



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO
PROGRAMA MAGISTER EN PSICOLOGIA
MENCION PSICOLOGIA COMUNITARIA**

**LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DEL TRATAMIENTO POR CONSUMO
DE DROGAS EN MUJERES QUE RECIBEN ATENCIÓN EN CONTEXTO DE
COMUNIDAD TERAPEUTICA AMBULATORIA EN LA REGION DE
ATACAMA.**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, mención Psicología Comunitaria.

CESAR MARIO OLAVARRIA HUEITIAO

Director Tesis: Germán Rozas Ossandon

Santiago de Chile, Junio de 2015.

INDICE DE TEMAS	Página
INTRODUCCION	6
CAPITULO 1: ANTECEDENTES	
1.1 Discusión bibliográfica.	10
1.2 Planteamiento del problema de investigación.	12
CAPITULO 2: MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA	15
2.1 El paradigma constructivista.	15
2.2 Las representaciones sociales.	16
2.3 Consumo de drogas y tratamiento.	17
2.4 Enfoque de género y drogas.	20
2.5 Comunidad Terapéutica.	22
2.6 Relevancia desde la psicología comunitaria.	24
CAPITULO 3: MARCO METODOLOGICO	
3.1 Pregunta de investigación.	27
3.1.1 Preguntas directrices.	27
3.2 Objetivos	
3.2.1 Objetivo general.	28
3.2.2 Objetivos específicos.	28
3.3 Tipo de investigación.	29
3.4 Metodología de investigación.	30
3.5 Técnicas de investigación.	32
3.6 Procedimientos éticos.	34
CAPITULO 4: RESULTADOS	35
4.1 Categoría central.	38
4.2 Dimensión: mujer-drogas-estereotipos.	42
4.2.1 Subdimensión: hijos, motor de cambio.	46
4.2.2 Subdimensión: mujer (es) tránsito impactado por el ejercicio del rol materno.	47

4.2.3 Subdimensión: madre apoyo incondicional.	49
4.2.4 Subdimensión: hombre fácil/ mujer difícil.	51
4.3 Dimensión: tratamiento es ambivalencias.	56
4.3.1 Subdimensión: entre delicias, droga mala pero rica.	58
4.3.2 Subdimensión: operación retorno, de vuelta al Mercado.	60
4.3.3 Subdimensión: tratamiento es recaída.	63
4.3.4 Subdimensión: voluntad es igual negación.	66
4.4 Dimensión: comunidad como terapia.	69
4.4.1 Subdimensión: comunidad terapéutica y su sentido de comunidad desde la acogida.	72
4.4.2 Subdimensión: pasando por cedazo.	74
CAPITULO 5: DISCUSIÓN	
5.1 Discusión respecto a las preguntas y objetivos de la Investigación.	80
5.2 Discusión respecto al marco conceptual de referencia.	
5.2.1 Género y drogas.	83
5.2.2 Las representaciones sociales.	84
5.2.3 Consumo de drogas y tratamiento.	85
5.2.4 La comunidad terapéutica.	87
5.2.5 La psicología comunitaria.	88
CAPITULO 6: CONCLUSIONES	90
BIBLIOGRAFIA	95
ANEXOS	101

RESUMEN

El fenómeno de las drogas en el mundo se ha instalado como un tema relevante en las agendas de diversos países, constituyéndose en foco de preocupación para organismos internacionales. Ello ha decantado en el diseño y ejecución de políticas de drogas, que incluyen entre otras estrategias las de abordar el tema de las adicciones y dependencias. Es así como aparecen las propuestas de tratamiento de drogas a partir del modelo de comunidad terapéutica. El presente estudio de carácter cualitativo, busca responder al objetivo de conocer y describir las representaciones sociales del tratamiento por consumo de drogas, que han construido las mujeres en contexto de tratamiento en las comunidades terapéuticas ambulatorias de la región de Atacama.

En sintonía con ello, se considera que desde la psicología comunitaria es posible construir aportes en este ámbito, considerando que un importante número de supuestos de lo comunitario aparecen presentes en los discursos de las y los sujetos comunitarios que participan en los procesos de tratamiento. Los resultados de esta investigación, invitan a favorecer diálogos y articulaciones de los diversos actores, que confluyen en las prácticas de lo comunitario desde espacios y contextos territoriales descentralizados como lo es, en este caso la región de Atacama, relevando estos aprendizajes para transformar en lo local la política pública de drogas.

INTRODUCCIÓN

En el marco del proceso de finalización del magister de psicología, mención psicología comunitaria, se presenta la investigación titulada: Las representaciones sociales del tratamiento por consumo de drogas en mujeres que reciben atención en contexto de Comunidad Terapéutica Ambulatoria en la región de Atacama. En esta aproximación emerge el interés por investigar, cuales son las representaciones sociales del tratamiento por consumo de drogas de mujeres que reciben tratamiento en contexto de comunidad terapéutica ambulatoria en la región de Atacama, ello en consideración a que estos programas se erigen integrando la perspectiva de género en un contexto de comunidad, motivo por el cual surge la relación directa con la psicología comunitaria.

Por consiguiente, interesa reconocer los elementos comunitarios presentes en el ámbito del tratamiento desde las representaciones sociales de las mujeres, de acuerdo a la relación teórico práctica que emerge a propósito de esta construcción social, lo que se pretende operacionalizar a través del conocer y describir las representaciones sociales del tratamiento por consumo de drogas, que han construido las mujeres que participan en contexto de Comunidad Terapéutica Ambulatoria en la región de Atacama.

Al hacer referencia a la estructura del documento, es posible señalar que se inicia con el planteamiento del problema de investigación, donde se comparten antecedentes que permiten desarrollar una visión contextualizada del tema, además de presentar las preguntas directrices y los objetivos que guían el proceso de estudio. De la misma forma, se justifica el desarrollo de éste desde la psicología comunitaria, para posteriormente relacionar con el referente teórico considerando elementos del paradigma constructivista, las representaciones sociales, el enfoque de género y drogas, las comunidades terapéuticas, el consumo y tratamiento de drogas, para dar paso a la discusión bibliográfica. A

continuación se procede a revisar el marco metodológico que se utiliza en la investigación, refiriendo el tipo de estudio, el diseño, las participantes (mujeres en tratamiento) y las técnicas de recolección de información.

Los antecedentes anteriores, dan paso a la presentación de los resultados, que se sintetizan en la categoría central “el tratamiento es enseñar y aprender, si me caigo me paro”, considerando que desde la información recopilada es posible concluir, que la representación del tratamiento es un proceso de enseñanza y aprendizaje que va y viene de manera dinámica, a través de las experiencias de consumo de drogas de las mujeres que se encuentran en tratamiento, en contexto de Comunidad Terapéutica Ambulatoria en la región de Atacama. Por consiguiente, la categoría central se contiene en tres dimensiones: mujer-drogas-estereotipos, en una mujer se ve más feo; tratamiento es ambivalencias y comunidad como terapia, desde las cuales emergen subdimensiones que son parte integrante de éstas y que contribuyen a explicar la representación del tratamiento.

Finalmente, se comparten la discusión y las conclusiones del presente estudio, dando cuenta del proceso desarrollado, integrando los antecedentes teóricos como el consumo de drogas, el enfoque de género, la comunidad terapéutica, la psicología comunitaria y las representaciones sociales, así como también, la pregunta de investigación y los objetivos, que sintetizan los principales resultados teóricos que emergen a través del abordaje realizado en la región de Atacama.

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES

1.1 Discusión bibliográfica

Al desarrollar una revisión de las investigaciones en la temática de las representaciones sociales y consumo de drogas, podemos encontrar diversos estudios que permiten contextualizar su abordaje, entre ellos se encuentra un estudio realizado en México abordando el tema de las representaciones sociales y la toma de decisiones en el consumo de drogas ilegales (Nuño y Álvarez, 2006), así como también en España donde se investiga las Representaciones Sociales de las drogas (Comas, 2000). Por su parte, al indagar respecto a la relación mujeres y adicciones, podemos encontrar una cantidad importante de investigaciones que han sustentado el abordaje diferenciado del consumo problemático entre hombres y mujeres, aquí podemos hacer mención a un estudio que se realizó en países de Europa donde se investiga el uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas entre el año 1998-2004¹, otro trabajo a destacar se refiere a una revisión de 25 años de estudios asociados a las adicciones en poblaciones ocultas, donde se destaca el uso de drogas en la población femenina (Romero, M. "et al". 2004).

Un estudio que nos acerca a la temática del acceso de las mujeres al tratamiento, es el desarrollado en México, que entrega un marco de referencia respecto al consumo de drogas en mujeres asistentes a los centros de tratamiento especializado en la ciudad de México, destacando la importancia respecto a diferenciar entre hombres y mujeres, las condiciones biológicas, familiares y sociales que inciden en la problemática (Castillo y Gutiérrez, 2008).

Por otra parte, pone énfasis en adecuar los tratamientos para mujeres de acuerdo a variables como rango de edad, tipo de droga (tabaco, alcohol y otras

¹ Grupo Europeo IREFREA Estudios EN: Toxicomanías e Identidad de Género, 2005.

drogas), ocupación y situación familiar, de modo que respondan de manera eficaz y eficiente a las necesidades de tratamiento presentadas.

Un estudio realizado por la OMS el año 2005² (Farapi, 2009), hace referencia que en el consumo de alcohol aparecen marcadas diferencias entre hombres y mujeres, señalando que los hombres consumen más alcohol que las mujeres con tendencia a llegar a la embriaguez severa, con mayores posibilidades de desarrollar trastornos por uso de alcohol e intoxicaciones.

Por otra parte, en lo que respecta a las otras drogas, las tendencias que se marcan en otros estudios realizados³, donde es posible encontrar como una constante el predominio de consumo masculino por sobre el femenino, principalmente en lo que se refiere a las drogas ilegales, no obstante lo anterior, es relevante señalar, que al constituirse el fenómeno de las drogas como dinámico y cambiante, se reconoce que paulatinamente la mujer ha ido asumiendo un mayor protagonismo, de acuerdo a ello, al revisar los datos, se aprecia un incremento considerable del consumo de psicofármacos (tranquilizantes, somníferos, antidepresivos), llegando a duplicar a los hombres.

En Chile destaca la experiencia realizada por la Escuela Nacional de Estudios y Formación en Abordaje de Adicciones y Situaciones Críticas Asociadas (EFAD), quienes desarrollan una experiencia en base al modelo ECO 2, donde su orientación teórica se construye desde las representaciones sociales de las drogas, en base a dispositivos de bajo umbral proponiendo tratamiento con base comunitaria. Por otra parte, es posible encontrar investigaciones en base a representaciones sociales y consumo de drogas principalmente en población juvenil, aquí podemos destacar estudios desarrollados por la ONG CIDPA de Viña del Mar, además aparece un interesante estudio en representaciones sociales y consumo de drogas en jóvenes en contexto de comunidad terapéutica (Echeverría, 2004).

² Estudio titulado "Why Study Gender, alcohol and cultura?"

³ Estudio internacional asociado al proyecto Genacis y Euskadi y drogas 2006 citado por Farapi, 2009.

A pesar de los antecedentes referidos, los estudios cualitativos son escasos en nuestro país, al momento de indagar respecto de las representaciones sociales del tratamiento por consumo de drogas en contexto de población femenina, que se encuentran participando en Comunidad Terapéutica Ambulatoria, elemento que consigna la relevancia de la presente investigación. A esto hay que agregar, que las mujeres han sido ignoradas en muchos estudios relacionados con el tratamiento (Castaños, M. "et al". 2007), dando lugar al desconocimiento de las necesidades a las que se deben responder desde las propuestas de la política pública en este ámbito.

1.2. Planteamiento del problema de investigación

El consumo de drogas ha estado presente a largo de la historia de la humanidad, no obstante, es a partir de las últimas décadas cuando aparece como una preocupación mundial, sin tener aún respuestas satisfactorias que permitan obtener resultados auspiciosos. En este escenario es posible encontrar diversas estrategias de acción en áreas como la promoción, prevención, tratamiento y control.

Es así como en Chile el consumo de drogas ha sido definido como un fenómeno complejo, llegando a constituirse en un problema social. En este marco de acción aparecen desde el Estado, diversas líneas de abordaje, entre las que se puede distinguir el área de tratamiento, el cual inicialmente desde el Estado, tiene por objetivo suspender y reducir el uso de sustancias y mitigar las consecuencias negativas para la salud, la vida familiar y social (CONACE, 2004).

Ahora bien, también es posible observar acciones de tratamiento y rehabilitación como respuestas a la problemática de las adicciones, desde algunas organizaciones de la sociedad civil, principalmente en Latinoamérica ligadas a instituciones religiosas, que asumen mucho antes que el Estado, un rol protagónico en la entrega de un espacio para el tratamiento.

Aquí es importante destacar, la aparición de las Comunidades Terapéuticas como modelo de tratamiento residencial, creado por el psiquiatra inglés Dr. Maxwell Jones, que más tarde se fue ajustando hacia modelos mixtos incorporándose la modalidad ambulatoria y adecuándose a contextos culturales y sociales de las comunidades. Estas instituciones derivan de los grupos de autoayuda, asumiendo por tanto una modalidad de acción donde las personas ingresan de manera voluntaria con el objeto de superar las problemáticas relacionadas con el uso indebido de sustancias psicoactivas (FLACT, 2010).

Por consiguiente, es necesario señalar, que a nivel institucional desde el Estado de Chile, a partir del año 2001, se comienzan a ejecutar programas de tratamiento, aunque sin orientaciones para el desarrollo de estrategias diferenciadas para hombres y mujeres, ello se evidencia en que generalmente los programas de tratamiento han sido diseñados mayoritariamente para varones, ya que son éstos los que más requieren de este servicio, por lo que las mujeres se observan con baja presencia en los programas, debiendo inicialmente acceder a espacios diseñados para hombres (Castaños, M. "et al". 2007).

Más tarde, recién desde el año 2005, la ejecución de programas pilotos integra la variable de género en el ámbito de la rehabilitación y tratamiento por el consumo problemático de sustancias, es así como algunos autores señalan que éstas "...tienen la tendencia a experimentar un estigma que es más estresante y más destructivo que el de ellos"⁴, en esta lógica se incorporan acciones relacionadas con la constitución de equipos diferenciados, integración de los hijos al proceso, talleres, trabajo con mujeres embarazadas, trabajo en red, entre otros (CONACE, 2006).

A nivel local en la región de Atacama, observando la población usuaria que inicialmente accede a tratamiento en la Comunidad Terapéutica Esperanza de Vallenar, existía la tendencia a entregar atención de forma indiferenciada a

⁴ "Mujeres y tratamiento de drogas", orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas, CONACE, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile, Santiago, Noviembre de 2004, pag. 10

hombres y mujeres que presentan un consumo problemático de alcohol y /o drogas. En este contexto de apertura y acercamiento a la comunidad de la provincia del Huasco, se destaca que desde el año 2001 al año 2005 ingresaron un total de 75 personas a tratamiento, de los cuales 44 son de sexo masculino y 31 de sexo femenino, lo que se traduce en que el 41% de los ingresos a tratamiento desde el año 2001 corresponde a población femenina, con un promedio de edad que se encontraba en los 27 años en mujeres y de 25 años para los hombres⁵.

En este contexto es que a partir del año 2007, se comienza a ejecutar en la Comunidad Terapéutica Esperanza de Vallenar un programa de Tratamiento dirigido a mujeres, que fue pionero en la región de Atacama, el que se mantiene hasta la actualidad con una cobertura de 10 planes mensuales.

Desde el rescate de antecedentes cualitativos en la experiencia de la Comunidad Terapéutica Esperanza, es posible señalar que la mujer con consumo problemático de alcohol y/o drogas, desde el inicio del proceso, presenta una tendencia a la contemplación y/o acción, con respecto a su cambio, alta tolerancia a la frustración, capacidad de auto-observación en su historia de vida, metas terapéuticas asociadas a roles culturalmente establecidos (desde el ser madre, esposas, vínculos de pareja y proyecto vital), responsabilidad en aspectos formales de su tratamiento (horarios, citaciones, justificaciones) y una utilización más expedita de las redes de apoyo social como salud, educación, juntas de vecinos y otras organizaciones. Es importante señalar, que el ser mujer con consumo genera un daño social con fuerte estigmatización, que es observado durante el proceso terapéutico⁶.

Si bien, por una parte, se observan avances y logros en las mujeres que se encuentran en tratamiento, en diversas áreas tanto individuales, familiares y comunitarias, tales como: reducción o abstinencia de consumo de sustancias, fortalecimiento de la relación con hijos e hijas, mejoramiento de autoimagen y

⁵ Informe Comunidad Terapéutica Esperanza de Vallenar, 2006.

⁶ Informe Comunidad Terapéutica Esperanza de Vallenar, 2010.

autoestima, vinculación con redes de apoyo, inserción laboral, nivelación de estudios, entre otros, no obstante por otra, se reconocen espacios escasamente abordados e incluidos en el proceso de tratamiento con enfoque de género en la Comunidad Terapéutica Esperanza, uno de ellos se vincula al contexto familiar, específicamente dinámicas relacionales conflictivas con parejas masculinas de éstas, asociadas a variables del proceso de cambio. Aquí la influencia masculina ejerce, en algunos casos, una especie de “boicot” al proceso frente a los logros alcanzados, manifestándose en: episodios de violencia, maltrato, consumo de drogas, apatía e indiferencia frente al proceso, celos, falta de apoyo en labores domésticas y cuidado de hijos, entre otros. Ello ha visibilizado la necesidad de conocer las representaciones sociales que se construyen a partir del consumo de drogas y su tratamiento, pues al desarrollar una mirada de contexto, influye en la construcción de las representaciones sociales, considerando que éstas constituyen un espacio donde el sentido común se genera, permanece y transforma a través de procesos cotidianos y mediáticos (Rodríguez, 1997), de esta forma se transmiten las ideas, pensamientos, mensajes imágenes y se construyen las realidades, que al parecer, en este caso, son disímiles cruzadas por el tratamiento.

Conviene precisar que, según datos del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo Drogas y Alcohol SENDA⁷, señala que en la región de Atacama se atendieron a 38 mujeres durante el año 2011, las que a su vez representan el 3,4% del país (de un total de 1119 mujeres), caracterizándose de acuerdo a los datos cuantitativos presentados de la siguiente forma:

- Las edades fluctúan entre los 24 y 40 años de edad (66,4%).
- El nivel de escolaridad es de enseñanza media completa e incompleta (53,3%).
- La mayor cantidad de mujeres que ingresa a tratamiento tiene 3 hijos o más.

⁷ Información presentada en boletín N9/Abril 2012, del Observatorio Chileno de Drogas, donde divulga una caracterización de la población femenina atendida en programa de tratamiento específico de mujeres.

-El 70% presenta problemas de salud mental, de las que un 46% corresponde a víctima de violencia intrafamiliar.

-El 58,6% reporta edad de inicio de consumo de drogas entre los 13 y 17 años de edad.

-La droga principal corresponde a pasta base en un 58,8%, mientras que el alcohol con un 37,5% como droga secundaria.

-El 86% de las mujeres ingresa con trastorno por consumo dependiente y un 14% por consumo perjudicial.

Por consiguiente, al abordar los programas de tratamiento, es posible inferir que éstos han sido diseñados desde la institucionalidad, siendo escasamente evaluados en su diseño específicamente respecto a las propuestas metodológicas en el proceso de tratamiento con enfoque de género. De la misma forma, se visualiza un espacio de comunidad en el cual se desarrollan las propuestas de tratamiento, manteniéndose invisibilizadas las representaciones sociales desde las propias sujetas, situación que el presente estudio pretende abordar desde la particularidad de la región de Atacama.

CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

El marco conceptual que se ha considerado relevante profundizar en esta investigación, se vincula a variables teóricas que se relacionan directamente con el objeto de estudio, que corresponde a las representaciones sociales del tratamiento.

Es por ello, que se realizará una revisión del paradigma constructivista como referente donde se sitúa esta investigación de carácter cualitativo. De la misma forma, se dan a conocer los aspectos centrales de las representaciones sociales, que se constituyen en uno de los ejes principales de este estudio. Otro aspecto teórico relevante, que forma parte de este marco conceptual corresponde al enfoque de género, que al relacionarlo con el consumo de drogas y el tratamiento nos sitúa en un escenario que contribuye a enriquecer la discusión. Por consiguiente, forma parte también de los referentes teóricos el modelo de Comunidad Terapéutica como propuesta desde donde se desarrollan las experiencias de tratamiento de las mujeres. Finalmente, se profundiza en la relevancia de esta investigación con la psicología comunitaria.

2.1 El paradigma constructivista

El constructivismo como paradigma se ubica bajo la concepción de sistema básico de creencias, donde aparecen elementos relevantes a considerar en su conformación al relacionarlos con los supuestos ontológicos, que se relacionan con el relativismo al considerar el conocimiento de lo local y específico; los epistemológicos, vinculados a lo transaccional y subjetivo, con énfasis en la creación de obras; y los metodológicos, situado en la visión hermenéutica y dialéctica de los fenómenos (Guba y Lincon, 2000). Por consiguiente, Schawndt (1994 EN: Valles, 2007) refiere que el constructivismo surge con el énfasis de agrupar perspectivas teóricas que comparten una herencia común, permitiendo

dar espacio para el desarrollo de planteamientos emergentes referidos al conocimiento y al ser.

Para efectos de la presente investigación se consideran elementos del paradigma constructivista, pues permitirá adecuarse al contexto situacional de la Comunidad Terapéutica, considerando, que éste, construye el conocimiento a partir del reconocimiento de múltiples realidades construidas por los propios actores, en su interacción en el espacio cotidiano donde se desarrollan. A partir de esto, no existe una verdad única, que norme y ordene el todo, sino más bien, existe la construcción de diversos significados, que los propios sujetos le atribuyen a sus realidades, que pasan a ser parte constitutiva de la realidad local, que se caracteriza por el proceso colectivo.

De esta forma podemos citar a Briones, quien nos plantea que "la realidad social está construida sobre los marcos de referencia de los actores. Así, existen múltiples realidades construidas por los actores individuales. Por eso, la "verdad" no es única, sino que surge como una configuración de los diversos significados que las personas le dan a una cierta situación"⁸. Lo anterior converge con el interés por conocer las representaciones sociales de las mujeres en el contexto de las Comunidades Terapéuticas en la región de Atacama, de manera de integrar esas verdades al Tratamiento que ellas mismas construyen.

2.2 Representaciones Sociales

La teoría de las Representaciones Sociales, nace como un constructo híbrido con orígenes en la representación colectiva de Durkheim, que Moscovici reelabora para llegar a sostener que "las personas comunican sus pensamientos, sus sentimientos, sus conocimientos y su experiencia a través de las representaciones sociales" (Moscovici, 1979 en Nuño y Álvarez, 2006).

⁸ Guillermo Briones, La investigación social y educativa. Modulo I de aprendizaje, Colombia, 1998, p. 68

Siguiendo la misma idea, se plantea que las representaciones sociales tendrían una doble textura asociadas a lo psicológico y sociológico, así como también se conectaría con dos procesos denominados de objetivación, que se asocia a transformar lo abstracto en concreto, y el anclaje, relacionado con la inserción de las ideas en el cuerpo social, aquí, desde estos procesos, se obtienen dos elementos centrales en el estudio de las representaciones sociales: la idea y la imagen (Nuño y Álvarez, 2006). Así se concluye que las representaciones sociales “son formas de pensamiento social que llevan de manera implícita y explícita opiniones, actitudes, creencias, explicaciones y afectividades matizadas por sus experiencias propias (Ibid. P. 24). Por consiguiente, de acuerdo a Moscovici es posible configurar tres dimensiones asociadas a la información, el campo de representación y la actitud.

En consecuencia a lo anterior, es que a través de las representaciones sociales se propone conocer y describir las explicaciones y significaciones atribuidas al tratamiento por consumo de drogas de las mujeres en el contexto de la comunidad Terapéutica en la región de Atacama, donde no se aíslan las interrelaciones personales que establecen las mujeres que se encuentran en tratamiento, constituyéndose por tanto en una construcción social asumiendo un carácter colectivo (Prado y Krause, 2004), así como también es posible resaltar que contribuirá a la descripción de cómo se internalizan los discursos públicos y formales en los sujetos, que permiten explicar la manera en que se integran los saberes para ordenar el mundo cotidiano (Sandoval, 2004).

2.3 El Consumo de drogas y tratamiento

El consumo de drogas presenta diferentes aristas, que complejizan su abordaje, ya que al concebir las historias construidas a partir del fenómeno de las drogodependencias, es posible encontrar dos propuestas que a su vez se contraponen, la primera se vincula al “proyecto prohibicionista” desde la historia institucional y la segunda desde una visión antropológica ligada a la historia

psicoactiva. No obstante, se puede referir que el consumo de drogas es un hecho social y una práctica donde se toman decisiones (Nuño y Álvarez, 2006).

Por otra parte, surge el interés por abordar una tercera propuesta alternativa a la militancia ejercida por las dos anteriores, es así como se plantea que la construcción de “una historia pensada desde la perspectiva de promover cambios, de apostar por el bienestar y la mejora social, por reducir el daño que ocasionan las drogas, a partir de un mejor conocimiento de la realidad, construido al margen de valoraciones morales” (Comas, 2000. P. 4). Por consiguiente, y argumentando la complejidad que acarrea este fenómeno, según Hopenhayn (1997), “este tema viene a ocupar el lugar dejado por los desvelos de la guerra fría, luego de la caída los socialismos reales, logrando convocar el interés de un amplio espectro social que abarca desde la política a la medicina, de las ciencias sociales a las judiciales y religiosas, de los medios de comunicación hasta la ciudadanía en general” (EN: Sánchez, 1995. P. 10).

Ahora bien, la definición de droga entregada por la Organización Mundial de la Salud (1987) la define como “cualquier sustancia, que introducida al interior de un organismo viviente, puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras” (Ibíd. P. 73). En Chile el consumo problemático de drogas es considerado un problema de salud, ya que impacta en forma negativa la calidad de vida de las personas, situándose en este marco el tratamiento y rehabilitación. De la misma forma, respecto a la dependencia de las sustancias, se refiere que no hay un único factor que incida, es por ello que se propone considerar tres elementos que se mantienen como elementos centrales: sujeto, sustancia y contexto (CONACE, 2004).

Por consiguiente, es importante señalar que el abordaje del consumo problemático de drogas debe realizarse en forma diferenciada incorporando la perspectiva de género, ello con el objeto de incorporar variables que permitan un abordaje integral, justificado por diversos estudios que reflejan estas diferencias tanto en el ámbito físico, psicológico, social y cultural. Lo anterior permite poner el

acento en las representaciones sociales del consumo de drogas, objeto de este estudio.

Resulta conveniente referir, que si bien en Chile, se identifica una mirada oficial respecto al abordaje del consumo de drogas, a través de planes, programas y proyectos, normados y regulados principalmente a través de la ley 20.000, es posible identificar modelos alternativos, en los que aparece el enfoque de reducción de daños, gestión de riesgos, limitación de daños, reducción de riesgos o minimización de daños, terapias sustitutiva, que se define como una política social centrada en la disminución de los efectos negativos que produce el consumo de drogas (Newcombe, 1995), así como también de la aceptación que el consumo de drogas forma parte de la historia de la humanidad, que seguirá vigente, por lo que requiere de políticas públicas inclusivas centradas en el ejercicio de los derechos humanos de las personas usuarias de drogas.

Por otra parte, un fenómeno emergente que conviene revisar, es la llamada epidemia carcelaria (Giacomello, 2014), que se relaciona con el incremento del número de mujeres encarceladas en América Latina, el cual se ha duplicado entre los años 2006 al 2011, pasando de 40.000 a 73.000, siendo los delitos de drogas la primera o segunda causa de encarcelamiento. Este fenómeno sin duda ha decantado en diversas problemáticas estructurales del sistema carcelario e invita a visibilizar propuestas de abordaje en este ámbito, que resguarde los derechos humanos de las personas usuarias de drogas para avanzar hacia la descriminalización y mejoramiento del acceso a tratamiento.

Ahora bien desde el área de tratamiento con mujeres, los estudios describen algunas características de éstos para que sean eficaces, relacionados principalmente a seguridad respecto al entorno, conexión emocional empática y empoderamiento para la toma de decisiones (Castaños, M. "et al". 2007), además se plantean que en ocasiones los objetivos que persiguen las mujeres no son los que necesariamente defina la Comunidad Terapéutica como programa de tratamiento, generalmente los relacionados con recuperación de hijos y afrontar situaciones de maltrato y violencia de pareja masculina.

2.4 Enfoque de género y drogas

El género se constituye en una determinante social de lo masculino y lo femenino, que se construyen socialmente impactando las relaciones sociales entre los seres humanos, otorgando estatus y acceso a oportunidades, donde las mujeres aparecen permanentemente en una situación de inequidad frente a los hombres. Así mismo, se entiende por género a “el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla a partir del reconocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos” (Lamas, 2003. P. 3).

Para Bourdieu (2000), el género se conceptualiza como un habitus, entendiéndose éste como una subjetividad socializada a través de un conjunto de relaciones históricas apareciendo como esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción (Bórquez, 2008). De esta forma el habitus se configura como el mecanismo de retransmisión situándose en las personas y por tanto, en la sociedad.

Por otra parte, “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y (...) es una forma primaria de relaciones significantes de poder”(Scott 1990, EN: Bórquez, 2008, P. 51), ello permite comprender como se articulan las relaciones de poder en la sociedad y el control diferenciado de los recursos materiales y simbólicos, esta noción se encuentra en sintonía con este estudio, pues presenta el desafío de conocer las diferencias en la relación mujer en tratamiento por consumo de drogas, con respecto a estas relaciones significantes de poder, ya que una mujer que presenta consumo problemático de drogas se enfrenta a estereotipos sociales y culturales en una sociedad donde lo sexista se encuentra arraigado.

Desde la teoría feminista surge el desafío de tensionar el orden establecido respecto a la figura de subordinación que ocupa la mujer en la sociedad, por ende, propone diferenciar sexo y género, siendo entendido el sexo como las características morfológicas de cuerpo del hombre y la mujer, en tanto el género

como la elaboración y construcción cultural de las características biofisiológicas de lo femenino y lo masculino (Farapi, 2009). Lo planteado pone en cuestión la existencia de la llamada esencia que distingue lo puramente masculino y femenino, invitando a incorporar al análisis el ámbito contextual a nivel social, cultural e histórico en el cual se desarrollan las relaciones de género.

Para De Lauretis el género es “una construcción sociocultural y es también un aparato semiótico. Es un sistema de representación que asigna significado (identidad, valor, prestigio, ubicación en la estructura de parentesco, estatus en la jerarquía social, etc....) a los individuos dentro de la sociedad”⁹, Agregando que “la construcción del género es tanto el producto como el proceso de su representación”. Por consiguiente la realidad de género, no existiría fuera, sino más bien estaría presente en las mismas representaciones y símbolos que hombres y mujeres construyen a través de sus experiencias, ello genera dinámicas de poder y dominación que se desarrollan en un escenario en permanente actualización y transformación (Bórquez, 2008), apareciendo en este caso, el consumo de drogas y el tratamiento, como un fenómeno emergente y complejo, donde los impactos se ven reflejados de manera diferenciada en hombres y mujeres, siendo ellas las que generalmente no cuentan con ofertas de ayuda, acompañamiento y apoyo familiar, lo que sin duda marca relaciones de poder desiguales.

Al incorporar la perspectiva de género en el ámbito del tratamiento de drogas, se parte de la premisa que hombres y mujeres dan respuesta de manera disímil a las condicionantes del consumo de drogas, que dan paso a configuraciones separadas o polarizadas de su propia realidad social, tal como se plantea en un estudio de la comunidad Vasca “De hecho se manifiestan claramente en el cambio de las pautas de consumo de las mujeres, pautas que están desafiando a la manera en la que se concibe y define a las mujeres, y en consecuencia, también a los hombres” (Farapi, 2009. Pág. 4). Siguiendo con el análisis, lo señalado se sustenta en el estudio “drogas de ocio y perspectiva de género” (citado por Farapi,

⁹ De Lauretis, 1991, EN: Bórquez, 2008 P. 32)

2009), que presenta algunas características de comportamiento de consumo en mujeres tales como: realizan menos mezclas de sustancias, siguiendo itinerarios en tiempos más breves, desarrollan mayor percepción respecto a los riesgos, utilizan más drogas legales que ilegales, entre otros.

La perspectiva de género señala que toda sociedad patriarcal centra su desarrollo en la subordinación de las mujeres, relegando su accionar al ámbito doméstico, donde su trabajo no es reconocido. Desde esta arista, la crítica apunta a que se continúa perpetuando la lógica de dominación patriarcal a través de la transmisión de los valores e ideología, limitando la posibilidad de diversificar las representaciones del ser mujer desde su propia construcción y sus efectos alienantes. Por lo tanto, la feminidad no consistiría en un contenido fijado de manera estática, sino más bien en una multiplicidad de formas donde la mujer se construye y es construida (Castaños, M. “et al”. 2007). Finalmente, se propone permitir una apertura a nuevas categorizaciones para aceptar y redefinir lo masculino y femenino desde la diversidad.

2.5 Comunidad Terapéutica

Es importante referir que la comunidad terapéutica corresponde a un modelo de intervención, que parte en sus orígenes como una forma alternativa de abordar las enfermedades psiquiátricas, que hasta ese entonces se trataban en hospitales psiquiátricos. Es un concepto que nace del psiquiatra Inglés Maxwell Jones desde su obra clásica “la psiquiatría social, un estudio sobre las Comunidades Terapéuticas”¹⁰, aquí la idea original está centrada en principios que son centrales en las personas y que están relacionados con la democracia, el respeto hacia los otros, la libertad, entre otros. En esta misma línea, es posible dar cuenta de la relación directa con el movimiento antipsiquiatría que surge en los años 50, concepto acuñado por David Cooper que impugna radicalmente el saber psiquiátrico que pone su foco en la enfermedad mental.

¹⁰ Jones, 1952. EN: Palacios y otros, 2008. P. 2

Ahora bien, al situarse en el campo de las adicciones, es posible identificar que el modelo que orienta a las Comunidades Terapéuticas en este ámbito, se inicia con el programa SYNANON, que comienza su accionar con personas que habían cometido delitos y que provenían de hospitales psiquiátricos, y que es desarrollado por ex adictos. Por otra parte, en Italia surge un nuevo movimiento, originado a través del proyecto hombre, que marca un modelo adecuado a la realidad Europea. Desde ese entonces surgen dos corrientes de Comunidades Terapéuticas que se expanden por el mundo (Palacios, J. "et al", 2008. P. 5). A nivel latinoamericano, es relevante señalar que en el año 1961, surge en Puerto Rico el Centro de Investigación sobre las Adicciones CISLA, que da paso posteriormente a los hogares CREA, que se han expandido por Latinoamérica.

La Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas en su esfuerzo por definir Comunidad Terapéutica, refiere que "es un modelo de trabajo y de vida que ayuda a personas (...), considera aspectos relevantes como son su familia y su red social como los componentes base de su trabajo (...), es parte de la comunidad social, es una base afectivo-espiritual y utiliza una relación de tipo horizontal (...), es la propia persona la que responde y genera la recuperación apoyada por el grupo (...), son protagonistas del tratamiento; en sí mismo el estilo relacional de la comunidad terapéutica es el principal elemento terapéutico" (Palacios, J. "et al". 2008. P. 6).

A pesar de que actualmente existen una gran cantidad de Comunidades Terapéuticas (institucionales, no institucionales, residenciales, ambulatorias, para jóvenes, adultos, mujeres, hombres), aparecen elementos comunes que se comparten, tales como:

- Participación: las personas son protagonistas activos de sus procesos de cambio y contribuyen al cambio de los demás integrantes de la comunidad.
- Compromiso y responsabilidad compartida: las personas proveen observaciones y se hacen responsables de ellas. Ello implica la co-construcción de un proyecto colectivo con objetivos comunes.

- Uso de roles modelos: cada participante realiza esfuerzos por ser un modelo del proceso de cambio (ser un espejo en los cambios deseados y posibles).
- Uso de normas y valores compartidos: hay presencia de un marco normativo y valórico, idealmente fruto de acuerdos internos de convivencia, que tiene la finalidad de proteger la integridad física, emocional y psicológica de la comunidad.
- Régimen de trabajo y rutina diaria compartido: las actividades de la comunidad se realizan desde un sistema de rutinas y trabajos claramente definidos, como forma de compensar la desestructuración, con una participación conjunta de los miembros de la comunidad en las distintas actividades.
- Comunicación abierta: se promueve una forma abierta, frontal, cara a cara en espacios comunitarios, bajo el principio de confidencialidad.
- Relaciones sociales: las relaciones internas entre las personas se constituyen en formas de control social, desde los sentidos de responsabilidad compartida y roles de modelo de cada miembro en relación con la comunidad. Las relaciones que aquí se establecen constituyen la base para el desarrollo futuro de redes de apoyo externo.
- Desarrollo por etapas o fases: el proceso terapéutico está estructurado en una secuencia de fases o etapas, donde se adquiere conocimiento, experiencia y ajuste social. Generalmente se desarrollan ciertos ritos para avanzar de una etapa otra, hasta llegar a la etapa definitiva del egreso.

2.6 Relevancia desde la Psicología Comunitaria

La psicología comunitaria se ubica al centro de las relaciones sociales y vínculos entre las personas, de esta forma, es posible apreciar propuestas asociadas al abordaje del consumo de drogas desde las Comunidades Terapéuticas, situándose en un contexto de comunidad, pasando a constituirse en un espacio donde la psicología comunitaria puede enriquecer y ampliar el referente de abordaje y análisis, tal como lo plantea el enfoque comunitario, en la búsqueda de la triple articulación entre lo institucional-comunitario, teórico-práctico

y encuadre positivo-encuadre negativo (Martínez, 2006). Ello se suma al interés permanente para construir conocimiento desde las prácticas locales, que insumen a la política pública desde lo comunitario.

Por otra parte, al concebir a las representaciones sociales como una orientación que se ha utilizado en múltiples estudios en la temática del consumo de drogas a nivel comunitario, permite integrar los aprendizajes a un contexto particular, vinculado al tratamiento del consumo de drogas en Comunidades Terapéuticas, que presenta ciertas particularidades interesantes de conocer, para retroalimentar el abordaje metodológico que se lleva a cabo en estos espacios. Es así como ese interés por conocer y proponer para la acción desde la psicología comunitaria, hace que la presente investigación se mantenga en sintonía con la disciplina.

En este sentido, la comunidad se constituye en el objeto de estudio de la psicología comunitaria, en la cual se construyen relaciones y donde es posible identificar la inclusión de la pertenencia, la interrelación y la cultura común (Krause, 2006), lo anterior, permite enriquecer el análisis en el contexto de las Comunidades Terapéuticas, espacio desde donde se sitúa la presente investigación.

Por otra parte, al incorporar el desafío de ampliar la concepción ideal de comunidad, nos encontramos con el requerimiento de trabajar con las comunidades en un “estado imperfecto” (Krause, 2006), en este caso asociadas al consumo de drogas. Siguiendo con lo anterior, al observar y analizar a las comunidades desde una perspectiva dinámica, permite ir incorporando elementos que las impactan desde la modernidad y la posmodernidad que influyen en su evolución continua (Rozas, 2009), invitándonos a desarrollar nuevas formas de mirar, comprender y reflexionar a las comunidades.

De la misma forma, en el interés por relevar la constitución de sujeto que construye su propia realidad, estando como principio epistemológico la transformación de situaciones de opresión y exclusión social, presentes en este estudio en sujetas mujeres en contexto de tratamiento por consumo problemático

de drogas, es que se constituyen en un desafío para la psicología comunitaria, en el sentido de generar nuevos marcos conceptuales de acción, que enriquezcan y fortalezcan las prácticas que se implementan en las comunidades por las comunidades.

Congruente con lo anterior, y al otorgar importancia al contexto de intervención institucional que se implementa en las Comunidades Terapéuticas, asociada más bien a un tipo de intervención dirigida (Montenegro, 2001), se evalúa la pertinencia de incorporar elementos de análisis y reflexión para desarrollar una perspectiva situada para la intervención social (Montenegro, 2001), en consecuencia con el interés de integrar las perspectivas particulares, con sus ritmos y matices que configuran la emergencia de nuevas formas de hacer, pensar, reflexionar, conectar y abrir caminos para el desarrollo de las Comunidades Terapéuticas de la región de Atacama.

CAPITULO 3: MARCO METODOLOGICO

3.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las Representaciones Sociales del tratamiento por consumo de drogas, que han construido las mujeres en contexto de rehabilitación en Comunidad Terapéutica ambulatoria en la región de Atacama?

3.1.1 Preguntas directrices

¿Cuáles son las explicaciones del tratamiento por consumo de drogas, que han construido las mujeres en contexto de rehabilitación en las Comunidades Terapéuticas ambulatorias en la región de Atacama?

¿Cuál es significado social del tratamiento por consumo de drogas, que han construido las mujeres en contexto de rehabilitación en las Comunidades Terapéuticas ambulatorias en la región de Atacama?

¿Cómo están organizados los conocimientos que poseen las mujeres en tratamiento por consumo de drogas en contexto de rehabilitación en las Comunidades Terapéuticas ambulatorias de la región de Atacama?

¿Cuáles son los contenidos de las representaciones sociales de tratamiento por consumo de drogas, que han construido las mujeres en contexto de rehabilitación en las Comunidades Terapéuticas ambulatorias de la región de Atacama?

¿Es necesario incorporar las representaciones sociales de las mujeres en tratamiento por consumo de drogas en contexto de Comunidad Terapéutica ambulatoria en la región de Atacama?

¿La Representación Social del tratamiento por consumo de drogas se construye de manera diferenciada desde lo masculino respecto de las mujeres que

se encuentran en contexto de rehabilitación en las Comunidades Terapéuticas Ambulatorias de la región de Atacama?

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo General

- Conocer y describir las Representaciones Sociales del tratamiento por consumo de drogas, que han construido las mujeres en contexto de rehabilitación en las Comunidades Terapéuticas ambulatorias de la región de Atacama.

3.2.2 Objetivos Específicos

- Conocer las representaciones sociales del tratamiento por consumo de drogas en mujeres y sus diferencias con los hombres en contexto de rehabilitación en las comunidades terapéuticas ambulatorias en la región de Atacama.
- Identificar los contenidos que constituyen la representación social del tratamiento por consumo de drogas, que han construido las mujeres en contexto de rehabilitación en las Comunidades Terapéuticas ambulatorias de la región de Atacama.
- Identificar el significado del tratamiento por consumo de drogas que le atribuye la mirada masculina, respecto de la mujer que se encuentra en tratamiento en contexto de rehabilitación en las Comunidades Terapéuticas ambulatorias en la región de Atacama.
- Contribuir en la incorporación de las representaciones sociales del tratamiento por consumo de drogas de mujeres, que se encuentran en contextos de tratamiento en Comunidades Terapéuticas Ambulatorias en la región de Atacama.

3.3 Tipo de investigación

La presente investigación se inserta en los fundamentos de la metodología de carácter cualitativo, ya que se sitúa en un periodo determinado de la realidad. Este enfoque metodológico, nos permite abordar los fenómenos sociales con una mirada subjetiva, holística e integrada desde los sujetos sociales, considerando que en ellos se encuentra la riqueza para construir la realidad social, como lo plantea Ruiz Olabuenaga “Su objeto es la captación y reconstrucción de significado... su lenguaje es básicamente conceptual y metafórico... su modo de captar la información no es estructurado sino flexible y desestructurado... su procedimiento es más inductivo que deductivo... la orientación no es particularista y generalizadora sino holística y concretizadora”.¹¹

La investigación cualitativa, opera con representaciones simbólicas de la realidad social, lo que se cualifica, son las características o propiedades simbólicas, destacando la vivencia concreta de los sujetos, su experiencia acumulada, sus sentimientos, creencias, propósitos, significados y otras características importantes del mundo subjetivo.

Aquí es importante señalar, que al momento de hacer referencia al análisis cualitativo, éste se vincula más bien al proceso no matemático de interpretación, observándose al menos tres componentes: los datos, los procedimientos y la relación, que es posible resumir finalmente en el descubrimiento de conceptos y relaciones desde los datos brutos que son organizados en esquemas teóricos explicativos (Strauss y Corbin, 2002) respecto al fenómeno en estudio.

¹¹ José Ruiz. Metodología de la investigación cualitativa. 2º edición, Universidad Deusto, Bilbao, 1999, p. 23.

3.4 Metodología de Investigación

El enfoque utilizado se sitúa en el marco de la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss, 1967 en Flick, 2004), por el carácter flexible, dando preponderancia a la información recopilada durante el proceso de estudio, lo que permite ir construyendo la investigación donde los supuestos teóricos serán descubiertos y se formularán al relacionarse con los datos empíricos del campo, vinculados al objeto de estudio (Flick, 2004), que en este caso se relaciona con la representación social del tratamiento por consumo de drogas en mujeres en contexto de Comunidad Terapéutica ambulatoria de la región de Atacama, que orientaran las descripciones y explicaciones desde un modelo que integre las representaciones a nivel colectivo.

Por su parte, el muestreo teórico corresponde a la recolección de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo y basada en el concepto de “hacer comparaciones” (Strauss y Corbin, 1990). Este tipo de muestreo, evoluciona paulatinamente a través del estudio de las representaciones sociales del tratamiento en contexto de comunidad terapéutica.

Es así como, el muestreo y el análisis, ocurren secuencialmente, donde el análisis guía la recolección de los datos (Strauss y Corbin 1990). De esta manera, se van comparando las respuestas de las mujeres, que emergen de las entrevistas en profundidad, considerando los conceptos que sirven de base para una mayor recolección de datos. Las decisiones de muestreo se basan en la interpretación inmediata de los datos recogidos y sobre los tipos de datos que se recogieron en el proceso de investigación (Flick, 2004).

El proceso de análisis de los datos corresponde a la codificación teórica (Glaser y Strauss, 1967 en Flick, 2004). Es decir, cada vez que se recogen los datos, se van interpretando, según lo plantea Flick, el punto de anclaje es el que permitirá tomar decisiones sobre los datos relevantes a incorporar posteriormente en el análisis. La codificación teórica será el proceso central por medio del cual se construirá la teoría a partir de los datos recolectados (Strauss y Corbin, 1990).

Es importante referir que este enfoque, permite analizar de manera diferenciada la información recolectada, por un lado con las mujeres que se encuentran en tratamiento, así como el contexto donde se construyen las representaciones sociales. Strauss y Corbin (1998) plantean que dicho procedimiento se puede resumir de la siguiente manera:

1. Construir teoría más que comprobarla.
2. Ofrecer a los investigadores herramientas útiles para manejar grandes cantidades de datos brutos.
3. Ayudar a los analistas a considerar significados alternativos de los fenómenos.
4. Ser sistemático y creativo al mismo tiempo.
5. Identificar, desarrollar y relacionar los conceptos, elementos constitutivos básicos de la teoría.

Los procedimientos utilizados para la interpretación de los datos, y que se desarrollan como fases separadas temporalmente en el proceso son las siguientes: la codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva (Flick, 2004).

Codificación abierta: El análisis en esta fase será descriptivo, comparando la información obtenida con el objeto de asignar una denominación común al conjunto de fragmentos que comparten una idea verosímil.

Codificación axial: El análisis es relacional, donde se depuran y diferencian las categorías, se seleccionan las más prometedoras y se establecen las relaciones entre las categorías y subcategorías (Ibíd. P. 192).

Codificación selectiva: aquí se da continuidad a la codificación axial en un nivel más alto de abstracción. Se elabora la categoría central que sirve para agrupar las otras categorías desarrolladas (Ibíd. P. 193). Durante esta fase del análisis, el propósito es descubrir una línea narrativa, que permita elaborar un relato integrador de las diversas categorías relacionadas con un conjunto de proposiciones e hipótesis dando paso a la construcción de una teoría.

El proceso de interpretar datos finaliza en el momento que se ha alcanzado la saturación teórica, es decir cuando una categoría adicional ya no proporciona nuevos conocimientos (Ibíd. P. 193), para proceder posteriormente, a desarrollar la fase de escritura de la teoría.

4.5- Técnicas de investigación.

Para el presente estudio se utiliza la técnica de entrevista en profundidad. En este sentido se considera la entrevista con mujeres que se encuentren en tratamiento en contexto de Comunidad Terapéutica Ambulatoria al menos durante 3 meses. A su vez se considera la entrevista en profundidad porque es la técnica utilizada por excelencia en la teoría fundada (Ibíd. P. 145). Es de carácter individual, porque se da entre el entrevistador y entrevistada; no es directiva, pues el entrevistador desarrolla la conversación con preguntas abiertas, que permitirán ir profundizando los significados a lo largo de la entrevista.

Al considerar los criterios de conveniencia, disponibilidad y oportunidad (Ibíd. P. 137) en la planificación de la entrevista en profundidad se define lo siguiente:

- La investigación se llevará en las tres Comunidades Terapéuticas de la región de Atacama: Nuevo Horizonte de Chañaral, Despertar de Copiapó y Esperanza de Vallenar, con las mujeres que se encuentran en tratamiento. Ello en concordancia con lo que persigue el estudio respecto a conocer las representaciones sociales del tratamiento por consumo de drogas de las mujeres. Es importante mencionar que el investigador se desempeña como integrante del equipo de una de las Comunidades Terapéuticas ambulatorias, lo que se evalúa como facilitador para realizar el primer acercamiento.
- Número de entrevistas: Se desarrollaron 6 entrevistas en profundidad, distribuidas en cada Comunidad Terapéutica de la región de Atacama. Es conveniente señalar, que se consideró el criterio de saturación de información.

- En primera instancia se procedió a tomar contacto con los respectivos directores (as) de Comunidades Terapéuticas, así como también con el consejo directivo de la Fundación Despertar (Institución a la que pertenecen dos de las Comunidades Terapéuticas), a quienes se presentó el diseño de investigación. Luego se realizó una primera aproximación con los directores de las Comunidades Terapéuticas con el objeto de definir la selección de las mujeres, donde se les solicitó consentimiento para participar en el estudio. Posteriormente, se estableció un primer contacto a través de visita domiciliaria con las mujeres seleccionadas, donde se socializaron objetivos del estudio y consentimiento informado, para su posterior firma, resguardando en todo momento los aspectos éticos.

Para llevar a cabo las entrevistas en profundidad, se diseñó una pauta¹² que aportó como guía en el espacio conversacional con las mujeres. Para llegar a este documento se realizó una primera aproximación al campo de estudio, realizando una entrevista preliminar que permitió la emergencia de los temas a incorporar. A continuación se presentan los principales elementos abordados:

- Presentación de la entrevistada
- Representación del ser mujer
- Representación del ser familia
- representación del consumo de drogas
- Representación del tratamiento
- Representación de la comunidad
- representación de lo masculino y femenino
- Proyecciones de futuro

Por otra parte, al retomar los elementos de la teoría fundamentada y relacionarlos con el muestreo teórico, es importante señalar que transcurre de manera secuencial, donde el análisis guía la recolección de datos (Strauss y Corbin, 1990). Así mismo, respecto a los procedimientos de interpretación de los datos se considera lo planteado por Flick (2004), quien refiere iniciar con la

¹² El guión de entrevista se presenta en los anexos de la presente investigación.

codificación abierta (nivel descriptivo), para continuar con la codificación axial (relacional) y finalizar con la codificación selectiva (nivel relacional con mayor nivel de abstracción). Se utilizaron registros de audio y cuaderno de campo para la recolección de los datos.

4.6 Procedimientos éticos

En el desarrollo de la presente investigación se resguarda el cumplimiento de los aspectos éticos, relacionados con el respeto por las sujetas que participaron en la investigación, así como también mantener en todo momento la confidencialidad de la información. Para ello se utiliza como instrumento de trabajo el consentimiento informado y por escrito, lo que cautela los derechos de las participantes, respecto a la decisión de mantenerse hasta el final del estudio o retirarse cuando lo estime conveniente.

Finalmente, al concluir la investigación, los resultados son compartidos con las participantes y con los equipos de las Comunidades Terapéuticas.

CAPITULO 4: RESULTADOS

Para llevar a cabo el proceso de análisis de los datos obtenidos, se considera que éste progresa de manera continua y activa en el transcurso de la investigación (Taylor y Bodgan, 1998), poniendo énfasis en el conocimiento que emerge a través de la depuración de la información, que dialoga permanentemente con el investigador. Es así como se consideran algunas sugerencias de Strauss y Corbin (1998) en la idea de promover el desarrollo de un pensamiento creativo: estar abierto a múltiples posibilidades, usar formas no lineales de pensamiento, confiar en el proceso, divergir de las formas normales de pensamiento y disfrutar mientras se ejecuta. De lo anterior, se espera que se puedan denominar categorías con buen tino, formular preguntas motivadoras, lograr comparaciones que integren los datos, entre otras.

En este caso particular, se utiliza como referente orientador el procedimiento de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 1998). Partiendo desde la codificación abierta, donde luego de la lectura minuciosa de las entrevistas, línea por línea, van apareciendo palabras o frases que se conectan con el relato de las entrevistadas, hasta conseguir la saturación de los datos.

El paso anterior va permitiendo avanzar hacia el proceso de codificación axial, donde se produce la relación de los códigos, emergiendo las siguientes categorías:

- 1.- HIJOS MOTOR DE CAMBIO.
- 2.- TRATAMIENTO ES RECAIDA.
- 3.- HOMBRE FACIL/MUJER DIFICIL.
- 4.- ENTRE DELICIAS: "DROGA MALA PERO RICA".
- 5.- VOLUNTAD ES IGUAL A NEGACIÓN.
- 6.- MUJER-DROGAS-ESTEREOTIPOS, EN UNA MUJER SE VE MAS FEO.

- 7.- COMUNIDAD TERAPEUTICA Y SU SENTIDO DE COMUNIDAD DESDE LA ACOGIDA.
- 8.-TRATAMIENTO ES AMBIVALENCIAS.
- 9.-TRATAMIENTO ES ENSEÑAR Y APRENDER, SI ME CAIGO ME PARO.
- 10.-PASANDO POR CEDAZO.
- 11.-MUJER (ES) TRANSITO IMPACTADO POR EL EJERCICIO DEL ROL MATERNO.
- 12.-COMUNIDAD COMO TERAPIA.
- 13.-MADRE APOYO INCONDICIONAL.
- 14.-OPERACIÓN RETORNO, “DE VUELTA AL MERCADO”.

De esta forma, a través de la aplicación de la teoría fundamentada surge la organización de los datos en la categoría central, que se desagregan en dimensiones y subdimensiones que se relacionan y vinculan entre sí. Lo anterior queda graficado en la tabla I.

Por consiguiente, se determinó la categoría central: El tratamiento es enseñar y aprender, si me caigo me paro, considerando que las descripciones realizadas por las mujeres que se encuentran en tratamiento en contexto de Comunidad Terapéutica ambulatoria en la región de Atacama, respecto al tratamiento de drogas, se relacionan con la representación de enseñanza y aprendizaje como proceso que va y viene.

Lo anterior, se logra a través del análisis e interpretación de la información realizado por el investigador, utilizando el resultado de las entrevistas como sustento base que orienta el quehacer.

Es así como se construye la siguiente tabla donde se presentan los resultados:

TABLA I: Categoría central, dimensiones, subdimensiones y definiciones.	
Categoría	Definición
Central: El tratamiento es enseñar y aprender. Si me caigo me paro.	El tratamiento en contexto de Comunidad Terapéutica se centra en un proceso educativo de enseñanza-aprendizaje.
Dimensión: Mujer-drogas-estereotipos: en una mujer se ve más feo.	La mujer consumidora de drogas genera la emergencia de estereotipos y etiquetas negativas en el contexto social.
Subdimensión: Mujer (es) tránsito impactado por el rol materno.	El ejercicio desde ser mujer se ve impactado transversalmente por la maternidad.
Subdimensión: Madre apoyo incondicional.	La figura de la mujer-madre aparece como referente de apoyo en los procesos de tratamiento.
Subdimensión: Hijos, motor de cambio.	Los hijos e hijas aparecen como la figura central en términos motivacionales para iniciar procesos de tratamiento.
Subdimensión: Hombre fácil/mujer difícil.	La mujer aparece con mayores desventajas en relación a los hombres en el sistema consumo de drogas.
Dimensión: El tratamiento es ambivalencias.	El Tratamiento de drogas aparece como posibilidades paradójicas y contradictorias referidas al cambio.
Subdimensión: Entre delicias, droga mala pero rica.	El consumo tiene su propia trayectoria, en tiempo, cantidades, momentos, situaciones, habitus y consecuencias, decantando finalmente en una connotación negativa del placer

Subdimensión: Operación retorno, de vuelta al mercado.	El tratamiento permite recuperar la posición de consumidora y participar en el mercado sin cuestionamientos.
Subdimensión: Tratamiento es recaída.	La posibilidad siempre latente de recaída forma parte de la cotidianidad de la mujer en tratamiento.
Subdimensión: Voluntad es igual a negación.	La motivación se ve impactada por la relación negada con las drogas.
Dimensión: Comunidad como terapia.	La construcción de relaciones sociales que se desarrollan en la comunidad son reconocidas como terapéuticas.
Subdimensión: Comunidad Terapéutica y su sentido de comunidad desde la acogida.	El sentido de comunidad se construye a partir de la incorporación de las subjetividades femeninas desde el momento de acogida.
Subdimensión: Pasando por cedazo.	Existen elementos favorables y desfavorables que se rescatan de las experiencias de tratamiento en Comunidad Terapéutica en la región de Atacama.

4.1 La categoría central

Siguiendo la metodología propuesta por Campo y Labarca (2009), cada categoría es posible definirla de acuerdo a los resultados a través de los elementos emergentes recogidos en los relatos de las mujeres en tratamiento, que de la misma forma, van confluyendo en análisis descriptivos que profundizan dicha codificación. De esta forma es posible presentar en la tabla I la categoría central:

Tabla II. Categoría Central		
Categoría Central	Definición	Cita textual
El tratamiento es enseñar y aprender, si me caigo me paro.	El tratamiento en contexto de Comunidad Terapéutica se centra en un proceso educativo de enseñanza-aprendizaje desde la experiencia del consumo en un continuo espiral.	<p>...yo me caigo, pero me vuelvo a parar y después vuelvo para acá, después me voy de acá y a los días después caigo de nuevo y me vuelvo a parar y sigo acá y yo digo esto no me la puede ganar, tengo que seguir... (Érica, 44 años).</p> <p>... una ya es la fuerte, capaz de enfrentar cualquier dificultad, sin miedo y mirando a los ojos, no agachando la cabeza, esa es la gran diferencia, yo llegue acá siendo un pollito asustado, queriendo morir y ahora es todo lo contrario, es querer vivir, disfrutar, llorar, reír, sentir, todo lo que quise dejar de sentir consumiendo droga...</p>

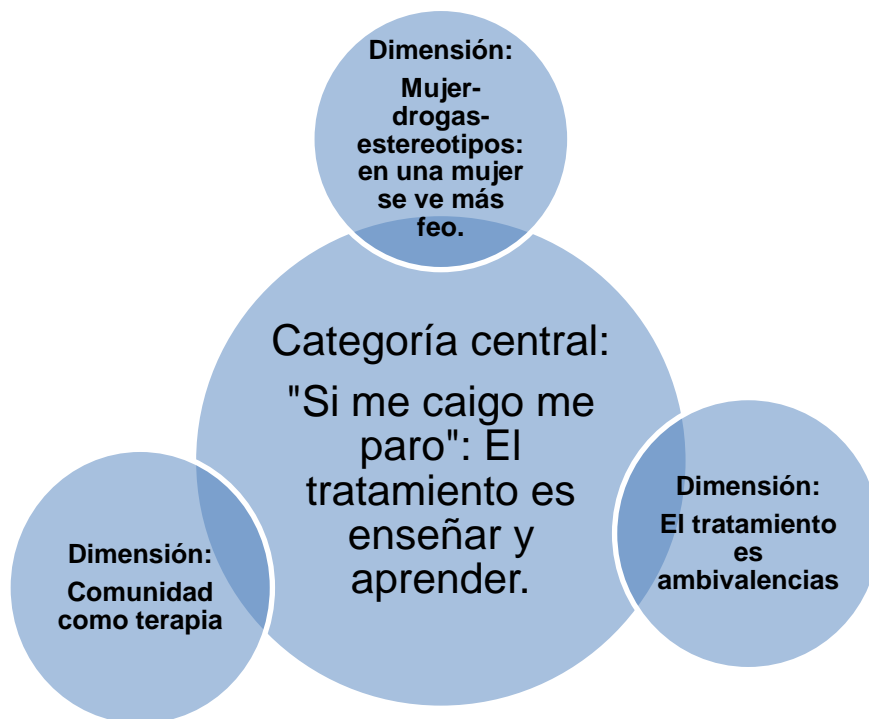
		(Yasna, 37 años).
--	--	-------------------

Aquí, la representación del tratamiento se construye en ese binomio del ir y venir, entrar y salir, caer y pararse, no siendo concebido linealmente, lo que cuestiona el diseño respecto de los tiempos estructurados desde la política pública, aquí los tiempos institucionales no son los mismos tiempos de la vida (Martínez, 2006). De esta forma, al concebirlo como proceso de aprendizaje requiere de una profundización más compleja que solamente acotarla al consumo de drogas como meta final. Ello sintoniza con la teoría de las representaciones sociales, considerando que éstas requieren de un proceso de objetivación y posterior anclaje.

Así por una parte, la representación del consumo de drogas se construye y desarrolla en la oscuridad, en tanto el tratamiento en la claridad y luz. Por consiguiente, la representación del tratamiento sería el tránsito de la oscuridad a la luz, manifestado reticularmente en la idea de consumo/cambio. De manera simbólica el tiempo de la vida comprende el día y la noche, donde la representación social del consumo se construye en la oscuridad de la noche, para no estar a la vista de todo el mundo. Por consiguiente, al tomar conciencia de la corporalidad se identifican factores asociados al desarrollo de la emocionalidad manifestada en la culpa, miedo, temor, angustia, vergüenza, que se constituyen más tarde en elementos movilizadores, que paradójicamente se asimilan como elementos represores desde la sociedad patriarcal.

En tanto desde el tratamiento es posible visualizar futuro, salir del estancamiento, que de manera contradictoria promueve el consumo de drogas, porque si bien se concibe como estancamiento por la dependencia que se genera, produce también la movilización para salir, ya que de alguna forma en cada consumo hay un cambio. Lo planteado sintoniza con la categoría central, donde el tratamiento es representado como un permanente proceso de enseñanza y aprendizaje desde las experiencias de consumo problemático de drogas.

Para graficar de manera más clara lo anterior, se presenta en el mapa conceptual N°1, donde es posible observar la categoría central y las tres dimensiones que la componen:



4.2 Dimensión: Mujer-drogas y estereotipos: en una mujer se ve más feo

A continuación se presentaran los resultados de la dimensión mujer-drogas-estereotipos: en una mujer se ve más feo, que es constituida a su vez por cuatro subdimensiones: hijos, motor de cambio; mujer es tránsito impactado por el rol materno; madre apoyo incondicional; Hombre fácil/mujer difícil. Lo anterior es presentado a través de tablas y su respectivo mapa conceptual.

Tabla III. Dimensión: Mujer-drogas-estereotipos: en una mujer se ve más feo.	
Definición	Citas
La mujer consumidora de drogas genera la emergencia de estereotipos y etiquetas negativas en el contexto social.	<p>Como que todo el mundo te mira mal, apuntan con el dedo, después nadie confía en uno, nadie le tiene respeto, y se ve más feo en una mujer, porque la mujer tiene el vicio más fácilmente po, se puede prostituir, ganar unas moneas y listo. Hay hombres que también lo hacen, pero en una mujer se ve más feo, porque la mujer tiene hijos y después, puta dice la gente dejaste botaos a tus hijos y un hombre no po...imagínese, ver a una mujer embarazada fumando, también es más fuerte todavía es feo po, yo cuando fumaba ni siquiera me veía, era como que no me importaba, como que me daba lo mismo, podía pasar gente que yo conocía y yo pasaba volá, pero ahora que no fumo encuentro que es feo (Carolina, 24 años).</p> <p>Si yo soy mujer, me preocupo de mí, me preocupo</p>

	<p>de bañarme, bien bañadita, de andar limpiecita, pero yo creo que uno va perdiendo eso metida en la droga, porque tu metida en la droga andas hedionda, pasada a cigarro, pasada a pasta, a transpiración, porque te hace sudar, entonces no te importa, ya no estoy en tus cinco sentidos, ya estoy cero conciencia, entonces yo creo que uno va perdiendo ahí un poco de dignidad (Yocelyn, 29 años).</p> <p>...verse flaca, verse completamente arruinada en la calle, sin nadie al lado de uno, sin alguien que te diga no po párala, no lo hagas más, solamente gente que está en la misma que uno, en la droga, y personas que te quieren ayudar y tu no. Estas tan metida en la droga que no, que no aceptas, no aceptas la ayuda de nadie. Así uno se refugia ¿en qué más? en droga po, porque ahí uno evade todo, evade problemas, evade dificultades (Paula, 40 años).</p> <p>...creo que el hombre no lo ve bien, ya del hecho de que la mujer sea drogadicta para ellos es malo, todo es negativo y una mujer en rehabilitación para el hombre es como un peligro, porque uno cambia, ya no depende de ellos si no que depende de uno mismo, entonces ese es el miedo que sienten, pero no entienden que uno no los deja de querer, los quiere igual, los necesita igual (Yasna, 37 años).</p>
--	--

	<p>...las drogas destruyen todo, es una destrucción mínima pero te destruye a ti como ser humano, te destruyen tu salud, te destruyen tu familia, te destruye todo...la droga te lleva a robar, muchas veces las drogas te lleva a matar, muchas veces la droga te lleva a prostituirte y la gente se vende (Yocelyn, 29 años).</p> <p>Cuando me olvide, cuando me deje abandonada, no recuerdo dónde ni cuándo pero me abandone...me deje de lado por la droga, no me quise más, no me cuide más, deje a mis hijos de lado, si bien igual me preocupaba de sus alimentos, de su ropa, pero deje de existir, les falte como mamá, falte como pareja también, me refiero a que no estaba ahí el cien por ciento con todos mis sentidos, con mi pareja un 30% pensando en él y el otro 70% pensando en consumir (Yasna, 37 años).</p>
--	---

Aparece la pérdida como elemento asociado principalmente al consumo femenino. La mujer pierde el hombre no, principalmente en lo vinculado a roles social y simbólicamente asignados a la mujer (domesticación y cuidado de otros). Por tanto, la representación de la droga se asume desde una posibilidad de sentirse acompañada, un refugio que acoge para olvidar y olvidarse de una realidad adversa constituida por la pérdida y la oportunidad para no ser, no observarse, apareciendo aquí la ambivalencia y paradoja de la droga como aspectos negativos y adversos para una “buena vida”.

Por otra parte, se observa una temporalidad y una espacialidad, donde la evasión se constituye en estrategia práctica para escapar de la posibilidad de

enfrentar la realidad adversa. Ello se constituyen en una mochila, una carga permanente que a través del consumo es posible negar su existencia.

Así emerge la connotación negativa de la droga, por las consecuencias asociadas que a su vez son socialmente castigadas, representándose a través de la figura de un veneno, que a su vez se relaciona con la muerte, constituyendo en un matiz que contrasta con la vida desarrollada por las mujeres en el sistema consumo de drogas.

La relación con la droga se constituye en un proceso que se construye por la mujer a través de elementos emocionales, conductuales y relacionales con su entorno más cercano, que está marcado por la desigualdad de género, graficado en la imagen estereotipada de la mujer drogadicta.

De esta forma se construye la aceptación del ser mujer como elemento constitutivo de una identidad diferenciada, donde emerge el desarrollo de la feminidad a través de cultivo de autoimagen, que se pierde o se abandona por el consumo de droga, lo que puede constituirse como una forma de protesta contra una sociedad que simboliza una forma de ser mujer, validada, reforzada y modelada por la sociedad patriarcal.

En alusión a los sentidos en esta dimensión, se puede señalar que éstos se vinculan con la posibilidad de acceder y relacionarse con la realidad social dada y construida. Ello da paso, que a través del consumo se recree una sociedad sin sentido, liberadora e inconsciente, confrontando la pseudo dignidad, que se asocia a lo dado y socialmente aceptado por el poder dominante.

Es así como la mujer consumidora rompe con los estereotipos asignados socialmente desde la cultura masculina, permitiendo de esta forma la posibilidad del ser mujer desde lo no aceptado. Entonces, a modo de hipótesis la mujer consume para liberarse de los estereotipos, siendo el consumo de drogas productor de sentidos, espacios y contextos, los que a su vez pasan a formar parte constitutiva del proceso de tratamiento en contexto de comunidad terapéutica.

4.2.1 Subdimensión: Hijos, motor de cambio

Tabla IV. Subdimensión: Hijos, motor de cambio	
Definición	Citas
Los hijos e hijas aparecen como la figura central en términos motivacionales para iniciar procesos de tratamiento.	<p>Trate de optar por salir... porque me estaban quitando a mi hija el SENAME y además por una medida cautelar, porque yo consumiendo, ya sabe, así que me la quisieron quitar y yo de ahí dije no po', son mis hijos y no me los van a quitar. Por mis hijos estoy saliendo adelante (Carolina, 24 años).</p> <p>Quiero hacer las cosas pero como corresponde, como una persona adulta, esto lo decidí cuando vi a mi hija, que ahora se está acercando y recién está creciendo (...) yo en la edad que ella tenía, yo nunca sufría, por eso converse con mi hija, ella lo único que me pidió es no consumir y eso se lo tengo que cumplir, obvio hasta que pase un buen tiempo (Patricia, 40 años).</p> <p>...mi pareja en un principio estuvo muy de acuerdo con mi proceso y después él cambió de parecer. Ahora me centro en mis hijas, la mayor me ha dicho que se siente orgullosa de su mamá, que su mamá dio la pelea y la ganó (Yasna, 37 años).</p>

De las mujeres entrevistadas aparece una variable común asociada al ejercicio del rol materno y cómo éste se construye y ejerce en la sociedad actual, constituyéndose en un rol paradójico, pues primero aparece mediado por una sociedad que instruye una determinada forma de ser a través de instituciones que

norman y controlan, llevando a movilizar a la mujer para elaborar la idea de la pérdida como el impulso para “cambiar”.

Ello se grafica en el castigo, que se sitúa en el entorno más cercano exigiendo el cumplimiento de una determinada forma de ser madre, que parte desde la negación del consumo y la sobrevaloración de la abstinencia como patrón a seguir. Lo anterior, permite reconocer que la representación del tratamiento sintoniza con ese control normativo, poniendo a los hijos como elemento que moviliza ese “cambio para la aceptación de otros”.

La figura materna en el sistema familiar sigue cierto sistema normativo desde el ejercicio del rol, que es regulado por la madre, que sanciona y enjuicia, asumiendo en muchas oportunidades ellas mismas el rol no ejercido por la mujer que consume. En este mismo ámbito, cuando ese rol no es asumido por el sistema familiar, aparece el Estado con la institucionalidad que suple ese rol, configurando un proceso que coarta el derecho a decidir de la mujer respecto a la maternidad.

Por otra parte, al integrar a los hijos al proceso terapéutico, se podría inferir que los hijos también se rehabilitan, reforzando la forma de concebir el tratamiento de mujeres con sus otros cercanos, jugando relevancia el rol acogedor como elemento central en el proceso de tratamiento, pero que mantiene la desigualdad de género en torno a la responsabilidad con los hijos.

4.2.2 Subdimensión: Mujer (es) tránsito impactado por el ejercicio del rol materno.

Tabla V. Subdimensión: Mujer (es) tránsito impactado por el ejercicio del rol materno.	
Definición	Citas
El ejercicio desde ser mujer se ve impactado transversalmente por la maternidad.	Mujer es ser hija, madre, compañera, es lo más lindo que hay, porque es como una flor que hay que regarla para que crezca, es estar pendiente de mis padres, de mis hermanos, darles fuerza en

	<p>algún momento en que ellos estén mal, estar apoyando a las personas que tienes al lado tuyo (Paula, 40 años).</p> <p>Yo nunca deje de ser mamá, nunca deje de ser mujer, porque mujer eso es lo que significa, tener que levantarte, darle desayuno a los niños, lavar, yo no sé po, podría haber llegado a las 5 de la mañana, a las 10, así me bañaba, me sacaba la ropa, echaba mi ropa sucia a la lavadora, sacaba la ropa de mis niños, les daba desayuno, aunque mi cabeza estuviera quebrada, tenís que estar ahí... (Yocelyn, 29 años).</p> <p>Lo que primero que se me va a la cabeza si me dicen mujer es soy madre, dedicada a mis hijos y como mujer soy una persona bien luchadora (Patricia, 40 años).</p> <p>... ser madre uff es una tarea difícil, muy difícil pero buena, me hace crecer como persona, como mujer uno crece mucho, crece con los hijos, aprende con ellos y si bien es una tarea dura, yo creo que es la mejor tarea que se nos ha encomendado en esta tierra (Yasna, 37 años).</p>
--	--

La construcción de la identidad de la mujer se representa desde el ejercicio del rol materno, que es reconocido como un elemento central en la conformación de ese ser mujer, emergiendo la figura de “mujer consumidora madre”, por la exigencia impuesta para no descuidar ese rol, a través de la presencia: “estando”.

Esta dinámica relacional hace que exista una diferencia sustancial entre la mujer y el hombre que consumen sustancias, ya que éste no tiene arraigado o más bien no se le asigna, ese rol como elemento central en su conducta. Además hace que el consumo de la mujer tarde más en ser visibilizado como problemático, que finalmente se logra ver cuando des-cuida el ejercicio de su rol, ahí se refleja claramente la desigualdad de género, que es castigada por la sociedad patriarcal con el rótulo de “mujer drogadicta mala madre”. Esto hace que desarrolle un cuestionamiento respecto al incumplimiento de los cánones socialmente aceptados respecto al significado de “ser buena madre”, ello contribuye a la construcción de esa representación del ser “mala madre”, que arrastra consigo la imposibilidad de ser mujer plena en el ejercicio de sus derechos, por la carga de culpa que se asume. Lo anterior, niega la posibilidad de ser mujer, por la imposición valórica que debe acarrear y las consecuencias negativas asociadas en una sociedad que castiga, discrimina y excluye.

Hay un permanente diálogo respecto al significado del ser madre, que cuestiona y confunde a la mujer que consume sustancias. Ser mujer madre consumidora se configura como una representación negada y no aceptada por el mandato social que se impone desde el poder patriarcal, que se ve tensionado por el consumo, siendo elaborado por el discurso oficial como una triada incompatible mujer-madre-drogas. Lo que resulta paradójico de todo esto, es que se niega pero que existe, siendo promovido y desarrollado por los principios que rigen la sociedad: el consumo.

4.2.3 Subdimensión Madre apoyo incondicional

Tabla VI. Subdimensión: Madre apoyo incondicional	
Definición	Citas
La figura de la mujer-madre aparece como referente de apoyo en los	Yo creo que me apoyan porque estoy bien, pero en el momento que estuve mal la única que me apoyo siempre fue mi mamá. Mi mamá se alegra que me

<p>procesos de tratamiento.</p>	<p>haga bien el tratamiento, que venga todas las veces, está segura que voy a salir adelante (Yocelyn, 29 años).</p> <p>Mi mamá siempre me ha dicho que yo tengo muchas cosa buenas, que soy muy luchadora, trabajadora (Patricia, 40 años).</p> <p>Mi mamá dice que soy mala hija, porque soy poco cariñosa, no soy mamona, yo soy como la más alejada de la familia, le tengo mucho respeto, pero no mucho amor. Mi mamá decía mira si es drogadicta y se rajaba llorando porque ella es así y cuando mi papá se enteró, después cuando se curaba, pescaba el teléfono y se ponía a llorarle a su hermano que mi hija, que anda fumando y se perdió, que hizo y esto otro, entonces todos hablaban mal de mí y todavía yo creo, pero yo me puse la coraza en contra de ellos (Yocelyn, 29 años).</p>
---------------------------------	--

En la configuración de las relaciones que se construyen desde el consumo de drogas y la posibilidad de cambio a través del tratamiento aparece la figura materna que acompaña el proceso, asumiendo el rol determinado y asignado por la sociedad patriarcal, manteniendo y reproduciendo la posición desigual con respecto al hombre en el proceso de crianza con los hijos. De acuerdo a ello, la relación materna filial no se ve afectada, pues es generalmente la abuela-mujer, quien asume dicho rol nutricional, con el objeto de apoyar la posibilidad de que la mujer consumidora recupere ese rol a través del tratamiento.

En tanto, el tratamiento desde la Comunidad Terapéutica, permite el reencuentro madre-hija, reforzando los roles socialmente aceptados, favoreciendo desde esta perspectiva el cambio. Por consiguiente, la figura materna refuerza los roles asignados a la mujer, evidenciándose un traspaso generacional de una forma predeterminada de ser mujer, que sanciona a la mujer que se relaciona con las drogas, que sumado al juicio paterno, pasa a constituirse en una mujer doblemente castigada en el seno familiar, lo que refuerza la idea de abandonarse en el consumo como una oportunidad.

Se observa la limitación en la construcción de relaciones interpersonales en lo público, con escasas posibilidades de ejercer libremente ese derecho, principalmente por la demanda prioritaria para que se cumpla adecuadamente el rol materno, decantando como resultado la construcción de relaciones ambivalentes.

4.2.4 Subdimensión: Hombre fácil/ mujer difícil

Tabla VII. Subdimensión: Hombre fácil/ mujer difícil	
Definición	Citas
La mujer aparece con mayores desventajas en relación a los hombres en el sistema consumo de drogas.	<p>Todos me dicen es que a lo mejor te gusta, tu lo quieres, pero no era eso lo que a mí me tiraba hacia él, era la droga, yo decía que estando con él tenía droga (Yocelyn, 29 años)</p> <p>Ser mujer es difícil, o sea me refiero a la mujer que tiene hijos, la mujer cuando esta sola, tiene que apechugar sola con sus hijos. Hay mujeres que son mamás solteras, que no tienen a su papá, quedan embarazadas y ellas tienen que seguir para adelante con sus hijos po', en cambio el hombre no po', el hombre puede ser el progenitor, pero al final la</p>

	<p>mujer es la que se queda con los hijos, el hombre se va no más (Carolina, 24 años).</p> <p>El siempre me saca en cara que yo deje botado al Gustavo porque yo cuando fume, yo a él lo deje por ir a fumar y él me lo quitó. Por eso me arrepiento mil veces de haber fumado, más encima con ellos adentro (Carolina, 24 años).</p> <p>Porque la mujer al final pierde hasta su dignidad, un hombre no se va ir a acostar por drogas, la mujer si po, la mujer hasta por quinientos pesos se metían con los viejos. La mujer pierde la dignidad, el hombre igual yo creo que pierde un poco de dignidad, pero no se nota tanto, porque el hombre fuma, no trabaja y deja de trabajar, pero la mujer deja de ver a sus hijos, deja de tener su familia, pierde hasta todo, se acuesta por drogas, vende el cuerpo por drogas, bota a los hijos recién paridos por drogas (Yocelyn, 29 años).</p> <p>Los hombres son más libres, más liberales, los hombres no están ni ahí si fuman o no fuman, si llegan drogaos en la tarde o no llegan drogaos, no se preocupan, no tienen responsabilidades casi algunos hombres... (Paula, 39 años)</p> <p>Para mi papá todas las mujeres drogadictas son maracas (Yocelyn, 29 años)</p>
--	--

Se desarrolla una representación negativa hacia la mujer y desde la mujer, modificando su propia identidad, graficado en “la mujer que consume es prostituta, el hombre es hombre”, aquí la figura femenina es representada con mayores desventajas frente a lo masculino. De esta forma, la sociedad metafóricamente tiene ojos, por ello al relacionarlo con el mundo de las adicciones a las drogas, aparece una forma de mirar diferenciada para hombres y mujeres que consumen drogas desde los discursos conservadores, arrojando como resultado un sentido de pertenencia disociado de la realidad, traducido en que el hombre pierde menos a nivel social, tanto en lo privado como en lo público, porque se vincula a elementos concretos (razón), por consiguiente, la mujer al relacionarse mayoritariamente con aspectos subjetivos (emoción), se ve impactada negativamente de manera gradual en ambos espacios.

De esta forma, emergen posibilidades de ser mujer y hombre desde la igualdad en el acceso al consumo de drogas, pero que se diferencia en el impacto respecto a costos y beneficios, que son finalmente disímiles, donde lo ganancial es similar, sin embargo, el impacto sigue siendo más adverso en las mujeres, porque la dominación (poder) es ejercida por lo masculino¹³, lo que se representa como fácil.

En la conceptualización “hombre hacia fuera y mujer hacia adentro”, se configuran los verbos ir y estar como elementos representativos, donde se vincula lo fácil con abandono, y lo difícil con asumir la responsabilidad de crianza y las tareas domésticas asociadas al rol materno. Aquí la sociedad patriarcal utiliza el placer culposo para castigar a la mujer “quitando”, por la responsabilidad de “llevar vida adentro”, como juicio de valor a las prácticas de consumo de drogas desde el supuesto de incompatibilidad, argumentado desde la ciencias biológicas.

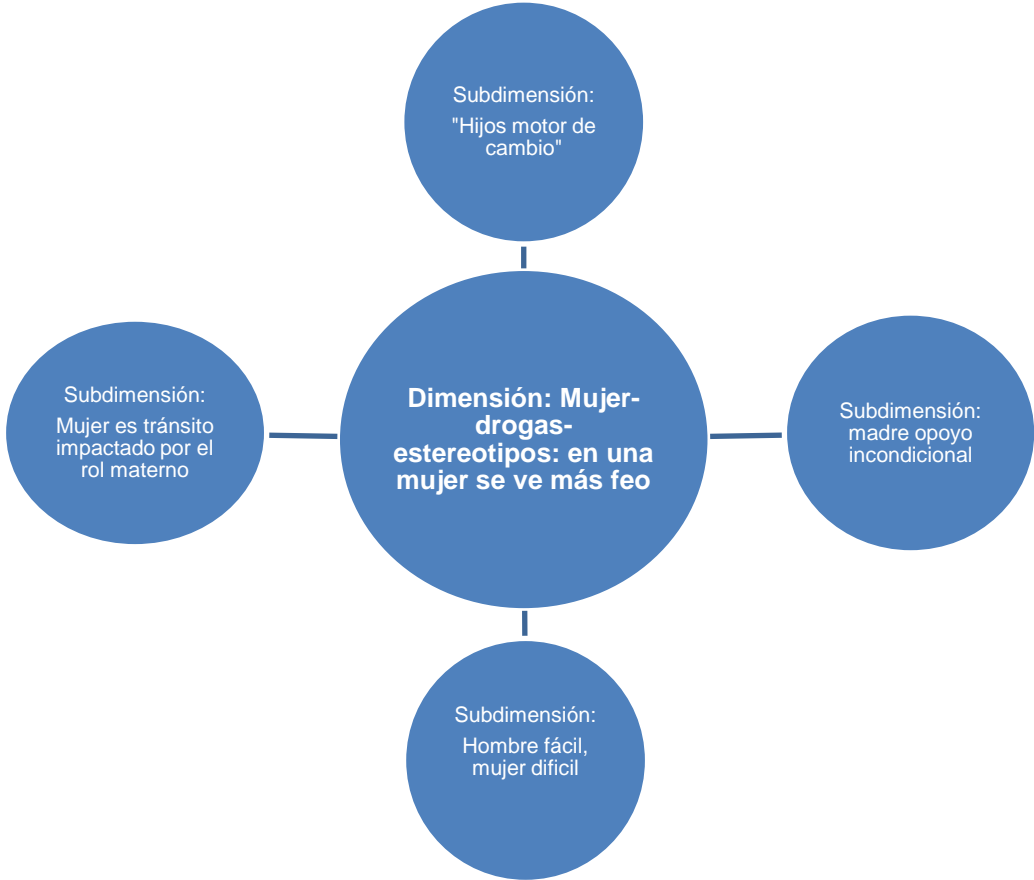
En tanto, a nivel emocional, la movilización de la rabia se construye en la paradoja que ella cambia y él no, siendo la influencia menor desde la mujer al hombre, característico de la sociedad patriarcal donde las posibilidad de ser afuera son desiguales para las mujeres. Dicho de otra forma, el “deber ser” se establece en un marco orientador de las conductas, para la aceptación y la constitución de

¹³ Bourdieu, Pierre. 2000. La dominación Masculina. Pp 17.

identidad de “ser buena mujer”, desde los roles predeterminados, que son asumidos e internalizados para “ser” intra muros. Ahora bien, el ejercicio de la libertad, como elemento de “ser” en el exterior, sin responsabilidades domésticas que cumplir, se consigue como ideal igualitario a través del acceso al consumo de drogas, que más tarde es tratado como comportamiento desviado de la norma social.

Por otra parte, el concepto que se instala desde la crianza en el contexto familiar de patriarcado, contribuye a la elaboración de una mirada estigmatizadora y prejuiciada de una mujer que consume drogas desde el mundo primario masculino, que incide en la representación de la mujer consumidora de drogas que accede a tratamiento en contexto de Comunidad Terapéutica.

A modo de síntesis, lo que se ha planteado en esta primera dimensión se grafica en el siguiente mapa conceptual N° 2.



4.3 Dimensión: Tratamiento es ambivalencias

A continuación se dan a conocer los resultados de la segunda dimensión: Tratamiento es ambivalencias, que a su vez está contenida por las subdimensiones: entre delicias, droga mala pero rica; operación retorno, de vuelta al mercado; tratamiento es recaída; voluntad es igual negación. Lo anterior es presentado a través de tablas y su respectivo mapa conceptual.

Tabla VIII. Dimensión: Tratamiento es ambivalencias.	
Definición	Citas
El Tratamiento de drogas aparece como posibilidades paradójicas y contradictorias referidas al cambio.	... el consumo de drogas es el infierno más grande, yo no se lo doy a nadie, ni a mi peor enemiga, yo lo he vivido y ahora últimamente es lo que me ha estado pasando, es para mí el diablo en vida, es como que yo tengo el diablo dentro y estoy luchando con eso, pero es un no sé, es algo que para mí, no encuentro la palabra precisa para decirlo, yo sé que es algo muy dañino, que mata a las personas en vida y uno tiene que sacar fuerzas no sé de donde para luchar contra ello, porque esto es fuerte, es algo que a uno se la gana, que uno puede decir, puede jurar, prometer todo, todo lo que usted quiera, pero después en cosa de segundos uno está metida ahí mismo, entonces uno dice que onda, que estoy haciendo, después que prometí eso, entonces es algo que a uno se la gana (Érica, 44 años).

Al conceptualizar el tratamiento como ambivalencias, se reconocen aspectos contradictorios que se encuentran en pugna de manera continua, mediadas por el sabor placentero que provocan los estados de abstinencia y consumo de drogas presentes en los procesos de tratamiento al cual acceden las mujeres.

Ello sin duda, pone en evidencia la necesidad de ampliar la mirada respecto a la construcción de metas personales asociadas a la problemática de consumo, donde se redefinen las variables a potenciar los logros obtenidos, considerándose el proceso de recaída como uno de los elementos centrales del tratamiento.

De esta forma aparecen las configuraciones de fuerza interna, motivación y voluntad como factores individuales manifiestos en la mayoría de las personas que proponen o les imponen el desafío de cambiar. Aquí el “querer cambiar”, es la resultante del principio catalizador, para salir desde una posición que es simbolizada como un estado de inmovilización, aunque no es menos cierto, que en ese “querer cambiar”, igualmente se encuentra presente la movilización de recursos hacia el consumo, aunque en muchas ocasiones se tienda a desconocer desde la mirada oficial del cambio en los tratamientos.

Es por ello, que se considera importante visibilizar que en el consumo hay ganancias personales, que son escasamente valoradas en lo social, pero que están presentes y manifiestas en el ejercicio del rol de consumir, al ser mujer libre, aunque sea por un corto periodo tiempo. En este sentido se identifica por ejemplo a la pasta base, como la sustancia que invita por unos segundos, a ejercer el derecho a “no pensar en nada”, como respuesta a una sociedad que permanentemente requiere y mandata a estar continuamente preocupada pensando en otros.

La conjugaciones de “estar en, estar con, estar para, estar por”, desde la mirada de la ambivalencia, se configuran como correlaciones de roles que la mujer desarrolla para dar respuesta a lo requerido en la sociedad, sin embargo, la experiencia de relación con las drogas en la mujer genera también posibilidades de ser y sentir, lo que se sitúa contextualmente en la idea de ir y venir desde el

consumo (individual) al tratamiento (colectivo) en contexto de Comunidad Terapéutica.

Finalmente, al visualizar que desde el tratamiento se construye la figura de “mujer rehabilitada”, que a su vez es representada desde las mujeres como una amenaza para su entorno masculino más cercano (parejas, padres), emergiendo la ambivalencia del tratamiento respecto a esos “costos” a nivel relacional, que afectaran su vida en una sociedad patriarcal, donde la asignación de roles desde un ser superior masculino, marca la construcción de la representación del ser mujer y su actuar en el mundo. Por tanto, esta construcción cruza el tratamiento desde las ambivalencias, pues la posibilidad del consumo de drogas se constituye también en una oportunidad de ser mujer consumidora de sustancias.

4.3.1 Subdimensión: Entre delicias, droga mala pero rica.

Tabla IX. Subdimensión: Entre delicias, droga mala pero rica.	
Definición	Citas
El consumo tiene su propia trayectoria, en tiempo, cantidades, momentos, situaciones, habitus y consecuencias, decantando finalmente en una valoración negativa del placer.	<p>Un día equis me dijo: ¿Yosy queris probar? y me dio pasta cachái y yo muchas veces decía no y peleábamos, hasta que un día me dio de probar y yo accedí, después como al otro mes me dijo ¿queris? yo volví a acceder, ya me gusto cachái, de la primera vez que yo la probé me gusto, después como que fue paulatino, fue así como un mes después volví a consumir, después como cada 15 días, después ya como cada semana, después ya eran todos los días, al último tiempo todos los días, cada vez que tenía plata (Yocelyn, 29 años).</p> <p>Tuve muchos años consumiendo y mucha calle, mucho trasnoche, entonces no tengo las mismas</p>

	<p>energías que tienen mis compañeras en el trabajo, con facilidad me enfermo, que los huesos, que un resfrío, que una gripe (Érica, 44 años).</p> <p>Bueno mi historia de vida con mi pareja actual empezó en el consumo, él me dio de probar, yo en un principio no le encontré ninguna gracia, pero después yo seguí consumiendo, sin que él supiera, seguí probando (Patricia, 40 años).</p> <p>Mi consumo era semanal, pero después lo malo es que yo me ponía a fumar un día y estaba dos o tres días que no llegaba a la casa y fumaba todos esos días, después llegaba a la casa, descansaba unos días, comía y pasaban 4 o 5 días, después llegaba el fin de semana y me iba de nuevo. Igual hubo un tiempo que no consumí, pero pocos los momentos que no fume (Carolina, 24 años).</p> <p>Si tú tienes problemas y te refugias en la droga, la droga te calma el problema un ratito no más y al otro día te da doble problema (Yocelyn, 29 años).</p>
--	--

Desde la dinámica de consumo surge la posibilidad de proximidad en el corto plazo a través de la satisfacción inmediata, para compensar una realidad personal adversa en un contexto donde tanto el mundo de las drogas y el mercado formal confluyen en armonía para dar a paso a prácticas que definen una forma de ser mujer en el consumo.

La conceptualización del “estar metida en la droga”, explica la idea de salida de ésta como figura de movilidad, por consiguiente, al hacer la relación con el

“sistema de consumo de droga”, es posible visualizar que tiene su entrada y salida en diferentes niveles (tiempo, cantidad, tipo de droga, entre otros), ello permite comprender la complejidad presente, pues los objetivos van a diferir de acuerdo a la funcionalidad que cada mujer le otorga, por ende el tratamiento tendría diversos acentos.

Ahora bien al observar la relación con el mercado, es posible concebir que el consumo genera deudas, tal como lo produce cualquier bien de consumo en otra escala, dando paso a la figura de consumidora mediada por un producto que la endeuda y a su vez excluye, reforzando la dinámica desigual en la sociedad de mercado.

En el sistema actual donde confluyen diversas prácticas de consumo, es posible observar la paradoja del acceso a las drogas, que transita desde el placer a la negación culposa. En la lógica del mercado, la figura de consumidora emerge a través de la disponibilidad de dinero para formar parte del sistema oferta-demanda, cliente-oferente y las múltiples vías de acceso al placer: el consumo.

En consecuencia a ello, se destaca el nivel de dependencia entre la relación de drogas legales e ilegales que pueden desarrollar las personas que las consumen y no al placer en sí mismo que provoca la sustancia. Ello lleva necesariamente a que exista una segmentación de acuerdo a legalidad o ilegalidad desde donde se accede a dicho placer, acentuando con ello el concepto de malo, que es doblemente castigado cuando se trata de drogas que se encuentran en la ilegalidad.

4.3.2 Subdimensión: Operación retorno, de vuelta al mercado.

Tabla X. Subdimensión: Operación retorno, de vuelta al mercado.	
Definición	Citas
El tratamiento permite recuperar la posición de consumidora y participar	Una vía escapatoria, en su momento fue eso para mí, en este momento si tú me preguntas, en este momento es algo muy, muy lejano, lo bueno es que

<p>en el mercado sin cuestionamientos.</p>	<p>yo ahora puedo aconsejar con respecto las drogas (Yasna, 37 años).</p> <p>Quiero tener mi cuarto medio, sacar una profesión, aparte de la que tengo, sacar una profesión y ser alguien en la vida, porque eso es lo que uno quiere en el cambio de uno, siempre quiere seguir avanzando, no quedarse estancado y seguir hasta que uno logre lo que más quiere, igual yo lo que más quiero es mi casa, terminar mis estudios, trabajar, no vuelvo a decir las drogas, porque eso para mí ya es un cuento aparte, ya no existen las drogas para mi (Paula, 40 años)</p> <p>Voy a saldar mis deudas, voy a vender mi casa y voy a comprarme una casa cerca de mi familia, quiero si se puede, seguir estudiando y darle lo mejor a mis hijos y me veo yo sola con mis hijos y si tengo mi pareja bien, pero ahí sería como en segundo plano (Yocelyn, 29 años).</p> <p>Seguir mi vida, mi vida que llevaba antes, esa vida tranquila que tenía antes, esa vida de trabajo, con más responsabilidad, más preocupada de mí, más relacionada con la gente. Me gustaría verme bien, en todo sentido, emocionalmente, físicamente, con todo, con mi trabajo (Érica, 44 años).</p> <p>Quiero seguir trabajando, tener un trabajo bueno</p>
--	--

	para mantenerme a mí, a mis hijos y bueno ayudar igual a mi mamá (Patricia, 40 años).
--	---

Desde la representación social del tratamiento se concibe la idea del retorno como la posibilidad de recuperar lo perdido, lo que genera sentido al cambio, por tanto, lo que se pierde a través del consumo se puede recuperar, conociendo de manera predeterminada el camino de retorno (operación retorno). Ello define que en cada experiencia de consumo hay a su vez un cambio. En este sentido la funcionalidad de las drogas pasa a constituirse en una posibilidad para escapar y olvidar, dando como resultado la construcción de una experiencia ganada que será incorporada al desafío del cambio en el tratamiento de drogas.

Desde la operación retorno hacia la vida pública, se proyecta el futuro a través de la incorporación y desarrollo de roles públicos como estudiar, trabajar y secundariamente la afectividad familiar representado en los hijos y el espacio físico propio para desarrollar ese rol. Por consiguiente, el caos que genera el consumo de drogas en las mujeres permite dar paso a un nuevo orden, con otras posibilidades de entrada y salida, desarrollando conciencia de una corporalidad que ha sido negada, así como una emocionalidad que la despliega en esta movilización por recuperarse, proyectando un futuro mejor para ella y los suyos. De esta forma el ejercicio del rol trabajadora, refuerza la idea de ser en lo social extra muros, que le permite ser mujer en lo público.

La proyección de futuro se construye desde la independencia y autonomía, surgiendo así la posibilidad de hacerse cargo de su proyecto en base al esfuerzo personal (lógica de mercado). Por consiguiente, se podría inferir que el tratar el consumo de drogas, permite la emergencia de un círculo virtuoso para la mujer, en tanto que moviliza el desarrollo de sus capacidades y recursos personales para reconstruir su propia historia en contraposición con el mandato oficial de la sociedad patriarcal. No obstante, es difícil visualizar que se ponga en cuestión los elementos de base que mantienen y reproducen el orden establecido por el sistema económico imperante.

El desarrollo laboral se constituye en una herramienta para conseguir el mantenimiento de los logros asociados al proyecto, para pasar de la dependencia a la independencia, con todo lo que ello conlleva. Aquí emerge la necesidad de observar a qué tipo de posibilidades puede acceder la mujer, pues se corre el riesgo de pasar a formar parte de las altas cifras de mujeres con empleo precario. Aquí la mirada de la integración social y gestión de redes juegan un rol fundamental, no obstante, el desafío para superar la situación de exclusión aún se encuentra en aisladas iniciativas constituyéndose en un nudo crítico que las políticas públicas todavía no alcanzan a responder. Una de las aristas que aparece, es la posibilidad cierta de trabajar en la llamada ilegalidad del tráfico de drogas, por la experiencia ganada y por la posibilidad de que ofrece este rubro.

La mujer en el trabajo remunerado desarrolla estrategias de superación permanente como una forma de validarse, ello requiere del esfuerzo por avanzar en el ejercicio de un rol activo. Así, el trabajo se constituye en un espacio que permite autonomía económica de la mujer, sin embargo, se mantiene la exigencia del cumplimiento del rol materno, ello decanta finalmente en que se trabaje en función de otros y no para sí misma, perpetuando la desigualdad de género.

La construcción de la representación del ser útil desde el trabajo, refuerza la mirada dominante y validada en la sociedad frente al reconocimiento del ser mujer en lo público desde lo masculino. Lo que invita a considerar que en la operación retorno estará presente la posibilidad del ser mujer desde lo disruptivo, que permite el consumo de drogas, donde no se exige necesariamente reconocimiento ni valoración.

4.3.3 Subdimensión: Tratamiento es recaída.

Tabla XI. Subdimensión: Tratamiento es recaída.	
Definición	Citas
La posibilidad siempre latente de recaída forma	Lamentablemente cuando uno se mete en esto, como que se olvida de todo, se desconecta y hasta

<p>parte de la cotidianidad de la mujer en tratamiento, visualizado como una oportunidad de refugio.</p>	<p>ahí queda uno, se bloquea... (Érica, 44 años)</p> <p>Entré acá y después tuve un tiempo bien y después me caí y me caí y empecé a caer y a caer y después no me podía parar, después todas las semanas, dos veces a la semana y llegaba muerta acá y yo no quería mas guerra, si yo sinceramente ya quería atentar, pensé en atentar contra mi vida (Yocelyn, 29 años).</p> <p>Si pero lamentablemente uno los ve, lo piensa cuando uno está lúcida, pero cuando a uno les da las ansias, le pica el bicho y uno está en el consumo, uno no piensa en esas cosas, entonces igual da lata, da rabia (Érica, 44 años).</p> <p>Me senté y no me pare más hasta que ya no daba más, hasta que ya me dio el sueño, el bajón y ahí recién me fui para mi casa... (Erica, 44 años).</p> <p>...llegó ahí alguien a invitar y yo la verdad, siento que estaba fumando pero no quería, no quería, no quería más y estaba así para atrás y quería parame para irme y no podía, era tanta la dureza que tenía en el cuerpo, que no me dejaba pararme y aparte que me daba vergüenza salir a la calle así, a esa hora irme para la casa (Erica, 44 años).</p>
--	---

	Lo que me preocupa, que yo no quiero seguir en esto me entiende, quiero dejarlo, quiero terminar con esto, pero a veces esto me la gana (Patricia, 40 años).
--	--

La posibilidad de entrar y salir se representa desde la idea de tránsito en la Comunidad Terapéutica, para avanzar hacia otro momento del proceso, asemejándose a la dinámica de consumo. Aquí la recaída se constituye en el proceso por el cual se entra al consumo, en una temporalidad más breve, constituyéndose en “la llave” para entrar nuevamente, por consiguiente, es posible concebir la recaída como tránsito. En tanto el cambio aparece como respuesta al momento donde ya no es posible “dar más” en el sistema de consumo de drogas, apareciendo inclusive, la idea de resolver ese tránsito simbólico hacia la otra vida.

La recaída permite olvidarse, generar por un momento la posibilidad de ejercer el derecho a “no pensar en nada” para desconectarse de la realidad social, por tanto, la realidad se construye en base la posibilidad de no pensarla por un momento. Por consiguiente, la recaída aparece como una opción presente, que genera la representación del “retorno” como retroceso, que se puede singularizar como una “fuerza externa incontrolable, todopoderosa, mágica”, donde el deseo de consumo aparece incomprendido, como fuerza sobrenatural, que moviliza hacia un nuevo estar en él, permitiendo a su vez liberarse de las ataduras del “deber ser”.

Por otra parte, se produce desde el desarrollo de la emocionalidad en la recaída, la paradoja del costo de sentirse mal para estar bien, desde el no pensar, sentir, ni hacer, lo anterior, en la búsqueda por ser mujer en el consumo, en el ejercicio del derecho a ser libre. En consecuencia, la connotación negativa de la recaída en el consumo se construye desde el daño placentero que produce. En tanto, la esperanza de que sea la última, deja abierta la posibilidad de regreso a ese consumo dañino pero placentero. En este tránsito de la recaída se origina el proceso de contemplación representado en la ambivalencia de querer cambiar y

no cambiar. Aquí, el proceso de autonomía en la toma de decisiones se constituye en un recurso instalado en las mujeres en tratamiento, donde la posibilidad de consumir esta “siempre” presente, desde la cual emergen estrategias personales para mantener esos logros obtenidos.

En el tratamiento existe una historia que refleja el tránsito de un dispositivo a otro, donde además aparecen los diversos intentos individuales para controlar el consumo. En el sistema de consumo hay un proceso de cambio continuo, que se intenta o se desarrolla a través de micrometas o pequeñas acciones, pensamientos y sentimientos en cada consumo, graficado en un dinámico consumo/cambio/consumo/cambio. Lo anterior, favorece el desarrollo de recursos por el cual partir o continuar el proceso que se inicia en el primer consumo, entonces, el desafío será ir a ese rescate de la experiencia como recurso de aprendizaje y enseñanza en la representación del proceso de tratamiento.

4.3.4 Subdimensión: Voluntad es igual a negación.

Tabla XII. Subdimensión: Voluntad es igual a negación.	
Definición	Citas
La motivación se ve impactada por la relación negada con las drogas.	<p>La droga es un veneno para las personas, para los niños, que andan en consumo en drogas, he visto niños de 12-13 años, adultos, entonces no, no a las drogas (Paula, 40 años).</p> <p>...lo positivo de mi consumo fue en primer lugar, conocer a la comunidad, en segundo lugar conocerme yo, quererme de nuevo, valorarme, valorar lo que tenía alrededor, mis hijos, mi pareja, mi familia. Lo negativo es que no conduce a nada, uno cree que es la mejor, pero no lo es para nada (Yasna, 37 años).</p>

	<p>No lo voy hacer, no lo voy hacer, porque si yo sé que estoy hace 6 meses en abstinencia, como se dice sin fumar y llega un cabro así y me pasa un papelillo, yo la pienso po, tengo que pensar, tengo que decir no, todo lo que logramos ¿para qué? (Carolina, 24 años).</p> <p>Yo digo no, si total para que perder, para que perder todo lo que he ganado cachái, he tratado de avanzar en mi familia, he vuelto a recuperar confianza de parte de mis papás (Yocelyn, 29 años).</p>
--	---

La historia personal se construye desde la negación de los momentos adversos, no obstante, se transforma en un elemento constitutivo de la identidad de la mujer que consume drogas, por la carga social que acarrea.

Es así como desde el consumo de drogas emergen posibilidades favorables como conocerse y conocer a otros; en tanto las desfavorables es “perder el rumbo”, al desarrollar la ilusión de ser mejor, que es posible observar en el periodo de abstinencia. Desde esta perspectiva, la negación se elabora como una estrategia para mantener lo evidenciado como logro, en tanto la abstinencia se constituye en obligación respecto a una forma predeterminada de ser mujer, demandando un sacrificio extra, por temor al castigo que está a la base del paradigma del prohibicionismo, evaluando los elementos gananciales a través del no consumo, siendo a su vez concebida la confianza como un elemento relevante en la construcción de las relaciones cercanas, que se “pierde” con la recaída en el consumo.

Finalmente, la negación esta impactada por la mirada castigadora, que reprime desde la imposición de criterios predefinidos de lo que es considerado funcional en la sociedad, ello decanta en una concepción conservadora del mundo, que

impacta los espacios relacionales de las mujeres en tratamiento en contexto de Comunidad Terapéutica.

A modo de síntesis, lo que se ha planteado en esta segunda dimensión se ve resumido en el siguiente mapa conceptual N° 3:



4.4 Dimensión: Comunidad como terapia

A continuación se dan a conocer los resultados de la tercera dimensión Comunidad como terapia, que a su vez está contenida por las subdimensiones: comunidad terapéutica y su sentido de comunidad desde la acogida; pasando por cedazo. Lo anterior es presentado a través de tablas y su respectivo mapa conceptual.

Tabla XIII. Dimensión: Comunidad como terapia.	
Definición	Citas
La construcción de relaciones sociales que se desarrollan en la comunidad se reconocen como terapéuticas	<p>Comunidad para mí son personas en común, todos tenemos algo en la comunidad en común que son las drogas o el alcohol, comunidad es ayuda, esperanza, rehabilitación y cambios, fuerza de voluntad, quererse y querer. Uno a veces anda así como se dice cabizbaja y uno anda así mal, derrotada por la vida y siempre hay una oportunidad en la vida para uno y esa oportunidad no hay que desecharla, hay que estar ahí, hay que seguir, hay que luchar, claro uno lucha, le cuesta, pero al final sale adelante y uno sale adelante por la ayuda que le dan en la comunidad, los consejos, las herramientas que le dan a uno acá (Paula, 40 años).</p> <p>Ellos son más de piel cachái, ellos te hablan más como de amigo que de paciente al terapeuta. Me decían no, no importa te vas a parar, tu eres fuerte, tu vas a salir adelante, entonces ese ánimo que quería tener en mi familia lo tenía acá y eso yo creo</p>

	<p>que me ayudó para mantenerme firme (Yocelyn, 29 años).</p> <p>Yo cuando llegue, llegué mal, mal, mal, yo se que iba con una parte psicológica familiar a ordenar mi cabeza, hacerme más segura, ya que iba súper insegura, con miedo, ahora me siento la mujer más segura del mundo, me ayudaron a ser más segura (Patricia, 40 años).</p> <p>La comunidad nos escuda a nosotros para protegernos y eso es para mí la comunidad, es un escudo, es pisar en tierra firme, es poner los pies en la tierra. Llegando acá a la comunidad, ingresando al taller de mujeres, me di cuenta que no era la única, que hay muchas mujeres igual que yo, que han sufrido, que han llegado hasta lo último, hasta las últimas consecuencias y es bueno saber que todas vamos remando para el mismo lado (Yasna, 37 años).</p>
--	--

La Comunidad Terapéutica promueve el desarrollo de una concepción colectiva respecto a la propuesta de ayuda que se entrega a las mujeres. Por consiguiente, se puede observar por una parte, que el espacio terapéutico es una comunidad artificial para ayudar, en tanto que por otra, se puede concebir como un método de intervención que a través de los elementos ideales de comunidad, como ayuda mutua, compartir una problemática en común, identidad, entre otros, se desarrollan relaciones terapéuticas para superar la problemática de adicción a las drogas.

La Comunidad Terapéutica se constituye en un espacio de soporte emocional, que contiene, acompaña y refuerza los proyectos de cambio de las mujeres. Desde esta perspectiva, se requiere de una estrategia de trabajo con mujeres con un nivel de flexibilidad, que permita flujos de entrada y salida en tiempos diferentes a la necesaria lógica institucional. Esa valoración se refleja en el rol que juega la comunidad como acogida y soporte, tomando relevancia el “estar ahí”, en la lógica de proximidad.

Se resalta que la relación terapéutica en contexto de comunidad se construye en base a la horizontalidad, como elemento central desde donde se conciben los vínculos comunitarios, a través de la legitimación de las mujeres como sujetas sociales. En este sentido, las estrategias desde la comunidad terapéutica buscan desarrollar una relación vincular segura y estable, que permita sostener las metas propuestas por las mujeres respecto a su proceso de cambio. Aquí el consumo de drogas no es lo central, sino más bien se constituyen en una de las áreas a trabajar, reconociendo que el consumo problemático es el efecto de otras causas.

Desde la valoración de los espacios más significativos en contexto de Comunidad Terapéutica, aparece la acogida como el más relevante para el tratamiento, lo que lleva a destacar que la humanización de la relación de ayuda parte desde el primer momento, permitiendo avanzar posteriormente hacia un tratamiento que sintoniza con las necesidades de las mujeres que acceden al espacio. Por lo tanto, se puede concluir que la mujer en tratamiento necesita ser acogida desde la horizontalidad, siendo los espacios comunitarios fructíferos a la hora de dar respuesta efectiva a este requerimiento. Es por ello, que el desarrollo de las relaciones terapéuticas con perspectiva comunitaria, se constituyen en un elemento relevante que contribuyen a superar los problemas asociados al consumo de drogas, que es reconocido por las mujeres para cumplir con las metas personales a través de relaciones vinculares estables.

Siguiendo con lo anterior, el castigo social a través de la discriminación y la estigmatización de la mujer que consume drogas es percibido fuertemente por éstas, lo que lleva a plantear que la acogida brindada en la Comunidad

Terapéutica se constituye en el primer paso para superar la problemática, así como también el manejo y abordaje de las recaídas como parte central del proceso de tratamiento.

El consumo de algunas drogas como la pasta base, generalmente se da en contextos solitarios, resaltando el individualismo, en respuesta a ello se encuentran en la comunidad espacios colectivos, que permiten el desarrollo de un sentimiento que transita desde un yo hacia un nosotros para sentirse parte de un cuerpo colectivo, lo que finalmente decanta en procesos de cambio.

4.4.1 Subdimensión: Comunidad terapéutica y su sentido de comunidad desde la acogida.

Tabla XIV. Subdimensión: Comunidad terapéutica y su sentido de comunidad desde la acogida.	
Definición	Citas
El sentido de comunidad se construye a partir de la incorporación de las subjetividades femeninas desde el momento de acogida.	<p>Acá son cariñosas con uno, la entienden, la comprenden, ahora yo tengo recursos, yo antes cuando peleaba con mi pareja me iba a drogar, ahora no, yo ahora cuando me enojo con alguien pesco mis cosas y me vengo para acá... agarro cariño, me apoyan, me entienden, me escuchan, todo eso po, lo que una persona drogadicta necesita, una persona que se está rehabilitando igual. Aquí me siento como en mi casa, me gusta venir para acá, porque me acogen bien, la gente, a los niños les gusta venir porque juegan (Carolina, 24 años).</p> <p>Comunidad es Familia, es llegar acá a mi casa, a mi hogar, el lugar que me dieron cuando llegue</p>

	<p>aquí mal, es cariño, afecto, comprensión, es un hombro para llorar, un oído que te escucha sin criticar, es una luz de esperanza, en la comunidad soy feliz (Yasna, 37 años).</p> <p>La acogida que tiene este centro, porque es muy distinto si te mandan a un consultorio, que un sicólogo te diga porque andas haciendo esto, esto está mal, cachái, como un doctor (Yocelyn, 29 años).</p>
--	---

La comunidad terapéutica aparece como una comunidad artificial, destacando como estrategia el sentido romántico de comunidad (territorio común, identidad e interrelación), desde las comunidades perfectas y que son integradas en el tratamiento de drogas con mujeres drogodependientes. Existe una diferenciación desde las mujeres en la dinámica relacional que construyen las instituciones calientes y frías (Martínez, 2006), valorando significativamente el proceso de acogida y la construcción de relaciones de proximidad, desde la horizontalidad (no experto) y aceptación.

En la comunidad perfecta se desarrolla el sentido de pertenencia a través de la vinculación y acogida de las mujeres, permitiendo el desarrollo de la emocionalidad, la solidaridad y la humanización a través de la construcción de relaciones de ayuda. Los elementos señalados, ponen en cuestión dicho modelo y el sentido de comunidad que se promueve, pues invisibiliza elementos del contexto que son variables dinámicas que influyen fuertemente en la construcción de las relaciones sociales en el consumo como por ejemplo el sistema de tráfico.

En términos prácticos, lo que se persigue a través de los objetivos del tratamiento desde el contexto de Comunidad Terapéutica, es la movilidad que va desde el consumo a la abstinencia, en la idea de sacar de un estado para llegar a

otro, supuestamente mas aceptado, aunque existan algunos matices respecto a incorporar estrategias tendientes a gestionar los riesgos.

Uno de los elementos críticos del modelo de Comunidad Terapéutica es que no cuestiona el orden establecido, que reproduce esos tipos de dinámicas sociales que segregan y excluyen a las mujeres consumidoras de sustancias a nivel comunitario, asumiendo más bien un rol pasivo que transformador de la realidad social, que sostiene dinámicas de relación desigual en el consumo problemático de sustancias. Lo anterior se ve regulado y resguardado a través de la relación de dependencia que paradójicamente existe desde las comunidades terapéuticas con el Estado, quien transfiere recursos financieros y mandata entregar dichos tratamientos con perspectiva de género para mujeres.

4.4.2 Subdimensión: Pasando por cedazo.

Tabla XV. Subdimensión: Pasando por cedazo.	
Definición	Citas
Existen elementos favorables y desfavorables que se rescatan de las experiencias de tratamiento en Comunidad Terapéutica en la región de Atacama.	Me han ayudado, por ser cuando me daban síntomas, ellos me decían que tenía que pensar en otra cosa, me estaban dando gotitas y todo eso me sirve. Los talleres me gustan, me gusta actuar con la otra gente, nos sientan a todos en redondela para decir como estamos, para decir cuánto tiempo estamos sin fumar, nos enseñan juegos y todos nos divertimos, entonces ahí me gusta. Lo que no me gustan mucho son las psicólogas, es que de repente en las tardes así me da sueño y hay que hablar mucho... es que me canso, estoy tan cansada, que por ejemplo me toca con ella en la tarde...de repente me citan por ser a las a las 5 de la tarde y hay que estar una hora hablando,

	<p>hablando (Carolina, 24 años).</p> <p>Yo siempre iba a las entrevistas y le contaba las cosas a uno y después lo mismo se lo contaba a otro y eso es lo que no me gustaba y lo que me molesta, por eso quiero terminar con este proceso y yo se que lo puedo terminar (Patricia, 40 años).</p> <p>Dentro de la comunidad lo que más me gusta es el taller de mujeres, aunque también es importante las terapias individuales, hasta traer a los hijos acá y que estén con alguien al cuidado, que los está guiando, que le está enseñando, todo es un buen aporte (Yasna, 37 años).</p> <p>Te enseñan a que tú puedes empezar a evitar, estar allá, a que recursos tienes, que cosas puedes hacer para evitar el consumo y así te van formando como la gente normal, preferís vivir así, preferís vivir día a día tranquila sin droga (Yocelyn, 29 años).</p>
--	---

Paradojalmente se manifiesta que existe distancia del tratamiento al estar afuera, no obstante se encuentra dentro del consumo, aquí es posible identificar la relación exclusión/inclusión (Robles, 1998), tanto en uno como en otro sistema, por consiguiente, se puede mencionar que esta relación es dinámica, de acuerdo a las posibilidades de pensar, hacer, sentir que se generen desde lo individual a lo colectivo en el contexto de Comunidad Terapéutica.

Respecto a los saberes obtenidos en las experiencias de consumo, es posible señalar, que se invisibiliza el aprendizaje de éste, para abrirse a un saber o

supuesto saber desde la ciencia, centrado en el paradigma de la guerra contra las drogas, que a su vez promueve la negación del placer, a través de las estrategias respecto a la entrega de información de los impactos adversos, relegando los aspectos placenteros al recuerdo. En este sentido el creer, pensar y sentir el cambio y tomar consciencia de estar mejor, se refuerza a través de la negación de los elementos placenteros del pasado, promoviendo estrategias conductuales para bloquear esos deseos.

Por su parte, el concepto de cambio se relaciona con la redirección del proyecto de vida, la idea de la aceptación o inclusión por desarrollar acciones socialmente aceptadas, en busca de ser mujer en una sociedad de la competencia, que son reforzadas por un contexto que requiere funcionalidad, ya que la mujer consumidora no aporta al sistema económico formal, aunque sea paradójico plantearlo de esta forma, ya que de igual forma aporta desde consumo.

Al considerar los elementos más relevantes del tratamiento referidos por las mujeres se destacan los talleres, estar con otras, jugar, compartir experiencias, divertirse, lo que lleva a concluir que el tratamiento tiene que ser divertido, alegre, recreativo, relevando el juego como herramienta de trabajo. De la misma forma, la posibilidad de encontrarse con otras en un espacio de comunidad es valorado y significado como representación del tratamiento a través del enseñar y aprender. Ahora bien, los elementos menos relevantes referidos del tratamiento están asociados a la intervención psicológica de box, atribuyéndole menor valoración a lo individual que lo colectivo (comunidad), quizás porque el proceso individual está situado en un contexto colectivo.

Se concibe que el trabajo personal de conocerse y reconocerse a sí misma en una corporalidad, pasa a constituirse como el elemento de mayor importancia que se logra desarrollar en el proceso de tratamiento, ello se resume en los conceptos de apoyo y enseñanza destacándose su inmaterialidad.

Finalmente, el tratamiento contribuye al desarrollo del desafío de vivir mejor, de incluirse funcionalmente al engranaje del sistema, sin embargo, lo contradictorio es que aparecerán nuevos problemas que no se perciben en el consumo, en la

idea del caos-orden. La meta de vida tranquila se asocia a superar la dependencia al consumo de drogas, donde la temporalidad de pasado-presente-futuro se constituye en la representación de triada negativo-positivo-neutralidad. Aquí la Comunidad Terapéutica se logra situar en el mapa de redes personales de las mujeres, que influye en el cuestionamiento permanente respecto a la idea de no retroceder, aunque el proceso sea reticular, permitiendo hacerse cargo de los problemas con escaso acento en la transformación social.

A modo de síntesis, lo que se ha planteado en esta tercera dimensión se ve resumido en el siguiente mapa conceptual N° 4:



Una vez finalizada la presentación de los resultados a través de la relación de la categoría central con las dimensiones y subdimensiones, se presenta el mapa conceptual N° 5, que sintetiza la codificación selectiva, proceso que emerge del análisis de la información recopilada desde los discursos de las mujeres, que se encuentran en contexto de tratamiento en las Comunidades Terapéuticas de la región de Atacama.



CAPITULO 5: DISCUSIÓN

A continuación se presenta la discusión de los resultados, vinculados a las representaciones del tratamiento de las mujeres que desarrollan procesos de tratamiento en contexto de Comunidad Terapéutica ambulatoria en la región de Atacama. Ahora bien, con el objeto de darle un ordenamiento a este abordaje, se profundizará respecto a la pregunta de investigación y los objetivos propuestos que permitirán dar cuenta de los principales hallazgos de este estudio y relacionarlos a su vez con el marco de referencia teórica y los antecedentes presentados.

5.1 Discusión respecto a las preguntas y objetivos de la investigación.

Desde el análisis de los discursos de las mujeres que se encuentran en tratamiento por consumo problemático de drogas en la región de Atacama, se puede recoger que el tratamiento es representado a partir de un proceso graficado a través del enseñar y aprender, apreciándose de manera continua la posibilidad de “caerse y pararse”, donde a partir de esas experiencias situadas en un contexto comunitario se concibe el tratamiento de drogas. Ahora bien, para que emerja esa representación, las mujeres y el tratamiento de drogas en contexto de comunidad terapéutica se corresponden mutuamente, siendo posible que se logren desarrollar los procesos de objetivación y anclaje.

En la dimensión mujer-drogas-estereotipos: “en una mujer se ve más feo”, es posible recoger la configuración de una imagen de mujer consumidora de drogas que es doblemente castigada por la sociedad patriarcal, por usar drogas y por ser mujer, abandonando el cumplimiento de los roles socialmente asignados, vinculados principalmente a roles intramuros, siendo el incumplimiento del rol

materno el más castigado y por ende la representación que más aparece al momento de explicar el tratamiento como una forma de recuperar el ejercicio de ese rol (Castaños, M. "et al" 2007, P. 24), ello se ve graficado en la subdimensión "hijos motor de cambio". Sin embargo, un elemento que aparece más bien invisibilizado es la posibilidad de ser mujer a través del consumo, significado como una forma de protesta a la sociedad que mandata una determinada forma de ser mujer. En este sentido, la explicación del tratamiento estaría dada por la "recuperación de lo perdido", desconociéndose la experiencia emancipadora como mujer lograda con las drogas, permeada por el discurso social dominante que refuerza la importancia de la rehabilitación y tratamiento para volver a la funcionalidad requerida por el sistema.

En la dimensión tratamiento es ambivalencias, se configuran aspectos centrales presentes al momento de desarrollar los procesos de tratamientos por las mujeres, vinculados a la permanente pugna entre el cambio y no cambio, ello se explica en la subdimensión "tratamiento es recaída", apareciendo como una posibilidad siempre cierta del consumo. Lo anterior, pone en cuestión el paradigma de la abstinencia como único método eficaz para lograr procesos exitosos, así como también invita a concebir las posibilidades ciertas de recaída, que requieren como respuesta una acogida no castigadora, que contenga y permita vislumbrar alternativas para consolidar la autonomía progresiva en el tiempo. Otro elemento a considerar en esta dimensión está relacionada con la predeterminación respecto a la figura de "ser mujer rehabilitada o tratada", en la llamada subdimensión "operación retorno: de vuelta al mercado", quedan claramente establecidas las opciones que existen para integrarse, donde desfavorablemente se continúan reproduciendo lógicas de relación que mantienen la desigualdad en el sistema.

En la dimensión comunidad como terapia, se explica el tratamiento como una forma de construir un espacio de ayuda que transita de lo individual a lo colectivo, lo que se constituye en un elemento central al momento de cimentar una imagen que da sentido a las mujeres, destacando la acogida como factor altamente valorado a lo largo de todo el proceso terapéutico, ello se ve contenido en la

subdimensión “comunidad terapéutica y su sentido de comunidad desde la acogida”. En esta sintonía, la respuesta de la Comunidad Terapéutica, que rescata los principios iniciales de comunidad como interrelación, horizontalidad, identidad, objetivos en común, entre otros, son reconocidos por las mujeres como características del tratamiento que les son útiles al momento de enfrentar su propia realidad, lo que revela que en los tratamientos es necesario incorporar principios comunitarios para sintonizar con las mujeres que acceden al tratamiento en la región de Atacama. Aquí la subdimensión “pasando por el cedazo”, destaca la valoración de los aspectos mayormente estimados por las mujeres como lo son los talleres grupales, los juegos, la recreación, el esparcimiento, entre otros, que están por sobre las prestaciones sugeridas por la norma desde el ámbito más clínico, como lo son la psicoterapia, la consulta médica, la consulta psiquiátrica, siendo éstas menos reconocidas como aporte para el tratamiento desde las mujeres.

Finalmente, es importante referir, que uno de los elementos críticos del modelo de Comunidad Terapéutica, es que se demuestra difuso a la hora de intencionar estrategias para la transformación social de la realidad de las mujeres, quizás influenciado por ser una comunidad artificial, que mayoritariamente, en esta experiencia, corresponden a organizaciones que dependen de la transferencia de recursos desde el Estado para su funcionamiento y permanencia en el tiempo, debiendo responder a lógicas de políticas públicas neoliberales (Montenegro, 2001).

Efectivamente cuando se llevan a cabo propuestas diferenciadas, en este caso, el tratamiento de drogas dirigido a mujeres, marcan un hacer que tensiona la mirada hegemónica patriarcal masculina, permitiendo avanzar en la incorporación de ciertas particularidades que favorezcan el cumplimiento de los objetivos del tratamiento en contexto de Comunidad Terapéutica. Ello se traduce en oportunidades que confrontan dinámicas de relación desigual (dominación), permitiendo ser mujer, principalmente en el ejercicio de roles públicos. No obstante lo anterior, al mismo tiempo, aparecen ciertas confluencias perversas,

que hacen que se continúen manteniendo lógicas de dominación desde la dificultad para flexibilizar, por ejemplo, frente al ejercicio del rol materno y al ingreso al mundo laboral (en ocasiones precario), para participar funcionalmente en consumo desde el mercado formal, lo cuestionable es que esto se desarrolla desde discursos y categorizaciones minimistas que naturalizan la desigualdad (Álvarez, 2005), evidenciado en la figura de “mujer rehabilitada” o egresada con alta terapéutica desde una Comunidad Terapéutica.

5.2 Discusión respecto al marco conceptual de referencia.

5.2.1 Género y drogas

Desde la perspectiva de género es posible incorporar algunos factores que inciden directamente en la representación del tratamiento en las mujeres, principalmente porque aparecen condicionantes asociados a variables como tipo de consumo, droga más usada y sus consecuencias a nivel social y familiar, que son los elementos desde el género en tratamiento, que impactan diferenciadamente a hombres y mujeres.

Otro elemento que es conveniente no desconocer, es el referido a los perfiles de mujeres que acceden a tratamiento, partiendo por la voluntariedad u obligatoriedad que las lleva a ingresar a una Comunidad Terapéutica, así como también, aspectos relacionados con la edad (niña, adolescente, adulta) tendencia sexual (homosexual o heterosexual), ocupación (trabajando, en labores de la casa, cesante), hijos, pareja, delito, entre otros, que requerirán tratamiento que se pueden resumir con la metáfora del “traje a la medida”. Desde esta óptica surge entonces el desafío de rediseñar y adaptar las herramientas terapéuticas, que se utilizan en el ámbito del tratamiento en Comunidad Terapéutica, ya que en la práctica pueden demostrar una efectividad diferente de acuerdo a la particularidad de cada caso.

De acuerdo a lo revisado, emerge el desafío para considerar algunos aspectos más críticos respecto a la forma en cómo se lleva a la práctica la perspectiva de

género en el tratamiento desde la política pública, pues aparece como respuesta para regular la desviación de una determinada forma de ser mujer, evidenciada en la frase “en una mujer se ve más feo”. Desde esta mirada, se continuaría manteniendo la desigualdad de género, pues se valida solo una determinada forma de ser mujer (que no consume drogas), negando la posibilidad de ejercer el derecho a decidir respecto a este ámbito. Mientras que por otra parte, se mantiene la validación del consumo de drogas como características atribuibles a lo masculino, por lo que finalmente continuaría reproduciendo lógicas de desigualdad de género en la sociedad, por un lado, regulando la conducta desviada de la mujer, y por otro, naturalizando el consumo problemático en los hombres.

5.2.2 Las representaciones sociales

Desde el punto de vista de las representaciones sociales es posible observar que el proceso de objetivación es posible en la consecución de tres fases: construcción selectiva, esquematización estructurante y la naturalización (Ibáñez, 1988), que se manifiestan a través del desarrollo de relaciones sociales en contexto de Comunidad Terapéutica con otras mujeres, con quienes se comparte un objetivo en común, que en este caso es el consumo problemático de drogas. Ahora bien, en el proceso de construcción del núcleo figurativo, confluyen un sinnúmero de variables que es posible identificarlas a través del agrupamiento de las dimensiones (mujer-drogas-estereotipos, tratamiento es recaída y comunidad como terapia), las que a su vez se contienen en sus respectivas subdimensiones, que más tarde dan paso a la naturalización donde el tratamiento es representado a través del enseñar y aprender.

Posteriormente, en el proceso de anclaje las mujeres asimilan la información del tratamiento a su sistema de pensamiento, permitiendo adecuar esa experiencia vivida con sus propios esquemas de valores y creencias, que a su vez están situados y contextualizados de acuerdo a su realidad social y territorial, que en este caso corresponde a la región de Atacama.

Al adentrarnos a las explicaciones, los contenidos y significados del tratamiento de drogas que han construido las mujeres, es posible reconocer que éstas se configuran principalmente a través de las tres dimensiones que se relacionan entre sí, en torno a la representación de enseñar y aprender, “si me caigo me paro”.

De acuerdo a lo señalado, es importante partir reconociendo que los programas de tratamiento dirigidos a mujeres con perspectiva de género, son diseñados considerando principalmente la evidencia científica existente respecto a resultados de la aplicación de modelos teóricos, generalmente implementados en países anglosajones y europeos, que posteriormente son adaptados a la realidad nacional desde un enfoque centralizado, lo que conlleva a visualizar la necesidad de generar aprendizajes desde los contextos locales, que permitan poner en tensión lo planteado por la política pública centralizada, que más tarde son representadas desde las propias mujeres a quienes se dirigen éstas acciones.

5.2.3 Consumo de drogas y tratamiento

Para iniciar la discusión en este tema, resulta conveniente realizar una revisión del estado actual de la situación de las drogas en el mundo, principalmente porque permiten contextualizar y a su vez proyectar los resultados del presente estudio. Es por ello que se parte haciendo alusión al informe de la Comisión Global de Políticas de Drogas¹⁴ del año 2011, que plantea de manera convincente que la guerra contra las drogas se acaba, refiriéndose al fracaso de las acciones implementadas en estos últimos 50 años, que se concentraron en reducir la oferta y el consumo de drogas ilegales, además se evidencian las consecuencias adversas que este paradigma ha dejado en los países productores, consumidores y de tránsito. Estas consecuencias fueron agrupadas en 5 categorías: el crecimiento del mercado negro, el desplazamiento político para confrontar el mercado negro, el desplazamiento geográfico de la producción, el desplazamiento

¹⁴ Este informe se encuentra disponible (en línea) http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_Spanish.pdf> (consulta: 2 de noviembre de 2014).

hacia nuevas sustancias y la estigmatización que sufren los usuarios de drogas que acceden a tratamiento. Esta información sin duda, releva la necesaria transformación de las estrategias implementadas en el área de tratamiento, pues invita a dar un giro para ampliar y diversificar las miradas que van desde la represión a un enfoque de derechos en el ámbito de la salud pública. Lo anterior, coincide con los resultados de esta investigación, considerando las representaciones sociales que las mujeres construyen del tratamiento en la región de Atacama.

Otro de los elementos relevantes para la discusión se relaciona con la obligatoriedad de los tratamientos, que son considerados ineficaces, inhumanos y no éticos por el Consorcio Internacional sobre Políticas de drogas (2014). El presente estudio no alcanza a abordar, pues se centró principalmente en mujeres que se encontraban en la etapa de tratamiento, lo que limita poder acceder a mujeres que se encontraban en contexto de obligatoriedad, que generalmente presentan más baja adherencia. No obstante, es posible identificar que al menos el 50% de las entrevistadas fueron derivadas desde contextos judiciales (Tribunales de Familia), desde donde se impone la obligatoriedad, principalmente asociada a la exigencia del tratamiento para recuperar el cuidado personal de los hijos, concluyendo finalmente que durante el proceso de acogida fueron trabajando su resistencia o discordia.

Por otra parte, es interesante observar desde las prácticas de tratamiento, como el enfoque de reducción de riesgos o daños se va integrando paulatinamente a las Comunidades Terapéuticas, a través de estrategias para abordar por ejemplo las recaídas, que son presentadas en la subdimensión tratamiento es recaída, desarrollándose estrategias de contención y acogida más que de confrontación, práctica común en el modelo tradicional dirigido a varones. Entonces de esta forma se va comprendiendo que “las drogas han estado, están y continuarán estando presente en nuestra sociedad” (Martínez y Pallarés, 2013), por ello se concibe a las drogas como parte integrante de las sociedades humanas, debiendo por tanto, apuntar hacia la búsqueda de respuestas libres de

cargas morales con el objeto de favorecer el ejercicio de los derechos humanos frente al consumo de drogas. Sin embargo, aún es posible observar desde los discursos, cómo la posición dominante del prohibicionismo impacta los relatos de las mujeres en tratamiento, reflejado en las subdimensiones “droga mala pero rica” y “voluntad es igual negación”.

5.2.4 La Comunidad Terapéutica

La Comunidad Terapéutica en esta experiencia de tratamiento, se constituye en el contenedor de los aprendizajes, que se promueven en torno a superar una dificultad de consumo problemático de drogas en las mujeres, a través de un modelo de ayuda a las personas (Palacios y otros, 2008). Ahora bien, al revisar la historia de este modelo, se reconocen variables importantes que confluyen, asociadas a que inicialmente la metodología está diseñada para responder a lógicas masculinas de consumo, que más tarde van decantando en tratamientos mixtos hasta llegar a promover finalmente espacios exclusivos para mujeres, incorporando con mayor o menor énfasis la perspectiva de género, que se han debido adaptar de acuerdo a las necesidades.

Uno de los elementos que se rescatan desde el modelo es la capacidad para contener y acoger en un espacio que entrega seguridad a las mujeres que acceden a tratamiento, ello sintoniza por lo planteado por Covington (2000), quien refiere que para que exista efectividad en el tratamiento es necesario considerar un ambiente con seguridad, una relación profesional no autoritaria y el favorecimiento de la toma de decisiones en sus vidas. Lo anterior situado en un contexto que promueve el desarrollo de relaciones sociales en base al respeto y la solidaridad colectiva, se consolida como un dispositivo que aporta a la superación de situaciones de sufrimiento social relacionadas con el consumo de drogas.

Desde una perspectiva crítica, se puede referir que las Comunidades Terapéuticas de la región de Atacama, se sitúan en un escenario contradictorio respecto a los propios principios de base que se promueven, pues se observa una

lógica de relación dependiente con el Estado, principalmente en lo referido al ámbito financiero que instala la lógica de mercado en el modelo de comunidad que se pretende desarrollar, pues su permanencia en el tiempo estará supeditado a la venta de planes de tratamientos, diluyéndose el sentido que se pretende entregar en términos discursivos. Tal como se describió en la presentación de la subdimensión comunidad terapéutica y su sentido de comunidad, no se cuestiona el orden establecido, manteniendo y sosteniendo dinámicas de relación desigual.

5.2.5 La psicología comunitaria

Al reconocer que existen escasos estudios en el país, que recojan las voces de las mujeres, específicamente respecto a la experiencia de participar en el tratamiento de drogas, que a su vez pasa a ser parte constitutiva de las representaciones del tratamiento construidas por las mujeres, se considera que la incorporación de éstas se transforman en un insumo relevante para el diálogo y reflexión respecto a las prácticas de tratamiento que se desarrollan particularmente en la región de Atacama, donde confluyen diferentes actores como las mujeres usuarias de los programas, equipos de profesionales, organizaciones no gubernamentales y el Estado.

Lo señalado anteriormente, sintoniza con lo planteado respecto a la colonización del saber, que hegemonícamente se incorpora en los diseños de propuestas de política pública (Flores, 2014), como alternativas neoliberales, para resolver los problemas que se encuentran “haciendo ruido” en los países latinoamericanos, ello queda claramente manifiesto en la actual política de drogas, donde se incrustan los tratamientos de drogas que se entregan a las mujeres en Chile desde el Estado, imponiéndose criterios asociados a una determinada forma hacer, que las orientaciones y normas técnicas se encargan de regular a través de la institucionalidad diseñada para ello. Ahora bien, al reconocer las representaciones sociales del tratamiento en las Comunidades Terapéuticas, es posible concebir que se rescatan saberes locales, desde lo humano, en el sentido

de promover una racionalidad crítica al sistema, que permita resaltar a la comunidad y lo comunitario como espacio de transformación social.

Por consiguiente, es importante resaltar que el alcance de este estudio, no pretende generalizar una determinada forma de hacer tratamiento dirigido a las mujeres en el país, no obstante, busca ser un aporte para avanzar hacia la necesaria articulación entre las comunidades y el Estado a través de la política pública de droga, que se ejecuta a través de las Comunidades Terapéuticas en la región de Atacama. Desde esta perspectiva, se invita a descentralizar la discusión para poner el acento en lo local, relevando las particularidades que caracterizan a una determinada forma de hacer tratamiento desde las regiones, reflejado claramente en los resultados de esta investigación.

CAPITULO 6: CONCLUSIONES

A continuación se expondrán las conclusiones finales de la presente investigación, en la búsqueda de dar cuenta del proceso desarrollado y los principales aportes para la psicología comunitaria. De la misma forma, se entregaran los antecedentes asociados a las limitaciones y las posibilidades de profundización en la temática en estudio.

-A nivel de los objetivos que persigue esta investigación es posible concluir, que los resultados dan cuenta de las representaciones que forman parte del tratamiento, destacando la importancia de incorporar los discursos de éstas en el diseño y planificación de las acciones que forman parte de la propuesta de tratamiento para mujeres desde las Comunidades Terapéuticas en la región de Atacama. Al emerger la representación social “el tratamiento es enseñar y aprender: si me caigo me paro”, es posible identificar que el tratamiento en contexto de Comunidad Terapéutica es concebido como un espacio de contención y seguridad, donde es posible desarrollar procesos de enseñanza y aprendizaje para enfrentar la problemática de adicción que les afecta a las mujeres, ello conlleva a significar las relaciones terapéuticas desde la posibilidad de acompañar ese aprendizaje desde el hacer (en el consumo), para ser incorporado al proyecto de transformación social, que tendrá sus propios matices y particularidades, de acuerdo a la historia que cada mujer pretende construir y desarrollar en su contexto comunitario.

-Los tratamientos de drogas dirigidos a mujeres se sitúan en el marco de las políticas públicas neoliberales, donde confluyen marcos de referencias centrados en la competitividad, donde priman los valores liberales de la sociedad moderna, por lo que las estrategias observadas en el papel, apuntan hacia la integración de las mujeres que presentan consumo problemático de drogas, para ubicarlas de vuelta en el mercado. No obstante aquello, el reconocimiento y valoración desde

las mujeres respecto a relaciones de apoyo, colaboración, comprensión y solidaridad, permiten concluir, que en la práctica existe un sentido de lo humano en la construcción de las relaciones sociales en contexto de Comunidad Terapéutica, aún cuando desde la política pública prime la mirada de costo-beneficio.

-Desde las prácticas de tratamiento se observan claramente el desarrollo de estrategias que provienen desde el modelo del prohibicionismo, que relevan la importancia de la abstinencia como objetivo central en el tratamiento, sin embargo, es posible distinguir de manera sistemática la integración paulatina de estrategias que provienen desde el modelo de reducción de riesgos y daños. De esta forma, se puede concluir que en el espacio de Comunidad Terapéutica dialogan ambos enfoques, aunque de manera oficial continúe prevaleciendo el modelo más conservador.

-En la actualidad es posible distinguir un nuevo escenario que ha tensionado el abordaje al mundo de las drogas (informe de la comisión global, 2011), lo que se constituye en una posibilidad para ir en la búsqueda de construir nuevas formas de hacer, centradas en el respeto por los derechos humanos de las personas que presentan consumos de drogas problemáticos. Por consiguiente, este nuevo marco orientador permite diversificar y enriquecer las formas de abordajes en el tratamiento desde las Comunidades Terapéuticas.

-El consumo de drogas continuará estando, así como ha formado parte de la historia de las sociedades humanas, situación que invita a replantear las formas de cómo se concibe el tratamiento y las múltiples aristas que llevan a construir una realidad social que en estos últimos años, ha negado la posibilidad de convivir de manera armónica con el mundo de las drogas. En conclusión, el desafío es cómo podemos convivir con ellas sin reprimir a otros, pudiendo acceder a información de calidad que permita tomar decisiones de manera autónoma.

-Al considerar a las Comunidades Terapéuticas como modelo, es posible identificar la incorporación de nuevas formas de hacer en los espacios comunitarios, con el objeto de adaptarse a los nuevos escenarios, permitiéndoles

aún ser reconocidas como dispositivos eficaces en el tratamiento de drogas desde las propias mujeres que han desarrollado procesos de tratamiento. En sintonía con los resultados presentados, se resaltan aspectos que son centrales en el tratamiento con mujeres, tal como se presenta en la bibliografía revisada (Gordon, 2002, citado por Castaños y cols. 2007), ello tiene relación con evitar desarrollar estilos de confrontación, excesivo control y relaciones terapéuticas poco continuas en el tiempo, así como también resguardar que el contexto de intervención sea seguro tanto físico como emocionalmente, donde la toma de decisiones sea favorecida desde la relación terapéutica con las y los profesionales.

-En lo que respecta a las mujeres, es posible identificar la emergencia de múltiples hipótesis que hacen prever, que la tendencia del consumo de drogas en ellas se ha ido incrementando en el tiempo, lo que decantará en nuevas dinámicas de consumo, por lo que se sugiere conveniente aportar desde la diversidad de género, para avanzar hacia la comprensión e implementación de prácticas que tensionen los cánones preestablecidos, que sesgan las miradas respecto a la relación que construyen hombres y mujeres en el mundo de las drogas.

-El enfoque de las representaciones sociales, si bien es cierto, es considerado como una teoría que presenta ciertas limitantes, recibiendo críticas respecto a su relación con el cognitivismo, a la implicación del método y sus resultados, al lugar del investigador y al supuesto epistemológico del constructivismo social¹⁵, no obstante, en esta investigación es posible destacar su aporte a la posibilidad de acercarse a una realidad social, que releva los discursos de los actores sociales, tal como en este caso en tratamiento de drogas desde las mujeres de la región de Atacama, permitiendo el reconocimiento de las subjetividades implícitas presentes en este ámbito.

-Se reconoce que el presente estudio muestra limitaciones relacionadas con la invisibilización de las mujeres que no adhieren al tratamiento, quizás una oportunidad para desarrollar una emergente línea investigativa. Pues un elemento

¹⁵ Representaciones sociales, aportes y críticas. En <http://www.eticar.org/descargas/Representaciones%20Sociales%20aportes%20y%20criticas.pdf>

que puede retroalimentar productivamente la política de drogas en el ámbito del tratamiento, se sustenta en conocer las variables, que inciden en que las acciones desarrolladas no sean valoradas como un aporte para superar situaciones de adicción desde las mujeres en la región de Atacama, manifestado en la falta de adherencia a las comunidades.

-Uno de los elementos preocupantes en el ámbito comunitario, es la dependencia financiera que han llegado a construir las Comunidades Terapéuticas con el Estado, que instala lógicas de relación mercantil a través de la compra y venta de planes, que permean de una u otra forma las relaciones terapéuticas con las mujeres que acceden a tratamiento.

-Desde la psicología comunitaria, es posible repensar la comunidad¹⁶, como una forma de rescatar los principios que orientan el quehacer de la disciplina y aportar hacia el desarrollo de procesos de transformación social, renovando los compromisos de los diversos actores que se encuentran involucrados en ellos, así como también el reconocimiento como las y los sujetos comunitarios¹⁷, en este caso, de las mujeres en tratamiento en contexto de Comunidad Terapéutica.

-Si bien es cierto, la variable cultural, demográfica y social de la región de Atacama no es desconocida en las comunidades, conviene no naturalizar formas dinámicas de relación que están cruzadas por la cultura minera, que incide en el consumo y por ende en los tratamientos de drogas tanto para hombres como mujeres. Lo anterior, invita a poner énfasis en las particularidades de los territorios y comunidades, pues éstas marcan las trayectorias de los tratamientos, siendo conveniente no imponer la evidencia científica por sobre los saberes locales, de manera de evitar caer en prácticas de homogeneización y estandarización de los tratamientos, sino más bien avanzar hacia la construcción de espacios de diálogo y articulación entre la institución y comunidad.

¹⁶ Concepto que es acuñado por Jorge Mario Flores en la publicación: Repensar la psicología y lo comunitario en América Latina.

¹⁷ Germán Rozas (2014) propone en su tesis doctoral el concepto de sujeto comunitario en el marco de las políticas públicas de reconocimiento por parte de Estado.

-Al considerar las representaciones del tratamiento de las mujeres, desde la dimensión “comunidad como terapia”, los tratamientos debiesen integrar de manera transversal espacios flexibles, que favorezcan un clima adecuado (dinámico, acogedor, entretenido), relevando la construcción de relaciones saludables en un contexto que acoge y apoya los procesos de cambio, reconociendo que las mujeres son portadoras de saberes que se transforman en elementos centrales de los procesos de tratamiento.

-Al emerger la dimensión “tratamiento es recaída”, como parte constitutiva de la representación social del tratamiento, donde se significa el proceso terapéutico con posibilidades ciertas de volver al consumo, es pertinente considerar la implementación de estrategias tendientes a potenciar el espacio terapéutico, con el objeto de abordar con enfoque de género las recaídas de las mujeres en tratamiento, reconociendo la existencia de brechas en este ámbito.

-Finalmente, el presente estudio se constituye en pionero en el área de tratamiento en la región de Atacama, y aunque no pretende constituirse en una verdad, busca generar dialogo entre los diversos actores que confluyen en las prácticas de tratamiento, particularmente el dirigido a mujeres. Ello permite aportar desde la psicología comunitaria en la construcción de estrategias tendientes a relevar el principio humanizante de las relaciones sociales, en el desafío para avanzar hacia una vida decente.

BIBLIOGRAFÍA

-ALFARO, J. 2000. Discusiones en psicología comunitaria. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Diego Portales. Santiago de Chile. 120p.

-ALFARO, J. Y BERROETA, H. 2007. Trayectoria de la psicología comunitaria en Chile, práctica y conceptos. Editorial Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile. 594p.

-ALVAREZ, J. y NUÑO, B. 2006. Representaciones Sociales y toma de decisiones en el consumo de drogas ilegales. Editorial AMATE. Universidad Nacional Autónoma de México.

-ALVAREZ, S. 2005. Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y El Caribe: estructuras, discursos, y actores. CLACSO. Argentina. 477p.

-ARAYA, S. 2002. Las Representaciones Sociales: ejes teóricos para su discusión. FLACSO Costa Rica en línea <http://www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/Cuaderno127.pdf> (consulta: 15 de julio 2014).

BOURDIEU, P. 2000. La dominación masculina. Editorial Anagrama. Barcelona, España. 159p.

-BORQUEZ, R. 2008. Identidad de género y control social: Una aproximación desde los significados construidos por las mujeres criminalizadas como homicidas. Tesis para optar al grado de sociólogo. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, carrera de Sociología. 153p.

-BRIONES, G. 1998. La investigación social y educativa. Modulo I de aprendizaje. Editorial Andrés Bello. Colombia.

-CAMPO-REDONDO, M. y LABARCA, C. 2009. Representaciones Sociales del rol orientador del docente en estudiantes de educación. Revista de Ciencias Sociales, vol. XV (1): 160-174.

-COMAS, D. 2000. El proceso de incorporación de las drogas, sus representaciones y respuestas sociales en España. Grupo GID. España. 34p.

-COMUNIDAD TERAPEUTICA una propuesta de definición. Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas. 2008. Por PALACIOS Juan "et al". Santiago, Chile. 10p.

-CONSEJO NACIONAL PARA EL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES Ministerio del Interior y seguridad pública, Gobierno de Chile. 2006. 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 en Tratamiento y Rehabilitación. Santiago de Chile. 74p.

-CONSEJO NACIONAL PARA EL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES Ministerio del Interior y seguridad pública, Gobierno de Chile. 2004. Tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas. Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación. Santiago de Chile. 98p.

-CORVALÁN, J. (1996). Los paradigmas de lo social y las concepciones de intervención en la sociedad. CIDE documentos. Santiago de Chile

-ECHEVERRIA, A. 2004. Representaciones sociales de las drogas en jóvenes urbanos populares en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica. Tesis para optar al título de Psicólogo. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, carrera de Psicología. 205p.

-FARAPI S.L. 2009. Drogas y género (en línea) <http://www.berdingune.euskadi.net/contenidos/informacion/materiales/es_gizonduz/adjuntos/3_drogas_y_genero.pdf (consulta: 20 de octubre 2014).

-FLICK, U. 2004. Introducción a la investigación cualitativa. Ed. Morata. Madrid, España.

FLORES, J. 2014. Repensar la psicología y lo comunitario en América Latina. Universidad de Tijuana CUT. Baja California, México. 190p.

-GRUPO EUROPEO IREFREA. 2005. Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa, claves para su comprensión e intervención. Estudios en Toxicomanías e Identidad de Género. Madrid.

-GUBA, E. y LINCOLN, Y. 2000. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En: C. A. Denman & J. Armando Haro. (Eds). Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. México: El Colegio de Sonora.

INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS con enfoque de género. 2007. Por Castaños Mónica "et al". Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. 184p.

-KRAUSE, M. 2006. Hacia una redefinición del concepto de comunidad-cuatro ejes para un análisis crítico y una propuesta. En psicología de la Universidad de Chile, vol. X, N°2. Ñuñoa, Santiago de Chile.

-MARTINEZ, V. 2006. El Enfoque Comunitario. El desafío de incorporar a las comunidades en las intervenciones sociales. Editorial Magíster Psicología Comunitaria Universidad de Chile. Santiago, Chile. 135p.

-MONTENEGRO, M. 2001. Conocimientos, Agentes y Articulaciones: Una mirada situada a la Intervención Social. Tesis Doctoral, Programa de doctorado en Psicología Social. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, España.

MARTINEZ, D. y PALLARES, J. 2013. De riesgos y placeres, manual para entender las drogas. Editorial Milenio. España. 398p.

MONTERO, M. 2004. Introducción a la psicología comunitaria, desarrollo, conceptos y procesos. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 156p.

NUÑEZ, A. 2008. Redes comunitarias, influencias teórico metodológicas y crónicas de intervención profesional. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina. 120p.

-PRADO, M. Y KRAUSE, M. 2004. Representaciones sociales de los chilenos acerca del 11 de septiembre de 1973 y su relación con la convivencia cotidiana y con la identidad chilena. Revista Psykhe Universidad Católica de Chile: 11 – 20.

-RODRIGUEZ, T. Y GARCIA, M. 2007. Representaciones Sociales. Teoría e investigación. Editorial cucsh-udg. Universidad de Guadalajara. México.

-RUIZ J. 1992. Metodología de la investigación cualitativa. 2º edición, Universidad Deusto. Bilbao, España.

- SALKIND, N. 1999. Métodos de Investigación. México: Prentice Hall.
- SANCHEZ, L. (2012). Género y drogas, guía informativa. Alicante España. 5º impresión. 50p.
- SANDOVAL, C. 2002. Investigación cualitativa. Composición electrónica. Colombia: ARFO.
- SANDOVAL J. 2004. Representación, discursividad y acción situada. Editorial de la Universidad de Valparaíso. Valparaíso-Chile.
- STRAUSS, A. Y CORBIN, J. 1990. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Facultad de enfermería de la Universidad de Antioquía. Editorial Universidad de Antioquía. Medellín, Colombia. 340p.
- TATARSKY A. 2002. Psicoterapia de reducción de daños, un nuevo tratamiento para problemas de drogas y alcohol. Open Society foundations. USA. 406p.
- UNIVERSIDAD DE CHILE. 2009. Tesis magister en psicología comunitaria. Compendio de tesis volumen II. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias sociales, Departamento de Psicología, Programa Magister en Psicología, mención Psicología Comunitaria. Santiago de Chile. 211p.
- VALLES, M. 1997. Diseños y estrategias metodológicas. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Editorial síntesis. Madrid.

- VEINTICINCO AÑOS DE INVESTIGACION CUALITATIVA en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Por ROMERO, M. "et al". Segunda Parte. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito Federal, México. P 73-84. En línea <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58212708.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

Carta de Consentimiento Informado

Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales
Magíster Psicología Comunitaria

Vallenar, _____.

Estimado/a Sr./ Sra.:

La Facultad de Ciencias Sociales, a través del Magíster en Psicología Comunitaria, ampara la acción de procurar el consentimiento informado para participar de un estudio de investigación llamado: LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DEL TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES QUE RECIBEN ATENCIÓN EN CONTEXTO DE COMUNIDAD TERAPEUTICA AMBULATORIA EN LA REGION DE ATACAMA.

Lo que se informa en el presente documento le permite decidir voluntariamente si estima conveniente participar en este estudio, de la misma forma Usted puede tomar la decisión de dejar de formar parte de esta investigación en cualquier momento.

Su participación y colaboración se estima en acceder a una entrevista en profundidad donde usted podrá expresar libremente su forma de pensar respecto de algunas dimensiones relacionadas con el tratamiento por consumo de drogas en contexto de comunidad terapéutica. Sus respuestas y opiniones serán

resguardadas y se mantendrá confidencialidad en todo momento de la investigación.

Por otra parte, si usted estima conveniente, puede obtener información adicional en relación al estudio antes o durante la investigación, así como también podrá acceder a los resultados de ésta, a través de contacto telefónico o vía correo electrónico.

De antemano, agradezco su atención, interés y cooperación.

Atentamente;

Cesar Mario Olavarria Hueitiao
Investigador

Yo, _____,
acepto participar en la investigación LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DEL
TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES QUE RECIBEN
ATENCIÓN EN CONTEXTO DE COMUNIDAD TERAPEUTICA AMBULATORIA
EN LA REGION DE ATACAMA

Firma

Anexo 2

Pauta gui3n de entrevista

Acuerdo de trabajo: Presentaci3n entrevistador, voluntariedad de respuestas, confidencialidad, duraci3n de sesi3n, entre otros.

Presentaci3n personal del entrevistado

¿Qui3n eres t3? (Presentaci3n libre)

MUJER

¿Qu3 es para ti ser mujer?

¿Qu3 es para ti la maternidad?

¿Qu3 es para ti ser/tener pareja?

FAMILIA

17.- ¿Qu3 piensan las personas cercanas (amigos, familiares, parejas, hijos)de las mujeres que est3n en tratamiento?

CONSUMO DE DROGAS

5.- ¿Qu3 opini3n tiene del consumo de drogas?

10.- ¿para usted que son las drogas?

-¿En qu3 circunstancias comenz3 a consumir drogas?

-¿Cu3ndo pas3 a ser un problema para usted?

11.- ¿Qu3 le dice la relaci3n mujer-drogas?

12.- ¿Qu3 le dice la relaci3n drogas-comunidad?

13.- ¿Qu3 le dice la relaci3n mujer-drogas-tratamiento?

REPRESENTACI3N DEL TRATAMIENTO

-Hace cuanto tiempo ingreso a tratamiento

-En qu3 fase del tratamiento se encuentra

1.- Para usted que significa el tratamiento

2.- Qu3 diferencia hay entre un antes y un despu3s del tratamiento

3.- ¿Lo que considere m3s importante en su proceso de tratamiento?

4.- ¿lo que considere menos importante en su proceso de tratamiento?

-¿Ha pensado dejar el tratamiento?

6.- ¿Qué es lo más le gusta y lo que menos le gusta del tratamiento?

7.- ¿Qué prestaciones ha recibido en el tratamiento?

-¿Cuándo se proyecta su egreso del tratamiento?

-¿Qué hará después que egrese del tratamiento?

REPRESENTACIÓN DE LA COMUNIDAD

9.- ¿Qué significa para usted comunidad?

8.- ¿Qué hace acá en la comunidad?

REPRESENTACIÓN DE LO MASCULINO

REPRESENTACIÓN DE LO FEMENINO

15.- ¿uál es la diferencia mujer-drogas v/s hombres-drogas

PROYECCIONES A FUTURO

14.- ¿Cuáles son sus proyecciones a futuro?

16.- ¿Qué piensan los hombres de las mujeres que están en tratamiento?