellos pudieran aportar de manera directa), de tal manera que se busque un ajuste a las condiciones de la institución. Luego de contar con la aprobación para la intervención, se procede a contactar a los/las participantes en una reunión clínica, introduciendo en detalle el tema de investigación y explicándoles en qué consistiría su participación.

Se realizaron entrevistas individuales, en total 5, por medio de la utilización de una pauta de entrevista semiestructurada (presentada más adelante en este mismo apartado), cada una de estas grabada, previa autorización de cada entrevistado: La entrevista es una forma de recoger información, consignando lo que los actores piensan acerca de lo que se está investigando. La técnica de entrevista supone una relación dinámica entre el entrevistador y el entrevistado, donde este último es entendido como portador de una perspectiva, la que emergerá y será explicitada en un diálogo con el entrevistador, con el objeto de capturar el discurso de los técnicos y profesionales del Centro en estudio, acerca del proceso rehabilitador que efectúan. (Prieto, M., 2001)

Instrumento y Recolección de Información

Se eligió un participante que cumpla con los requisitos muestrales, para realizar una experiencia piloto, en que se pudiera evaluar la duración estimada de la entrevista, la adecuación de los contenidos consultados y que tuviera una extensión apropiada para no fatigar al sujeto, pero que se pudiera lograr un acercamiento a los objetivos elegidos. Se recibió la retroalimentación necesaria para futuras aplicaciones de los instrumentos y los puntos de interés en la investigación, entendiendo que ésta y su contexto son dinámicas y susceptibles de acoplarse una a la otra de tal forma que la primera de cuenta de la segunda. La institución en cuestión y sus profesionales participaron de manera activa, para que se pudiera realizar esta entrevista piloto

Instrumentos

En toda investigación es posible alcanzar una mayor riqueza y profundidad de los datos, si es que estos provienen de diferentes sujetos que

participaron del proceso, de distintas fuentes y además si se utiliza una mayor variedad de formas de recolección de datos (Sampieri, 2006). Los instrumentos representan un continuo dentro de la investigación, pues a lo largo de ésta se van relacionando unos con otros, dando lugar a indicadores sustentados por las relaciones entre los contenidos procedentes de instrumentos diferentes. Es así que dentro de la investigación cualitativa el instrumento nunca constituye un fin en sí mismo aislado del curso general de la investigación y de los procesos que se desarrollan en ella (González, 2000).

En esta investigación se hizo uso de la entrevista semiestructurada. Se eligió este dispositivo porque en la investigación cualitativa es un instrumento técnico de gran sintonía epistemológica con el enfoque al cual se adscribe y también a su teoría metodológica correspondiente.

Consideraciones Éticas

Se trata de profesionales, los cuales en su mayoría, la autora de la investigación conoce personalmente, en tanto trabajó dentro del equipo, lo que contribuye que haya ciertas garantías, como fluidez, conocimiento teórico y vivencial del tema. Esto permitió además que se trate de un observador más activo y atento a la retroalimentación que origina su intervención. Por otra parte es un hecho que el observador interactúa con el medio observado y así afecta la realidad en estudio disminuyendo su apreciación “objetiva”, el investigador cualitativo no teme ser parte de la situación que estudia, de que su presencia parezca contaminar los datos ya que considera imposible recoger datos absolutos o neutrales, siendo consciente de esto lo observa y evalúa, se sabe un actor más en escena (Martinez, M. 2006). Todo esto hizo considerar como pertinente el hecho de que se conozca el contexto, pero no la dinámica actual del equipo, sus

decisiones y modalidades de operar en el tratamiento, cuestión que justificaba cada una de las entrevistas realizadas.

3) Análisis de la información

El estudio se hará a partir de un análisis de contenido interpretativo o análisis estructural, el que considera el nivel semántico del texto a analizar “*lo que se dice*”. La construcción del significado se interpretará y comprenderá por parte de la investigadora como un complejo proceso (diacrónico) de intersubjetividades (Calventus, 2008), para este caso en particular, entre la investigadora y los miembros del Equipo en estudio. Martínez (2006) establece que el enfoque cualitativo es por naturaleza dialéctico y sistémico, siendo la teoría del conocimiento en que se apoya esta metodología una perspectiva que acepta que la construcción del conocimiento surge de un juego dialéctico entre quién conoce -que aparece con sus creencias, valores, intereses- y quién es conocido, -que es activo y portador de una perspectiva-. Mediante el análisis de contenido debiera lograrse la emergencia de aquel sentido latente proveniente de las prácticas sociales y cognitivas, existiendo un “*saber hacer*” acerca de la comunicación, un esquema previo que es un patrimonio cognitivo que se activa, guiando las construcciones recursivas de nuestras representaciones e inferencias⁵.

Para el trabajo específico de análisis, se han considerado los pasos descritos por Calventus (2008) quien proporciona una guía para la realización del análisis de contenido:

⁵ Piñuel, J.L., (2006) Epistemología, metodología y técnicas de análisis de contenido, Estudios de sociolingüística 3(1), pág. (1-42)

1. Selección de las temáticas, acordes a los referentes teóricos, la experiencia de los participantes y la opinión de la investigadora;
2. Definición y relevancia de cada una de las temáticas;
3. Identificación de las temáticas en el texto (resultados de cuestionario y entrevista);
4. Análisis interpretativo, triangulación de teoría, información de los participantes y perspectiva de la investigadora;
5. Problematización para cada una de las categorías seleccionadas.

Respecto de la validez y confiabilidad, se realizaron variadas triangulaciones, a modo de construcción de la discusión, entre los datos obtenidos en las entrevistas, las temáticas revisadas en el marco teórico de referencia y las hipótesis de la investigadora. Son precisamente estas "*triangulaciones*", las que según Martínez, M. (2006) mejoran notablemente los resultados de la investigación y su validez y confiabilidad externa. Todos estos procesos son esencialmente *críticos y evaluativos*; es decir, que, en su devenir, juegan continuamente con *alternativas posibles* para elegir la mejor *dimensión* para presentar una determinada información.

4) Entrevista semiestructurada

La siguiente pauta de entrevista, define de modo general, las preguntas que guiaron la conversación, con un carácter de semiestructurada, la cual se aplicó de manera variable e intencionada, a profesionales que cumplieran con los criterios ya mencionados. Todas estas preguntas refieren a las prácticas del programa, en algunas ocasiones se relacionan con impresiones de un carácter más bien general y opinante, pero remiten luego al quehacer mismo del programa.

Pauta de la entrevista semiestructurada

a) Rol

1. ¿Cuál es el trabajo que Ud. realiza en el Centro?
2. ¿Cómo entiende su rol?;
3. ¿Qué tanto cumplimiento cree que da a este rol definido?;
4. ¿Cuánta comodidad siente tener al desarrollar este rol?;
5. ¿Cómo contribuye este a la función rehabilitadora del Centro?

b) Fase I. Diagnóstico y Acogida

1. ¿Cuáles son los objetivos que se propone Ud. en esta etapa con una usuaria que ingresa el centro?
2. En la fase inicial de tratamiento ¿Existe algún énfasis especial que diferencie a este Programa de Rehabilitación de otros programas?
3. ¿Desde dónde se sitúa usted (en términos teóricos, metodológicos, perspectiva de género) para llevar a cabo su hacer como rehabilitadora en este Programa?
4. ¿Qué aspectos de su práctica aumentan la probabilidad, a su juicio, de obtener un resultado de mayor eficacia?; ¿Cuáles en cambio influyen negativamente?
5. ¿Si existen, cuáles serían los objetivos concomitantes al proceso de rehabilitación? (es decir que se cumplen en paralelo)
6. ¿En qué momento de esta primera fase y cuáles son las condiciones mínimas que requiere el diseño del Plan de Tratamiento? ; ¿Quién(es) participan en su elaboración y quien(es) son los responsable(s)?
7. ¿Cuáles son los objetivos que suelen plantearse (u acordarse)?; Si ha llegado a un acuerdo ¿Este acuerdo puede modificarse en el transcurso de su aplicación?; ¿Cuáles son los motivos que justificarían llevar a cabo algunos cambios?

8. Con respecto a la familia de la usuaria ¿Tienen ellos alguna participación en la elaboración o en los contenidos del Plan de tratamiento? ¿Conocen los Objetivos propuestos en el Plan y cuál es su responsabilidad en el cumplimiento de estos?
9. ¿En esta primera etapa, conoce cuál es la participación de los profesionales y técnicos?;

c) Fase II. Etapa de Tratamiento.

1. ¿Cuál es la función de los siguientes profesionales: Psicólogo/a; Psiquiatra; Trabajador/a social; Terapeuta ocupacional; Técnica en rehabilitación; otros?
2. ¿Qué intervenciones grupales se realizan con las usuarias y cuáles son sus temáticas?
3. ¿Existen objetivos transversales en estas intervenciones de grupo?
4. ¿Qué intervenciones individuales se realizan?
5. ¿Qué determina la duración de la etapa de Tratamiento?
6. ¿Qué enfoque o Modelo utiliza usted para sus intervenciones en esta etapa de Tratamiento? (describalo brevemente)
7. ¿Cuál(es) es (son) las temáticas más frecuentemente abordadas por las Usuarias en este Programa de Tratamiento?

d) Género

1. ¿Cómo aborda Ud. en su práctica rehabilitadora el aspecto de género?
2. ¿Cuáles son las consecuencias prácticas de la aplicación de este enfoque? En que se refleja este enfoque en su trabajo (tanto en el equipo como en las mujeres usuarias).
3. ¿Existe algún principio a su juicio, que fundamenta el que gran parte del equipo de tratamiento pertenezca al género femenino?

4. ¿Ha sentido la influencia del género tanto en las relaciones como en la asignación de roles formales al interior del equipo de trabajo?
5. ¿Cuál cree debería ser la principal motivación o al menos una de ellas- para trabajar en este Programa de Rehabilitación?
6. ¿Cuál es su motivación para trabajar en este Programa de Rehabilitación?
7. ¿Qué aprendizajes adquiridos en este trabajo le han servido para su vida diaria?
8. A su juicio, ¿existe alguna función que Ud. realiza y que no aparece pautada en el Programa?
9. Si se sitúa en la Reunión Técnica:
¿Cuáles son aquellos puntos que más le favorecen en el buen ejercicio de su trabajo de rehabilitación?
En cuanto a la Reunión Clínica: ¿Qué contenidos son los que significan un aporte a su trabajo diario?
10. ¿Por qué le interesó participar en esta investigación?

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1) Parte descriptiva

Para evidenciar los elementos que se levantan como significativos/emergentes en las entrevistas, ha sido necesario hacer una selección y desde ahí implementar un orden, que si bien es arbitrario, da cuenta de los principales temas que se abordaron en los discursos de los que participaron en las entrevistas. Estos temas tienen relación con las fases de acogida y evaluación, fase de tratamiento, rol profesional, género, familia/red, perspectiva y autocuidado.

Dimensión: Fase acogida y evaluación

Dentro de las dimensiones que se han considerado para el estudio, la primera de ellas se ha denominado: FASE ACOGIDA Y EVALUACION Se entenderá como fase diagnóstico, a la primera fase del Modelo de tratamiento. En esta fase de acogida uno de los primeros objetivos es el reforzamiento y adaptación a la abstinencia, simultáneamente se desarrollan estrategias para incrementar la motivación al cambio y adherencia al tratamiento dura un mes a partir del ingreso y cuando la complejidad de la situación de la usuaria, embarazo, puerperio, co-morbilidad, lo requiere este plazo se extiende por el tiempo que sea necesario, dentro de esta fase se desarrollan una serie de procedimientos formales e informales para dar cumplimiento al trabajo de rehabilitación.

La primera de las categorías consideradas dentro de esta fase, es la de **acciones y prácticas**, esto se entenderá como todas aquellas formas de

trabajo, modalidades, instrumentos, técnicas, que engloban el trabajo de rehabilitación. Es una categoría importante dado que remite al quehacer del profesional. Al respecto los profesionales declaran este tipo de consideraciones:

“explicarle de que se trata en qué consiste la rutina, en que consiste el tratamiento en general” (E5; p1)

“conversarle en qué consiste más o menos el tratamiento, el tiempo que tienen que estar, preguntarles cuál es el consumo que tiene” (E5; p2)

“son mujeres adultas que hay que acompañar mostrándole el por qué está aquí” (E5; p2)

“ellas se apoyan bastante en nosotras, en lo que le vamos mostrando” (E5; p6)

De lo expresado por parte del equipo de técnicas y profesionales, las opiniones parecen coincidir en que las prácticas están orientadas al acompañamiento, al propinarle un contexto de base a la usuaria, dándole a conocer el Centro y sus actividades, con el objetivo de conocerla también a ella y que conozca al equipo tratante.

Una segunda categoría está referida a lo que son las **premisas y/o creencias**, están basadas en opciones afectivas y cognitivas, las actitudes son organizadas por la experiencia y también son importantes porque forman parte del acervo experiencial, además de una base desde dónde se desarrolla la práctica y que se despliega luego en una actitud en particular. Opera como una predisposición, porque desde ahí se toman decisiones, se formulan estrategias que se hagan cargo de esa “realidad” develada desde la experiencia, lo que no quiere decir que sean rígidas, sino que tienen la flexibilidad del inter-juego entre la práctica y su teorización, pero lo cierto es que orientan el accionar.

Al respecto los profesionales declaran que tendrían una idea básica de las usuarias que tiene relación con una baja imagen de sí mismas:

“muchas veces la característica de esta imagen negativa de sí mismas tiene que ver con los diagnósticos con los que ellas llegan por ejemplo el tema del trastorno de personalidad que es algo bien recurrente “ (E4; p7)

“la información previa es bien importante” (E2; p2)

Se añaden otras opiniones que invitan a revisar selectivamente que información es la que se considerará en la primera fase para lograr establecer una evaluación que logre captar un bosquejo lo más real posible de la usuaria:

“ayuda mucho a conocer los diagnósticos, los trastornos de Pd que llegan acá los borderline, ayuda a evaluar” (E3; p9)

Otro tipo de premisas tienen que ver con la consideración amplia del programa, donde tiende a pensarse en un programa que se plantea a largo plazo, respecto de esto se declara:

“No somos un Programa para recuperar a los maridos, ni a los hijos, son beneficios directos y hay que mantenerlos a la larga” (E2; p5)

Otra premisa que conlleva la misma consideración, es la siguiente: que aclara el hecho que en esta etapa inicial otra expectativa a corto plazo con la que llegan es la recuperación de los hijos

“se les olvida su dificultad central no era que habían perdido los hijos y el hecho que tengan los hijos con ellas eso hay que sostenerlo” (E4; p9)

Ambas citas parecen estar referidas a las motivaciones iniciales de la usuaria, que persiguen logros parciales y a corto plazo, luego se orientan las

acciones hacia el cómo es que sostienen los logros del tratamiento, lo que está en concordancia con el modelo Multifamiliar de la adicciones que estima en 4 a 5 años el tiempo requerido para la rehabilitación de un(a) adicto(a).

La tercera categoría refiere a **estrategias**, que se entiende como un conjunto de prácticas planificadas sistemáticamente, consensuadas, recurrentes por lo que se practican con regularidad y persiguen algunos de los objetivos programáticos. En este sentido, una de las estrategias que se mencionan más de una vez, por los profesionales tiene que ver con el establecimiento de un vínculo y desde ahí lograr generar la acogida y el conocimiento de la usuaria, esto es dicho por los profesionales de la siguiente manera

“desde lo que estoy consciente e intenciono es acercarme mucho a la usuaria y su familia desde ahí conocerlas más y desde ahí intervenir el problema” (E2;p3)

“en esta 1º etapa hay que recabar mucha información, el equipo técnico va practicando el acoger, practicando el establecimiento de esa base segura para la confianza, la adherencia” (E2; p6)

“esa cercanía lleva a que ellas tengan más confianza con uno y se produzca esta conversación que nosotros constantemente le estamos pidiendo que sea más fluida, que no le cueste tanto llegar a nosotros” (E5; p3)

“cuando están recién llegadas hay una preocupación mayor porque se están recién acostumbrando, por que sientan esto que le decimos acá “el aguachamiento” (E5; p4)

Otras estrategias que aparecen cómo relevantes, recurrentes y que refieren al delicado proceso en el cual se van generando cercanías que permiten conocer las motivaciones y necesidades de las usuarias, estableciendo las confianzas necesarias para que las mujeres se abran a una relación de ayuda desde la cual se pueden establecer límites cómo una

manera de ser cuidadas, respetando además sus ritmos lo que les permite adherir al Programa.

“establecer un dialogo, establecer una relación que le permita adherir que nos permita saber cuáles son sus intereses para poder motivar” [...]

“entonces darle su tiempo, esto de poner el acento en conocer primero, antes de entrar a provocar o confrontar” (E2; p2)

“una característica bien específica de este Programa es el establecer primero la relación, conocerla” (E2; p2)

“porque nosotros en algún minuto devolvemos.... pero en la primera Fase esto es súper-suave, más bien se escucha” (E1; P4)

“bien amables pero poniendo siempre los límites desde el principio...” (E1; p3)

Una cuarta categoría dentro de esta 1º dimensión, es la **actitud o disposición**, se trata de una disposición para la acción basado en opciones afectivas y cognitivas, las que nos remiten al “cómo” se realizan las prácticas con que disposición o desde qué intención, las actitudes son organizadas por la experiencia y ejercen una influencia orientadora sobre las reacciones del sujeto, se distinguirán sólo las actitudes que el equipo ha ido reconociendo cómo facilitadoras del trabajo de rehabilitación.

Según el texto recogido, se imponen las actitudes más desprejuiciadas aquellas que propician la empatía, la disposición a la escucha activa, con acercamientos cuidadosos desde lo afectivo y el reconocimiento del otro como un ser humano.

“Hacer menos juicios, de los comportamientos de las personas” (E1; p37)

“No hacer juicios apresurados, sino darse la oportunidad de conocer a las personas, es decir irse con calma” (E1; p37)

“pero con harto cariño con cuidado, conociendo un poco” (E1; p2)

“en esta primera parte es poner el énfasis en que vamos a intervenir acercándonos a la otra persona como una persona humana” (E4, p2)

“con ponerme en su lugar, como de usar a empatía la escucha activa el hecho de simplemente estar aquí con ella” (E4; p5)

“Desarrollar la empatía, entender que tras cada mujer u hombre hay una historia, que la acompaña” (E1; p37)

Una quinta y última categoría de esta dimensión son los **Objetivos**, los cuales indican hacia donde se orientan las estrategias, nos refieren al Programa del Centro, a las metas o propósitos a alcanzar que se ha propuesto el equipo de profesionales del Centro. Los **Objetivos** más consensuados, relevantes y reiterados son los que tienen relación con alcanzar las metas propuestas para esta fase, que son el mantener la abstinencia, adaptación a la abstinencia y al Centro, tener un motivo de consulta que hace posible la motivación a tratamiento

“este primer mes se pretende que mantenga la abstinencia y de ahí poder trabajar con ella los objetivos que se proponga” (E5; p5)

“Que la usuaria esté en abstinencia y que haya un motivo de consulta” (E5; p6)

“hay unos objetivos que tienden a ser recurrentes que son principalmente la adaptación a la abstinencia” (E4; p1)

“entonces la motivación a tratamiento durante el primer mes también es un objetivo que se intenciona” (E4; p1)

“Hay objetivos que se repiten, sobretudo en esta 1ª fase se habla de mantener la abstinencia, de la adherencia al tratamiento, cumplir con las instrucciones de la vida diaria, cumplir con la participación de todos los talleres” (E3;p8)

Las categorías elegidas apuntan a introducirse en los mecanismos de las prácticas rehabilitadoras, desmenuzando el detalle de ellas, haciendo una revisión pormenorizada del objeto de estudio, esto es, la sistematización de las prácticas y sus eventuales quehaceres potenciadores, así como posibles vacíos programáticos, intentando establecer el cómo es y qué es, de las mismas.

Dimensión: Fase de tratamiento

En esta fase de tratamiento, se implementa el Plan de Tratamiento Individual, una vez formalizado el ingreso de la usuaria al Centro de tratamiento Residencial mediante la firma del Compromiso Terapéutico, se trata de la etapa en que se realiza el trabajo terapéutico con la mujer, la implementación de las estrategias para la ejecución del Plan de tratamiento, durante este período, de alrededor de seis meses la mujer desarrolla las rutinas diarias del Centro y recibe las prestaciones específicas que requiere.

Frases que ilustran la categoría **prácticas o acciones** con respecto a esta fase están representadas por las siguientes citas:

“consultas de salud mental que realizan las técnicas en la vida ‘cotidiana’, que tiene que ver con un espacio de contención” (E4; p19)

“consultas de salud mental que hace todo el equipo” (E2; p8)

Al parecer el equipo distingue a las consultas en salud mental, como las prácticas más recurrentes en esta etapa.

En la categoría **creencias y/o premisas**, se podrían distinguir muchas declaraciones que pueden considerarse como creencias o premisas y que aparecen en el desarrollo de las entrevistas, a continuación, se muestran sólo un ejemplo de éstas:

“(…) y por otro lado hay una coincidencia en la mirada, es decir está viendo lo mismo la familia, está viendo la usuaria y está viendo el equipo lo mismo” (E2; p8)

“hay una condición de vulnerabilidad permanente que es la dependencia al consumo que es una realidad más allá de esta posibilidad de sanación” (E4; p3)

“en la medida que uno ve que va avanzando hay más vínculo” (E5; p7)

“Si sabemos que esto es un umbral de algo, entonces derivación a una ambulatorio y que siga trabajando los temas” (E1; p28)

“muchas de ellas vienen de vivir sus relaciones en la vida con importantes discontinuidades” (E4; p16)

Se podría decir que en la fase de tratamiento se observan una diversidad de creencias de parte del equipo que tienen relación con los conocimientos que han ido recopilando en sus prácticas y que se traducirán más adelante o a la par en estrategias o procedimientos con que abordaran dichos tópicos, se refieren a las recaídas, a las condiciones que deben cumplir las usuarias para ser dadas de alta, también una visión acerca de la adicción como una enfermedad que va más allá de la posibilidad de sanación que se crea desde este Programa; y, desde ahí, el entender que el tratamiento que se les ofrece es parte de una red de rehabilitación que seguirá operando cuando las mujeres egresen, ya que, no se van con todos los temas resueltos.

Se aborda la categoría **estrategias** donde una de las herramientas más importantes reconocidas por el equipo es la Reunión Clínica donde todas las miradas aportan en la construcción de la mirada del colectivo desde donde se interviene semana a semana:

“esa reunión es muy importante, cada integrante vierte toda la riqueza de su experiencia de la semana con la usuaria” (E2; p13)

“en este equipo unos(as) confrontan y otros(as) acogen y eso creo es característico de acá” (E2; p2)

“la Reunión Clínica es la organización, porque es mucha responsabilidad en los procesos, del Programa que ofrecemos es decir ahí debiera estar puesta toda la energía en esa reunión” (E2; p13)

También el intencionar el autoconocimiento a la par con la profundización en los recursos personales, reconocimiento de situaciones de riesgo y el autocuidado, donde lo central es la mantención de la abstinencia

“Como que lo enriquece harto con esto de autoconocimiento, cada una vuelva a sí misma, vuelva a ella y a veces otras cosas más también pero siempre de autoconocimiento” (E1; p21)

“ir explorando en si misma de que dispongo para hacer frente a las dificultades que tengo y resolverlas” (E2; p7)

“se intencionan un poco esto del autocuidado de los recursos que tiene cada usuaria para ir resolviendo ciertos temas relacionados con la adicción” (E5; p8)

En esta la etapa de tratamiento las **estrategias** siguen estando centradas en el acoger y escuchar, pero en un acompañamiento en el sentir, en ayudar a tolerar estas emociones displacenteras de la usuaria y en enfrentar en conjunto las recaídas, como se aprecia en las siguientes declaraciones de varios de los entrevistados:

“así como la escucha, desde lo humano y lo matricial, como desde lo materno” (E5; p10)

“hay que tomar un medicamento para aliviar esa crisis pero no nos vamos a quedar sólo en eso vamos a tener que buscar con que hilar esto con que otras cosas te están pasando” (E4;p4)

“parte importante del tratamiento consiste en reconocer que existen otras maneras de convivir con estas emociones displacenteras y de que hay un acompañamiento para eso” (E4; p7)

“hay psicoterapias directas a enfocar estas recaídas es fundamental en ese momento el trabajo con psicólogos, hay que acogerlas hay que ver que pasó, que sucedió y ambas partes tanto ellas como nosotros que no vimos” (E3; p10)

Se establecen objetivos más consensuados con la usuaria a partir del primer mes, donde el equipo va trabajando el material que ellas traen de sus salidas, en las que tienen la oportunidad de reparar y sanar sus vínculos significativos restableciendo los apegos contribuyendo a forma lo que será su base segura fuera del Centro:

“Alrededor del 1º mes uno establece objetivos más consensuados con la usuaria, objetivos en que se ponen las inquietudes de ellas o lo que ellas sienten como sus necesidades a desarrollar” (E4; p8)

“el foco es las relaciones significativas por lo tanto cada una tiene la posibilidad y el espacio para profundizar en sus relaciones significativas cómo se las está viviendo desde sus dificultades para construir una relación que permanezca en el tiempo darle continuidad” (E4; p16)

En la categoría de **actitud/disposición**, sigue siendo importante una actitud que siga facilitando la adherencia el acompañarlas en la intensidad afectiva que desatan las intervenciones en las que se reconoce lo importante de mantener la conexión consigo mismo(a) y con la usuaria.

“las técnicas las acompañan en ese proceso, las acompañan en las situaciones que ellas mismas van viendo en sus psicoterapias” (E2; p6)

“les conversa como se sintieron y todo, integra a las guagüitas” (E3; p1)

En la categoría **Objetivos** de esta segunda Fase aparecen como objetivos de fondo la reparación del “esqueleto” de su estructura emocional fracturada en la infancia, desde donde pueden ir siendo capaces de mayor entrega afectiva, en la tarea que les demanda hacerse cargo de ellas y de los hijos, como se aprecia en esto que manifestaron algunos de los entrevistados:

“la reparación de la fractura relacional, la reinstalación de una base segura la responsabilización de las mujeres en la crianza porque es un objetivo explícito a la entrada” (E2; p7)

“el trabajo con los hijos es lo que las motiva al fin es ser las madres que quieren ser el estar presentes” (E3; p13)

“La falta de límites, los abandonos que han sufrido de niñas, la violencia y también abuso sexual son los temas de ellas” (E5; p10)

En la medida que van avanzando en ese proceso de reparación, aparecen nuevos aspectos y recursos, así como también la posibilidad de hacerse cargo de su propia intensidad emocional, de manera de poder tener el adecuado espacio emocional para crear una imagen de sí misma que englobe estos nuevos aspectos.

“tiene que ver con el ir co-construyendo una identidad personal más centrada en aspectos positivos de si-misma y en el reconocimiento del tener recursos para el crecimiento y desarrollo personal” (E4; p7)

“aprender a convivir con la emoción entender que está ahí hasta poder convivir con la emoción en términos de la intensidad emocional a tolerarla” (E4; p6)

“los objetivos centrales del tratamiento tienen que centrarse respecto de ir reconociendo cuales son las dificultades que la usuaria tiene para resolver las situaciones de la vida cotidiana hacerse cargo de su vida sin recurrir al consumo” (E4; p9)

Por otra parte hay ciertos objetivos que se intencionan desde el equipo que tienen que ver con cumplir ciertas condiciones mínimas en su desempeño dentro del equipo y del colectivo de mujeres, de tal forma que cuando los consiguen, la mirada de ellas mismas coincide con la de quienes la rodean, Familia y Equipo. Al respecto lo que se puede rastrear de este tema en los entrevistados, es lo siguiente:

“Las habilidades sociales o grupales, en todos los talleres tienen que comunicar, respetar, son objetivos generales, poder cooperar, participar, el respeto, saber escuchar entre ellas, saber esperar los tiempos de cada una, compartir en todos los talleres se da eso” (E3;p11).

También el equipo distingue logros, aún en el caso que no se logre la abstinencia, a saber:

“la abstinencia, es algo que trabajamos desde todos los puntos de vista que podamos y todos los talleres que se puedan es como lo básico para estar aquí” (E5; p8)

“A pesar de no haber logros en la abstinencia hay otros logros que se mantienen” (E2; p4)

Dimensión: Género

Las prácticas y/o acciones , las creencias y/o premisas, las estrategias; y las actitudes o disposiciones , son las mismas que se han declarado en los puntos anteriores, por lo cual no se repetirá su definición operativa, sin embargo, se trata de contextualizarlas ahora en su relación con la dimensión de género, se hace referencia a este como una construcción de las sociedades, donde se determinan muchos de los roles, funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.

En la primera de ellas, que es la categoría **prácticas y acciones**, según se expresa en las opiniones vertidas parece haber una práctica marcada, dentro del equipo, por lo que se estila socialmente como lo femenino, escuchar, apoyar, a lo que contribuye la mayor cantidad de mujeres en el equipo y hombres sensibilizados con estas prácticas.

“también escuchan pero al final se hace lo que el grupo femenino decide” (E3; p14)

“lo bueno es que son hombres que son sensibles al tema” (E3; p14)

“dentro del equipo el apoyo entre nosotras de nuestras necesidades de mujer” (E4; p26)

Otras opiniones que tienen que ver con el cómo se pone el tema en la práctica, son las siguientes y remiten a un espacio amplio donde se las acompaña en la expresión y ampliación de su ser femenino, respetando las decisiones que tomen con sus hijos:

“a las mujeres en general a cada una su espacio para ir acompañándolas a ver que de su ser mujer necesita expresar” (E4; p25)

“te acojan en eso te lo respeten te acompañen y que incluso pueda ser abordado de una manera amorosa para ella por lo tanto amorosa para la criatura” (E4; p26)

Revisaremos también las categoría **creencias o premisas** con respecto específicamente al tema de género, las que se han ido haciendo visibles mediante las entrevista al equipo. Se imponen creencias provenientes de la propia experiencia de ser mujer que en muchos casos son confirmadas desde las usuarias y que tienen como denominador común un sentimiento de vulnerabilidad y soledad y el estar expuestas a los patrones de género que van determinando los roles sociales que tienen dominio sobre las actividades a las que se dedica cada mujer:

“no digo que todas hemos sido golpeadas la hemos vivido, tiene que ver con esto de ser a ratos ciudadanas de segunda, desde la sociedad, desde el patriarcado, eso es algo que siempre me asalta, desde que ingresa una mujer acá yo ya identifico eso y como que en algún minuto de mi vida lo he vivido” (E1; p7)

“sentirse solas y sentirse vulneradas, sólo el hecho de ser mujer” (E3; p13)

“Yo igual creo es un tema de género, como que las actividades de servicio igual las realizan más mujeres, esto de servir de cuidar igual las realizan más mujeres que hombres, eso por una parte...” (E1; p34)

“hay hartos temas muchas se han dedicado a la prostitución entonces no valoran su tema corporal” (E3; p14)

“siento que la lectura está más ligada al hombre en términos del patriarcado, como que las mujeres no leen y eso es bastante falso” (E1; p31)

Otras opiniones que entienden el tema de género desde la experiencia más gozosa de ser mujer y desde esa práctica generar una matriz que albergue las diferentes formas del ser mujer, que sea contenedora y a la vez utilice la experiencia compartida del género:

“para mí la consecuencia es muy positiva, en consecuencia el refuerzo el enriquecimiento todos los días y a cada rato, propondría y provocaría y favorecería que todos nos enriquezcamos de la misma manera porque el enriquecimiento es mutuo, en esa matriz todos podemos ganar y cuando hay una dificultad donde podemos perder disminuir una pérdida o el sufrimiento al compartir la responsabilidad y el dolor” (E2; p11)

“desde la experiencia desde la vivencia que es ser mujer, que para mí es el verdadero sentido del enfoque de género” (E2; p10)

“las mujeres tenemos ciertas características, andamos de cierta manera por la vida, y si a eso le llaman género; ¡bueno ya!” (E2;p 10)

“no es que seamos iguales pero si somos iguales en que somos mujeres y tenemos dificultades para enfrentar ciertas situaciones en la vida” (E4; p2)

“se sienten mucho más femeninas comienzan a quererse más a cuidarse” (E3; p14)

Se describen las **Estrategias** que permiten la elaboración del tema de género como lo están concibiendo las usuarias, siempre ampliando su mirada hacia otras posibilidades, respetando sus ritmos, aceptando sus decisiones y dando cabida a los conflictos y riesgos que les origina su rol social, como lo afirman las siguientes declaraciones de los entrevistados.

“algunas estaban tan chatas que “mejor salía y me iba a consumir” entonces también es un elemento que las pone en riesgo a algunas, eso de sentirse mueble, de sentirse utilizada” (E1; p31)

“Yo no sé si ellas quieren seguir atendiendo al marido o no, ya es opción de ellas pero por lo menos yo si les muestro por ejemplo “pero lo pueden hacer juntos” porque así no te cansas tanto y además es otra forma de compartir también, de que él te entienda en tu rol” (E1; p30)

“es como respetando los ritmos de la mujer, escuchándola y ahí mostrándole alternativas “esto también puede ser, y ahí ella, a ver si pesca, si engancha” (E1; 32)

“quien es feliz como dueña de casa, cocinando y no ve la intención de querer hacer otra cosa, pero a veces descubren que tienen aptitudes para más que eso, entonces ahí se les apoya también con orientación” (E5; p12)

Muchas opiniones están referidas a la **estrategia** de que gran parte del equipo pertenece al género femenino, las primeras tienen que ver con el espacio de mayor confianza, sosiego, intimidad, contención y sensibilidad que se crea a partir de las características de género de este grupo humano, además de evitar la carga histórica y vivencial del género masculino que es un elemento que produce la saturación del ambiente conformado por las imágenes representacionales del masculino en sus vidas:

“porque con el “nosotras” es más fácil y lo masculino está puesto por su familia están confrontadas a cada rato por lo masculino, no necesitamos tener masculino aquí para causar efectos, la presencia del masculino provoca una alteración que no necesitamos” (E2; p12)

“necesitamos calma necesitamos esa matriz que nos lleve hacia nosotras mismas no que nos saca, por la razón que sea el masculino te pone ahí un tema que te saca y estamos proponiendo un mes de abstinencia de todo, de libido de aquí de allá, dejémoslo en stand-by todavía” (E2; p12)

“todas tenemos nuestros ciclos entonces quién mejor que nosotras las mujeres que tenemos esos ciclos podemos entenderlos” (E3; p14)

*“la violencia también de género siempre está en todas, nosotros lo vemos
harto en el taller de lectura porque trabajamos siempre con el tema” (E1;
p29)*

También esta característica del equipo, es atribuida más a la norma técnica o a lo que es aceptado por la cultura más que a una estrategia de trabajo:

“tiene que ver con la cultura no tanto con el Programa” (E1; p35)

*“yo igual creo que es más de género que por otra cosa porque por ejemplo,
técnico paramédico igual tuvimos un hombre que fue Daniel e igual era
como complicado por las normas técnicas, ¿no?” (E1; p34)*

*“las operadoras terapéuticas creo que puede ser intencionado que seamos
mujeres por que como realizamos turnos de noche” (E5; p13)*

Otra serie de opiniones muy importantes en cuanto relacionan los procesos de adicción con el estereotipo de género y la estrategia para trabajar esto a la vez que proponen una mirada para entender y elaborar de que forma el ser mujer desde lo culturalmente aceptable, ha ido dejando fuera la práctica del hacerse cargo de sí mismas y facilitado la labor de género de hacerse cargo de otros, lo cual acarrea graves debilidades y conflictos a la hora de enfrentar esta carencia.

*“si la adicción es lo que no se dice, es la falta de palabras y lo que no digo
es lo que a mí me pasa en relación con otro, en tanto que se es mujer, me
lo guardo, me frustro, me enfermo me lleno de un montón de cosas y soy
terriblemente desgraciada y entonces si empiezo a reconocerlo y decirlo
estoy empezando a ver la posibilidad de sanarme entonces está muy
relacionado” (E2; p10)*

*“en esto hay una mirada del género como darle un espacio para que se
ocupen responsablemente de sí mismas y como una manera de
entenderlas en la relación con los otros significativos que queremos cuidar”
(E4; p2)*

“La perspectiva de género en este Programa tiene que ver con, brindar desde que una mujer entra acá (centro) un espacio para validar y reconocer su ser mujer tal como ella sea y lo experimente, la diversidad de ser mujer en el fondo tratar de ampliar la mirada desde el punto de vista del estereotipo del rol sexual o de género asociado a la mujer” (E4; p23)

Finalmente hay opiniones que examinan el rol de madre y la influencia cultural sobre él, se trabajan sin prejuicios y desde la perspectiva anterior, de una mujer que ha estado abandonada de sí misma, por lo tanto acogerla para que pueda acoger y validar su derecho a descanso.

“hay un énfasis bien importante de poder mirar a la mujer detrás de esta madre que finalmente con lo que tiene ha hecho lo que ha podido... lo importante es si realmente quiere poder ser mamá darle este cobijo primero a ella para que logre entonces siempre es la mirada no despectiva, crítica, devaluadora de esta mala madre sino más bien cómo podemos acompañar a una mujer a que esté entera para que pueda criar” (E4; p26)
“hay un tiempo de descanso después de almuerzo, muchas veces es criticado por que como vamos a tener siesta, una mamá no puede dormir la siesta y acá si lo tienen, detalles así que están ligados al tema de nosotras las mujeres, el cuidado de los hijos, que no hay ninguna súper mamá, somos todas mamas” (E5;p11)

Las **actitudes o disposiciones** para realizar una acción están basadas en opciones afectivas y cognitivas, las que nos remiten al “cómo” se realizan las prácticas referentes al género, desde qué intención; las actitudes son organizadas por la experiencia y ejercen una influencia orientadora sobre las reacciones del sujeto, aquí se detallan algunas, las primeras se relacionan con propender hacia el expresar, el transparentar, aceptar la diversidad, actuar desde lo solidario, la tendencia a crear ambientes en que la emoción esté presente, lo que naturalmente tiende al contagio afectivo y percepción de un espacio más humano y amable:

“decir lo que pienso y promover decir lo que pensamos, como salga al principio como me gustaría que a mí me digan las cosas” (E2; p11)

“sentirse parte de este universo donde siendo todos distintos nos parecemos tanto en algunas cosas y como en eso de parecernos podemos acercarnos y hacer un caminito juntos acompañando unos a otros a salir de las dificultades que quiere salir” (E2;p12)

“entonces ahí empiezan a ver el mundo un poco más amable” (E3; p14)

“entre mujeres se da un diálogo muy particular que tiene que ver con una presencia constante de la emoción de lo que nos está pasando en el mundo interno” (E4; p26)

También se hace notar que existen otras actitudes más críticas hacia el ejercicio de la maternidad, actitudes con menos cuidado hacia el equipo, actitudes desprolijas en las que parecen quedar situaciones abiertas:

“donde nosotras las mujeres somos depredadoras de nosotras mismas, en muchos casos este tema de la maternidad que muchas veces somos críticas de otra mujer” (E5; p10)

“hay un poco de cuidado no sólo porque es hombre, cuando uno manifiesta que no está de acuerdo de manera que no aparezca agresivo” (E5; p13)

“a mí me complica cuando no me avisan, cuando es como que...es un tema de género...que es lo mismo que en la casa dejan los calzoncillos botados ahí...o las tazas sucias y todos dan por hecho y nadie se dio cuenta que las lavó” (E1; p36)

Dimensión: Rol profesional

Se revisara en primer lugar la categoría **acciones/prácticas** que refieran al rol profesional, las que son expresadas por el equipo, reconociendo cómo las prácticas más habituales del Psicólogo/a , la psicoterapia individual, la coordinación del proceso grupal, realizar la

evaluación psicológica de la usuaria, acogimiento, acompañamiento a rehabilitar sus afectos y en su mirada hacia el cambio y orientación de la usuaria, también liderar el Plan de Tratamiento Individual(PTI) y armar el caso en la Reunión Clínica; participar en la Reunión Clínica donde el detalle de su función en ésta no está pautado, otras actividades, señalan, que no están pautadas son las reuniones con la Psiquiatra, el hacer Informes Psicológicos, completar protocolos como las fichas clínicas, hacer gestiones telefónicas por la derivación de usuarias y visitas domiciliarias aproximadamente una vez al mes:

“Psicólogos el tema del cumplimiento de los objetivos propuestos por la usuaria” (E5; p7)

“la función del psicólogo es un poco también la evaluación de la usuaria y acogerlas” (E3; p10)

“uno hace la -Evaluación, -Terapia individual y de grupo y que participa en las Reuniones, pero el detalle de lo que se hace no está descrito” (E4; p29)

“acompañar a las mujeres a rehabilitar sus afectos” (E4; P37)

“otras actividades que no están pautadas como realizar informes” (...) “hay reuniones que no están pautadas en el programa, por ejemplo las reuniones con la psiquiatra” (E4; p29)

Las opiniones más representativas que se han elegido acerca de las acciones y prácticas de la Trabajadora social, además de las administrativas, apuntan sobre todo a resolver el tema familiar, hacerse cargo del taller de vínculos con participación de las técnicas, ordenar temas pendientes de las usuarias, realizar todas las coordinaciones, hacer las visitas domiciliarias en conjunto con La Terapeuta Ocupacional, lo describen así:

“Además de función administrativa como coordinadora, ordena los temas que dejaron pendientes las mujeres antes de ingresar” (E1; p15)

“taller de vínculos, lo lleva la Olga adelante con la participación de las técnicas” (E4; p16)

“la trabajadora social, yo soy una especie de maestro chasquilla, hago todas las coordinaciones” (E2; p6)

“Olga dentro de las actividades hace las visitas domiciliarias en conjunto con la terapeuta ocupacional, también se hace cargo del MF, en compañía de las operadoras terapéuticas (...) y resolver el tema netamente familiar” (E5; p8)

Las acciones y prácticas más relevantes y reiterativas que se le atribuyen a la Terapeuta Ocupacional, tiene que ver con estar a cargo de las actividades de vida diaria de las mujeres, coordinarse con la/el psicóloga/o, hacer el diagnóstico ocupacional, tiene la responsabilidad del seguimiento y de realizar las visitas domiciliarias, acompañar a la usuaria en la realización de trámites que surjan en su proceso y están expresadas de la siguiente forma:

“Yo creo que el tema del seguimiento y de las visitas queda harto corto el programa” (E3; p1)

“Terapeuta Ocupacional: Ella va haciendo todo un seguimiento para ver el cumplimiento de las metas a nivel sociocupacional de la usuaria y realizar o acompañar a realizar algún trámite que necesitan las mujeres a veces por ejemplo ir a cobrar una pensión, también las visitas domiciliarias, el seguimiento” (E5;p7)

“hace evaluaciones con las psicólogos(as), hace entrevistas para evaluar” (E1; p17)

Las acciones y prácticas realizadas por las Operadoras Terapéuticas y elegidas en función de su representatividad de las opiniones vertidas, se relacionan con ser “las terapeutas de la distancia corta” y desde esta posición de cercanía con la usuaria la observan, contienen, acompañan, orientan, por lo que manejan valiosa información de primera mano que es transmitida al equipo:

“las operadoras terapéuticas en conjunto en equipo, por ejemplo, ellas me ayudan mucho en el tema de seguimiento” (E3; p1)

“en darme información de las usuarias en reuniones informales... no queda registrado” (E3; p1)

“El rol como operadora terapéutica, es acompañar, contener, orientar a la mujer las 24 horas del día” (E1; p18)

“que son las que observan realmente el desempeño de las usuarias en la vida diaria (E3; p9)

“mi trabajo básicamente es escuchar y a veces un “apapachamiento” un abrazo” (E5; p3)

“las Técnicas en rehabilitación en esta 2º fase son las terapeutas de la distancia corta, ellas acogen acompañan a las mujeres” (E2; p6)

“en la Reunión Clínica vamos diciendo que cosas hemos hecho, cuales han resultado y que no, entonces, entonces se ve lo que se mantiene y lo que se cambia” (E5; p6)

Además de acompañar a los profesionales en los talleres, también han guiado los Multifamiliares y cubierto todos los talleres cuando falta el profesional o tallerista, lo que es expresado de la siguiente forma:

“todo lo que falta lo hacemos nosotras” (E1; p35)

“bastantes veces ya las técnicas han guiado el Taller MF” (E4; p16)

“una hace hartas actividades” (E3; p1)

“nosotras cubrimos los talleres de la Olga (Asistente Social) para abajo” (E5; p14)

“y ahí nos coordinamos con el equipo” (E4; p2)

Dentro de las prácticas que las entrevistadas reconocen como propias de la Psiquiatra, mencionan el diagnóstico integral, evaluando el daño de la mujer y prescribiendo los medicamentos necesarios.

“Su función es medicar, también evaluar el daño de la mujer” (E1; p15)

“La Psiquiatra hacer el diagnóstico integral” (E2; p6)

“La Psiquiatra: La función es darle la atención médica e indicarle la parte medicamentosa del tratamiento” (E5; p7)

En cuanto a las **Creencias/Premisas** del rol Profesional, las ideas acerca de este según lo expresan, parece tratarse de roles complementarios, donde todas las miradas aportan a obtener una perspectiva amplia de la sujeto en cuestión, visión sobre la que se delinear las intervenciones del equipo semana a semana

“yo lo entiendo como dar satisfacción a una necesidad de aportar con detalles que no son visibles para todo el mundo ya sea porque están más cerca de las personas y es difícil ver entonces como yo estoy más de fuera puedo aportar información que es útil en el proceso” (E2;p1)

“uno siempre tiene sus propios momentos de mayor apertura y momentos de no tanta apertura como persona entonces hay cosas a las que yo estoy negada o no las estoy viendo” (E4; p5)

“lo entiendo cómo ser un aporte de intervención para poder elaborar estrategias de intervención” (E2; p2)

“creo que apporto en ese momento desde el interés de la usuaria, la mirada de la usuaria cómo se proyecta la usuaria como se va a mantener afuera, eso aporta hartito al equipo como que hace abrir más la mirada” (E3; p4)

Por otra parte intervenciones apuntan a reconocer que la base del trabajo del Centro se da mediado por la relación, instancia que ha ofrecido una ganancia no sólo a las usuarias en tanto alguna(s) reconocen haber madurado en virtud de esto:

“o se mandan el madurón o nada, eso me motiva mucho, porque siento que fue mi propia experiencia fue mi propio proceso, claro” (E3; p15)

“cosas yo creo que algo importante que yo he ido aprendiendo tiene que ver con esta noción o esta certeza de la continuidad en las relaciones” (E4; p31)

“tanto cualquiera tiene la posibilidad de reparar sus errores y de salir de sus estancamientos y de encontrar lo mejor de sí mismas para seguirse desarrollando y para ser feliz” (E4; p30)

Otro tipo de creencias que existen tienen relación con las características del equipo, definiciones y motivaciones personales respecto al trabajo; se expresan de la siguiente manera:

“para mí la principal motivación tiene que ver con creer en esta propuesta cómo comprármela estar convencida de ella para yo participar” (E4; p30)

“que crea en esto, que seamos creíbles para el equipo, para la gente, para la usuaria” (E3; p15)

“me motiva el trabajo con mujeres, con los niños” (E3, P15)

“para ingresar al equipo puede cualquier persona que tenga la visión que es un aporte a poder brindar un espacio reconstructivo a otras mujeres que lo necesitan pero que crea que su aporte es un aporte más” (E4; p30)

“que la persona se motive a ayudar al servicio, que les guste servir, que les guste el tema social” (E3;)

“es un grupo y un centro de trabajo donde tú eres un aporte y si no te lo dicen también” (E3;p15)

Cuando ya han establecidos relaciones de ayuda, logrando grados importantes de conexión, aportando desde lo que transparentemente cada acompañante íntima puede, así la mujer confía y logra abrirse a ese acompañamiento, parece entenderse que de esa manera se da cumplimiento al rol cuya prioridad es la atención de las usuarias y el restablecimiento de la continuidad relacional, un rol que al parecer tampoco está descrito acabadamente:

“Cuando estamos de verdad conectadas y aportamos es porque estamos desde esa disposición de acompañar a las mujeres en lo que nosotras podemos con lo que nosotras tenemos” (E4; p35)

"siento que puedo desarrollar el rol de una relación de ayuda como yo la experimento o creo" (E4; P36)

"mi rol tiene que ver con un acompañante íntimo un acompañante cercano de otro significativo dispuesto a establecer un diálogo abierto entre dos seres humanos" (E4; p35)

"cuanto más conectada estoy en el presente con la relación con esta mujer cuanto más ella se entrega a esta relación confía en la posibilidad que de alguna manera yo la voy a poder acompañar" (E4; p5)

"empezamos a abrir los brazos, eso marca la separación que no es un olvido pero si la realidad en el fondo, porque ellas están de paso acá" (E5; p10)

Dentro de este escenario parece existir la creencia que lo más tensionante viene de afuera, una exigencia que es entendida como interrumpir esa conexión y la continuidad relacional, tejido que, según lo expresado, advierte desde la sutileza, en que momento abrir los brazos y soltar un poco más a las mujeres, por otra parte se deja ver que hay una sobrecarga del hacer que impide momentos para la reflexión:

"la principal tensión viene cuando se nos hacen estas exigencias" (E4; P38)

"y tu prioridad es la atención de las usuarias a propósito del rol y tal vez ese rol tampoco está descrito" (E4; P37)

"siento que lo más tensionante viene de afuera" (E4; p36)

"lo mejor sería no tener tantas cosas que hacer" (E5; p14)

"es tan mecanizado que no logras ver la dimensión de lo que tú haces" (E5; p13)

"nos exigen esto de la sistematización del Programa entonces como, en que momento nos detenemos a sistematizarlo a actualizarlo" (E3; p1)

"desde el quehacer uno va haciendo las cosas y no se detiene a ponerle nombre desde lo práctico uno hace y hace" (E5; p13)

Categoría **Estrategias** de la Dimensión Rol Profesional, se refieren numerosas de ellas practicadas por el equipo profesional importantes por su reiteración como relevancia. Algunas examinan los procesos de las mujeres,

examinando sus relaciones más cercanas y significativas, nutriéndose y recabando información en los espacios formales e informales:

“escuchar y observar los aspectos relevantes de los procesos de las mujeres” (E2; p1)

“por ejemplo que sucede entre ellas y las familias entre ellas y sus compañeras entre ellas y el equipo y como ir encontrando en esos detalles ir encontrando señales de logro en el proceso” (E2;p1)

“información que me dan los integrantes del equipo en los espacios informales o en la reunión clínica, entonces ahí salen sugerencias de intervenciones, salen intervenciones” (E2;p1)

“necesito nutrirme de lo que el resto del equipo está viendo y lo que en otro momento esta mujer mostró de sí y eso se enriquece en la reunión clínica” (E4;p5)

Aparecen estrategias en las que aparece un isomorfismo entre los procesos de las usuarias y los procesos de las terapeutas, un crecimiento y autonomía a la par:

“hoy día que decido lo que quiero y lo que no quiero según mis intereses y eso es lo que trabajo con las usuarias” (E3;p3)

“yo busco mi propio autocuidado afuera” (E3;p3)

“estar ahí abierta dispuesta conectada escuchando poniendo eso al servicio de esta posibilidad de crecer de desarrollarse de cambiar por lo tanto yo también cambio, crezco y me desarrollo y ahí está lo bonito también , lo que me entusiasma lo que me motiva” (E4;p6)

“mientras yo más me entregue a ser una parte de un sistema que va hacia cierto lado mejor y eso también en mi vida personal” (E4;p30)

Hay abundantes opiniones que consideran valioso el aporte de la Reunión Clínica como espacio de coordinación, de lectura de procesos de las mujeres, donde todas las miradas aportan y desde donde se elaboran las estrategias de intervención:

*“Ayuda bastante tener esa reunión por que es como la mirada de todo el equipo”
(E5;p16)*

“la Clínica obviamente va a ser fundamental para el trabajo por que es la única forma de “informarnos todo el equipo de los objetivos que se están trabajando” (E3;p3)

“hay aportes desde lo clínico lo farmacológico, la conducta que se va observando, la familia que está ahí, los mismos proyectos personales todo eso aporta, las motivaciones que son tan dinámicas” (E4;p4)

“En la Reunión Clínica en realidad, la mayoría es relevante x que ese es el espacio de poder compartir que le pasa a la mujer en su vida diaria, esto mismo de ir aprendiendo a leer los procesos” (E4;p31)

Se describen múltiples estrategias que tienen relación con los elementos que debe reunir una relación de ayuda para que verdaderamente logre reparar la fractura relacional con la que viene la usuaria, el tema de la continuidad de estar presentes, trabajando con el cuerpo sentido, con la emoción como un instrumento de autoconocimiento y en alguna estrategia que tienen que ver con adecuación de los instrumentos , para captar más integralmente a la mujer:

“el tema es estar bien atentas y ser sensibles como programa a lo que cada mujer va experimentando y a lo que necesita” (E4;p25)

“alguien esté ahí es parte de lo que sana y que no tiene que ser todo lo perfecto y bueno que se supone, sino lo que hay y tiene que estar y en la medida que está y sigue estando es posible construir” (E4;P37)

“Se han incorporado los objetivos de la terapia ocupacional al PT por lo que estos objetivos se trabajan desde un inicio y el equipo les presta atención a su cumplimiento, así como los demás” (E3; p5)

“trabajo hartito con el cuerpo vivido que es cómo la usuaria lo va haciendo pero también sintiendo que es importante” (E3; p12)

“pero ver las que sí puede siempre con su límite y su organización se les refuerza que vuelvan a organizar su historia laboral también que vean que si han hecho cosas productivas” (E3; p14)

“guiándolas, ayudándolas tanto en sus tareas de la vida diarias como en sus tareas que se le encomiendan por el tema de su rehabilitación” (E5; p7)

“hay que tomar un medicamento para aliviar esa crisis pero no nos vamos a quedar sólo en eso vamos a tener que buscar con que hilar esto con que otras cosas te están pasando” (E4:p4)

Categoría **actitud/disposición** referentes al Rol profesional, las opiniones más reiterativas se refieren a la comodidad en el rol desempeñado que parece tiene relación con la armonía con que trabajar el equipo:

“desde ahí mucho respeto mucha solidaridad mucho compañerismo mucho apoyo sentido, de apoyo de verdad no sólo en el discurso” (E4; p26)

“Yo me siento cómoda, siento que en la medida que el equipo trabaja con bastante armonía que tratamos de mantener la armonía en relación a las usuarias” (E2; p1)

“siento mucha comodidad en el rol primero porque me gusta mi rol mi trabajo” (E3; p5)

“me siento bien acompañada” (E4; P38)

Otras actitudes a las que hacen referencia corresponden a las observadas hacia el trabajo con las mujeres, aparecen nuevamente el escuchar y acompañar, la integridad en la relación y el no moverse mucho, más bien observar.

“aprender a escuchar, observar y sentir muy profundamente que quedándose quietita observando uno puede percibir mejor” (E2; p13)

“durante todo el proceso escuchamos, acompañamos” (E5; p7)

“mi prioridad es con la mujeres y además estar con ellas en una entrega bien entera” (E4; P37)

Otras actitudes recogidas del material son reiterativas en señalar como las actitudes deseables en los profesionales, el crecimiento personal, la

apertura de mente, la sensibilidad, la actitud transparente, la mentalidad de ayuda.

“Un requisito es que te tiene que gustar, ser un poco abierto de mente, de mirada abierta” (E3; p1)

“...ser transparente entonces, el desarrollo personal, la sensibilidad” (E3; p2)

“me quedé por que descubrí que además de tener un aprendizaje para mí también podía ayudar en el proceso de rehabilitación de las mujeres” (E3; p3)

“una mentalidad de ayuda hacia otras personas a través de esta Institución, de este Programa y tener las ganas de hacerlo” (E5; p14)

Dimensión: redes/familia

En la Dimensión redes/familia, la primera Categoría son las **creencias/premisas** se han escogido las opiniones más categóricas y representativas del tema, que pone el énfasis en que la familia también se rehabilita junto a la usuaria, opiniones coinciden en que un tema central en las usuarias es, el de la relación con la madre, tema de las culpas y la estigmatización y cómo la rehabilitación en este escenario toma parte del bagaje relacional de la historia de cada mujer para construir relaciones sanas:

“como la familia se va rehabilitando, como se van creando o recreando vínculos entre nuestra usuaria y su familia” (E5; p5)

“esta el taller MF que es este encuentro entre familias que la intención es cómo les está yendo en este ejercicio cotidiano de contener a esta mujer con tantas dificultades y cómo lo están haciendo cada una de estas familias y ellas van compartiendo ahí sus vivencias” (E4; p15)

“alrededor quienes la rodean la sociedad su familia es la estigmatización de ser drogadictas dejar a tus hijos botados” (E3; p13)

“es muy recurrente el tema de la mamá, sentirse solas y sentirse vulneradas” (E3; p13)

*“igual había una mamá presente y a la vez no-presente, media jabonosa”
(E1; p12)*

“Es decir, en algún momento los lazos familiares eran ricos gratificantes pero en algún momento quedo la escoba quedo la debacle pero ella tiene ese bagaje para establecer otras relaciones que son sanadoras” (E2; p9)

La segunda categoría son las **estrategias** que reconocen en la dimensión redes y/o familia, se han seleccionado opiniones que dan cuenta de estrategias que reflejan lo central del hacer en el trabajo con familias, la realización de los grupos multifamiliares (MF) en que participan las familias de las usuarias se genera un espacio de rehabilitación para las familias , donde logran darse cuenta de su implicancia en el origen y mantención de las dificultades de la usuaria, muchas veces adhieren al tratamiento respetan los compromisos del grupo, comparten sus dificultades y recursos , trabajan las situaciones de riesgo se transforman en aliados y las usuarias pueden ejercitar con ellos el habilitar la relación, el dejarse cuidar, cuando entienden la gravedad de las dificultades de la mujer son capaces de hacer cambios significativos en la relación y en los hábitos familiares de tal forma que la usuaria logre sus objetivos; a veces la familia no logra adherir y se busca una nueva red o se enfrentan las verdaderas posibilidades de la mujer.

“lo otro es trabajar con la familia en grupo, reuniendo cerca de 8 a 9 familias y las usuarias, donde ellas dialogan comparten su experiencia entre sí, se apoyan se refuerzan es parecido a un proceso de autoayuda eso con la familia” (E2; P1)

“reconozcan cuáles son sus dificultades y puedan ver cuáles son sus recursos para resolverlos ir sanándose grupalmente del sufrimiento” (E2; p7)

“el rol en los multifamiliares es de estar atentos y de mostrarles las contradicciones e insistirles como una cierta conducta de las mujeres también se relaciona con que para no tener conflictos con ella le aceptaron tal o cual conducta” (E4; p1)

“la familia en la medida que van asumiendo ese rol de cuidador, que se van sintiendo cómodas, que van superando dificultades sin abandonar a la usuaria se van acordando plazos, hay una adaptación de las familias a su rol de cuidadores y ellos se ven cómodos y explicitan sentirse cómodos haciendo eso, vendría ser como la habilitación del modelo de crianza” (E2; p8)

Dimensión: Autocuidado

En esta dimensión se agrupan todas las opiniones, juicios, creencias, estrategias que se relacionan con la problemática del Autocuidado al interior del equipo de rehabilitación. Existen varias estrategias que ha ido desarrollando el equipo para dar respuesta a sus necesidades de autocuidado, la que es una necesidad sentida por los integrantes, al carecer de una práctica de autocuidado establecida por la Institución; Las estrategias van desde tomar distancia del trabajo, apoyarse en el equipo, escuchándose, lograr decir lo que se piensa y siente de manera fluida, ser transparente y tener una vida fuera del Centro, haber aprendido a no desbordarse con las emociones y a nutrirse en la relación con las usuarias.

“uno se va como cargadita, pero el aprender a tomar distancia...” (E1; p9)

“es manejable porque tengo mis compañeras también, porque somos un equipo y acá igual el equipo se apoya” (E1; p9),

“he aprendido a cuidarme, dejándome espacio escuchándome, eso ha sido importante” (E2; p13)

“me afirmé mucho más en esto de decir lo que pienso y lo que siento de manera fluida donde yo me quedo tranquila me quedo en paz” (E2; p13)

“yo tuve que aprender a hablar porque vengo de una familia que no habla mucho, si hablaban de las emociones nos desbordábamos todo” (E3; p4)

“el tema del autocuidado siempre ha sido una necesidad sentida” (E4; p33)

“en lo personal he ido enriqueciéndome, tomando del mismo aporte que yo intento hacerle a las mujeres y como yo observo que ellas lo intentan y lo hacen” (E4; p30)

“Desde que me empecé a sentir cansada o tomarle el peso empecé a dejar cosas o tomando “otras como hacer gimnasia, manualidades” (E5; p15)

También se explicita la necesidad de acogida en el día a día o apoyo en las reuniones al compartir temas de trabajo:

“yo acojo pero también que me acojan en situaciones que yo también lo necesito al fin y al cabo estas todos los días aquí, eso es más con las compañeras que con los hombres” (E3; p15)

“pero también es rico que te den el abracito en el día a día” (E3; p15)

“el hecho de compartir estos temas en la Reunión Técnica o Clínica donde tienen que apoyarnos para sentirnos más acompañadas” (E4; P38)

Se han intencionado espacios de autocuidado, se desprende de las opiniones que hay consciencia de gran parte del equipo que para cuidar a otro se necesita estar bien, que trabajar con la salud mental es agotador y que el contar con ese espacio influye positivamente en el trabajo. Por otra parte hay un desgaste accesorio proveniente de la falta de contratos con la Institución de la mayor parte del equipo y la percepción de un desequilibrio entre lo que cada uno aporta v/s lo que recibe en retribución a su entrega:

“estas trabajando con tu salud mental, también eso es agotador más que todo lo físico, lo que te llevas, lo que te llega como persona de todas estas vivencias de las mujeres y tener bueno el juicio para poder ayudarla realmente y no confundirlas más , es un desgaste que a veces uno no lo nota ” (E5;p14)

“cuidar a otros tiene un desgaste importante y que no se puede hacer de cualquier manera y que si yo hoy día necesito estar bien primero necesito empezar por ahí” (E4; p2)

“hemos ido intencionando espacios de autocuidado en esa línea, estamos reuniéndonos 1 vez x mes a conversar de las dificultades que vamos teniendo tanto en términos personales con estos espacios de trabajo” (...)

“situaciones específicas con las usuarias que nos complican que nos

conflictúan... entonces si yo no contara con eso yo creo que mi quehacer profesional se perjudicaría mucho” (E4; p6)

Dimensión: Perspectiva

Desde esta dimensión se recogen las declaraciones referentes al enfoque utilizado por el equipo, al sistema teórico al que adscriben, expresan trabajar desde una mirada abarcativa del ser humano cómo es el enfoque biopsicosocial, también situarse desde el enfoque relacional con la sujeta, otro paradigma involucrado en el cómo hacer del equipo es el constructivista, que también es la mirada del Programa expresan, donde se entiende a la mujer y su mirada ante la vida como un ser en construcción permanente:

“Desde lo Bio-psicosocial, desde ahí porque involucra todo el ámbito que rodea a un ser humano” (E5; p3)

“no nos situamos desde el trastorno por dependencia a sustancias, la persona tiene un trastorno de dependencia a sustancias o un trastorno de personalidad, tratamos de interactuar desde la relación con esta mujer” (E4; p2)

“desde una mirada constructivista, entender que esta mujer, que es lógicamente la mirada del Programa tiene sentido para mí, desde entender a esta otra persona que está ahí con sus propios valores sus propias creencias su mirada ante la vida en construcción permanentemente” (E4; p2)

Hay una mirada sistémica tanto para abordar el trabajo con familias como para entender el aporte que hace cada uno al colectivo o sistema, el que nutre el enfoque:

“y también apelando al trabajo siempre desde una mirada al sistema una mirada sistémica, que tiene que ver que siempre una dificultad no es una sola persona la que está afectado sino que tiene que ver con una familia que está viviendo el problema también” (E4;p3)

“somos un equipo que está nutriendo permanentemente la intervención desde la mirada de cada uno, por lo que aquí la mirada de colectivo y de sistema es muy importante, de ahí la mirada sistémica desde el enfoque” (E4; p3)

“yo pondría el énfasis en que todos hacemos y todos decimos y eso es todo importante” (E2; P12)

“Me sitúo más desde el enfoque sistémico, con enfoque de género enfoque familiar comunitario” (E2; p2)

“Sistémico y multifamiliar, usar el enfoque sistémico para que el sistema se sane, ese sistema se rehabilite” (E2; p8)

Hay opiniones en el equipo que señalan la presencia en las usuarias de dificultades en cuanto a la relación con la madre, existe la perspectiva de abordarlo desde la prevención, en la atención primaria

“sería interesante investigar más esta relación que hay entre las mujeres y sus madres x ejemplo, que tanto hay que es tanta la dificultad con la mamá, más que los hombres, investigaría el género femenino en relación a tema con sus madres porque mucho del consumo de drogas parece provenir de ahí, como viene con este daño ponerlo en la prevención, en la atención primaria” (E3; p17)

2) Discusión

1. Aspectos programáticos que potencian el trabajo de rehabilitación

1.1. Prácticas matríticas

Dentro de las prácticas que facilitan o van en la línea de ayudar al trabajo de rehabilitación se encuentran aquellas acciones que podemos reconocer como de género femenino, puesto que son prácticas socialmente reconocidas como propias de este género, que impulsan el trabajo de rehabilitación porque apuntan a desplegar muchos de los objetivos programáticos: como el acoger, la cercanía física y emocional, la expresión de sentimientos, la continuidad del vínculo y la construcción de una matriz por parte del equipo. Todas estas prácticas albergan las diferentes formas del ser mujer, una mujer contenedora y que a la vez utilice la experiencia compartida del género. A esto contribuye la mayor cantidad de mujeres en el equipo y también los hombres sensibilizados con estas prácticas, constituyendo una matriz de rehabilitación en que todas/os se ven beneficiados:

“Para mí la consecuencia es muy positiva, en consecuencia el refuerzo el enriquecimiento todos los días y a cada rato, propondría y provocaría y favorecería que todos nos enriquezcamos de la misma manera porque el enriquecimiento es mutuo, en esa matriz todos podemos ganar y cuando hay una dificultad donde podemos perder disminuir una pérdida o el sufrimiento al compartir la responsabilidad y el dolor” (E2;p11); “Es como respetando los ritmos de la mujer, escuchándola y ahí mostrándole alternativas, esto también puede ser y ahí ella, a ver si pesca, si engancha” (E1;32)

Dentro de las prácticas intencionadas o no (visibilizadas o no), existe el entendimiento de vivenciar un isomorfismo entre lo que son los procesos de

rehabilitación de las mujeres que propenden hacia su desarrollo y sanación, junto con los procesos de las terapeutas, de lo que se desprende que tanto las mujeres, como el equipo de terapeutas, se ven beneficiadas por esta matriz.

“decir lo que pienso y promover decir lo que pensamos, como salga al principio como me gustaría que a mí me digan las cosas” (E2; p11)

“tanto cualquiera tiene la posibilidad de reparar sus errores y de salir de sus estancamientos y de encontrar lo mejor de sí mismas para seguirse desarrollando y para ser feliz” (E4; p30)

Esta matriz da origen a prácticas que podrían denominarse matrízicas, porque significan una extensión de lo femenino biológico: la calidez, la acogida, el cuidado, la aceptación e impulso hacia una vida en desarrollo, que son utilizadas como potentes herramientas de sanación y por lo tanto de rehabilitación y autocuidado para el equipo, caracterizadas por el cuidado mutuo, el mantener la conexión con el mundo interno de cada una a través de la emoción, el contacto con el presente y la relación, visibilizar las dificultades del ser mujer desde esta cultura patriarcal reconociéndolas en cada una y solidarizando con el colectivo, a la vez vivirse placenteramente esta experiencia de ser mujer y/o madre.

Este espacio permite la resignificación del ser mujer desde una definición sociocultural, hacia una centrada en el desarrollo particular de cada ser mujer, advirtiendo los riesgos que denota el adecuarse al “deber ser” social, al vivirse el conflicto de la transición de un modelo tradicional a uno posmoderno. Daskal (1994) introduce como factor de enfermedad precisamente el que las mujeres vivan en esta contradicción constante, también las imposiciones contrapuestas que caen sobre ella, producto del mix formado por dos sistemas culturales: el tradicional y el posmoderno, donde el dar respuesta a los temas familiares, laborales y personales es un

esfuerzo constante, el pertenecer al género femenino trae consigo una serie de estigmas (sexo débil, frágil, vulnerable, etc.) que necesariamente deberá hacer esfuerzos constantes para escapar a esas definiciones.

1.2. *Práctica de la psicoterapia*

Como aporte a la acumulación de conocimientos acerca de la rehabilitación, el particular enfoque del Centro de rehabilitación del Hospital de Peñablanca distingue una línea de acción bien definida. Cuando la usuaria ha logrado mantener la abstinencia (y acogerla en la matriz de rehabilitación), otros procesos de más profundidad empiezan a activarse, los cuales podrían ser descritos de la siguiente manera:

- Acercarse y conocer a la usuaria antes de confrontarla
- Respetar su ritmo individual
- Poner límites en las prácticas diarias que más bien son respuestas contingentes de encuadre
- Reforzar los aspectos positivos de si-misma que vaya mostrando, con el fin de ir co-construyendo una imagen positiva de sí misma, a la vez de significar sus recursos personales para cuidarse y hacerse cargo de su vida
- Ayudar a instalar y/o reinstalar la continuidad en la relación con lo que transparentemente la/el terapeuta puede entregar, estando ahí para contenerla y acogerla
- Restablecer una base segura y reparar la fractura relacional a través del vínculo sano construido con sus terapeutas
- Habilitar su repertorio sano de habilidades vinculares para habilitar vínculos con sus seres significativos
- Confrontar, pero también acoger y contribuir a la integración de factores perturbadores mientras se van instalando los cambios en la mujer.

En la fase de tratamiento cuando la psicoterapia está instalada, gran parte del equipo realiza prácticas de consultas mentales, sobre todo las operadoras terapéuticas, ya que sobre ellas recae el acompañamiento diario en los procesos de profundización al que empiezan a abrirse las usuarias. En esta segunda fase del proceso de rehabilitación se debe acompañar a dar sentido, permitir que se integren los disturbios y descompensaciones que genera la psicoterapia.

Si la mujer logra tolerar la intensidad emocional que le producen sus dificultades y, con ello, resolver situaciones de la vida cotidiana para hacerse cargo de su vida, sin recurrir al consumo, entonces dispone de un espacio para que logre integrar su autocuidado y hacerse cargo de su ser mujer, de la manera que lo ha ido reconociendo y eligiendo como parte de su vida. Paralelamente se produce una descontaminación del ambiente familiar, mediante la resignificación de una relación antes mediatizada por el alcohol/drogas a un estilo de vida cualitativamente diferente, marcada por valores humanos que mejoran la convivencia, la solidaridad, la comunicación, el respeto a la diversidad.

En la fase de Tratamiento, si la usuaria no tolera los disturbios y descompensaciones a su equilibrio y organización interna que logran generar las perturbaciones que induce la psicoterapia al profundizar en los conflictos y dificultades que tiene la mujer en enfrentar la vida sin consumo. El daño en sus relaciones vinculares, la dificultad de hacerse cargo de sí misma, la necesidad de un cambio de sus patrones de relación, hacen pensar en la necesidad de un programa menos provocador, de menor intensidad emocional, es entonces cuando es derivada a otros dispositivos de rehabilitación insertos en la red.

1.3. La figura del psicoterapeuta y la relación psicoterapéutica

La mayoría de los criterios descritos en relación al terapeuta y el estilo de relación con la usuaria que les ha resultado facilitadora en su apertura al cambio, en las diferentes etapas del tratamiento, nos hablan de un terapeuta cercano, con autenticidad, que busca su autocuidado y desarrollo, hace avances en su conocimiento personal y toma la relación terapéutica como una oportunidad de crecimiento. Está en el presente, consciente de estar implicado de alguna forma en la relación terapéutica, revalorizando lo emocional e intuitivo, el cuerpo sentido como espacio de conocimiento, dejando atrás el predominio de la mente racional, ve a la usuaria como un ser humano que tiende a la integración de sus potenciales, con experiencias de dificultades en la vida que le han impedido esos logros.

Están dispuestos a proveerlas del espacio y relación de ayuda para que se haga cargo de esta tarea. Se busca que la mujer pueda profundizar para conocerse y sanar, encontrar en sí misma los recursos para hacerse cargo de su vida, lo que describe un encuentro interpersonal de carácter humanista y a una psicoterapia humanizada, donde el terapeuta no dirige sino que acompaña y apoya en el proceso que vive la usuaria.

1.4. Reunión clínica

Dentro de los puntos programáticos que tienen por intención mejorar y potenciar el trabajo de rehabilitación, están algunas prácticas como la reunión clínica, que es el espacio de coordinación, lectura de procesos, actualización de información y re-ajuste de las prácticas terapéuticas que realiza cada integrante semanalmente:

“esa reunión es muy importante, cada integrante vierte toda la riqueza de su experiencia de la semana con la usuaria” (E2; p13)

“En la Reunión Clínica en realidad, la mayoría es relevante x que ese es el espacio de poder compartir que le pasa a la mujer en su vida diaria, esto mismo de ir aprendiendo a leer los procesos” (E4; p31)

También es importante, para coordinarse en lo que es una práctica característica del equipo, lograr el hecho de que unos confronten y otros acojan, de esa manera se evita que quienes confrontan sean los mismos que acogen, lo cual sería inducir un doble vínculo ⁶ en la relación con la usuaria. Esto se puede realizar gracias a que el equipo es numeroso y logra coordinarse.

Además de lo mencionado, la reunión clínica, cumple con otras funciones:

- Es un momento de autocuidado para los integrantes, ya que ahí además de entregarse la información recopilada en la semana, es donde cada integrante vuelca la riqueza de sus observaciones, hallazgos clínicos, visiones de la usuaria y su conflictiva.
- Se dan a conocer las dificultades y conflictos con las usuarias y sus procesos, recibiendo por una parte el/la terapeuta apoyo, contención y la escucha activa del equipo.
- En otro nivel de intervención, recibir la supervisión clínica de los profesionales del equipo, quienes detectan e identifican los posibles factores intervinientes en los conflictos, los niveles que están en juego (rol, género, identificaciones, creencias, etc.) y las posibles formas de resolverlo, que sean más convenientes para el proceso de la usuaria y para la

⁶ Bateson, G; Jackson, D; Haley, J; Weakland, J. (1956) Behavioral Science, vol(I) nº4

terapeuta, viendo la mayoría de las veces el conflicto como una oportunidad para el cambio.

- Se muestran los procesos que están viviendo las familias, sus logros, dificultades, acuerdos en asamblea de familiares, desempeño en las salidas de las usuarias, patrones familiares identificados.
- En base a la retroalimentación obtenida, mediante esta reunión se planifican estrategias de intervención para la semana o se readecuan las anteriores, buscando los consensos y la integración de todas las miradas.

1.5. Prácticas dimensión familia

Actualmente es inviable la existencia de un modelo único de familia, en paralelo a la “tradicional” familia nuclear, fueron cobrando mayor importancia numérica y social las familias monoparentales y las familias reconstituidas o ensambladas, en conjunto frente a la creciente desinstitucionalización de la familia, fueron haciéndose más relevantes los vínculos familiares de facto que los lazos legalmente establecidos (Unicef-Udelar, 2003). Leshtaege (1995), conceptualiza los cambios en la estructura familiar como la segunda transición, los más importantes después de la primera transición, se refieren a la reducción de la tasa de mortalidad infantil y control de la natalidad, adquiridos por los países alrededor de la primera mitad del siglo XX. Esta segunda transición se posibilita por medio de fenómenos culturales, económicos y políticos. Lo central en ellos en este período, son la autonomía individual y la emancipación femenina. Cualquiera sea el modelo de familia con que se trabaje, en los Multifamiliares, ésta se entiende como un sistema abierto, con las particularidades propias de estos.

En el trabajo con familias, resaltan las estrategias sistémicas que se utilizan al lograr integrar a la familia desde un comienzo a los procesos de las usuarias y establecer que ellos son parte del problema y a la vez de la

solución, diversos autores como, Watzlawick, Beavin y Jakson, con la Pragmática de la Comunicación (1967); Von Bertalanffy, Teoría General de Sistemas (1954); Wiener conceptos Cibernéticos (1948); y Bateson con la observación directa de familias en el estudio de la esquizofrenia, han sentado las bases investigativas para el desarrollo de la terapia familiar. Esta corriente de pensamiento otorga gran importancia al contexto familiar de los problemas humanos y a una intervención terapéutica destinada a cambiar los patrones de interacción disfuncionales.

Después del primer mes en el Centro, cuando las mujeres tienen su primera salida se da espacio para que las familias vayan abriendo sus temas, esto sería el inicio de un trabajo sobre aquellas dificultades que comienzan a aparecer ahora que la mujer no se va a consumir, asumen el rol de cuidar la abstinencia y poner límites, para ello, se dan a la tarea de habilitar los lazos dañados, instaurando la continuidad en la relación manteniendo la presencia física y la disponibilidad afectiva, practican la escucha activa, el re-conocer a la mujer y sus necesidades de cuidado

Es consabido que un adicto está en riesgo de que retome sus hábitos de consumo una vez de vuelta al lugar que comparte con su familia, esto principalmente porque los problemas de adicción son también vistos como síntomas de los problemas del sistema, que actúan desviando la atención de los conflictos familiares. En este caso las adicciones han sido consideradas por Minuchin y sus colaboradores (1974), del modelo sistémico estructural, como reacciones desadaptativas a los cambios evolutivos o ambientales, ellos centraron su atención en la importancia del equilibrio de la organización familiar para el adecuado funcionamiento y bienestar de sus componentes, analizando muy particularmente las dificultades de la jerarquía familiar y los problemas de fronteras inciertas entre los subsistemas de padres e hijos.

Más adelante cuando está instalada la abstinencia, la droga deja de ser

el tema central, entonces emergen los conflictos que siempre estuvieron, sus problemas vinculares, de comunicación, de no estar presentes y hacerse cargo, las carencias afectivas, etc.

Se puede restablecer el orden cuando las jerarquías congruentes dejaron de serlo, incorporando el estilo de crianza responsable y con ello los límites, esta forma de trabajo se asemeja a la función del terapeuta sistémico estructural quién trabaja en la reparación o modificación de los patrones organizativos disfuncionales de forma que permita a las familias desarrollar eficazmente sus tareas funcionales, se basa en la reestructuración del orden jerárquico familiar, más concretamente en una jerarquía generacional adecuada, de manera que los síntomas no sigan reforzándose, este enfoque ha resultado especialmente útil en el tratamiento de familias con problemas de adicción.

La importancia del trabajo grupal, mediante los multifamiliares, tiene que ver en parte con el poder del refuerzo social para generar cambios e instalar las conductas que se quieren re-estructurar, además del compartir estrategias del manejo del proceso de la usuaria con otras familias, el someterse a los acuerdos propuestos desde el grupo, son formas de fomentar nuevos patrones interaccionales más funcionales al interior de la familia. Esta mirada confluye con el planteamiento de la terapia sistémica de que las familias de los adictos son familias más rígidas y pobres en alternativas para manejar los problemas (Marcos, J.A. & Garrido, M., 2009).

Se trabaja también desde el enfoque multifamiliar, en el reconocimiento de factores de riesgo en la familia, que muchas veces tiene que ver con los hábitos familiares, con situaciones gananciales que propugna la misma familia y que deben ser cambiados para que la usuaria logre sus objetivos:

“el rol en los multifamiliares es de estar atentos y de mostrarles las contradicciones e insistirles como una cierta conducta de las mujeres también se relaciona con que para no tener conflictos con ella le aceptaron tal o cual conducta” (E4;p1)

Es claro que cuando no se logra que la familia adhiera al tratamiento, será necesario buscar una nueva red que la acoja, la cuide y tome los compromisos que la familia no fue capaz de sostener. Las reacciones familiares muchas veces ocasionadas, según exponen las diversas teorías acerca del rol de género, al papel que juega la mujer al interior de la familia y que al incumplirse, resulta castigada: *La mujer consumidora en el ejercicio de estos roles contrapuestos llega a ser castigada, ya sea desde la esfera privada (como mala madre, esposa) o la pública como no confiable y sin control de la actividad que desempeña (Daskal, A.M. 1994 Págs. 23-29).*

Ella misma se siente culpable de no ejercer su rol de madre, socialmente adscrito a la mujer, se avergüenza de ello y no pide ayuda o la familia se la da parcialmente apurando los tratamientos, presionando para que vuelva a hacerse cargo de los hijos. Se desarrollan además estrategias de acercamiento a la familia para observarla, escucharla, conocer sus patrones de interacción, lograr su adherencia, confianza, recabar información contingente de la usuaria y así poder intervenir de cerca el problema.

También se considera importante para la familia, chequear los avances de los procesos. Se trata de un indicador importante el “cómo” está viendo a la usuaria, por ejemplo en etapas de egreso, donde se da la coincidencia de las miradas de la misma usuaria, la familia y el equipo.

2. Principales resultados de una evaluación crítica que revisa los procedimientos utilizados

Un aspecto de las prácticas que ponen el acento en reforzar las actividades, atributos, comportamientos, roles de género determinados socialmente, tiene que ver con las funciones que llevan a cabo las Operadoras Terapéuticas y más bien en “el cómo”, primero sus funciones tienden a ser invisibilizadas al no estar descritas muchas de ellas, el estar en un hacer constante, generando una continuidad de sus funciones con lo que no se producen espacios para la reflexión y evaluación entre tareas o mostrando una naturalización de las tareas domésticas adscritas socialmente al género

Esta opinión confluye con los textos guías del Centro, en cuanto menciona la “esencia femenina” de las funciones, refiriéndose a ellas como lo que parece ser innato en la mujer, determinadas desde su biología según la cultura dominante, e identifica al espacio público, que es el espacio del poder, el espacio del patriarcado desde donde se relega a la mujer a estas ocupaciones:

“Desde el espacio público también se ha relegado a la mujer a ocupaciones que se derivan de su “esencia” femenina y que son mal remuneradas económicamente (secretarias, enfermeras, docentes, parvularias) lo que ha creado una feminización de la pobreza (Montecino, S., (2005) Identidad de género, igualdad y entramado del poder (citado 23 de mayo 2006)) (2)”

Otras desprolijidades desde el equipo, tienen que ver con crear imágenes representacionales del masculino patriarcal y de lo femenino acatando estos cánones establecidos como “mujer no-agresiva” o cuando se invisibiliza un trabajo por considerarlo propio del género.

Las prácticas y procedimientos utilizados por el equipo de técnicas y profesionales del Centro de Rehabilitación del Hospital de Peñablanca, parecen obedecer a dos marcos referenciales distintos, por una parte estas prácticas enmarcadas en procedimientos que pertenecen al abordaje desde el Modelo médico, que se ve realizado por el contexto hospitalario en que se inserta el Centro. Esto facilita la mirada médica de los síntomas que presenta la adicción, la comodidad y tranquilidad para usuarias y el personal que las cuida el contar con este recurso. Disponen además del servicio de urgencia, la visita semanal de un médico, una psiquiatra que hace los diagnósticos psiquiátricos en base a los ejes del DSM-IV, una paramédico que cumple funciones diariamente y es la encargada administrar los medicamentos que prescriben los médicos y la psiquiatra, todos estos procedimientos efectuados regularmente sobre la usuaria, medicalizan su cuerpo y proceso y van configurando una enfermedad que tiene un diagnóstico ineludible y la forma de hacerse cargo de ella es mediante la medicación. Con todo esto se pone el foco en factores biológicos de la “enfermedad”.

Por otra parte la Psicoterapia y el enfoque de género que ha logrado desarrollar el Centro, ha llegado a permitir el despliegue amplio del ser mujer sin seguir en la línea del cómo se ha venido dando en ella la construcción de su femineidad en base a los preceptos sociales. Se encuentra limitado en su libre expresión por las premisas del DSM-IV o sea desde la psiquiatría y la psicología clínica, que establecen como un trastorno el ubicarse, sentirse y saberse desde un lugar distinto a la adscripción social genéricamente dada, en consonancia con la biología.

Dentro de otra serie de procedimientos examinados se encuentran aquellos que provienen de la concepción sistémica y paradigma constructivista que se da el Centro, desde la construcción de parte del equipo

de un modelo de terapeuta y una relación terapéutica basada en los principios básicos del Humanismo, visión que ha permitido incorporar a la terapia la mirada del cuerpo y de las emociones. La unidad cuerpo mente y con ello un paradigma no lineal y más sistémico, el entendimiento de la relación terapeuta - usuaria como un encuentro interpersonal de carácter humanista y una psicoterapia humanizada, que incorpora la intuición y la emoción, estamos hablando de un segundo paradigma del cual se originan prácticas como el taller de yoga, anteriormente el taller de biodanza, el trabajo con el cuerpo sentido y todas las prácticas en psicoterapia que están descritas en el punto nº1, que se realizan en el Centro y que tienen relación con esta mirada. Contribuye a estos diferentes énfasis, el modelo bio-psicosocial, al que adscribe el Centro, el cual plantea el inconveniente en cuanto a determinar la importancia de cada uno de estos factores, por ejemplo en su relación con la responsabilidad personal de la adicción, o en el énfasis que se dará a cada uno de estos factores que se traducirán en procedimientos y practicas rehabilitadoras, muy distintas, por ejemplo en relación a lo social-comunitario y el modelo multifamiliar de las adicciones, desde donde se entiende que el tipo de prácticas médicas debiera estar encauzado sólo a tratar los desbordes del uso prolongado de alcohol y drogas y no la adicción misma porque el modelo médico no da cuenta de la complejidad del problema por lo que su abordaje es social e interdisciplinario, promoviendo que exista un intercambio entre las familias del programa por lo que las practicas socio-comunitarias debieran estar acentuadas por ejemplo por medio de su inserción social.

3. Vacíos programáticos y debilidades que pudiera presentar el modelo utilizado frente a una evaluación crítica

Se han encontrado debilidades del modelo de trabajo que tienen relación con algunas contradicciones que se expresan desde los relatos de los entrevistados. Los profesionales declaran, por una parte, que tienen una idea básica de las usuarias que estaría relacionada con una baja imagen de sí mismas:

“muchas veces la característica de esta imagen negativa de si-mismas tiene que ver con los diagnósticos con los que llegan.....” (E4;p7)

Lo que podría entrar en contradicción con opiniones provenientes del mismo equipo:

“ayuda mucho a conocer los diagnósticos, los trastornos de personalidad que llegan acá los borderline, ayuda a evaluar” (E3; p9)
“la información previa es bien importante” (E2; p2)

Estas mismas contradicciones se pueden observar también en relación al modelo médico, donde en ocasiones se ve como una posibilidad de marco conceptual favorable y en otras como una red discursiva en la cual se sienten atrapados.

Desde el marco conceptual, la visión que entrega el modelo ecológico multifamiliar sobre el problema, es la siguiente: *“Este programa promueve un proceso de cambio de “estilo de vida” transgeneracional y transcultural, que por la complejidad y magnitud del fenómeno no es posible resolverlo desde el Modelo Médico por lo que requiere de la cooperación de otros profesionales y de la participación activa de la comunidad organizada.”* Este representa un antecedente desde el cual se puede entender el modelo

multifamiliar, pilar importante del Programa del Centro, donde se enfatiza la participación comunitaria por sobre el modelo médico.

Por otra parte, hay opiniones en el equipo que declaran la adscripción del Programa al enfoque constructivista, sistémico y multifamiliar, lo expresan así:

“desde una mirada constructivista, entender que esta mujer, que es lógicamente la mirada del Programa tiene sentido para mí, desde entender a esta otra persona que está ahí con sus propios valores sus propias creencias su mirada ante la vida en construcción permanentemente” (E4; p2)

“(…) sistémico y multifamiliar, usar el enfoque sistémico para que el sistema se sane, ese sistema se rehabilite” (E2; p8)

Sabemos desde el marco teórico del Programa Multifamiliar, su enfoque de la problemática de las dependencias, se centra en un abordaje multifamiliar, el que se ajusta a una visión sistémica del problema, puesto que pone como foco a la familia y su inclusión en el tratamiento de la mujer con adicción.

Esto podría estar mostrando una contradicción, consistente en integrar enfoques epistemológicamente contrapuestos, los rígidos preceptos del modelo médico que entiende la adicción como una enfermedad similar a la diabetes, no confluyen con el enfoque sistémico, ni con el constructivismo donde la adicción esta puesta sobre los andamiajes de la comunicación disfuncional y constituye una conducta síntoma que muestra esta disfuncionalidad y se mueve afectando a otros sistemas sociales de ahí la importancia de intervenir desde lo socio-comunitario.

Se apunta a la intervención del cuerpo físico desde la aceptación de la dualidad mente/cuerpo y la linealidad de los procesos que propone el

modelo médico. No se persevera en la línea de abordarlo como una unidad de sentido, en que se construya con la propia usuaria una lectura comprensible para ella. Se trata de una debilidad del modelo que opera con sistemas referenciales distintos que inducen desde creencias distintas a prácticas contrapuestas, a la ambigüedad en las prioridades, a invisibilizar logros y a dispersar energías.

Ciertos vacíos programáticos se dan en relación a la descripción de los roles de los profesionales y técnicas, ocurre que no todas las funciones del rol están explicitadas en el programa, o hay una descripción amplia, que no detalla las intervenciones, están presentes en el rol de las operadoras terapéuticas, del psicólogo, terapeuta ocupacional y trabajadora social. Estos serían los siguientes:

Para el caso de la operadora terapéutica, según el Programa su rol consiste en “acompañar a la usuaria en todo el proceso terapéutico”, ser puente entre las distintas intervenciones de los profesionales y, en algunos casos, también con la familia. Implica recopilar información para entregarla a los profesionales, respaldar sus intervenciones y contener el impacto de éstas sobre las usuarias”, “por lo que este acompañamiento terapéutico podría ser el centro del vínculo con el programa”, “en la medida que ellos están presentes durante el tiempo libre, manejando situaciones cotidianas o administrando la rutina”⁷. Además de establecer vínculos con las usuarias, acompañar, acoger y reforzar logros y avances de la mujer, ellas también realizan otras intervenciones que no están pautadas en el programa, como:

⁷ Programa de tratamiento y rehabilitación residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas, Centro de Rehabilitación Alcohol y Drogas Hospital de Peñablanca, 2011.

- Co-participar del seguimiento junto a la Terapeuta Ocupacional
- Participar de reuniones informales con los profesionales donde traspasan información importante
- En muchas oportunidades guiar los Multifamiliares y todos los Talleres cuando los profesionales o talleristas se ausentan.

Esta no descripción de las actividades del rol, al parecer genera una percepción de estar en un constante hacer, una falta de valoración, al no ser una “actividad normalizada” de rehabilitación con peso en la cadena de acciones del proceso, impide además reflexionar sobre la misma y llegar a establecer un feedback desde donde regularse y visualizar lo conseguido.

Existen vacíos en la descripción de funciones del Psicóloga/o, siendo estas:

- Hacer Informes Psicológicos(E4;p29)
- Reuniones formales con psiquiatra(E4;p29)
- Descripción del detalle de sus funciones dentro de la Reunión Clínica, donde se dan varios niveles de intervención (E4;p29)

Aunque desde el Programa se afirma que: “El rol fundamental del psicólogo/a en los programas de tratamiento para mujeres, es promover la modificación de los factores psicológicos asociados al consumo problemático de sustancias”. Se plantean incertidumbres en cuanto a la prioridad de este rol a pesar que desde el programa se declara que “Su trabajo, se sugiere, debiera centrarse fundamentalmente en procesar y elaborar temáticas presentes de la usuaria en relación al consumo, sin desmedro del trabajo terapéutico de experiencias pasadas que afecten la vida actual” afirmando una función del Psicóloga/o que va en la línea de favorecer el cuidado del vínculo y la continuidad de la relación terapéutica, aportando desde la

relación íntima que se va construyendo, así la mujer confía y logra abrirse a ese acompañamiento, parece entenderse que de esa manera se da cumplimiento al rol cuya prioridad es la atención de las usuarias y el restablecimiento de la continuidad relacional:

“mi rol tiene que ver con un acompañante íntimo un acompañante cercano de otro significativo dispuesto a establecer un diálogo abierto entre dos seres humanos” (E4; p35)

“cuanto más conectada estoy en el presente con la relación con esta mujer cuanto más ella se entrega a esta relación confía en la posibilidad que de alguna manera yo la voy a poder acompañar” (E4; p5)

El modelo relacional, que es parte del Marco Teórico de este estudio y también parte de los textos de apoyo del Programa, propone que “la motivación principal de la mujer en su vida es su necesidad de crear un sentido básico de conexión, entendida como reciprocidad y empatía en la relación con los demás, y que la noción de sí misma y de su propia valía se basan en esta vinculación”, entonces hay evidencias para afirmar que sí es una prioridad crear y mantener la conexión vincular con la usuaria que según lo declarado antes, se ha venido dando, gracias a la conexión de la terapeuta con el presente y con la relación entre ambas, prioridad que las/los terapeutas por cierto la tienen clara:

“y tu prioridad es la atención de las usuarias a propósito del rol y tal vez ese rol tampoco está descrito” (E4; P37)

“nos exigen esto de la sistematización del Programa entonces como, en que momento nos detenemos a sistematizarlo a actualizarlo” (E3; p1)

Esta discrepancia entre lo exigido y las prioridades del rol produce tensión y también desconcierto ante un rol que no está descrito y que además hay múltiples actividades por realizar. Se encuentran vacíos en las descripciones de las funciones que debe realizar la Terapeuta Ocupacional,

dentro del rol que le corresponde, desde el programa se define su rol: “El/la TO se inserta para brindar especificidad en relación a la ocupación tanto en actividades instrumentales (aseo, cocina, orden, etc.), asunción de responsabilidades como en la estructuración e introducción de un enfoque laboral y sociocupacional en los talleres. Su aporte radica en el reconocimiento de las habilidades e intereses que cada usuaria tiene para la asignación personalizada de cada actividad o responsabilidad” se recogen estas opiniones:

“Terapeuta ocupacional: está a cargo de la vida diaria” (E1; p17)

“(TO) ella tiene que hacer el diagnóstico ocupacional” (E2; p6)

Desde las opiniones recogidas en el equipo se relatan funciones que no están descritas o explicitadas desde el Programa y son visualizadas así:

- Coordinación con la/el psicóloga/o para enfrentar en conjunto temas de la usuaria que surjan en la semana
- Cumplir con la responsabilidad de hacer el seguimiento en la etapa de egreso de la usuaria y de realizar las visitas domiciliarias
- Acompañar a la mujer en la realización de trámites que surjan en su proceso

Desde la descripción de funciones de la Asistente Social, se establece que: “El rol fundamental de la asistente social es promover la integración familiar y social de las usuarias. En este sentido, posterior al diagnóstico integral, la asistente social es importante pueda apoyar el desarrollo de la

administración autónoma de la usuaria de la red de apoyo, sosteniéndola en este proceso”⁸

Las opiniones recogidas distinguen otras funciones que no están descritas y que se agrupan las que lleva a cabo como coordinadora del Programa del Centro.

Por todo lo anterior es que se puede argumentar que, referente a los roles examinados, hay tareas que se invisibilizan y no aparecen como prestaciones ante el Servicio de Salud del área

Otro tópico que podría ser considerado como debilidad del programa al no contarse con los procedimientos para ser visibilizado, se trata de los isomorfismos que se crean desde la psicoterapia, en este caso la figura que viene a formarse en la relación usuaria – terapeuta recuerda en muchos niveles los isomorfismos sistémicos del trabajo terapéutico, en terapia familiar, el isomorfismo es una correspondencia de relaciones en el interior de los diferentes sistemas, cuando varios sistemas se encuentran en un contexto particular (por ejemplo en el del alcoholismo) comportamientos, reglas, mitos, formas de comunicación empiezan a parecerse. Este fenómeno opera cuando sistemas relacionales entran en contacto, entonces tienen la tendencia a desarrollar formas de funcionamiento parecidas, de manera que puede que en algún momento de su encuentro, intersección, lleguen a conformar alguna figura de “isomorfismo” que confluye hacia un

⁸ Programa de tratamiento y rehabilitación residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas, Centro de Rehabilitación Alcohol y Drogas Hospital de Peñablanca, 2011.

“entendimiento secreto”, expresado en “me acerco mucho”; “somos parecidas”; “acompañamiento íntimo”; etc.

Según Nicole Lernout, este fenómeno de isomorfismo es susceptible de aparecer en cualquier colaboración entre una institución y un sistema consultante (Terapia familiar o Terapia individual sistémica). En un primer momento facilitan la aparición de la filiación que lleva a conformar un sistema terapéutico, al parecer una etapa necesaria para la comprensión y cambio de la problemática, pero que sí requiere ser advertida por los terapeutas para no obtener “más de lo mismo”.

Otra forma y/o nivel de isomorfismo que vendría a darse entre los terapeutas y los consultantes, dadas las condiciones de precariedad socio-laboral de la mayor parte del equipo que origina la falta de contratos, la percepción de estar dentro de un sistema que no cuida a quienes se comprometen con la tarea de cuidar y además exige productos que no son reconocidos por el equipo como sus prioridades programáticas, como si lo es el cuidado y atención de las usuarias, se añaden las perturbaciones propias de la tarea terapéutica que expone diariamente a interacciones teñidas de fuertes dosis de ansiedad, violencia, desorganización, desesperanza etc. (Galfré, O. & Frascino, G.). Otras fuentes de insatisfacciones e invalidación en el equipo sería la invisibilización de sus tareas y en caso de operadoras terapéuticas la percepción de un hacer constante de tareas de género que son invisibilizadas y restan espacio a la reflexión y autorregulación.

Frente a este panorama el equipo ha emprendido acciones que subsanan en parte estas carencias e inequidades, tales como:

- La capacitación del grupo y supervisión en los temas que las/los terapeutas experimenten conflicto con las usuarias.

- La conformación de un equipo que se constituye como grupo de “amparo”, de acogida y supervisión y autocuidado.
- Algunas terapeutas se han comprometido con su propio crecimiento

VII. CONCLUSIONES

A continuación y a modo de conclusión se intenta dar respuesta a las preguntas que son base de esta investigación, esto considerando la discusión recientemente presentada.

Los aspectos programáticos que potencian el trabajo rehabilitador se identifican con algunas prácticas que están descritas en el programa así como otras, numerosas, que no están descritas en él, dentro de estas últimas se reconocen como productos identificables:

1. La matriz rehabilitadora que se encuentra en una dimensión que va más allá en complejidad de organización que los aspectos rehabilitadores del programa, se trata de una organización o sistema complejo que es más que la suma de sus partes y posee una función rehabilitadora y de autocuidado para el equipo, además de mecanismos de autorregulación (reunión clínica) y se encuentra dentro de un sistema mayor (red de rehabilitación).

2. Se identifica la relación psicoterapéutica humanizada como una relación semejante a un encuentro interpersonal humanista, donde el terapeuta no dirige el proceso sino acompaña en el entendimiento que la usuaria tiene las capacidades para desarrollarse mediante la conexión consigo misma y tomar contacto con sus potenciales sanadores.

3. La reunión clínica se identifica como una práctica programática esencial para la continuidad de los quehaceres rehabilitadores del equipo,

contribuye además a la renovación contingente, regulación y soporte emocional y técnico del equipo.

Los resultados de una evaluación crítica de los procedimientos en relación a los roles jugados por las operadoras terapéuticas, podrían entenderse desde las teorías que ponen la mirada en la importancia que asumen las tareas domésticas dentro del sistema social, las que se encuentran invalidadas por el sistema de poder que encarna el mundo llamado público. Se ha establecido con ello una mirada disociadora acerca de las prácticas domésticas atribuyéndoles un carácter privado, desligado del sistema económico y político imperante cuando están en la misma línea que las llamadas prácticas públicas productivas. Esto pues, pudieran estar ya ligadas con el sistema sociopolítico y económico a través del trabajo de producción, reproducción y mantención de la fuerza laboral y de los que no trabajan.

Se distinguen así tres dimensiones en el término reproducción - la reproducción biológica- , la cotidiana de mantenimiento de la población existente a través de las tareas domésticas de subsistencia y - la reproducción social, o sea todas las tareas extra-productivas dirigidas al mantenimiento del sistema social (Edholm, Harris & Young , 1977) visualizadas así emerge la relevancia de ellas en la preservación biológica a través de las tareas cotidianas de subsistencia de las ciudadanas del Centro y de mantenimiento del sistema social conformado por el entramado de normas, quehaceres, premisas, derechos y deberes que configuran el sistema rehabilitador que se da el Centro al operacionalizar sus postulados.

Se identifican una línea de prácticas fundamentadas en el modelo médico que refuerzan la medicación de la mujer en tratamiento, posibilitando que esta se escude en estos procedimientos y ponga el foco de sus

dificultades en factores externos, obstaculizando o retardando que se haga cargo de ellas e impidiendo por otra parte que se desarrollen prácticas humanistas o transpersonales más acordes con el constructo de relación terapéutica instalada por el/la terapeuta, las que vendrían a chocar con el paradigma clásico.

El tipo de prácticas médicas según el modelo multifamiliar debiera estar encauzado sólo a tratar los desbordes del uso prolongado de alcohol y drogas y no la adicción misma ya que se trata según este modelo, de un tema sociocultural por lo que las practicas socio-comunitarias debieran estar acentuadas en relación a las médicas, en este sentido se plantean inconvenientes al modelo biopsicosocial y su dificultad en determinar la importancia de cada uno de estos factores intervinientes, por ejemplo en su relación con la responsabilidades personales de la adicción, o en la importancia de cada uno de estos factores que se traducirán en procedimientos y practicas rehabilitadoras diferenciadas, ya que la operacionalización de este enfoque trae consigo una lógica de causalidad estructural, esto es que en el momento de intervenir sobre la realidad, este modelo jerarquiza las causas en necesarias, desencadenantes, coadyuvantes y asociadas y las priva de su carácter de causalidad circular, como un sistema de influencias recíprocas, modelo al que adscribía Engel, su creador (Engel, 1977).

Desde la perspectiva de la prevención y tratamiento de las adicciones, es importante recalcar que éstas no son independientes del modelo teórico que las explica por lo que es necesario observar una congruencia entre ambas, sobre todo cuando los modelos teóricos que forman parte del Programa tienen una base marcadamente psicosocial.

Con respecto a los vacíos programáticos y debilidades del programa se han encontrado contradicciones respecto a la integración de enfoques epistemológicamente contrapuestos, originados posiblemente en la dificultad de tener que priorizar entre las distintas disciplinas que encierra el enfoque biopsicosocial, añadido a la influencia de un contexto hospitalario que introduce una serie de normas y prácticas estrictas que compiten con el contexto matrístico en que se desarrolla gran parte del proceso psicoterapéutico y también con la mirada del proceso co-construida por todo el equipo, se suma además la dificultad de implementar el Programa ecológico multifamiliar en la comunidad cercana. Es necesario considerar que las familias de las usuarias provienen de distintas regiones del país y que no se ha implementado una práctica de organizar o incorporar a la comunidad; en este escenario surge la necesidad de definir las prioridades y acotar los niveles de intervención, biológico, psicológico y sociocomunitario que darán curso a la programación de actividades de rehabilitación jerarquizadas y personalizadas.

Otro vacío importante del Programa es lo que dice relación con las actividades de Autocuidado, desde las cuales se podrían revisar y no perder de vista la influencias de las posibles correspondencias de relaciones en el interior de los sistemas familiar y terapéutico o isomorfismos, prácticas que no figuran como una prioridad programática aun cuando son sentidas como necesarias por el equipo, también se infieren de la lógica matrística, “cuidar a los que cuidan”⁹ del enfoque co-creado por el equipo, además de ser requerimientos hacia las Instituciones que tienen equipos de Salud Mental a su cargo, así lo señalan autores, “El autocuidado tiene que ver con estrategias protectoras desplegadas por quienes trabajan directamente con

⁹ Arón, A.M. y Llanos, M.T. (2004) Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, año 20- n°1-2, p 5-15

víctimas de vulneraciones graves y se han reconocido como profesionales y equipos en riesgo” (Aron, 2001). Barudy (1999) considera que la noción de autocuidado posee dos niveles, el primero centra la responsabilidad en las instituciones, siendo éstas quienes primeramente protegen a sus recursos profesionales y el segundo nivel, se refiere a la capacidad de los profesionales de autocuidarse, este segundo nivel parece estar incorporado a los quehaceres del equipo por medio de las actividades planificadas y llevadas a cabo en Reunión Clínica, estos espacios que se ha dado el equipo, a la larga compiten con las demandas externas y con las tareas propias de un equipo que desarrolla actividades las 24 horas del día, introduciendo además un factor de doble vínculo, los mismos que dirigen y confrontan, son los mismos compañeros/as de trabajo que acogen y dan contención.

VIII. REFLEXIONES FINALES

Parece interesante hacer este tipo de estudios por su poder heurístico, tanto en relación al tema estudiado como las múltiples aristas que se perfilan desde él, como ser, los arquetipos relacionales ligados al género que aparecen en las entrevistas que entrarían a jugar un papel dentro de los mecanismos menos conscientes del “desde donde me paro “ para desempeñar mi trabajo.

También cobra relevancia el poder destacar y validar el trabajo de profesionales, que no tienen mucha notoriedad dentro de la red de rehabilitación y encarnan el papel de un conjunto de técnicos y/o profesionales más anónimos dentro de esta red rehabilitadora por su dedicación a tareas más domésticas, como el cuidar, acompañar o el mantenimiento biológico de las ciudadanas que son o serán parte de las fuerzas productivas o a su vez mantenedoras también de dicha materialidad doméstica, aparecen como desvinculadas del trabajo considerado productivo profesional o intelectual que es reconocido desde la comunidad rehabilitadora oficial.

Aun cuando estos son los tópicos más visibilizados, aparecen otros no menores, por ejemplo en el tema del autocuidado del equipo, se reconoce que se trata de un tema complejo y podría analizarse desde un estudio que se focalice en él y brinde información acerca del por qué ha sido un tema esquivado por la Institución.

Se han detectado además otros temas que aparecen dentro de las perspectivas del equipo y que también podrían plantearse como estudios,

clínicos en este caso, como es la relación entre la adicción y el vínculo de apego con las madres de las mujeres que presentan esta dificultad, tema que tal vez podría abordarse desde la prevención en los programas de atención primaria, atacando de esta manera los altos costos sociales y económicos de la adicción en el país.

Las limitaciones del estudio podrían estar centradas en el hecho de que se trata de un corte longitudinal al momento actual en que se encuentra el equipo de profesionales y no incluye necesariamente una mirada histórica, que pudiera aportar otros elementos a la discusión. Otra limitación puede tener relación con la dificultad de que los propios profesionales contribuyan al análisis, dado que se contó con ellos sólo para las entrevistas, pero no se hizo uso de su experiencia para el análisis, que estuvo sólo a cargo de la investigadora, una de las razones para esto fue el detectar falta de disponibilidad del equipo para esta tarea, el que se encuentra en este momento atareado en el cumplimiento de demandas de la Institución con personal relativamente nuevo y alta demanda asistencial.

La proyección de este estudio, estará ligada a la posibilidad de que el centro lo revise, lo use o quisiera integrar sus hallazgos con el objeto de enriquecer el programa y sus mecanismos reguladores así como dar fuerza a los constructos clínicos en la línea de lo matríztico, de la figura del psicoterapeuta y la relación establecida por este con la usuaria, integrándolos en un modelo teórico en evolución, que permita validar y dar sentido a estas y otras prácticas menos visibles, que se realizan en el Centro, como reiki , profundización de los arquetipos femeninos, relajación e imaginería.

Eventualmente se puede continuar el estudio desde alguna otra perspectiva, por ejemplo en la dimensión del autocuidado, actividad que

hemos visto, el equipo se ha hecho cargo de ella, introduciendo factores de complejidad que ameritan estudiarse, en sus efectos sobre el equipo así como en el conjunto de las usuarias.

La nexos que pudieran establecerse, entre los trastornos de adicción y el tipo de relación vincular con la madre, y su repercusión en la relación con los hijos, que de manera novedosa se visualizan al confluir en los tratamientos tres generaciones, refiriéndonos inmediatamente a la mirada transgeneracional.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. **Amat y León, Patricia (2003)**, “De lo cotidiano a lo público: visibilidad y demandas de género”, en Magdalena León T. (comp.) (2003), *Mujeres y trabajos: cambios impostergables*, Porto Alegre: REMTE, MMM, CLACSO y ALAI, pp. 58-77. Disponible en <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/genero/mujeres-trabajo.pdf>
2. **American Psychiatric Association (1994)**. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th Ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
3. **Aron (2001)**. *Violencia en la familia. Programa de intervención en red: La experiencia de San Bernardo*. Santiago: Galdoc.
4. **Arón, A.M. y Llanos, M.T. (2004)** *Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia*. *Sistemas Familiares*, año 20- n°1-2, p 5-15.
5. **Baeza,M. (1999)** “Metodología Cualitativa en la investigación social y tratamiento analítico de Entrevistas : problemas de estatuto del sujeto entrevistado y problema de cantidad de entrevista” , *Sociedad Hoy*, N°2-3,Universidad de Concepción, Concepción- Chile.
6. **Barudy j. (1999)**. *Maltrato Infantil, Ecología Social: Prevención y Reparación*. Editorial Galdóc: Chile.

7. **Bartz R, (1999).** Beyond the Biopsychosocial Model. New approaches to doctor-patient interaction. J Fam Pract 1999; 48:601-7.
8. **8.-Becoña, E. , Oblitas, L. (2002)** , Adicciones y Salud, En revista : Psicología Científica.com ISSN : 2322 – 8644/ Vol16, 2014
9. **Bertalanffy,Von, L.(1954)** Society for General Systems Research, Teoría General de los Sistemas. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1976.
10. **Bertaux, D. (1993).**”La perspectiva Biográfica : Validez Metodológica y Potencialidades” en Marinas, J. Y Santamarinas, C. : La historia oral: métodos y experiencias, Debate, Madrid, 1993, pp.158.
11. **Borrel i Carrió, F. (2010)** “El Modelo Biopsicosocial en evolución”. ,Extraído en mayo de 2014 desde [http : //www.elsevier.es](http://www.elsevier.es)
12. **Calventus (2000).** “Acerca de la Relación entre el Fundamento Epistemológico y el Enfoque Metodológico en la Investigación Social: La Controversia "Cualitativo vs. Cuantitativo" “.Revista de Ciencias Sociales, 1(2), 7-16.
13. **Calventus, J. , 2008.** “Una aproximación al análisis de datos cualitativos textuales”, Documento de trabajo de la carrera de socioeconomía. Universidad de Valparaíso, Chile.
14. **Covington,S.& Surrey,J. (2000)** en “Mujeres y tratamiento de drogas” (2007). The Relational Model of Women’s Psychological development : Implications for substances abuse. Publicado : Work in Progress, 91.Wellesley, Mass : Stone Center, working paper series

(Citado el 28 de Mayo de 2006) Disponible en World Wide Web : <http://www.stephaniecovington.com>

15. **Dansky , B. ,Brewerton T. and Kilpatrick D. (2000).** Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: Results from the National Women's Study. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(200003)27:2<180::AID-EAT6>3.0.CO;2-Z
16. **Daskal,A.M. (1994)** Algunas reflexiones acerca de la salud mental de las mujeres. En Servicio nacional de la mujer(Ed.) Primer Congreso Nacional : Mujer y Salud Mental pp. 23-29
17. **Echeverría, R. (1996).** Aproximación al Constructivismo Dialéctico. [.http://www.club.telepolis.com/jcalventus/escrits/aprox.pdf](http://www.club.telepolis.com/jcalventus/escrits/aprox.pdf). Consultado el 15 de marzo de 2009
18. **Edholm, F. , Harris, O & Young, K. (1977)** “Conceptualizing Women”.En : Revista “Critique of Antropology” N° 3, pp 9-10
19. **Engel , (1977).** The need for a new medical model : a challenge for biomedicine. Science 8 April 1977: Vol. 196 no. 4286 pp 129-136
20. **Galfré O. y Frascino G. (2007).** “El trabajo con la persona del terapeuta”, en Perspectivas Sistémicas.
21. **Glaserfeld, E. ,(1988.).** Aspectos del constructivismo radical en Pakman, M. (Comp.) Construcciones de la experiencia humana. Barcelona, Gedisa, 1996, p. 25.

22. **Guba, E y Lincoln, Y. (1994).** Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En Denzin, N., Lincoln, Y (eds). Hand book of Qualitative Research. California: Sage Publications. Traducción Mario Perrone. CEIL. Seminario de metodología. Material de uso interno.
23. **González, F. L.(2000).** *Investigación cualitativa en psicología.* México: Thompson.
24. **Jakobson, A ; Hensing , G; Spak; F. (2008).** Possibilities and Hindrances for Prevention of Intimate Partner Violence: Perceptions Among Professionals and Decision Makers in a Swedish Medium-Sized Town. International Journal of Behavioral Medicine. DOI 10.1007/s12529-012-9238-1.
25. **Kimelman M y cols, (2004).** Apego y Desarrollo Humano, Facultad de Medicina Sur, U. de Chile. <https://www.u-cursos.cl/medicina/2010/2/MPSIQINF5/1/>
26. **Kovalsky S. (2005).** La identidad de género en tiempos de cambio: Una Aproximación Desde los relatos de vida. En Revista Psykhe, Vol. 14, N° 2, pp19-32
27. **Lahitte, H. (1987).** Relaciones. De la ecología de las ideas a la idea de ecología. Buenos Aires, Mako editora.
28. **Lara, M, (2001)** “Algunas reflexiones en relación al consumo dependiente de sustancias psicoactivas en la población femenina desde una perspectiva de género”. Conferencia Patología Dual y Drogas. Hospital Psiquiátrico El Peral, Santiago de Chile. 1999.

29. Las mujeres y las drogas, publicación de la unidad de tabaco, alcohol y drogas del Ministerio de Salud, (2000).
30. **Lernout N. (2005)** : « Comment utiliser le phénomène d'isomorphisme entre le Systeme familial et le système des intervenants lors d'un placement en institution pour favoriser le changement sollicité ? », *Thérapie familiale*, Genève, 2005, Vol.26, N°2, pp.197-212.
31. **Leshthaeye, R. (1995)** "The Second Demographic Transitions in Western Countries: an Interpretation" en Mason, Oppenheim y Jensen, An-Magrit (eds) *Gender and family change in industrialized countries*, IUSSP, Clarendon Press Oxford
32. **Marcos, J.A. & Garrido, M. (2009)**. La terapia Familiar en el Tratamiento de las Adicciones. *Apuntes de Psicología* 2009 , Vol. 27, N° 2-3, pp.339-362, ISSN 0213 - 3334
33. **Martínez, A., (2011)**. Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública, Universidad de Valparaíso
34. **Martínez, M. , (2006)**.La Investigación Cualitativa. *Revista Investigación en Psicología*, 2006,9(1), p.123-146.
35. Memoria Centro Residencial de Tratamiento y Rehabilitación con perspectiva de Género para mujeres adultas con consumo problemático de Drogas (2006-2007)
36. **Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005)**. Plan Nacional de Salud Mental en Chile : 10 años de experiencia, *Rev. Panam. Salud Pública / PanAm Public Health* 18(4/5).

37. **Minuchin, S. (1974).** [1982]. Familias y terapia familiar. Barcelona, España. Editorial Gedisa
38. **Montecino,S.,(2005)** Identidad de género, igualdad y entramado del poder. CIEG - Centro Interdisciplinario de Estudios de Género Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile.
39. Mujeres y Tratamiento de drogas ; Guía de asesoría Clínica para Programas de Tratamiento y Rehabilitación en Drogas en Población específica de mujeres adultas. Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación CONACE – Julio 2007
40. Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar. Principales Resultados. Observatorio Chileno de Drogas, Septiembre 2012 www.senda.gob.cl/.../Noveno_Estudio_Escolares_Informe_Ejecutivo.pdf
41. Nuevas Formas de Familia , Perspectivas nacionales e Internacionales Unicef-Universidad de la República, Noviembre 2003, Montevideo, Uruguay, ISBN 92-906-3793-6
42. Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile 2009 8° Básico a 4° Medio, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) Ministerio del Interior Gobierno de Chile, Santiago de Chile, 2010. www.senda.gob.cl/wp-content/.../04/2009_octavo_estudio_escolar.pdf
43. Oficina ONU contra droga y delito; (2005). Tratamiento de Abuso de Sustancias y atención para la Mujer: Estudios monográficos y

Experiencia adquirida. Publicación de la ONU, N° de venta : S.04.XI.24 / ISBN 92 – 1 – 348104 - 7

44. **Patton , M. (2002).** Qualitative Research & Evaluations methods. Thousand Oaks, CA.Sage.
45. **Piñuel,J.L. (2002).** “Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido” en Estudios de lingüística.España, Universidad Complutense de Madrid, p.1-42
46. **Prieto, M. , (2001).** La investigación en el aula: una tarea posible. Ediciones Universitarias, Universidad Católica de Valparaíso.
47. **Prochaska J, Di Clemente C.(1983)** Stages and Process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology.; 51 : 390-5.
48. Programa de Tratamiento y Rehabilitación Residencial con Perspectiva de Género para Mujeres Adultas con Consumo Problemático de Drogas, (2011) Centro de Rehabilitación Alcohol y Drogas del Hospital de Peñablanca.
49. **Romero, P.; Gómez, C.; Medina-Mora, M. (1996, noviembre).** Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social. Trabajo presentado en la Reunión del Grupo de Consulta sobre el impacto del abuso de drogas en la Mujer y la Familia, Montevideo, Uruguay.
50. **Romo Aviles, N y Gil Garcia, E. (2006)** Género y uso de drogas, de la ilegalidad a la Legalidad para enfrentar los malestares. “Trastornos Adictivos”, 8(4), 243-50.

51. **Sampieri, R. y col. (2006).** Metodología de la investigación. Ed. McGraw Hill, México.
52. **Schwartz, H y Jacobs, J.(1984).** Sociología Cualitativa.Método para la reconstrucción de la realidad,Trillas, México.
53. Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2007 8o Básico a 4o Medio (CONACE, 2007).) Ministerio del Interior Gobierno de Chile, Santiago de Chile.
54. Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. Conace, (2004)) Ministerio del Interior Gobierno de Chile, Santiago de Chile. Tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres, Conace (2006).
55. **Troncoso, Z. M, (2003).** “Abordaje Multifamiliar en Dependencias, Programa Ecológico”, ACCRI (Italia), VI Edición, Santiago.
56. System Theory: Foundations, Development, Applications. New York, NY, EE.UU. George Braziller. Versión castellana: Teoría General de los Sistemas. México DF, México. Fondo de Cultura Económica.
57. **Von Bischoffshausen, E. ,(2002).** 2Emergencia de significados y complejidad en una Psicología post-cartesiana”. Psykhe. 11(1)
58. **Von Foerster, H. (1991).***Las Semillas de la Cibernética*. Barcelona, España: Gedisa. ISBN 84-7432-414.
59. **Watzlawick, Paul; Veabin, Janet H y Jackson, Don D.(1967) ;** Teoría de la Comunicación Humana: interacciones, patologías y

paradojas. Editorial Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires. 1967. Pág 17.

60. **Wiener, R. (1985)** [1948] Cibernética, o el control y comunicación en animales y máquinas..Barcelona, Tusquets.

ANEXOS