



**UNIVERSIDAD
ACADEMIA**
DE HUMANISMO CRISTIANO

Escuela de Trabajo Social

COMUNIDADES TERAPEUTICAS FEMENINAS

Tesis para optar al Título Profesional de Asistente Social

**ALUMNOS TESISISTAS : RODOLFO GUERRERO NUÑEZ
RAUL JERIA CABELLO**
PROFESOR GUIA DE TESIS : OMAR RUZ AGUILERA

Santiago, agosto 2006

INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
OBJETIVOS	14
HIPOTESIS	15
VARIABLES	15
ESTRATEGIA METODOLÓGICA	16
UNIVERSO	16
MUESTRA	17
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	17
TÉCNICAS DE ANÁLISIS	18
PARTE I MARCO TEORICO	
CAPITULO I	
MUJER DROGODEPENDIENTE Y GÉNERO.	
PERFIL DE LAS MUJERES CHILENAS DROGODEPENDIENTES	23
LA MUJER DROGADICTA EN LA FAMILIA OBSTÁCULOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA MUJER ADICTA	31
DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES CONSUMIDORES.	32
GENERO	36
SEXO Y GÉNERO	38
GENERO Y DROGA	39

CAPITULO II

LA DROGODEPENDENCIA

DROGA Y EFECTOS	44
LA ADICCIÓN	45
FACTORES EN LA ETAPA DE DEPENDENCIA	46
MODELOS DE INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIA	48
MASIFICACIÓN DE LA DROGA EN CHILE	51
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	52

PARTE II MARCO REFERENCIAL

CAPITULO III

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

LA ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA	56
NORMAS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA	57
FILOSOFÍA DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS	58

COMUNIDAD TERAPÉUTICA MANRESA

MISIÓN DEL ÁREA DE RIESGO SOCIAL	61
OBJETIVO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA MANRESA	62
DESCRIPCIÓN	62
EQUIPO DE TRABAJO	63
CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LAS BENEFICIARIAS.	64
PROCESO DE POSTULACIÓN	64
PROCESO DE TRATAMIENTO	65
METODOLOGÍA	66
ETAPAS Y OBJETIVOS DEL PROCESO REEDUCATIVO	69

PROGRAMA DON BOSCO

ETAPAS DE INTERVENCIÓN	71
COMUNIDAD TERAPÉUTICA MARIA AUXILIADORA	72
METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN	72
EDUCACIÓN PERSONALIZADA	72
AMBIENTE FAMILIAR Y EDUCATIVO	72
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA	73
ETAPAS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN	73

PARTE III

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO IV

PARTICULARIDADES DE MUJERES Y COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

1. PROGRAMAS DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA	78
1.1. COMUNIDAD TERAPEUTICA MANRESA	79
A) Intervenciones individuales	80
b) Intervenciones grupales	82
c) Intervenciones familiares.	82
1.2. COMUNIDAD TERAPEUTICA MARIA AUXILIADORA	84
a) Intervenciones individuales	87
b) Intervenciones grupales	87
c) Intervenciones familiares.	87

CAPITULO V

LOS EDUCADORES Y MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

MODELO COMUNIDAD TERAPEUTICA	89
DIFERENCIA ENTRE MODELO FEMENINO Y MASCULINO	91
PARTICULARIDADES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA MARIA AUXILIADORA Y MANRESA.	93
PERFIL DE LAS RESIDENTES.	96
PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS.	99
DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES CONSUMIDORES(AS)	101
PARTICULARIDADES COMO MUJERES ADICTAS	103
COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y PARTICULARIDADES DE LAS MUJERES DROGODEPENDIENTES	106

CAPITULO VI

MUJERES Y OPINIÓN DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA COMUNIDAD

TERAPÉUTICA.	108
TÉCNICAS GRUPALES.	
Círculo terapéutico y solución de problemas	108
La confrontación	110
Función del deporte	114
Terapia grupal de expresión de sentimientos	115
Función de las actividades laborales	117
TÉCNICAS INDIVIDUALES.	
Confrontación individual	118
Expresión de sentimientos individual	119
Exposiciones	120

Objetivos individuales	121
ENCUADRE COMUNITARIO	
Relación con funcionarios(as)	123
Las Normas	124
La rutina	125
Los límites	126
Los Horarios	127
LAS MUJERES Y SUS PARTICULARIDADES	
DIFERENCIAS CON HOMBRES DROGODEPENDIENTES.	129
CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LAS MUJERES	131
ROLES SOCIALES QUE HAN DESARROLLAR.	131
MÉTODOS PARA ADQUIRIR DROGA.	132
RELACIONES CON SUS COMPAÑERAS.	134
LAS MUJERES, LAS TÉCNICAS Y SUS PARTICULARIDADES	
MUJER Y TÉCNICAS GRUPALES	135
MUJER Y TÉCNICAS INDIVIDUALES	137
MUJER Y EN CUADRE COMUNITARIO.	138
CONCLUSIONES	141
HALLAZGOS DE INVESTIGACION	154
APORTES AL TRABAJO SOCIAL	155
PROPUESTA AL MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA FEMENINA	158
BIBLIOGRAFIA	162
ANEXOS	169

INTRODUCCION

En la actualidad, el consumo de drogas constituye un problema mundial al cual se atribuyen múltiples causas y consecuencias. En Chile, las cifras del año 2004 muestran que un 5,79 % de la población entre 12 y 64 años, consumen marihuana, Pasta Base, clorhidrato de cocaína, crack, heroína, éxtasis y/o alucinógenos. (CONACE; 2004: 2)

El último censo nacional informa que el 50,7 % de la población chilena está constituida por mujeres, donde el número de ellas que consume drogas, con relación al número de varones es de 1 a 4. (CONACE 2002; 3)

Por otra parte, el estudio del abuso y dependencia a sustancias psicoactivas, en términos genéricos, ha estado sesgado mayoritariamente a la exploración del hombre como objeto de estudio. El término “población específica”, con el que algunos expertos señalan a la población femenina, da cuenta de una sobre generalización en la que el patrón que se utiliza como referencia válido es el que corresponde al consumo de varones. (García; 1996; 6)

Sólo a partir de la década de los noventa en nuestro país, comienzan a emerger estudios que incluyen el género femenino y su relación con las drogas. Los pocos estudios que existen relacionados con mujeres drogadictas concluyen que existen diferencias entre hombres y mujeres sobre las causas que aportan al inicio del consumo de drogas, en cómo lo practican y en el grado de daño psicosocial que presentan al momento de solicitar ayuda para su rehabilitación.

La mayoría de esos estudios señalan que el elemento diferenciador que incide en el inicio del consumo de droga entre el hombre y las mujeres está dado por la importancia que cada uno le da a las relaciones interpersonales. La desconexión y el aislamiento, en el caso de las mujeres, serían fuentes de ansiedad, depresión, estrés y baja autoestima. No se trataría de que los varones no requieran establecer vínculos de intimidad y correspondencia, sino que para ellos el sentido de identidad no está dado por las relaciones. La socialización liga a las mujeres con la familia más que al hombre y es frecuente que se ubique a una mujer o ella se defina a sí misma de acuerdo a sus roles

familiares y sus relaciones interpersonales, como por ejemplo; hila de..., hermana de ..., madre de ... etc. (Ibid; 4).

No es desconocido que a los varones en su etapa de infancia se les regalen juguetes (como pelotas de fútbol, “autitos” o pistolas) relacionados con un tipo de entretención que implica fuerza y competencia. En cambio las mujeres reciben juguetes (muñecas, juegos de “tasitas” o de cocinas) que se vinculan a un tipo de entretención que las forma para servir y relacionarse con los demás; vestir, bañar y peinar la muñeca; cocinar y servir algún tipo de alimento ficticio a sus amigas.

Para Dio Bleichmar “las mujeres son socializadas para velar por el bienestar de los demás, cuidar la vida y las relaciones, si por distintas razones la mujer siente que no cumple con estos mandatos, se ponen en marcha procesos que apuntan al remordimiento y culpa unida con una sensación de minusvalía personal lo que conlleva a la depresión como consecuencia”. (Citado por Ossa y González; 1996: 38)

En un estudio sobre mujeres populares adictas a la Pasta Base, Ossa y González llegan a plantear respecto al inicio del consumo de drogas en las mujeres que *“la falta de apoyo emocional, el no sentirse acompañadas ni incluidas en una relación afectiva, es un sentimiento que ellas describen como "soledad", haciendo referencia a una falta de integración, de sentirse acogidas, a un "vacío" en las relaciones y a una "pobreza" en los vínculos que han establecido”*. (Ibid:110)

En cuanto a la práctica del consumo, las mujeres lo harían más bien solas y en lugares privados siendo la casa el lugar privilegiado de consumo, pues por lo general tienden a tener pocos amigos y una red social bastante limitada. Sólo en la etapa preliminar a la dependencia de la droga se harían acompañar por varones (parejas o amigos) que les sirven como instructores para aprender donde comprar u como preparar la dosis (Marsh & Miller, 1985, Reed, 1985, Rhoads, 1983, citados en Ossa y González; 1996: 40)

Con respecto a la adquisición de la droga, el estudio de Ossa y González determina que “... en la mayoría de las mujeres las sustancia fue proporcionada por sus iguales,

mientras que la otra se involucraron en la compra directa, aunque acompañadas por sus amigos” (Ibid;41).

Pablo Villatoro, Sociólogo de la Fundación Hogar de Cristo, realiza un análisis comparativo de la situación en la que se encuentran jóvenes que ingresan a programas de rehabilitación de drogas según el género, señalando como justificación que “.....*la apertura reciente de programas de rehabilitación orientados a mujeres ha planteado nuevas dificultades para modelos de tratamiento “masculinizados”, esto es, que fueron inicialmente diseñados pensando en atender una demanda conformada casi exclusivamente por hombres”*. (Villatoro, 2002: 3)

Según el estudio señalado, en la dimensión psicológica, las mujeres presentan una peor situación que los hombres al momento de su ingreso a tratamiento de drogas. “*las mujeres muestran niveles significativamente más bajos de autoestima y eficacia que los hombres, y también manifiestan menores grados de auto confianza”*. (Ibid: 25)

Frente a las diferencias señaladas, los mismos estudios citados plantean que en cuanto a la rehabilitación de mujeres adictas, el abordaje del fenómeno se hace necesariamente distintivo, siendo particularmente importante asumir una perspectiva de género para su tratamiento, tanto para su nivel explicativo como para su prevención y rehabilitación. (González y Ossa, op. cit, Rojas, 1996, Villatoro, op. cit)

La forma de abordar la rehabilitación de mujeres drogadictas, es un campo escasamente explorado que resulta complejo de analizar. Como se menciona con anterioridad, la ciencia no ha explorado lo suficientemente la relación mujer-droga, lo que posibilita que los programas de rehabilitación no cuenten con suficientes referencias para su intervención.

Una de las formas de enfrentar el fenómeno de la drogadicción en nuestro país es a partir de las Comunidades Terapéuticas, que aparecen en Chile en la década de los 80.

Comunidad Terapéutica

La Comunidad Terapéutica Constituye un espacio contenedor digno y acogedor en el que la persona se torna protagonista de su proceso de cambio y recuperación, asumiendo su vida responsablemente y aportando activamente en el crecimiento de sus compañeros sobre la base de valores pro-sociales, disminuyendo la exposición al daño y marginación, contribuyendo finalmente a la reinserción social. (Proyecto Educativo, Hogar de Cristo; 43)

La Comunidad Terapéutica es una entidad que presta servicios de consulta, orientación y principalmente de tratamiento residencial especializado para drogadictos, con participación de sus familias y contempla como principal actor de la rehabilitación y cambio de estilo de vida al propio afectado inserto en una comunidad constituida por pares y terapeutas.

“.....es un estilo de vida en comunidad. Esto significa que se comparte en todo momento con todos sus miembros” (Egenau, 1992: 6)

No se le define como un entorno protegido para personas que reconocen estar afectadas por la drogodependencia, sino como una microsociedad en la cual se analizan los conflictos de los residentes con relación a modelos de comportamientos acordes a su realidad, para poder insertarse o reinsertarse en un grupo social determinado. (Ibíd.: 7)

Vivir en comunidad es lo que el drogadicto no haría desde su núcleo familiar, con la ausencia y aplanamiento afectivo, relaciones impersonales banales y superficiales, amistades reunidas en torno al consumo de drogas, evasión de realidades entre personas que no enfrentan sus problemas. La Comunidad Terapéutica intentaría corregir todas estas falencias que permite que se forme una personalidad maltratada y desfigurada; la personalidad adictiva. En este sentido la Comunidad Terapéutica va más allá de lo que es atención a drogadictos, sirve a personas con desordenes de personalidad que no caen dentro de patologías siquiátricas. (Ibíd.: 7)

Para la psicóloga María Elena Goti, la modalidad Comunidad Terapéutica es la que mejores resultados ofrece para un determinado perfil de drogadicto (Goti; 1990: 10) . Sin embargo, este perfil de adicto parece responder al mismo estándar y sesgo con que se han abordado los estudios de drogodependientes; la masculinización.

Según Diana García el tema mujer-droga y rehabilitación, está cruzado por enfoque de carácter sexista:

“Tradicionalmente, los programas de rehabilitación para adictos fueron diseñados por y para varones, y las necesidades específicas de las mujeres no fueron suficientemente consideradas”.
(García;1996: 9)

La génesis de las Comunidades Terapéuticas confirma la apreciación de García, pues permite dar cuenta que han sido diseñadas para varones, al mismo tiempo que en su origen se constatan dos vertientes, una desde las patologías psiquiátricas y la otra desde la drogadicción.

Desde la psiquiatría

Maxwell Jones, siquiatra Inglés, utilizó el termino Comunidad Terapéutica por primera vez hacia 1952, para referirse a una innovadora modalidad de tratamiento de salud mental con excombatientes de la segunda guerra mundial. Además, a causa de la misma guerra, el repentino aumento de las enfermedades psiquiátricas debidas al estrés, condujo a la utilización de técnicas de terapia de grupo y al empleo de personal no médico, permitiendo al principio una importante economía en tiempo y dinero. (Goti; 1990: 5)

Esta revolucionaria modalidad para la psiquiatría, que en esos tiempos tendía a la utilización de técnicas psicoterapéuticas, “derribó los muros de los antiguos hospicios psiquiátricos, niveló las estrictas jerarquías entre médicos y pacientes, entre sanos y enfermos e introdujo las asambleas, lugar donde todos los integrantes del hospital, en situación de igualdad, participaban en la organización diaria de las actividades.” (Ibíd)

Desde las adicciones

Tres años después de la experiencia de Maxwell Jones, Charles Dederich, un alcohólico rehabilitado de Alcohólicos Anónimos, en California EE.UU., recibe en el Garaje de su casa un grupo de alcohólicos y posteriormente heroinómanos que buscaban disminuir el consumo de drogas o lograr la abstinencia total. En este lugar, intentó reproducir el modelo de Alcohólicos Anónimos, pero no respondía a las necesidades de una población distinta, los drogadictos. Es así como introdujo el elemento del aislamiento o residencia y eliminó la estructura religiosa de Alcohólicos Anónimos, dando paso al nacimiento de la Fundación Synanon (Ibid: 7)

En 1958 la Fundación Synanon fundó la primera Comunidad Terapéutica para la rehabilitación de drogadictos en EE.UU.

Egresados de Synanon fundaron Daytop en 1963, en la ciudad de Nueva York, incluyendo profesionales entre sus educadores. Daytop sella lo que se llama el verdadero comienzo de expansión de las Comunidades Terapéuticas por el mundo. A partir de Daytop se ha abierto en Italia a través del Proyecto Hombre otro gran grupo de Comunidades Terapéuticas. Proyecto Hombre tomó elementos básicos de Daytop pero incluyó otros elementos más acordes con la realidad europea y latina. Es respecto a esto, que algunos autores plantean que se unen las vertientes psiquiátricas y las provenientes del campo de las adicciones. (Ibid: 7)

Todo este histórico proceso histórico de gesta atendiendo a las necesidades de una población masculina.

Comunidades Terapéuticas En Chile

No existe registro sobre la llegada de las Comunidades Terapéuticas a Chile, todo indica que se produce en la década de los 80, cuando los sectores populares de Santiago eran invadidos por niños y jóvenes que inhalaban neopren, estimándose que su número llega hoy a 143 Comunidades Terapéuticas en todo el país drogadicta. (Estadísticas CONACE).

En lo que si hay claridad es que desde su aparición sólo se dedican a atender a la población adulta y masculina. Sólo hace 8 años nace la primera C.T. femenina fundada por el Área de Rehabilitación del Hogar de Cristo.

Los programas de rehabilitación en Chile, en su modalidad Comunidad Terapéutica, destinado a la población drogodependiente de escasos recursos, en su mayoría están diseñados para la población masculina y sólo se pueden observar 9 que se orientan exclusivamente a la atención de mujeres y 2 de ellas atienden a mujeres de sectores populares.

Como se ha señalado, el consumo de drogas a nivel nacional, es un fenómeno que conlleva múltiples efectos negativos no solo en la persona consumidora, si no que arrastra con ella familias, comunidades y entornos, los que son, a las vez, claramente dañados por los efectos de estas practicas.

Las mujeres no están exentas de este fenómeno. Su participación en el consumo de droga se ha ido incrementando en las últimas décadas, lo que ha generado que las instituciones de nuestro país generen ofertas para brindarles ayuda mediante tratamiento residencial en Comunidades Terapéuticas.

Siendo el tema Comunidad Terapéutica Femenina un campo relativamente nuevo en nuestra sociedad y, por ende, escasamente explorado por el Trabajo Social y la mirada científica, se considera de importancia la realización de este estudio, él que puede llegar a responder aquellas preguntas que desde la práctica no se están respondiendo.

La participación de las mujeres en prácticas drogodependientes presenta una connotación más alarmante por las responsabilidades que social y biológicamente se les están impuesta; como el auto cuidado en el embarazo y la crianza de sus hijos. Es por esto, que resulta importante la realización de este estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando lo que hemos señalado, los inicios en el consumo de drogas, sus prácticas y el daño psicosocial son profundamente diferentes entre hombres y mujeres drogodependientes. Además, el modelo de rehabilitación de Comunidad Terapéutica que la sociedad ofrece a mujeres drogadictas tiene raíces masculinizadas, nos cabe preguntarnos **¿En las comunidades Terapéuticas femeninas que atienden a mujeres drogadictas de sectores populares, son consideradas sus particularidades en el proceso de rehabilitación?**

Si estas diferencias son o no consideradas ¿Qué opinan las mujeres del tratamiento que se les brinda en las Comunidades Terapéuticas?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL I

Describir la incorporación de las particularidades de las mujeres drogodependientes de sectores populares en el modelo de intervención de comunidad terapéutica.

Objetivos específicos

1 Determinar si los objetivos metodológicos de intervención de las comunidades Terapéuticas femeninas, consideran las particularidades de las mujeres drogodependientes en proceso de rehabilitación.

2 Establecer la opinión que tienen los Educadores y Profesionales respecto al modelo de comunidad Terapéutica aplicado a las mujeres drogodependientes de sectores populares en proceso de rehabilitación

OBJETIVO GENERAL II

Describir la opinión que tienen las mujeres drogodependientes de sectores populares en proceso de rehabilitación respecto al modelo de Comunidad Terapéutica Femenina.

Objetivos Específicos

1 Establecer la opinión que tienen las mujeres drogodependientes de sectores populares en proceso de rehabilitación sobre las técnicas utilizadas en la comunidad terapéutica.

2 Precisar la caracterización que hacen las mujeres drogodependientes de sectores populares en proceso de rehabilitación con respecto a sus particulares..

3 Determinar la relación que hacen las mujeres drogodependientes de sectores populares entre las técnicas de intervención de la Comunidad Terapéutica y sus particulares.

HIPOTESIS

En las Comunidades Terapéuticas que atienden a mujeres drogadictas de sectores populares, no se considerarían las particularidades exclusivas de su estilo de vida adictivo en el tratamiento que se les brinda.

VARIABLES

La investigación comprende el análisis de la manifestación de cinco variables: Objetivos Institucionales Metodológicos, Opinión que tienen los Educadores, Opinión de las mujeres respecto a las técnicas utilizadas en Comunidad Terapéutica,

Particularidades de las mujeres Drogodependientes en proceso de rehabilitación,
Relación entre técnicas y particularidades en la mujeres drogodependientes.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En concordancia a los objetivos de la presente investigación, y con el afán de recoger la mayor cantidad de información, datos y antecedentes que permitan hacer una real interpretación de los fenómenos que se manifiestan al interior de las Comunidades Terapéuticas Femeninas durante el proceso de rehabilitación de las mujeres drogodependientes y finalmente poder determinar si, tanto los objetivos como la metodología utilizada, responde a las necesidades particulares que presentan las mujeres durante este proceso, de tal forma, la investigación será de tipo cualitativa, de este modo, se recogerán los datos en la propia Comunidad Terapéutica, con la presencia de los involucrados directos y sumidos en la dinámica propia y natural de la Comunidad.

Así mismo, el estudio será de carácter **DESCRIPTIVO**, pues se pretende “Medir y evaluar diversos aspectos, dimensiones y componentes del fenómeno” (Hernández; 1998: 60), lo que permitirá indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan las variables en el fenómeno. Del mismo modo, la investigación se realizará durante un momento bien determinado y acotado en el tiempo, lo que hace que el estudio, a la vez sea de carácter **TRANSECCIONAL**.

UNIVERSO

El Universo de este estudio esta constituido por la totalidad de miembros que componen las Comunidades Terapéuticas Femeninas de Manresa y María Auxiliadora. El que comprende a 19 Ejecutores, los que se distribuyen en 2 Directivos, 6 profesionales del área psicosocial y 12 Educadores y por otro lado, a las propias beneficiarias, estando constituidas por 40 Mujeres en proceso de rehabilitación al consumo de Drogas.

MUESTRA

La observación participante considera al Universo total de personas que componen ambas Comunidades Terapéuticas, del mismo modo de acuerdo a la propia dinámica que se manifieste durante el proceso de intervención, las entrevistas conversacionales informales serán aplicadas a 2 educadores y 2 residentes seleccionadas al azar.

En el caso de las Entrevistas en profundidad, se ha considerado la aplicación de 14 de ellas, distribuidas en 2 entrevistas a Educadores(as) por cada Comunidad y 5 entrevistas a Mujeres en proceso de rehabilitación por cada comunidad, todos seleccionados al azar.

Finalmente para la ejecución del Grupo Focal se estima pertinente la participación de doce mujeres en proceso de rehabilitación en el caso de la Comunidad Terapéutica Femenina de Manresa. Para el caso de la Comunidad Terapéutica Femenina María Auxiliadora, se considera la participación de todas las beneficiarias de este programa.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información requerida para el estudio, será recogida por medio de técnicas cualitativas de recopilación de la información que consideren “los tres ingredientes metodológicos principales de la investigación social, que son la documentación, la observación y la conversación” (Valles, Miguel; 2000: 119). Para lo cual se realizará:

Observación participante la que consistirá en la internación residencial por parte de los investigadores en la comunidad Terapéuticas de Manresa femenina y la comunidad Terapéutica María Auxiliadora femenina, por un lapso de tiempo de 168 horas cronológicas consecutivas (una semana) las que se realizarán entre el 14 y el 19 de Noviembre del año 2004. En dicho periodo se realizaran Entrevistas Conversacionales informales propendiendo con ellas, recopilar información en el contexto y en el curso natural de la intervención, a través de conversaciones directas con las involucradas(os) del programa.

Revisión Documental.- Se realizará un estudio acucioso de los documentos literarios institucionales que den cuenta de los objetivos y metodologías (proyectos y programas), los que de alguna forma, justifiquen y fundamenten la aplicación del modelo de intervención en el proceso de rehabilitación de las mujeres Drogodependientes, aprovechando de esta forma, la autenticidad y disponibilidad de dicha documentación y su legitimidad, al ser el sustento teórico-metodológico de dicha intervención.

Entrevista en profundidad.- la que será aplicada a 10 mujeres en proceso de rehabilitación 5 por cada Comunidad en estudio y a 4 Educadores(as) encargados del trato directo y responsables de aplicar las técnicas y las estrategias de intervención que propone el modelo de intervención. El objetivo de la aplicación de esta técnica está fundada a establecer las impresiones y representaciones que hacen quienes son los ejecutores más directos y las propias beneficiarias de los programas de intervención.

Focus Group.- Esta técnica se realizará considerando la participación 5 mujeres en proceso de rehabilitación por cada Comunidad. El objetivo de aplicar esta técnica esta referida a lograr detectar los significados que le dan los involucrados al proceso de rehabilitación, su metodología y sus consecuencias.

TÉCNICAS DE ANÁLISIS

Para el análisis de la información tanto de las entrevistas como del focus grup se confeccionó una matriz de análisis. En ella fueron analizados desde su contenido sobre la base de la categorización de las unidades de análisis, constituidas por las respuestas de los(as) entrevistados.

En cuanto a la revisión bibliográfica, se hizo lectura de los documentos Institucionales poniendo énfasis en la incorporación de los elementos planteados como objetivos.

A solicitud de las instrucciones que nos han facilitado las Comunidades Terapéuticas para la realización de este estudio, se omitirán las identificaciones de las residentes entrevistadas, las que serán señaladas en la presentación de los resultados del

estudio como residente 1, residente 2..... hasta completar las 10 entrevistadas. Para el caso de las educadoras, se nombraran con sus nombres de pila.

PARTE I
MARCO TEORICO

CAPITULO I

MUJER DROGODEPENDIENTE Y GÉNERO.

Los constructores de significados socialmente instalados acerca de la temática drogadicción involucran creencias, premisas y prejuicios referentes a cómo se comportan las mujeres drogadictas, que suelen ser vivenciados por estas mujeres como mandatos prescritos en los que estarían atrapadas, en tanto, estos aparecerían como totalizantes e irreversibles, definiéndose el ser drogadictas como incompatible con cualquier rol socialmente aceptado y que suponga características de competencia, voluntad y responsabilidad.

Cuando una mujer entra al mundo de las drogas le implica una relativización de sus significaciones respecto de lo que se considera aceptable o no aceptable, ya que obedecer a lo que el sistema social le pide.

Muchos autores plantean que el uso indebido de drogas, al igual que otros problemas psicosociales, presenta características propias en la mujer. Sin embargo, pocos esfuerzos se han hecho para abordar esta problemática desde una mirada que incorpore estas características.

“...es difícil formarse una imagen completa del consumo de sustancias por parte de las mujeres, porque con frecuencia los estudios de ámbito internacional, nacional y local sobre la prevalencia de este fenómeno y los problemas conexos no abordan las cuestiones de género”. (ONU; 2004: 5)

Los estudios que se han realizado respecto al tema, en su mayoría, no dan cuenta de las especificidades en la mujer, predominando los estudios que profundizan en los efectos de las drogas en el embarazo y nacimiento.

Si bien es cierto, la mayoría de los consumidores de drogas corresponden a la población masculina, cada vez más mujeres se dan al abuso de ellas.

Las mujeres drogodependientes no están bien vistas por parte de la sociedad, por lo tanto, se les estigmatiza, generando en ellas sentimientos de culpa y vergüenza.

“Las conductas de trasgresión, socialmente disruptivas, son más severamente sancionadas en las mujeres, porque de acuerdo al patrón cultural, están asociadas con lo masculino. Esto determina sentimientos de culpa, vergüenza, e incapacidad que pueden llevar a las mujeres a ocultar su adicción o bien a no solicitar tratamiento para no ser estigmatizadas como “adictas” o “locas””.

(García; op. cit: 5)

Las mujeres drogadictas tienden a vivenciar un mayor estigma que los hombres, más estresante y más destructivo. Asimismo se entiende que la mujer en estas condiciones, también es sexualmente promiscua.

Estos estigmas tienen relación con el rol que la sociedad ha determinado para la mujer de ser el guardián de la moral y los valores sociales, se espera que sea controlada y sumisa.

La mujer adicta es vista como mala madre, mala hija o como una esposa irresponsable. Esta realidad crea problemas particulares en la mujer adicta para solicitar tratamiento, siente vergüenza, sentimientos de culpa por entender que ha fracasado en su rol como mujer.

Otro elemento de la situación de la mujer drogadicta se relaciona con la desconfiguración de la autopercepción de mujer. “En estas mujeres aparece una vivencia de pérdida del “ser mujer” asociada a su condición de “drogadicta”. (Bastias: 2005: 193). Esto se liga a la despreocupación de la imagen física y por el no cumplimiento de los roles establecidos socialmente para el ser femenino.

Existen antecedentes que la mujer drogadicta perpetuaría una actitud de víctima frente a su problemática de consumo de drogas. Esto limitaría la posibilidad de adoptar posturas de autonomía frente a su vida.

“El nominarse como “drogadictas” y actuar como tal, aumenta la vivencia de poseer características de dependencia, sumisión y pasividad; las cuales han sido adscritas como parte intrínscico del genero femenino. Esto las sitúa en una posición permanente de victimas frente al sistema que las rodea (lo que estaría presente sistemáticamente en todos sus relatos) obstaculizando con ello la posibilidad de ver recursos y habilidades propias y de definirse desde significaciones más flexibles y liberadoras”.

(Bastias;op. cit: 194)

Un antecedente relevante de este perfil de mujer es que, por lo general, se vinculan sentimentalmente con microtraficantes de drogas, lo que les permite lucrarse para financiar su consumo y, a la vez, suplir carencias económicas que vivencian en sus hogares. Esta situación se liga, también, a la posibilidad de contar con cierto poder dentro de su entorno, debido a que la imagen de traficante, en la actualidad, se transforma en un ente poderoso dentro de los espacios comunitarios.

1. PERFIL DE LAS MUJERES CHILENAS DROGODEPENDIENTES.

Una publicación de CONACE (2004), da cuenta del perfil de las mujeres Chilenas drogodependiente, haciendo referencias a características de autoestima, de relaciones vinculares, ambiente familiar, relación con familia y con su maternidad.

Autoestima.

El citado estudio de CONACE, afirma que las Mujeres con problemas de adicción desarrollan un sentimiento de desvalorización y escaso desarrollo de la auto confianza, razón por la cual, se observan inseguras de sus actos, con escasa autonomía y con un alta dificultad para enfrentar los conflictos personales e interpersonales.

Con respecto a la autoestima, en general se observa una notable carencia afectiva, situación por la cual, se ven impulsadas a buscar sustitutos que suplan esta deficiencia, de este modo, la carencia afectiva es llenada de cualquier modo, de donde provenga y de quien sea. (Ibid: 32).

Generalmente existe un importante grado de deterioro en la imagen y como se perciben a si mismas, suelen centrar su atención en aspectos mas bien externos, proporcionándole una significativa importancia a la imagen corporal, en pro de un modelos estéticos culturales femeninos, en este sentido, el espejo se convierte en el indicador universal del malestar interior, de este modo les cuesta reconocerse y mirarse al espejo.

Otro elemento que aporta a la baja autoestima en las mujeres drogodependiente de sectores populares, se relaciona con su nivel educacional. La mayoría de las mujeres que son atendidas en Comunidades Terapéuticas, presentan índices muy bajos de educación formal, lo que les genera un sentimiento de desvaloración e incompetencia frente a desafíos terapéuticos.

Muchos autores coinciden que en la terapia dirigida a mujeres drogodependientes, el desarrollo de la autoestima deben ser un eje central de la intervención, pues en ella descansa el mejoramiento de su calidad de vida.

Relaciones vinculares

Con respecto al tipo de relaciones que establecen las mujeres drogodependientes, se puede decir, que en su mayoría manifiestan haber iniciado el consumo durante su adolescencia, con grupos de pares o pareja. (Ibid)

Por otra parte, durante su desarrollo vital, se observan dificultades de integración a grupos desde la infancia, sin amigas significativas. Las amistades que establecen serian con grupos de pares a partir del propio consumo.

Producto de sus relaciones con modelos deficitarios en la etapa de infancia, las mujeres drogodependientes han desarrollado una marcada desfiguración en la vivencia de su sexualidad el ámbito sexual.

“La construcción de identidad sexual se realiza a partir de modelos deficitarios (historia de abandono parental, separaciones, peleas, golpes, ausencia de diálogo afectivo entre la pareja parental). Existe actividad sexual precoz, habitualmente con embarazo no deseado. Este inicio sexual precoz generalmente está asociado a la búsqueda de afecto para llenar vacíos afectivos, a la existencia de modelos sexuales poco claros, contradictorios y a experiencias dolorosas relacionadas con el sexo.” (Ibid:32)

A lo señalado se suma que generalmente las mujeres drogodependientes han sido víctima de abusos sexuales durante largos periodos de tiempo por familiares cercanos. Este dato aparece poco en los estudios relacionados con mujeres drogodependiente, debido que los antecedentes que avalan esos estudios fueron recogidos sin tener una vinculación estrecha con las mujeres estudiadas. Para que una mujer manifieste temas tan dolorosos e íntimos como el abuso sexual, deben existir ciertos elementos de confianza y sobre todo lazos afectivos que la motive a comunicarlo. Los profesionales que trabajan en el área mujer-droga, son conscientes que los abusos sexuales en las mujeres drogodependiente son tratados por ella en etapas avanzadas de su tratamiento.

Con respecto a las relaciones de parejas que estas mujeres establecen, es frecuente que se den con varones adictos.

“Las parejas generalmente son consumidores problemáticos, ellos las iniciaron o ellas se involucraron con la intención de acompañarlos. Es frecuente escuchar el discurso de la necesidad de estar drogados para compartir sexualmente con el otro. “Nos hemos acostumbrado, cada vez que consumimos terminamos en la cama, ahora ya no lo hacemos si no estamos volados”. (ONU; op cit: 27)

A la vez, constituirían una relación de pareja con la finalidad de crear familia, con la ilusión de que encontrarán salida a sus problemas de soledad, de carencias afectivas, de valoración. La decisión de convivencia, generalmente dice relación con agobio, frustración y carga familiar.

Ambiente familiar

Desde el punto de vista de la estructuración familiar de la que provienen, se presentan problemas, ya que durante la adolescencia han debido hacerse cargo de la crianza de sus hermanos, razón por la cual, se deprimen y angustian al tener que postergarse en sacrificio del bienestar de otros.

El sistema familiar presenta características de desapego afectivo, con poca expresión de los sentimientos; son familias desintegradas, que no han fomentado los lazos afectivos. Las relaciones familiares han sido tensas, frías, violentas, impidiéndoles a los miembros del grupo a buscar afecto fuera del sistema. Las mujeres se han sentido poco aceptadas por esta familia, ignoradas por los padres, no reconocidas, emitiendo conductas para lograr cariño o aprobación, llegando inclusive a dañarse a si mismas con tal de llamar la atención para ser consideradas. (CONACE; op. cit: 34)

La relación que establece la mujer adicta con su familia, será ampliado como tema, en un apartado que se presenta más adelante.

Relación con su maternidad

La mujer que abusa de drogas, es parte de una red de significados y mitos que se presentan como opuestas a los constructos y significados de la maternidad socialmente contruidos.

La frustración que presentan estas mujeres al no poder asumir su maternidad debido al consumo de drogas, les genera sentirse “malas madres”. Según CONACE (Ibid) esto es una replica del como sus madres han asumido el rol materno con ellas mismas.

Algunos autores definen la maternidad como uno de los roles más preciados para la mujer. Las mujeres que consumen drogas al no poder cumplir con este rol, se presentarían como la pérdida de cierto poder que ello les significa.

“El no cumplimiento del ejercicio materno aparece para las mujeres como una importante pérdida de poder, en tanto “pierden” aquello que les otorga estatus y presencia social”.

(Bastias; op. cit: 196)

La idea de tener un hijo se asocia, generalmente con el deseo de tener algo Propio, para suplir carencias, para que las “saque” de sus problemas. La gran mayoría de las mujeres drogodependientes suspenden el consumo durante el embarazo, algunas continúan abstinentes, pero la mayoría reincide una vez que el/la hijo/a ha nacido. (Ibidim)

En cuanto a las mujeres que de alguna forma asumen su rol materno y paralelamente practican el consumo de drogas, se ven envuelta en una relación estresante con el hijo, debido a que no se propone renunciar al consumo ni a la maternidad. Dicha relación, también asume carácter de estresante para el hijo, el cual asumiría un rol de autoridad, confrontando permanentemente a la madre por sus conductas.

“En cuanto a la relación madre-hijo, existiría una desjerarquización en tal relación, ya que es el hijo quien asume la autoridad frente a la madre, quedando ella como un figura sin credibilidad ni autoridad frente al hijo, lo cual produce en las mujeres sentimientos de rabia, frustración y sentimientos de incompetencia frente al rol materno”. (Ibidim)

En cuanto a los afectos que la madre entrega en la relación con su hijo, en el caso de las mujeres drogodependientes, estos tendrían un carácter intermitente producto de la inestabilidad psicológica y emocional propias de una persona con trastornos adictivos.

2. LA MUJER DROGADICTA EN LA FAMILIA

La familia es entendida como el grupo primario más importante en la vida del ser humano, la institución más estable en su historia. El hombre vive en familia, es aquella en la que nace, posteriormente, la que el mismo crea y reproduce. Cada hombre o mujer, al unirse como pareja, aportan a la familia recién creada sus pensamientos, sus valores y actitudes, transmiten luego a sus hijos los modos de actuar, formas de relacionarse con las demás personas, normas de comportamiento social, que reflejan lo que ellos mismos en su temprana niñez y durante toda la vida, aprendieron e hicieron suyos en sus respectivas familias, para crear un ciclo que vuelve a repetirse.

En el transcurso de su historia, inevitablemente la familia vivencia procesos de crisis, ya sea por perturbaciones intrafamiliares o en su medio ambiente. Estos momentos de “crisis” abren a la vez posibilidades de crecimiento, pero también son fuente de tensiones y de estrés familiar.

En el caso específico de la familia con un integrante drogodependiente, se transforma en sistemas conductuales en los cuales la drogadicción y las conductas vinculadas con ésta, se han convertido en principios organizadores centrales en torno de los cuales se estructura la vida de la familia. La introducción de la drogodependencia en ella ejerce una capacidad de trastornar con fuerza el equilibrio existente entre el crecimiento y la regulación familiar.

Las familias con algún integrante dependiente a las drogas tienden a responder a las alteraciones que se producen en las conductas reguladoras y que pueden verse influenciada sobre la forma general del crecimiento y desarrollo del resto de los sus componentes. Es así como se establecen diferentes patrones comunicacionales, de estructura y organización del grupo familiar de los drogodependientes, correlacionando los procesos de socialización y desarrollo de los hijos con los procesos comunicativos interpersonales, que han puesto en evidencia la presencia reiterada de una serie de características individuales e interpersonales.

La mujer ha desempeñado un papel fundamental en la familia, aportando de manera protagónica para que este núcleo social cumpla con sus funciones dentro de la sociedad. En este sentido, es fundamental dar cuenta de la situación de la mujer drogadicta en su condición familiar. Los roles que desempeña la mujer en este espacio son los que mayores consecuencias tienen cuando presenta esta problemática. Cuando es la madre la que presenta la adicción, la familia sufre más que si es otro miembro. Los niños pueden ser abandonados en términos afectivos y en su cuidado.

“Las mujeres en general son las que en primer lugar proporcionan atención en la salud y en la educación a sus familias, pero si abusan de las drogas su capacidad de desempeñar estos roles se ve severamente perjudicada, y por ende toda la familia sufre”.

(MORIN; 1996: 7)

En el caso específico de las familias con una mujer drogodependiente, operarían algunos elementos que pueden ser atribuibles a hombres y mujeres. Sin embargo existen otros elementos que solamente ocurren en la medida en que ese integrante corresponda al género femenino.

“Las relaciones con los progenitores en el periodo de dependencia, como lo sostienen los especialistas, es fundamental para las personas que presentan dicha situación, pues este consumo puede estar muy relacionado con los progenitores, su crianza, sus modelos, sus interrelaciones de niñez, su forma de resolver conflictos, etc., por lo tanto ellos son indispensables para la comprensión del problema y la responsabilidad conjunta que todo tienen en el.”

(Herrera; 2005:121)

Por lo general, las mujeres consumidoras de drogas provienen de ambientes familiares donde se han dado condiciones de violencia y maltrato en todos sus sentidos. Esto afecta la integridad personal, la libertad, la autoestima, la sexualidad, la salud

física y mental. Estas consecuencias se presentan con trastornos depresivos y ansiosos. El consumo de drogas en la mujer puede surgir como una liberación a tan pesada carga.

“Robbins llegó a la conclusión de que el uso indebido de sustancias por parte de las mujeres guarda más relación con problemas como depresión, irritabilidad y ansiedad...”

(Citado en ONU; op. cit: 11)

Esta situación se presenta como reproducción de lo que las mujeres adictas han vivido en su familia nuclear, las que también corresponden a dinámicas disfuncionales.

De tal forma, Herrera hace mención al tipo de familia de las que provienen, por lo general, las mujeres adicta.

“Provienen de familias que se caracterizan por poseer estructuras rígidas, que generalmente están “fijadas” en la etapa de separación-individuación, creando ambientes con mucha carga emocional y donde pueden darse conductas de sospecha, incestos, engaños, que impiden un adecuado manejo de los afectos e impulsos”. (Bastias; 2005: 190)

En este sentido, sus familias se caracterizan por presentar distanciamiento afectivo, con poca expresión de sentimientos. Ellas provienen de familias desintegradas que no han fomentado el apego. Las relaciones familiares son tensas, frías, agresivas, donde los miembros son impulsados a buscar afecto fuera del sistema, por lo general, en la calle.

“Las mujeres se han sentido “poco aceptadas” por su familia, ignoradas por los pares, no reconocidas, emitiendo conductas para lograr cariño o aprobación, llegando inclusive a dañarse a sí mismas con tal de llamar la atención y ser consideradas”.

(Bastias; op. cip: 190).

Con respecto a lo señalado, dice de los desafíos que la familia tiene en el acompañamiento de las mujeres al momento de decidir por la rehabilitación. Sin embargo, es necesario señalar que los programas de rehabilitación de drogodependientes, al constatar que la familia del adicto no cuenta con las condiciones para la mantención de la abstinencia, optan por orientar y sugerir al adicto que rompa los vínculos con la familia. Estos casos se dan cuando en la familia existe tráfico de drogas o cualquier tipo de consumo excesivo que ponga en riesgo la estabilidad del rehabilitado.

3. OBSTÁCULOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA MUJER ADICTA

Los estudios señalan que las mujeres drogodependientes tienen muchos obstáculos para iniciar un tratamiento en un centro especializado, tendiendo a buscar la ayuda para la solución de su problema de drogodependencia en servicios de salud mental que en otros de atención especializada en drogodependencia.

En relación al tratamiento específico de las mujeres drogadictas, se presentan temas prácticos como la escasez de programas para la recuperación de la adicción que incluyan mujeres. En nuestro país, según CONACE, existen 143 centros especializados para la atención de la población drogadicta y solo 9 de ellas corresponde a la atención específica de mujeres.

Un elemento importante que incide en la escasa oferta de tratamiento para las mujeres drogodependientes, es que su misma atención y la de sus hijos resulta más costoso. Los centros que ofrezcan atención a madres adictas deben presentar alternativas para el cuidado de los hijos.

Las mujeres que crían a sus hijos y a la vez mantienen una dependencia a las drogas temen a revelar sus problemas de consumo de drogas y solicitar tratamiento. Este miedo se relaciona a que podrían ser consideradas como no aptas para ejercer el rol materno y puedan perder la custodia de sus hijos. (ONU; op. cit.)

Otro elemento que dificulta el acceso de las mujeres a tratamiento es el escaso apoyo de la familia.

“En general, las mujeres tienen menos disponibilidad de ayuda que los varones, los familiares minimizan el problema, o de plano se oponen explícitamente a otorgar apoyo permanente y responsable”.
(CONACE; op. cit: 31)

Otro obstáculo significativo que presentan las mujeres para solicitar ayuda se relaciona con su situación de pareja. Los estudios demuestran que las mujeres drogodependientes tienen tendencia a tener una pareja sexual que consuma drogas. Siendo que las relaciones son tan importantes en la vida de la mujer, es posible que la que vive con una pareja drogadicta no quiera solicitar tratamiento por el temor de perder la relación. (ONU; op. cit: 22)

4. DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES CONSUMIDORES.

La diferencia de patrones, consecuencias, formas y causas de consumo de drogas en estudios comparativos, entre el drogodependiente femenino y masculino dan cuenta de importantes diferencias que harían de la dependencia femenina un cuadro particular.

Existe una serie de características que diferencian la drogodependencia entre hombres y mujeres; sus causas motivadoras, la frecuencia del consumo, los efectos biopsicosociales, entre otros., serían particulares según sexo. Sin embargo, la literatura que desarrolla estas peculiaridades es escasa. Lo cierto es que la drogodependencia por parte de la mujer va en aumento y la ciencia ha hecho por ahora escasos aportes. Esto se hace manifiesto en nuestro país, donde existe escasa bibliografía al respecto y la metodología de intervención en los tratamientos, es realizada con escasa distinción de género.

“ser mujer y presentar un consumo problemático de drogas constituye un desafío a los estereotipos sociales y culturales de una

sociedad sexista” (CONACE; op. cit: 5)

Una de las más marcadas diferencias que existen entre mujeres y hombres consumidores se relaciona con los estigmas sociales, los que se presentan más marcados en las mujeres.

“...en relación con los hombres, las mujeres con problemas de drogas tienen la tendencia a experimentar un estigma que es más estresante y más destructivo que el que sufren ellos”

(Ibid: 5)

Estos mismos estigmas, se desarrollan desde el fracaso que tiene la mujer drogodependiente en el desarrollo de sus roles, principalmente el maternal. En comparación de los hombres, la intensidad del juzgamiento por su rol de padre sería mas leve.

“...desde lo privado es mal juzgada en el ejercicio de su rol materno (no brinda el cuidado socialmente esperado a sus hijos) [...] “y desde lo público, es vista como alguien que no es capaz de controlar su situación familiar, por tanto alguien en quien no se puede confiar desde otros ámbitos” (Ibid: 5)

Las mujeres que presentan drogodependencia están expuestas a ser sancionada y criticada socialmente. Debido a que consumir drogas y otras conductas transgresoras se relaciona más con lo masculino. Lo anterior agrava su aislamiento, quienes para evitar ser estigmatizadas tienden a ocultar su problema, no pedir ayuda o postergarla.

En relación a su experiencia en la infancia, a diferencia de los hombres, la mujer drogadicta presentaría cierta dificultad en la integración a grupos de pares, lo que sería reemplazado por asumir roles de “cuidadar a otros” al interior de su familia.

Frente a lo señalado, un estudio de mujeres drogodependientes dice:

“Se observa dificultades de integración a grupos desde la infancia, sin amigas significativas y la amistad se conoce a través del consumo. Tienden a ser responsables de la crianza de los hermanos menores, especialmente en la población de sectores más vulnerables”. (Bastias: op. cit; 188)

Es así, como su proceso de identificación con otras personas que no pertenezcan a su familia, se genera en la medida que ya ha iniciado el consumo de drogas. Por lo general estas amistades están relacionadas con amigos hombres que asumen un rol de proveedor de drogas.

“El proceso de identificación se realiza con los pares y la droga. Además, el inicio de consumo durante la adolescencia con el grupo de pares, en donde habitualmente un amigo, en particular con quien mantenía algún vínculo afectivo, las provee”. (Ibid)

En cuanto a la oferta de tratamiento para sus problemas de consumo de drogas, presentan menos oferta verdaderamente especializada que en el caso de los hombres. Los tratamientos existentes presentan patrones masculinizados, debido a que la población que demanda este tipo de ayuda ha sido históricamente masculina.

“Tradicionalmente, los programas de rehabilitación para adictos fueron diseñados por y para varones, y las necesidades específicas de las mujeres no fueron suficientemente consideradas.”
(García; op. cit: 1)

Existe además, una gran diferencia en cuanto al apoyo familiar que presenta una mujer y un hombre drogadicto cuando realizan tratamiento por su adicción. En el caso de la mujer, no cuenta con la misma comprensión, oferta de ayuda y acompañamiento familiar que los hombres, incluso en algunos casos hay oposición explícita de sus familiares y/o pareja para que reciba algún tipo de atención. (CONACE; op. cit)

En cuanto a su relaciones de pareja, cuando el consumidor es hombre, su pareja (mujer) a menudo permanece a su lado, haciéndose cargo de los hijos e incluso participando en su proceso de rehabilitación. La mujer que consume drogas, en cambio frecuentemente es abandonada por su pareja y los hijos quedan al cuidado de terceros.

Las investigaciones han demostrado que las que las mujeres sufren con más frecuencia de abusos sexuales, maltratos físicos y psicológicos en comparación con los hombres. Un historial de agresiones puede acrecentar el consumo de drogas y trastornos por estrés postraumático u otros problemas de salud mental. Además, el consumo tiende a aumentar el riesgo de nuevas agresiones.

En consecuencia de lo anterior, cuando las mujeres están en los tratamientos, resulta común que se enfrenten a traumas relacionados con violencia y abuso sexual. En cambio, los hombres presentan más problemáticas relacionadas con abusos que ellos han cometido.

Otra característica es la diferente manifestación de emociones y sentimientos que exteriorizan con mayor facilidad las mujeres. El hombre parece más normativo y asume mejor las pautas y medidas reglamentarias y funcionales del centro, en tanto que la mujer drogodependiente necesita que se le explique y argumenten más las cosas.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) desde su Oficina de Contra la Droga y el delito, realizó un resumen de estudios realizados en Estados Unidos, Brasil y el Reino Unido, donde se ha comprobado que, en comparación con los hombres, las mujeres que se someten a tratamiento presentan claras diferencias en los aspectos demográficos.

En lo que respecta a la sexualidad de las mujeres drogodependientes, tendrían una percepción negativa de esta, debido a que precozmente han vivenciado experiencias de carácter traumático.

“La construcción de la identidad sexual, se realiza a partir de modelos deficitarios (historias de abandono parental, separaciones,

peleas, golpes, ausencia de dialogo efectivo entre la pareja parental). El inicio sexual precoz generalmente está asociado a la búsqueda de afecto, a modelos sexuales poco claros y contradictorios y a experiencias dolorosas. Esto las lleva a tener una opinión o percepción muy malas relacionadas con el sexo".
(Bastias: op. cit.)

Estas experiencias traumáticas se perpetúan de forma impune, debido a que no se atreverían a manifestarlo por miedo generados por amenazas por parte del abusador. En la medida en que logra hacer público su secreto, la madre por lo general suele no creerles, quedándose sin apoyo.

En comparación con los hombres, las mujeres que buscan tratamiento por su adicción a las drogas, tienden a ser más jóvenes y a disponer de menos recursos económicos, por lo general se encuentran desempleadas. En lo relativo a la educación presentan bajos niveles de estudios. Tienen hijos que viven con ellas y conviven con un cónyuge o pareja que consume sustancias. (ONU; op. cit.)

Desde lo señalado, se reflejan las diferencias existentes entre hombres y mujeres drogodependientes, por lo tanto, el tratamiento que se aplica a mujeres, debieran tener matices distintos al aplicado a varones. Este punto resulta de tremenda importancia para este estudio, ya que es el que motiva la realización del mismo.

Estas diferencias de géneros pueden de alguna forma explicar que los programas de rehabilitación están diseñados para pacientes varones, por sobre el de las mujeres,. En nuestro país existe una incipiente consideración respecto del género femenino, lo cual se refleja en los escasos y reconocidos centros que consideran a lo menos en un aspecto del tratamiento a la variable género. Por lo general las consultas de mujeres son raramente espontáneas y son enviadas directamente a los servicios de tratamiento específicos. Todo esto hace difícil la detección de casos para el tratamiento precoz y la obtención de datos epidemiológicos que den cuenta de la real magnitud del problema.

5. GENERO

En el transcurso del tiempo, el concepto de género ha sufrido transformaciones. Históricamente su asociación original se dirigía a estudios basados en mujeres. Posteriormente, en la actualidad, se ha dado paso a un campo de investigación sobre las relaciones entre hombres y mujeres.

El concepto de género hace referencia a la construcción que se realiza culturalmente de lo femenino y lo masculino.

“...el género se define como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y varones”.
(BURIN; op. cit: 64).

Los elementos trascendentales dentro de la perspectiva de género consisten, desde un punto de vista descriptivo, en las formas de sentir, pensar y comportarse de ambos géneros. Esto se debe a construcciones sociales y familiares asignadas de manera diferenciada a mujeres y hombres.

En la concepción dominante en nuestra sociedad se hace femenino todo lo relacionado con la reproducción, la crianza de los hijos, las tareas del hogar, el mundo afectivo y el desempeño en el ámbito privado. En tanto, lo masculino es cumplir las funciones de jefes de hogar, de proveedor económico, pertenecer al mundo público y ocupar posiciones de conquista y jerarquía; también se considera terreno de lo masculino la trasgresión a ciertas normas, lo que se asocia a la posibilidad de innovar, descubrir y cambiar el mundo.

Esta diferencia de roles es fruto de un histórico proceso de construcción social, que no solo crea diferencias entre los géneros sino que, a la vez esas diferencias involucran desigualdades y jerarquías entre ambos.

Existen distintos factores en la configuración de la personalidad e identidad de las personas, desde características personales propias de cada ser hasta factores de carácter social y educacional. También influirían elementos simbólicos, sociales, personales y psicológicos, los que no corresponden a un carácter genético, pero son influyentes e importantes en la formación de la identidad sexual.

Esta construcción de identidad no se da de igual forma en mujeres que en hombres, ya que existiría una diferencia jerárquica entre ambos. Esta diferencia se crea desde el nacimiento, debido a que cada uno imita los modelos ya establecidos según su sexo.

Tomar en cuenta una visión de género para abordar problemáticas psicosociales, implica considerar que los roles, las expectativas de la sociedad y la autopercepción, condicionan la fenomenología del síntoma.

Las diferencias de género son más que hechos, construcciones culturales, que se van construyendo y des-construyendo en un continuo devenir, no se dan de una vez y para siempre, la sociedad elabora un orden simbólico genérico, dentro del cuál se configura el modelo de la ética y del deber ser.

Es decir, que en el caso particular de nuestro estudio, la mujer drogadicta, en el contexto social donde vive, las adicciones se instauran cuando aparece una necesidad compulsiva de una sustancia, una conducta, una persona, como forma de afrontamiento cuando siente que no puede cumplir con lo esperado.

6. SEXO Y GÉNERO

Sexo y género son dos términos que en el sentido común de las personas se tiende a relacionar e incluso se suele interpretar como sinónimos la una de la otra. Sin embargo, la palabra sexo tiene vinculación con la parte biológica, física o reproductiva de los seres humanos y género guarda relación con los hechos sociales que involucra a la mujer u hombre como ente social *“El género es un conjunto de normas diferenciadas para cada sexo, que cada sociedad elabora según sus necesidades y que son*

impuestas a los individuos a partir del nacimiento, como pautas que deben regir sus comportamientos, deseos y acciones de todo tipo” (Subirats; 1994: 20)

Desde lo planteado, sexo no tiene lugar para distintas interpretaciones, debido a que desde el inicio de la vida humana, las características biológicas han sido las mismas. Sin embargo, género tiene distintas interpretaciones, definiciones e importancias dependiendo del momento y lugar. Estas interpretaciones o valoraciones son asignadas socialmente, por lo tanto el valor asignado también sufre modificaciones de acuerdo a los cambios sociales imperantes.

7. GENERO Y DROGA

Dentro de lo que hemos señalado respecto al concepto genero, el consumo de drogas en mujeres y hombres tiene connotaciones socialmente distintas.

Desde esta mirada, la relación mujer droga, se explica y se argumenta alrededor de una supuesta carga mayor de exigencia, la de un nivel superior en las responsabilidades y en la demostración de fortaleza, referida tanto al espacio privado, como a los espacios y comportamientos públicos que ocupan. De esta forma el argumento del control, recurrente en los discursos sobre los usos de drogas, en la situación de las mujeres, no sólo se refiere a la capacidad para manejar los límites de su propio consumo, sino también tienen relación con el requerimiento de demostrar y ejercer esa capacidad, mucho más de lo que respecta a los varones.

Los planteamientos de género, responderían a que la problemática de las mujeres drogodependientes no son menores, iguales o superiores a la de los hombres consumidores, sino que son propios de las consumidoras femeninas, por lo tanto, es necesario explicarlos desde sus propios marcos de referencias.

Un elemento que sustenta lo planteado se relaciona con que las conductas de trasgresión a las normas socialmente establecida serian más sancionadas en las mujeres, ya que la violación de ellas se asocia a lo masculino, esto genera profundos sentimientos de culpabilidad que puede llevar a las mujeres a ocultar su dependencia.

Frente a esto, las mujeres son consientes que la trasgresión está ligada a lo masculino. Para ejemplificar lo señalado, en un estudio sobre mujeres alcohólicas se les pregunta si vieron en su niñez a personas beber alcohol en el barrio. Si bien es cierto un gran porcentaje de ellas declara que sí, también señalaban en sus discursos que veían a “cabros”, lo que significa jóvenes varones.

“Donde yo vivía todo los fines de semana los cabros consumían alcohol y drogas en la esquina o en la plaza, y en la semana igual habían algunos cabros que tomaban a fuera de sus casas o en la esquina, era parte del barrio, como en todos lados”

(Fernanda). (Herrera: op. cip; 101)

Ejemplos como este existen muchos, que destacan un sin fin de diferencias marcadas en cuanto al consumo de drogas entre hombres y mujeres. Este tema lo abordaremos en un punto específico de este capítulo.

Lo que hemos señalado respecto de la perspectiva de género, no ha tenido repercusión en los programas de prevención y rehabilitación de la drogodependencia. No se ha considerado la diferencia en los roles, intereses y actitudes que devienen de la pertenencia a uno u otro género y que apuntan a las conductas socialmente esperadas. Sabemos que la identidad de género se ve afectada por la ideología, los valores y el contexto social.

Podemos resumir que el fenómeno adictivo en el género femenino, no puede ser visto desde su fragmentariedad o con criterios generalizadores, sino que es necesario para su correcta interpretación considerar el mundo de relaciones, interacciones de todo tipo que se tejen a su alrededor y que analizadas permiten extraer interesantes conclusiones.

CAPITULO II

LA DROGODEPENDENCIA

El consumo de drogas no es un fenómeno que surge en los tiempos modernos en nuestra sociedad. A lo largo de la historia, la utilización de drogas tales como el cáñamo (canabis), opio, hachís etc., ha acompañado prácticas religiosas, místicas, laborales, médicas y otras, que han facilitado la relación del ser humano con la naturaleza.

Se puede relacionar el consumo de drogas con diferentes momentos históricos, en los cuales su uso y consumo han tenido diversas connotaciones, desde la terapéutica y festiva, como en la antigua Grecia y Roma, donde se usaba como antídoto, analgésico, sedante, estimulante, hasta el uso que se les daban en las fiestas dionisiacas.

En China el consumo de cáñamo se inicia en el año 4.000 a.C., al que le atribuyen propiedades alucinógenas que a partir de su uso prolongado podría poseer propiedades sobre naturales. Un tratado Chino atribuido a Shen Nung (2738-2696 a.C. Venerado en China como el padre de la agricultura) afirma que “el cáñamo tomado en exceso hace ver monstruos, pero si se usa largo tiempo puede comunicar con los espíritus y aligerar el cuerpo”. (Escotado; 1994: 6)

En la india, la tradición Brahmánica planteaba que el consumo de cáñamo y otras sustancias agilizaban la mente, otorgando larga vida y deseos sexuales potenciados. En razón de sus propiedades trascendentales, las principales ramas del Budismo celebraron sus propiedades para la meditación (Ibid).

Rhazes (860-932), medico Árabe, le atribuye al consumo de cáñamo capacidad para hacer frente a casos graves de melancolía y epilepsia. En usos extraterapéuticos, durante la época clásica del Islam es droga de grupos determinados por fe religiosa condición social: campesinos, jornaleros y siervos urbanos la prefieren.

Hasta mediados del siglo XIII, el criterio predominante se basa en un pequeño tratado de drogas; “Has de saber que la ley Islámica no prohíbe el consumo de fármacos

cordiales, con efectos como los del haschisch. Y puesto que no hay noticia alguna sobre su ilicitud, el pueblo considera que está permitido usarla, y la usa” (Ibid: 7).

Es después del descubrimiento de América que se construye más específicamente una relación entre vegetal y droga, como ocurre con el “beleño”, planta introducida en América por los esclavos negros, aunque ya existían plantas autóctonas como el tabaco que, sin duda, aparece como “la droga reina del continente” (Ibid: 7)

Las plantas denominadas “visionarias se conocen más en América a partir de S. X ac, es el caso de la coca, arbusto originario de los andes, utilizada desde el s. III ac. El consumo de hojas de coca en el imperio incaico estuvo ligado a privilegios otorgados únicamente a autoridades religiosas y civiles. Con la llegada de los españoles, el consumo se masificó al utilizarse la masticación de hojas de coca en la exploración de las minas. Actualmente en Bolivia y en Perú, la masticación de hoja de coca es tradicionalmente aceptada, principalmente en los poblados altos de los Andes.

1. LA DROGA HOY

El termino droga es utilizado en la actualidad para referirse a las sustancias psicoactivas que presentan efectos nocivos para las personas que la utilizan. Son numerosas las explicaciones que se pueden encontrar sobre qué es la droga. Para efectos de este estudio las definiremos como; “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de este o sustancia psicoactiva capaz de generar alteraciones del comportamiento y procesos de abuso y dependencia” (Elizardo Pecoña, Antonio Rodríguez; 1994: 12).

Para efectos de esta investigación, no resulta trascendental la definición respecto a lo que se conoce por droga, sabemos también que dentro de la creencia popular el concepto droga es algo “dañino” para la salud física, psíquica y social.

La droga en Chile representa uno de los problemas de mayor relevancia, no solo por las consecuencias que trae para el sujeto y su entorno, sino también por las derivadas del tráfico, comercialización y uso de sustancias.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la droga “es cualquier sustancia natural o sintética que introducida al organismo que altera la actividad psíquica y el funcionamiento del organismo, por causas de los distintos efectos que se producen en el sistema nervioso central” (CONACE, 2004: 3). Desde este punto de vista la droga es algo que esta dentro de nuestra vida diaria y se utiliza con bastante cotidianidad, la diferencia estaría en sus usos y la idea de legalidad.

En la actualidad la droga está presente en casi todas las actividades del ser humano. Vivimos en una cultura de la droga y la consumimos desde la mañana cuando tomamos cafeína o teína, al desayuno, hasta la noche, en que podemos culminar el día relajados con un aperitivo alcohólico, o un inductor del sueño con un somnífero, recetado por el medico. Además nos activamos a medida que transcurre el día, aspirando nicotina. Con la ingesta de estas sustancias se altera el funcionamiento del Sistema Nervioso Central, para enfrentar las peripecias de la cotidianidad.

Siendo que la droga ha estado presente en todas las culturas y épocas, hoy son más las personas que consumen drogas, ya que existe más cantidad y más accesibilidad a ella.

Por lo general, la droga aparece como uno de los cinco problemas más reconocidos por la sociedad. Además, el sentido común la relaciona con la pobreza y marginalidad. Sin embargo, desde hace un tiempo que dejó de ser un problema callejero y de marginales. Esto ocurrió cuando las drogas fueron el mejor negocio para algunos y la peor desgracia para otros.

Como se ha señalado anteriormente, las problemáticas sociales que trae consigo la drogadicción y el narcotráfico, han estado afectando las diferentes sociedades desde hace mucho tiempo. Ha sido, básicamente en los últimos años cuando en mayor proporción la humanidad ha enfrentado los devastadores efectos de este fenómeno social.

2. DROGA Y EFECTOS

En nuestro país existe cierta flexibilidad al momento de tratar las drogas en términos de clasificación. Para ello, se agrupan en dos; las drogas duras y las blandas.

Las Drogas “Duras”, son aquellas que provocan una dependencia física y psicosocial, es decir, que alteran el comportamiento Psíquico y social del adicto, como la cocaína y sus derivados, el alcohol, las anfetaminas y los barbitúricos.

Las Drogas “Blandas”, son las que crean únicamente una dependencia psicosocial, entre las que se encuentran los derivados del cáñamo, como el hachís o la marihuana, la cocaína, el ácido lisérgico, más conocido como LSD, así como también el tabaco.

Esta división de duras y blandas, es cuestionada, y se podría decir que las duras son malas y las blandas son buenas o menos malas, pero administradas en mismas dosis pueden tener los mismos efectos nocivos.

Los efectos de las drogas son múltiples y complejos. En ocasiones, dependen de factores como la pureza, la vía de administración, la dosis consumida, la frecuencia y las circunstancias que acompañan al consumo (entorno, lugar, mezcla con otras sustancias).

Se pretende clasificar los tipos y efectos del consumo de droga, de una manera que permita entender las manifestaciones psíquicas y físicas. Existen tres clasificaciones de tipos de drogas, donde se agrupan según sus efectos; las estimulantes, depresoras y distorsionadas.

Estimulantes.

Operan acelerando los procesos mentales, produciendo un estado de euforia, mayor energía y estado de ánimo exaltado, sensación de mayor alerta y deterioran la calidad de las funciones habituales. Entre ellas se encuentra el clorhidrato de cocaína, anfetamina, cafeína, codeína, éxtasis, entre otras.

Depresoras.

Operan como calmante, sedante o relajantes, al estar menos consciente de lo que sucede a su alrededor, las personas se tornan pasivas, con apariencia ausente del medio. Entre ellas figuran: Heroína, Morfina, Codeína, Metadona, barbitúricos y alcohol.

Distorsionadoras.

Operan provocando cambios en la percepción e interpretación de la realidad, el individuo queda inmerso en una realidad interior y con una realidad exterior alterada, similar a lo que ocurre en la psicosis. Pasta base de cocaína, Solventes, LSD, Opio, Frunitriazepam, Crak, entre otras.

3. LA ADICCIÓN

La adicción es un concepto médico, utilizado para definir el grado de enfermedad que se relaciona al consumo de droga y que se caracteriza por su cronicidad o larga duración, su progresiva y las recaídas. Nos parece necesario hacer mención a este concepto, debido a que respecto a las mujeres vinculadas a nuestra investigación se encontrarían en este grado.

En términos más concretos, la adicción, drogodependencia o también llamada dependencia a sustancias psicoactivas es la imperiosa necesidad que una persona tiene por consumir bebidas con contenido alcohólico u otra clase de drogas (marihuana, cocaína, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos, entre otras.)

Para la Organización de las Naciones Unidas, la adicción es: “Estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por: una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio. Una tendencia al aumento de la dosis, dependencia psíquica y generalmente física de los efectos, con consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad. (ONU; 1957: 10)

Desde este punto de vista, es una dependencia suica, cuyo individuo siente una imperiosa necesidad de tomar droga o, en caso contrario, un desplome emocional cuando no la ingiere y una dependencia física producida por los terribles síntomas de abstinencia al no ingerirla.

Es necesario hacer hincapié en que se debe entender que el adicto seguir siendo un adicto mientras viva independiente de sus procesos de rehabilitación, es decir, que el individuo se rehabilita para poder vivir sin consumir la droga y, de all en adelante, éste será un adicto en abstinencia, no estará usando la droga, pero para mantenerse en ese estado de abstinencia o remisión no podrá bajar la guardia.

Según la American Psychiatric Association la dependencia a una sustancia es: patrón mal adaptado de abuso de una sustancia que produce trastornos o dificultades físicas importantes desde un punto de vista clínico, siempre que se manifiesten tres (o más) de los factores abajo expuestos en cualquier momento, dentro de un periodo de 12 meses:

4. FACTORES EN LA ETAPA DE DEPENDENCIA

Tolerancia, definida en cualquiera de los términos siguientes:

- a) Necesidad de consumir una cantidad notablemente superior de la sustancia a fin de conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b) Efecto marcadamente menor con el uso continuo de la misma cantidad de una sustancia.
- c) Consumo de una sustancia (o en su defecto, otra de la misma clase) a fin de evitar los síntomas de abstinencia.

Abstinencia, definida en cualquiera de los siguientes términos:

- a) Síndrome de abstinencia característico de la sustancia.

b) Consumo de una sustancia (o en su defecto, otra de la misma clase), a fin de evitar los síntomas de abstinencia. (OMS; 2004:3)

Consumo de una sustancia a menudo en grandes cantidades o durante periodos de tiempo más largos de los pretendidos inicialmente.

Existencia de un deseo persistente o de esfuerzos inútiles por reducir o controlar el uso de la sustancia.

Empleo exacerbado del tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia; acudir a muchos médicos o conducir largas distancias, su consumo fumar encadenadamente o la recuperación de sus efectos. (Ibid: 6)

Abandono o reducción de actividades importantes de carácter social, ocupacional o recreativa derivadas del uso de la sustancia.

Consumo continuado de la sustancia a pesar de conocer la existencia de un problema persistente o recurrente, ya sea de índole física o psicológica, que con toda probabilidad ha sido motivado o exacerbado por la sustancia “El consumo habitual de cocaína, independientemente de saber que produce depresiones, o el consumo continuado de bebidas alcohólicas a pesar de saber que ello empeora una úlcera. (Ibid).

Se diagnosticará abuso de una sustancia con dependencia fisiológica si hay pruebas que demuestran la existencia de tolerancia o abstinencia.

Se diagnosticará abuso de una sustancia sin dependencia fisiológica si no hay pruebas de la existencia de tolerancia o de abstinencia.

(American Psychiatric Association; 1994: 15)

5. MODELOS DE INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIA

Se han desarrollado distintos tipos de enfoques de intervención en el tema de la drogo-dependencia. La Organización Mundial de la Salud reconoce siete tipos de modelos en el abordaje de la dependencia de la droga y los problemas relacionados con el consumo.

Modelo Moralista, concibe al drogadicto responsable de la adquisición de la dependencia como de su modificación o abandono, desde esta mirada el consumidor es un “vicioso” y por lo tanto, las propuestas para su solución son de índoles punitivas y coercitivas. (Fernández; 2001: 11)

Modelo Espiritual, Iluminativo, Existencial o Religioso, si bien la persona es responsable de la adquisición de su adicción, no lo es de su solución, por lo mismo necesita de un “poder superior” para ser curado. (Ibid)

Modelo Psicológico, este modelo define una situación causa efecto entre el abuso de drogas y una sicopatología que predispone. La drogo-dependencia no adquiere un carácter de enfermedad crónica, sino como consecuencia de su carácter psicopatológico. Este modelo se sustenta en la “teoría de la automedicación” y que el uso de la droga constituye una conducta instrumental para aliviar la sintomatología propia de una disfunción emocional o proceso disfórico patológico.

Modelo de la Teoría del aprendizaje, considera la dependencia como una consecuencia del proceso del aprendizaje desadaptativo en el marco de un acondicionamiento clásico o de un aprendizaje instrumental. (Ibid: 12)

Modelo Médico Tradicional o Biologista, el adicto se considera no responsable ni de la adquisición de su adicción ni de la solución de ésta. El factor etiológico radica en algún tipo de anormalidad fisiológica o metabólica, generalmente de base genética. La dependencia se considera una enfermedad que los médicos están en condiciones de solucionar. (Ibid)

Modelo Socio-Cultural, considera la dependencia como resultado del proceso de socialización y adaptación en contextos sociales y culturales determinados. Este modelo se caracteriza por la ambigüedad en sus definiciones, lo que ha significado una fuente de dificultades reales para la implementación de alternativas terapéuticas y de prevención con soporte científico riguroso. (Ibid)

Modelo Biopsicosocial, integrador o compensatorio. No considera como responsable a la persona con problemas adictivos, el trastorno adictivo es el resultado de múltiples determinantes biopsicosociales que escapan al control personal del sujeto. Sin embargo, sí se le concede la posibilidad de buscar soluciones tomando parte activa en el proceso de cambio. (Ibid: 13)

6. ALGUNAS CAUSAS QUE PROVOCAN LA ADICCIÓN

Históricamente, se creía que la adicción era causada por la falta de voluntad, la pobreza, la debilidad moral, enfermedad mental, la genética, la socialización en la familia, las personalidades antisociales, y los problemas de la sociedad. Hoy día, la adicción es vista como una enfermedad, en la que existen muchos factores que contribuyen a la misma, dependiendo de la relación que se establece entre la droga, la persona y el entorno en que vive.

La droga: Algunas drogas son más adictivas que otras. Esto se debe a la farmacología de la sustancia y cómo afecta el carácter del que la uso.

La persona que la usa: La genética de la persona que la usa y su autoconcepto contribuye al potencial de adicción. Una persona que proviene de una familia con padres alcohólicos o adictos a las drogas tiene dos veces la probabilidad de desarrollar una adicción. Se están llevando a cabo estudios para aprender más sobre la genética de la adicción y desarrollar programas de temprana intervención para aquellas personas que tienen un potencial mayor de volverse adictas.

Las personas que tienen un bajo autoconcepto, es decir, quienes se tienen poco amor propio, presentan una tasa más elevada de adicción. Las personas que tienen un bajo concepto de sí mismas usan las sustancias psicoactivas para aumentar el valor de sus vidas, obtener placer o disminuir el constante dolor emocional en el que viven. Mientras mejor se siente una persona consigo misma, es menor la probabilidad que use o abuse de sustancias psicoactivas.

Existen otros elementos que aportan al entendimiento de las causas de la drogadicción en las personas, entre ellos están lo llamados factores de riesgo, de los cuales se destacan los ambientales y los del individuos con su relación con el entorno.

Centrándonos en los factores ambientales la literatura científica señala algunos se comentan a continuación:

La privación social: Las comunidades con un alto grado de privación social y económica en las que la delincuencia forma parte de la vida cotidiana, son consideradas zonas de intervención prioritaria. El riesgo tanto de consumo de drogas, como de conductas delictivas es en ella mucho mayor. En estos ambientes existen, además, pocas expectativas de mejora. No obstante, en ellos no todos tienen problemas con las drogas. Las personas no consumidoras en ambientes de alto riesgo son un foco importante del estudio de los factores de protección.

La desorganización comunitaria: Son zonas de alto riesgo, y por lo tanto de intervención preferente, aquellas en que la comunidad aparece desorganizada, aquellas en la que existen pocos recursos sociales o bien son pocos utilizados, así como en aquellas que los lazos comunitarios son escasos o débiles.

La disponibilidad y accesibilidad de las sustancias: A mayor disponibilidad de sustancias mayor consumo. Este es un hecho incuestionable y demostrado en numerosos estudios, válido tanto para sustancias legales como prohibidas y aparece aún a pesar de controlar otras variables. Los entornos donde el consumo de drogas es elevado suponen un factor de vulnerabilidad.

La percepción social del riesgo: cuando más baja es la es la percepción del riesgo por el uso de sustancias, más se extiende su consumo. Se podría pensar si la extensión del consumo de ciertas drogas en la actualidad no tiene mucho que ver con esto. Cada vez hay más jóvenes que banalizan el consumo de derivados de cannabis y otras sustancias que pueden ser percibidas como inocuas. Los adolescentes que creen que el consumo de sustancias tendrá consecuencias negativas las consumen en menor grado que aquellos que piensan lo contrario. Además, la importancia de las creencias sobre las consecuencias del uso de drogas, concretamente tabaco, aumenta en la adolescencia.

A parte de estos factores que tienen que ver con el contexto, con el ambiente, se citan otros que se relacionan con el individuo y las relaciones personales que establece con su familia y con otros grupos con los que se relaciona.

7. MASIFICACIÓN DE LA DROGA EN CHILE

En Chile, el fenómeno del consumo masivo de drogas se comienza a dar a fines de la década de los 80, produciéndose un aumento sustantivo principalmente en los sectores urbanos populares. De este modo, la Pasta Base de Cocaína hace su violenta aparición, siendo esta un producto barato y de fácil adquisición en relación con otras drogas "atrapando muchachos jóvenes en una adicción de consecuencias incluso físico-neurológicas". (Gainza; 1997: 15)

Existen dos hipótesis que pretenden dar cuenta de la introducción de la droga en Chile, la primera plantea una hipótesis conspirativa que hace referencia a una intromisión masiva de la droga en las poblaciones cuyo fin era destruir un sector de la juventud que poseía un espíritu rebelde que podía significar un problema de seguridad nacional que pondría en riesgo la estabilidad del gobierno dictatorial. Diversos estudios dan cuenta que en las poblaciones se regalaba droga a escolares a la salida de sus colegios con el objeto de engancharlos adictivamente. Una segunda hipótesis de tipo estructural plantea que el fenómeno de la droga es producto de una relación causal post-dictadura y propia de la modernización "Humberto Abarca plantea en sus estudios que la droga a venido a quedarse y que será necesario convivir con ella" (Ibid: 15). Al contrario de la hipótesis conspirativa, la hipótesis estructural plantea que el régimen

militar fue, por sus características represivas, quien impidió el ingreso de estupefacientes y su propia masificación.

Como lo indican las cifras emanadas del Quinto Estudio de consumo de Drogas en Chile realizado por el CONACE, las Drogas mas usadas en los sectores populares son la Marihuana, La Pasta Base de Cocaína y el Clorhidrato de Cocaína, siendo la Pasta Base de Cocaína la que ha generado mas estragos en al Población Infanto Juvenil, debido a su alto poder adictivo.

La droga se convierte en un estigma democrático que ha conseguido llegar a todos los sectores sociales, especialmente a los dos polos de la modernización: pobres aporreados (llevados por su necesidad) y opulentos eufóricos (llevados por su ansia de sensaciones).

La Pasta Base de Cocaína ha pasado a convertirse en la Droga mas consumida en los sectores populares, esto debido a que quienes fuman Pasta Base tienen altas posibilidades de convertirse en adictos ya que produce efectos inmediatos e intensos, de este modo se produce una alta dependencia y notables dificultades para interrumpir el consumo una vez que se hace compulsivo. Este efecto rápido e intensivo se asemeja mucho a la acción de la Droga usada por vía endovenosa, los efectos subjetivos, al igual que otros simpatomiméticos, dependen solo de la calidad y la concentración de la Droga, sino del ambiente en que se emplea, de la vía de administración, del estado anémico previo al consumo, del grado de integración de la personalidad y también de factores metabólicos individuales.

"La PBC produce un rápido proceso de dependencia psicológica y breve dependencia física, lo que motiva una inmediata renovación de la dosis" (Ibid: 31) con esto la Pasta base provoca el desarrollo inmediato de episodios de euforia, seguidos en forma inmediata por episodios de angustia compulsiva, anorexia, insomnio y depresión.

8. TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

El tratamiento y la rehabilitación de una persona con problemas de drogas es un proceso largo, que requiere de la voluntad y compromiso de la persona, del apoyo familiar y de un equipo multidisciplinario de profesionales y técnicos con experiencia, para otorgar una atención de calidad. Habitualmente, las etapas de todo programa de tratamiento son:

Desintoxicación ambulatoria u hospitalaria: dice relación con la atención de los síntomas que aparecen como consecuencia de la retirada de la sustancia (síndrome de privación). Dependiendo del compromiso y de la gravedad del problema de dependencia, esta etapa puede ser tratada en forma ambulatoria u hospitalaria.

Tratamiento: se refiere al proceso en el cual la persona aprende hábitos nuevos, desarrolla mayor conciencia del problema, entrena habilidades personales y sociales para afrontar situaciones conflictivas, que en el pasado ha evadido o tolerado sólo con consumo de drogas, resolver problemáticas intrapsíquicas y generar un proyecto de vida saludable.

Rehabilitación: se refiere al proceso en el cual la persona se habilita para desenvolverse en su vida personal y social, sin consumo de sustancias.

Reinserción: se refiere a la etapa en que la persona vuelve a integrarse en forma saludable a su entorno familiar y social. Habitualmente dice relación con capacitación, formación y entrenamiento en oficios y/o estudios, con el objetivo de optar a oportunidades académicas y/o laborales para desempeñarse en forma autónoma.

El fenómeno del abuso de drogas, no se presenta solamente como un fenómeno que genera daños fisiológicos en la persona que la consume, sino que trae consigo daños a la familia, a la comunidad y la sociedad en general. Esta situación es una preocupación, tanto, para los países desarrollados, como los subdesarrollados o en vías del desarrollo. Esta preocupación se acrecienta en la medida que en las últimas décadas comienza a aparecer el abuso de drogas en la población femenina, lo que trastoca una serie de reglas

de lo permitido socialmente a cada persona en consideración con su género. A continuaciones se desarrollan los principales puntos respecto a la relación mujer y droga existentes en la escasa literatura relacionada con el tema.

PARTE II

MARCO

REFERENCIAL

CAPITULO II

1. COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La Comunidad Terapéutica para el tratamiento de la drogadicción ha existido por alrededor de 40 años. Son ambientes residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mas elevados de responsabilidad personal y social. Se intenciona la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces.

El Objetivo fundamental de una Comunidad Terapéutica es fomentar el crecimiento personal. Este se alcanza mediante la transformación de un estilo de vida individual a otro comunitario de personas interesadas, que trabajan unidas para ayudarse a sí mismas y a las demás. (Valle; 2)

Las Comunidad Terapéutica se diferencia de otros modelos de tratamiento en su uso de la comunidad, compuesta por el personal de tratamiento y aquellos en rehabilitación, como agentes claves del cambio. Este enfoque a menudo se conoce como "la comunidad como método". Los miembros de la CT interactúan en maneras estructuradas y no estructuradas para influenciar las actitudes, percepciones y comportamientos asociados con el uso de drogas.

La comunidad terapéutica representa un ambiente estructurado con límites precisos, tanto morales como éticos. Hace uso de sanciones y castigos comunitariamente impuestos, lo mismo que de una mejora merecida de estatus y privilegios, como parte del proceso de recuperación y maduración.

Los residentes de las Comunidades Terapéuticas traen consigo historias de funcionamiento social, habilidades educativas, vocacionales, lazos comunitarios y familiares positivos que han sido debilitados por su consumo de drogas. En el proceso comunitario, las personas comienzan a vivenciar la recuperación que involucra la

rehabilitación, es decir, el volver a aprender o reestablecer un funcionamiento, habilidades y valores saludables así como rescatar la salud física y emocional.

A diferencia de lo anterior, otros residentes nunca tuvieron estilos de vida funcionales. Para ellos, la Comunidad Terapéutica constituye un primer acercamiento a una vida ordenada. En este caso, la recuperación involucra la *habilitación*, es decir, aprender por primera vez las habilidades conductuales, las actitudes y valores asociados a convivir en una sociedad.

1.2 LA ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA

La organización de la Comunidad Terapéutica, propone una estructura de responsabilidades que emulan aquellas que posee una persona en la estructura societal: cuidar su cuerpo (limpieza, ropa, etc.), cuidar el medio que lo rodea (habitación, baños, ámbitos comunes, jardines y estructuras laborales de autosotén) trabajar en tareas de la organización común (cocina, lavadero y mantenimiento) ayudar a otros (orientar a miembros recién internados, enseñanza de tareas a miembros recién ingresados a sub-equipos de trabajo).

Así, el residente adquiere, en la medida que avanza su tratamiento, nuevas responsabilidades que le permiten un buen desempeño y enfrentar las dificultades de la vida Comunitaria. El residente siempre está poniendo en práctica todos aquellos elementos personales y de interacción, que necesitará para una reinserción social exitosa.

En cuanto a la preservación de la Comunidad Terapéutica como organización, lleva a la necesidad de la existencia de un marco normativo y reglas de funcionamiento para todas las áreas, personas y funciones.

Existen, por tanto, sanciones para la trasgresión de dichas normas pero, la sanción, es siempre concebida como experiencia de aprendizaje y parte natural del tratamiento de rehabilitación del residente.

Asimismo, se promueven avances en el logro de privilegios y dentro del status institucional para enfatizar el alcance de conductas positivas en la persona y lo obtenido en su proceso de rehabilitación vinculándolo al conjunto organizacional de manera original y que le permita evaluar su propio rendimiento.

1.3. NORMAS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

Las normas de la Comunidad son la expresión visible y formal de lo que se llama encuadre Comunitario. Es a través de este encuadre que se desarrollan objetivos terapéuticos estratégicos y se manifiestan en la organización diaria, en cada actividad terapéutica y en la cultura terapéutica generada por la organización.

(Campagna; 2003: 7)

Toda trasgresión de las normas implica una consecuencia, la que trae consigo una sanción, a modo de experiencia de aprendizaje.

Las distintas Comunidades Terapéuticas son libres de establecer sus propias normas. Pero existe una base que se denominan las “reglas de oro”. Su trasgresión motiva la expulsión del residente de la Comunidad. Ellas son:

a) No drogas:

El tratamiento en Comunidad Terapéutica se desarrolla en total abstinencia, por lo tanto, cualquier uso de drogas ilícitas es una trasgresión grave.

b) La no violencia:

Incluye cualquier tipo de violencia física o verbal contra cualquier integrante de la Comunidad Terapéutica. Se incluye en este punto toda forma que pueda ser considerada como mal trato social: abandono de actividades, interrupción abrupta de conversaciones o inadecuadas referencias a otras personas, mas aun, en su ausencia.

Se busca, mediante esta norma, el control de la impulsividad, de la actuación sin reflexión, como un paso importante a conseguir para el cambio en el adicto y una preservación positiva de sus relaciones sociales.

c) No sexo:

Incluye todo tipo de relación sexual entre Residentes y/o miembros del equipo terapéutico, mientras dure la relación terapéutica.

Se considera en este punto, todo vínculo afectivo-erótico concretado físicamente o no.

La inclusión de esta norma pretende normalizar los vínculos afectivos de tal forma de permitir el análisis de los impulsos a pervertir las relaciones, la tendencia a la vida sexual promiscua, el permanente intento de actuación en detrimento de la reflexión.

1.4. FILOSOFÍA DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

La Filosofía de las Comunidades Terapéuticas es un espacio racional organizado para la reflexión, que se utiliza para inundar y vitalizar la razón del ser y el porqué del existir, para que se convierta en motor motivador al cambio.

Muchos autores coinciden que la filosofía de las Comunidades Terapéuticas es siempre la parte cohesiva de la organización. La unidad de sentido que la explicita y la encuadra conceptualmente.

El texto que se presenta continuación es la Filosofía que orienta a nivel mundial a las Comunidades Terapéuticas. Este ha sido adaptado y reproducido en múltiples Comunidades alrededor del mundo. Además de lo ya explicado, la Filosofía pretende ser la explicitación permanente de porqué cada residente se encuentra en tal condición dentro de la organización comunitaria.

“Estamos aquí porque no existe refugio alguno donde escondernos de nosotros mismos. Mientras la persona no se confronte en los ojos y en el corazón de los demás, está escapando. Mientras no comunica sus secretos, no hallará reposo. La persona que teme ser conocida no puede conocerse a sí misma ni conocer a los demás; está sola. Fuera de nuestros puntos comunes ¿dónde más podremos hallar tal espejo? Reunidos aquí la persona puede, al fin de cuentas, manifestarse claramente a sí misma, no como el gigante de sus sueños ni el enano de sus temores, sino como un hombre, parte de un todo, con su contribución para ofrecer. Sobre este terreno todos podemos echar raíces y crecer, no ya solos como en la muerte, sino vivos para nosotros mismos para los demás.” (Hogar de Cristo)

Los programas de Comunidad Terapéutica son ante todo proyectos educativos-terapéuticos, para la rehabilitación y la reinserción social de personas con problemas de drogodependencias y conductuales. Como queda reflejado en su filosofía, en la Comunidad Terapéutica, el punto de partida no es la droga, sino la persona como protagonista de su rehabilitación. La Comunidad Terapéutica, trata al ser humano como una persona integral, que su situación responde a múltiples causas, siendo estas a su vez sociales, éticas, psicológicas, fisiológicas, culturales, teológicas y sexuales. No existe una respuesta simple. La persona puede y debe confrontarse con su condición, a la vez que se le reta a que sea más madura y responsable.

2. COMUNIDAD TERAPÉUTICA MANRESA

La Comunidad Terapéutica Manresa pertenece a la Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo, organización sin fines de lucro, no gubernamental y de Iglesia, cuya misión es:

“Acoger dignamente y con amor a los más pobres entre los pobres, y en especial, a los ancianos desamparados, a los sin techo bajo el cual dormir, a los enfermos terminales e irrecuperables, carentes de apoyo o acogida, y a los niños y jóvenes sometidos a los riesgos de abandono y falta de oportunidad. Se propone difundir el conocimiento de la real dimensión de los problemas de los más desvalidos, con el ánimo de crear conciencia que estimule iniciativas de alivio, y también de denunciar los males solucionables. Este es un quehacer que debe ser eficiente, apolítico y versátil: el Hogar de Cristo busca ser un eslabón en una cadena nacional de solidaridad y usar su fortaleza, posibilidades y experiencias en ayudar a otros, sean de Iglesia, Estado o privados, que busquen también atender a los más pobres entre los pobres. La acción social del Hogar de Cristo se ha caracterizado por la búsqueda de los pobres, especialmente de aquellos que vencidos por la miseria, no acuden en busca de la colaboración que el Hogar es capaz de brindarles, y que es necesario ubicar en los lugares donde viven.” (Hogar de Cristo; 1997: 24)

El propósito último de la Misión del Hogar de Cristo es promocional, ya que se orienta a la dignificación, liberación y autonomía de los más pobres entre los pobres.

El Hogar de Cristo plantea que “en las prácticas paternalistas y asistencialistas, los sujetos de atención suelen transformarse en seres inhábiles, incapaces y dependientes, con la consiguiente consolidación del circuito de daño que los aqueja. (Ibid: 24)

En consecuencia, su tarea no es sólo la acogida de personas con necesidades, aunque no se niega a ello. Para la Fundación, las personas no deben ser vistas como entes pasivos, sino como sujetos activos, promotores de su propio desarrollo.

Lo anteriormente expuesto constituye un pilar fundamental para La Comunidad Terapéutica Manresa Femenina, cuyas líneas de trabajo están fundadas en los principios

valóricos y filosóficos de la Institución, contenidos en el Proyecto Educativo del Área de Riesgo Social, donde se profundiza dicha información.

2.1 MISIÓN DEL ÁREA DE RIESGO SOCIAL

Esta es una de las áreas de acción que fue creada a fines de la década de los 80, para coordinar y unificar criterios y metodologías de trabajo entre las diversas unidades que se encontraban desarrollando intervenciones, orientadas a jóvenes y niños en situación de riesgo o daño psicosocial. De este modo. El Área de Riesgo Social se propone:

“Acoger integralmente con amor y eficiencia a niños y jóvenes de ambos sexos, en situación de riesgo, peligro o daño, con el propósito de facilitar en ellos un proceso de autonomía, que les permita asumir sus vidas con responsabilidad, a la luz de la Espiritualidad Cristiana del Padre Hurtado, y crear conciencia social sobre esta realidad.” (Ibid: 33)

Conjuntamente con esta Misión, el Área sustenta tres principios rectores que orientan su quehacer:

- a) “las principales dificultades que afectan a los niños y jóvenes que acuden a nuestros centros son expresiones de profundas experiencias psicológicas de dolor y deterioro, en un contexto caracterizado principalmente, por situaciones de pobreza crítica y marginación social. (Ibid)
- b). “El problema no es la expresión de daño particular que afecta al joven, sino la persona que hay detrás”. (Ibid: 34)
- c). La “*búsqueda permanente de metodologías y técnicas validadas*, en un proceso de examen de las estrategias que cumplan con la mayor efectividad la Misión y los objetivos que nos trazamos dentro de cada uno de los programas”. (Ibid)

En el año 1996 surge la Comunidad Terapéutica Femenina, con el objetivo de dar respuesta a una creciente necesidad de brindar un espacio digno y acogedor a mujeres adolescentes y adultas en situación de vulnerabilidad psicosocial. Hasta esa fecha, las alternativas con que el Hogar de Cristo contaba para personas en situación de riesgo social, eran comunidades ambulatorias, principalmente para adolescentes, o alternativas residenciales para adolescentes y adultos varones con un programa de tratamiento que no incorporaba la variable género en su diseño.

2.2 OBJETIVO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA MANRESA

Promover la reeducación y reinserción social de mujeres con dificultades de vida.

Objetivos Específicos

- Fomentar la integración y participación en la vida grupal y comunitaria dentro de la Comunidad Terapéutica.
- Promover una definición positiva de la autoimagen y mejoramiento de la autoestima.
- Brindar una formación moral y cristiana con valores como la solidaridad, honestidad, amor, justicia y responsabilidad.
- Promover el discernimiento de la trascendencia de los propios actos (empatía y conciencia de daño).
- Estimular la valorización y respeto por el propio cuerpo, a través de la participación en actividades deportivas, recreativas, culturales y artísticas.

2.3 DESCRIPCIÓN

Cada residente de la Comunidad se constituye en protagonista de su proceso de cambio y recuperación, siendo capaz de reconocerse como persona y de hacer frente a los desafíos de su existencia, asumiendo su vida responsablemente y aportando activamente en el crecimiento de sus compañeras. Es un lugar de acompañamiento residencial, que funciona las 24 horas del día, en el que se promueve la reeducación y reinserción social de jóvenes mujeres con dificultades de vida, facilitando en ellos la

construcción de un proyecto de vida y el logro de la autonomía basada en valores pro - sociales.

2.4 EQUIPO DE TRABAJO

El equipo de trabajo de la Comunidad se compone por:

1 Director de Unidad

1 Asistente Social

1 Psicólogo

1 Técnico Social

1 Secretaria

Equipo Casa Femenina

6 Educadoras Diurnos

2 Educadoras Nocturnas

1 Educadora de Párvulos

1 Asistente de Párvulos

Al momento de ingresar, las personas que solicitan ayuda en esta comunidad son evaluadas, debiendo encajar en los siguientes criterios de ingreso:

- Presentar alguna expresión de daño psicosocial: consumo de drogas o alcohol, deserción escolar, violencia familiar, situación de abandono y/o marginalidad, situación de pobreza o extrema pobreza o problemas con la justicia.
- Incorporarse voluntariamente al tratamiento, lo cual implique una motivación para desarrollar un cambio de vida y alejarse de conductas de riesgo.
- Contar, en lo posible, con el apoyo de un familiar o adulto responsable que coadyuve en el proceso de reeducación.
- Estar en condiciones físicas y psicológicas suficientes para participar y beneficiarse del programa.

- También existen criterios de contraindicaciones que señalan la no interacción de una persona en la Comunidad:
- Ser de un nivel intelectual inferior a limítrofe.
- Presentar alguna patología neurológica determinante de alteraciones graves del comportamiento.
- Tener una estructura de personalidad o patología psiquiátrica incompatible con la vivencia en un entorno altamente cargado de elementos afectivos.
- Presentar enfermedades que necesiten de cuidados incompatibles con la vida en comunidad.
- Rechazar manifiestamente la posibilidad de reeducación y/o de permanencia en el lugar.

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LAS BENEFICIARIAS.

Edad entre 14 y 30 años.

Mujeres cuyos hijos se encuentren en edad pre-escolar

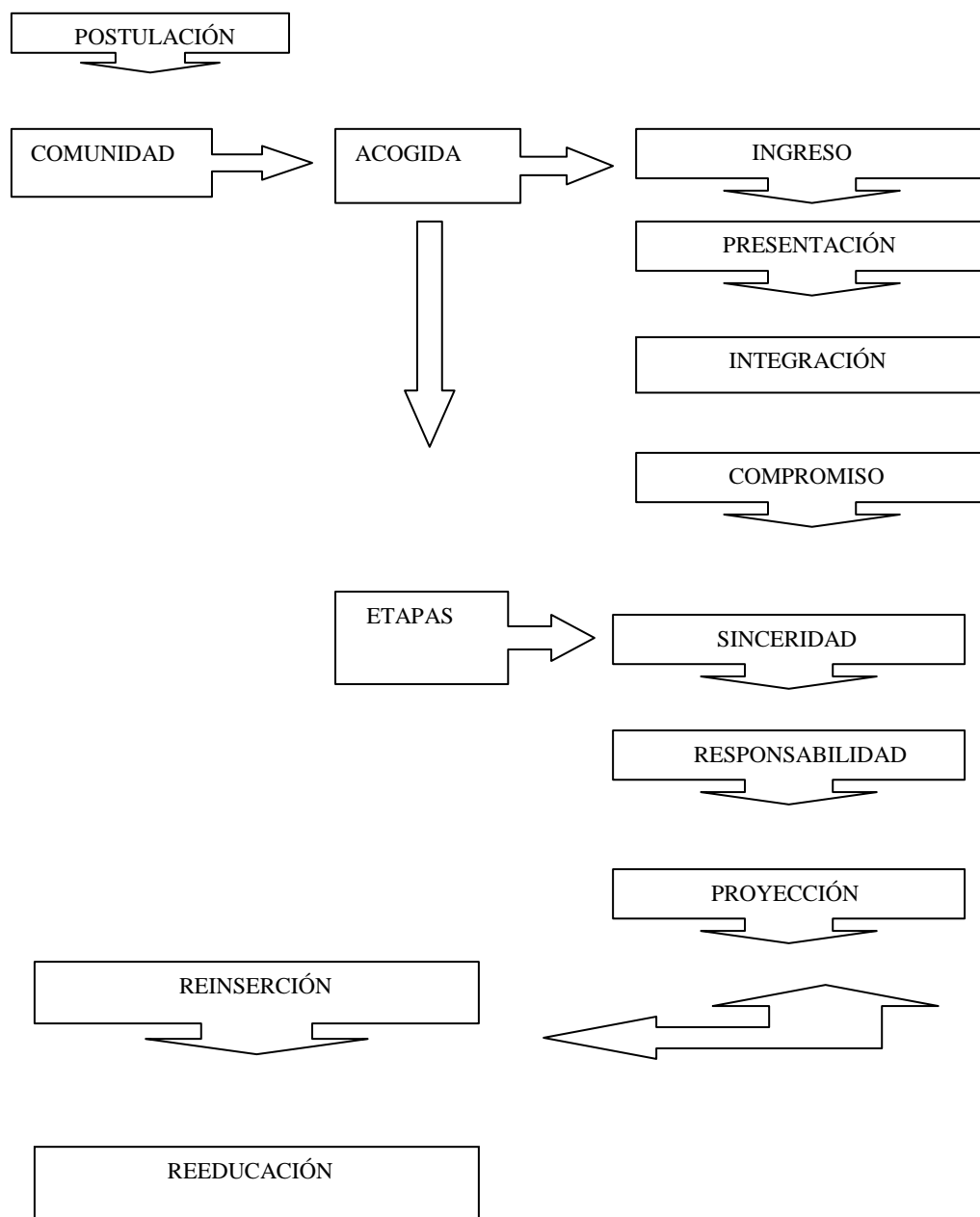
Adolescentes derivadas por Tribunales de Menores (protección).

2.5 PROCESO DE POSTULACIÓN

Este se lleva a cabo a través de la Unidad de Orientación y Derivación, donde se evalúa su ingreso a partir de las características ya mencionadas. En el caso de convenios con organismos de salud, la derivación puede realizarse en forma directa. De la misma forma aquellos casos que son derivados por otras comunidades del área dentro del Hogar de Cristo. Por último, las personas que acuden en forma directa son evaluados en la Comunidad.

2.6 PROCESO DE TRATAMIENTO

El trabajo reeducativo se organiza en etapas cada una de ellas con objetivos específicos. En ellas se promueve una adecuada integración a la comunidad, de modo que la residente pueda profundizar en la propia intimidad y elaborar su proyecto de vida de acuerdo a valores. En este período, la persona realiza un proceso de acuerdo al siguiente Diagrama de Flujo:



2.7 METODOLOGIA

La metodología utilizada se divide en dos áreas, la Terapéutica y la Educativa.

Área Terapéutica

En esta área de trabajo predomina la intervención a nivel grupal, siendo espacios en los que la residente profundiza en su vida revelándose a sí misma en los aspectos más conflictivos. Este trabajo se lleva a cabo en un contexto de autoayuda. Las principales terapias que se desarrollan son;

- ***de expresión de sentimientos.*** Proporciona un espacio terapéutico en el cual las jóvenes aprenden, a medida que avanzan en su proceso reeducativo, a reconocer, identificar y expresar tanto los propios sentimientos como aquellos que vivencian respecto de los demás.
- ***de ayuda.*** consiste tanto en revelar aquellos aspectos conflictivos de la propia existencia que han sido negados, como las potencialidades que la persona posee. El enfrentar las limitaciones y asumir las capacidades constituye el principio liberador del autoconocimiento. En esta instancia suele aparecer tanto lo que se conoce a simple vista, como aquello que se esconde de sí mismo y a los demás.
- ***de expresión íntima.*** Es una instancia terapéutica voluntaria, que se caracteriza por ser un espacio de intimidad, escucha y acogida, en el cual es posible trabajar aquellos aspectos que se consideren más privados y conflictivos, tales como sexualidad, vivencias traumáticas o temores.
- ***De fijación de objetivos.*** Al iniciar la semana las residentes se fijan un objetivo para trabajar correspondiente a la etapa del proceso reeducativo en que se encuentre. La elección se hace considerando las opiniones vertidas por los demás miembros del grupo y de la educadora a cargo. Posteriormente, en una instancia grupal se comunica al resto de la comunidad el objetivo que se trabajará durante esa semana.

- ***de evaluación de objetivos.*** Finalizada la semana, cada persona evalúa si su objetivo se encuentra logrado, en proceso o no logrado, analizando en conjunto con sus compañeras las posibles causas y tareas por realizar.
- ***De orientación para salida.*** Cada persona es orientada en relación con los temores que presenta frente a las actividades y convivencia familiar de aquellos días en que no asista al programa.
- ***De relato de fin de semana.*** Los días lunes, en el contexto de los grupos de acompañamiento, se realiza una narración del fin de semana.
- ***Evaluación diaria.*** Diariamente las residentes evalúan cómo ha sido su jornada. A través de ello la persona reflexiona en torno a los acontecimientos del día, recibiendo la retroalimentación de sus educadoras y compañeras.
- ***Vida en comunidad.*** A comienzos de semana se reúne la Comunidad con el fin de tratar aquellos aspectos que involucran el funcionamiento global del centro, se proponen y organizan actividades, al igual como se plantean dudas e inquietudes sobre los más diversos aspectos

Trabajo Individual.

Este contempla distintas modalidades de intervención, definidas de acuerdo a las necesidades particulares de las residentes, pudiendo ser:

- ***Intervenciones individuales;*** Apunta a abordar problemáticas y/o situaciones de cierta complejidad que no son trabajadas a nivel grupal, facilitando una elaboración acorde a las características particulares de la residente.
- ***Terapia Individual,*** Apunta trabajar en la elaboración de experiencias traumáticas en la historia de vida de la residente, que por su complejidad

requieren, por una parte, de un espacio complementario y de mayor privacidad respecto del trabajo grupal, y además de herramientas técnicas profesionales propias del ámbito de la psicología.

2.8 ÁREA EDUCATIVA

Esta área incluye todas aquellas actividades que apuntan al desarrollo integral de la residente, considerando tanto elementos cotidianos del funcionamiento de la Comunidad, como aquellos que promuevan el descubrimiento de sus potencialidades individuales.

- ***Talleres Ocupacionales.*** Orientados principalmente a la autogestión. A través de ellos se promueven valores, hábitos de orden y disciplina, capacidad de trabajo en equipo, creatividad en la solución de problemas, iniciativa, compromiso y sentido de pertenencia.
- ***Educación Y Actividades Artístico - Culturales.*** A través de estas actividades se busca que las residentes puedan reincorporarse a la educación formal mediante su vinculación a establecimientos educacionales para la regularización de estudios básicos y medios. .
- ***Deportes Y Recreación.*** Se orientan a promover en las jóvenes una sana y adecuada utilización de su tiempo libre, así como potenciar sus capacidades.

2.9 ETAPAS Y OBJETIVOS DEL PROCESO REEDUCATIVO COMUNIDAD

Los objetivos que deben trabajar y cumplir las residentes en su proceso terapéutico, son los siguientes:

1ª ETAPA: COMPROMISO EXISTENCIAL

- Conocer y aceptar las normas de la comunidad.
- Tener buena disposición para la vida en la comunidad
- Comunicar constructivamente: ser buen emisor y receptor
- Mantener higiene personal, mental y comunitaria
- Permanecer en la comunidad: desintoxicarse
- enfrentar ganas de irse y comunicarlo
- No agredir (física, verbal y gestualmente)
- Autocontrolarse ante situaciones que desagradan
- Respetar la propiedad privada
- Reconocer el porque se esta aquí

2ª ETAPA: SINCERIDAD

- Ser fiel a la verdad
- Ser transparente
- Tener confianza
- Aceptar la realidad (tomar conciencia de la situación personal y de la situación familiar)
- Ser constante y perseverante
- Ayudar a los compañeros de comunidad
- Tener claro el concepto de amistad
- Ser humilde
- Comprometerse y ayudar en las terapias
- Vivir la filosofía

3ª ETAPA: RESPONSABILIDAD

- Vivir los valores de la comunidad terapéutica
- Usar el dialogo
- Coordinar grupos de trabajo y asumir obligaciones
- Dar el ejemplo
- Reconocer problemáticas no superadas y trabajarlas
- Resolver adecuadamente situaciones tensionantes
- Identificar y mantener logros

4ª ETAPA: PROYECCION

- Estructurar un proyecto de vida
- Establecer una buena relación con la familia
- Procurar desprendimiento de la comunidad terapéutica sin olvidar los valores adquiridos en esta
- Asumir plenamente la realidad personal y familiar
- Asumir plenamente las responsabilidades de la vida

En la medida en que las mujeres vayan cumpliendo estos objetivos, son avanzadas de etapa. Para ello, deben postular a ser evaluadas por el equipo de educadores. El cumplimiento de los objetivos debe ser acumulativo, es decir, que en la medida que los van cumpliendo pasan al siguiente, entendiendo que el anterior está cumplido y deben mantener lo que han logrado. El presentar debilidades manifiesta el lo concerniente a un objetivo ya trabajado., significa un retroceso en el tratamiento.

3. PROGRAMA DON BOSCO

La Comunidad Terapéutica Maria auxiliadora pertenece al área de rehabilitación del Programa Don Bosco.

El Programa Don Bosco, surge al alero de la Iglesia católica, vinculada directamente a la Congregación Salesiana. Su nacimiento se remonta entre los años 1998 y 1999, desde la necesidad de enfrentar problemáticas sociales que surgen en poblaciones marginadas. Inicia un trabajo en la zona sur oriente de Santiago.

Una de las características particulares que tiene este Programa, es que define su intervención, como un acompañamiento en el proceso de rehabilitación, este acompañamiento se muestra como un nuevo paradigma, que intenta acompañar a las personas desde su propia integridad, mas allá de los síntomas, sino como sujeto integral, lo que exige que cada sujeto se haga responsable de su propia historia, pudiendo dar una mayor significancia a las injusticia que son las causas de su situación-problema.

3.1 ETAPAS DE INTERVENCIÓN

La propuesta de intervención del Programa Don Bosco, se encuentra dividida en cuatro etapas fundamentales:

- Acogida incondicional
- Apresto y fortalecimiento de cada sujeto.
- Profundización y proyecto de vida.
- En Marcha o inserción crítica a la sociedad.

Todas estas etapas de intervención están ideadas para dar atención a adolescentes, mujeres y jóvenes-adultos, no obstante existen grandes esfuerzos por dar una mayor identidad a cada una de estas etapas reconociendo en ello la especificidad que debe tener cada una en su particularidad.

3.2 COMUNIDAD TERAPÉUTICA MARIA AUXILIADORA

Para el Programa Don Bosco, la comunidad terapéutica es entendida como un espacio que permite la aplicación Metodológica que facilite el proceso de Rehabilitación, este proceso es dividido en dos grandes etapas de intervención. Etapa de apresto y de profundización, las que se realizan en espacios separados.

3.3 METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

El Programa Don Bosco apuesta a que las Comunidades Terapéuticas son una herramienta efectiva en el tratamiento de adicciones. De acuerdo a sus propias definiciones, establecen que esta modalidad es la que presenta mayor éxitos de rehabilitación. En este sentido, la comunidad Terapéutica resulta congruente con la visión de la persona, respondiendo al interés de atender a personas de escasos recursos provenientes de sectores populares.

Entiende la Comunidad Terapéutica como un espacio de autoayuda y autogestión que permite a los jóvenes recibir y entregar orientaciones en el plano terapéutico y a la vez compartir la responsabilidad en la mantención de sus espacios y necesidades básicas. Por medio de la vida comunitaria y el ambiente familiar se permite que los residentes logren la comunión en metas y opciones de cambio

3.4 EDUCACIÓN PERSONALIZADA

La acción educativa se basa primordialmente en la relación entre educador y educando, fundada en espontánea y abierta confianza, en colaboración leal y sincera, sobre los intereses del tiempo libre y los intereses profundos e interiores.

3.4 AMBIENTE FAMILIAR Y EDUCATIVO

La acción reeducadora se desarrolla a partir de la creación de ambientes familiares, donde se exige el cumplimiento del deber y al mismo tiempo hay expansión y alegría en expresiones de juego, de canto, de música, de excursiones y teatro.

La relación que se establece entre educadores y educandos pretende asemejarse a la de un padre y los hijos o entre hermanos (los asistentes); pero requiere presencia continua y proveniente, en la colaboración, de la madurez interior; o la relación no se construye sin la «razón» que quiere decir sentido común, concretes, adhesión a la situación de los jóvenes.

3.6 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

El perfil del Grupo objetivo al cual esta orientada la atención de la Comunidad terapéutica Maria Auxiliadora, está compuesto por Mujeres de escasos recursos, adolescentes, madres solteras, con bajo nivel educacional, jefas de hogar, con algún grado de compromiso delictual, que mantienen o han mantenido un consumo sostenido e intenso de drogas, durante a lo menos dos años y que puedan haber vivido en situación de Calle o abandono.

En su mayoría, las mujeres atendidas en este programa provienen de familias disfuncionales, con clara presencia de maltrato físico como psicológico de padres y/o parejas, experiencias de abuso sexual y relaciones incestuosas, abandono familiar, separaciones y una marcada inestabilidad emocional.

3.7 ETAPAS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

Acogida

Este proceso se lleva a cabo en la casa de acogida Emilio Pastori, donde los jóvenes se vinculan al Programa don Bosco, es la vía de ingreso a una clara posibilidad de comenzar un proceso de rehabilitación.

Ella cuenta con características propias, que puede ser definido, como un espacio de “acogida”, donde además de ofrecerles techo y comida, se les acompaña, no se les exige abstinencia; los educadores y el ambiente juegan un papel fundamental, ya que, son

ellos los agentes que producen la motivación de los jóvenes a tomar la decisión de un cambio en sus vidas.

A través de una previa entrevista con el director de la casa, es que se realiza el ingreso. Generalmente se les pide venir acompañados de un familiar responsable, al cual se le invita a participar en los encuentros de “familia”. Espacio donde se pretende también acompañar a quien hace de referente significativo del joven que pretende realizar proceso.

La estadía en la acogida es relativa, depende generalmente de las condiciones y la evolución que haya tenido el joven, marcada por la manifestación voluntaria y clara de querer comenzar un proceso y también por haber demostrado respeto a las normas de la casa.

Apresto

Es un espacio en el cual las mujeres manifiestan querer cambiar su actual estilo de vida. Se les ofrece una casa donde se vive un ambiente familiar, con modalidad residencial, en la cual no se consume y tienen visitas familiares o salidas cada 15 días. Aquí es donde comienzan a compartir espacios comunitarios, de carácter terapéutico, recreativo, deportivo, artístico, de talleres y de crecimiento en lo que se refiere al auto-cuidado, maternidad responsable, conocimiento personal; potenciando lo positivo y creando en conjunto con los educadores un ambiente que motive a las mujeres a seguir convencidas que pueden ser reales generadoras de cambios en sus vidas.

Se puede decir que el apresto es un espacio de auto-cuidado, desintoxicación, fortalecimiento de los vínculos, preparación a vivir en comunidad y sobretodo es el espacio en donde las mujeres comienzan a conocer su verdadera identidad y donde muestran también sus primeras señales de cambios.

Profundización y proyección.

Es la continuación de la etapa anterior (apresto), Es donde se centra nuestro estudio. Es un espacio de modalidad residencial, donde se sigue dando importancia al mantenimiento de un ambiente familiar, formativo y educativo, en el que el vínculo afectivo es el elemento principal y fundamental para que las mujeres lleven su proceso de rehabilitación, tiene una duración aproximada 1 año, existen 4 fases, cada una con duración y objetivos específicos.

La primera fase está marcada por la adaptación a las normas de la comunidad y el manifiesto consciente del deseo de cambio, en las siguientes fases comienza la profundización. Cada fase depende del proceso individual de cada mujer y los avances que vayan mostrando, a partir de esto se identifican y profundizan procesos terapéuticos y temáticas específicas, y se realiza el plan de intervención con las mujeres y el equipo de trabajo.

En este proceso se realizan terapias grupales, grupos temáticos y diversas intervenciones individuales. Funciona con un encuadre claro, en las mañanas se trabaja en el ámbito terapéutico y en la tarde se pone énfasis en lo laboral, artístico, trabajo en taller y actividades deportivas, de igual forma, se realizan controles de salud tanto a las residentes como a sus hijos.

Se procura que las madres estén con sus hijos durante el proceso, entendiendo que la presencia y fortalecimiento de éste vínculo es un elemento fundamental que fortalece la permanencia en el tratamiento.

En Marcha (Reinserción)

Es la etapa en donde las Mujeres comienzan a vincularse directamente con la comunidad, propendiendo a generar condiciones que tiendan a normalizar sus vidas.

El trabajo, las salidas frecuentes, el acercamiento a sus hogares permiten que la reinserción sea paulatina, que permita ir evaluando los diversos aspectos que esta experiencia pueda presentar.

Se continúan realizando espacios terapéuticos individuales y grupales según sea la necesidad, se apunta a reestablecer vínculos con las redes de apoyo del sector donde viven, se busca reinsertarla en establecimientos educacionales, con el objeto de retomar los estudios y finalmente, se realizan experiencias de orden administrativo, con el objeto de permitirles gradualmente el uso de dinero.

Las Comunidades Terapéuticas presentadas, cuentan con programas estructurados para la atención de sus usuarios. Si bien es cierto, tienen diferencias en los procesos terapéuticos, las dos están dirigidas a la atención de mujeres drogadictas de sectores populares, las cuales, no están obligadas a hacer aportes económicos para sus tratamientos.

Una de las principales características de estas Comunidades es que plantean que el problema no radica en la droga, sino en lo que hay detrás de la persona que la consume, es decir, su historia de vida, sus experiencias traumáticas, sus frustraciones y su escala valórica.

Desde este enfoque, se diseñan e implementan los programas terapéuticos señalados, buscando que sus usuarios logren redescubrir aquellas cualidades que les permita proyectarse con una vida sana basada en valores pro-sociales.

PARTE III

ANALISIS

DE LOS

RESULTADOS

CAPITULO IV

PARTICULARIDADES DE MUJERES Y COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

Las comunidades terapéuticas son lugares de acompañamiento residencial, en el cual se promueve la reeducación y reinserción social de las mujeres que presentan, entre otras problemáticas, consumo abusivo de drogas. La comunidad facilita en ellas la construcción de un proyecto de vida y el logro de la autonomía sobre la base de valores pro-sociales.

A continuación se presentan los análisis de los resultados de los datos recogidos en las comunidades terapéuticas Manresa y María Auxiliadora. En esta primera parte, se describe los contenidos de los programas terapéuticos y la percepción que tiene los educadores respecto a la incorporación de las particularidades de las mujeres en su tratamiento. Para esto se describe los casos de dos Comunidades Terapéuticas: Manresa Femenina y María Auxiliadora.

1. PROGRAMAS DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA FEMENINA

Las intervenciones en las comunidades Terapéuticas por parte de los equipos, es guiada por lo que orientan los programas escritos. En ellos se describe el sustento teórico y filosófico que mueve a las Comunidades Terapéutica. A la vez, orienta el orden de las intervenciones con las respectivas técnicas terapéuticas y educativas que se utilizan.

De esta forma, realizamos una revisión de los programas escritos, donde pretendemos detectar la presencia o no de la incorporación de las particularidades de las mujeres drogodependientes en sus tratamientos

El análisis y la presentación de los programas de ambas Comunidades se realizan en forma separada, lo que permite tener una panorámica individualizada de cada una de

ellas. Si bien es cierto, el fin último de ambas comunidades apunta a la rehabilitación de la persona, los procesos para alcanzar ese objetivo presentan matices distintos en las programaciones.

1.1. COMUNIDAD TERAPEUTICA MANRESA

La creación de la Comunidad Terapéutica Manresa se justifica a partir de la necesidad que presenta el Hogar de Cristo de atender a la población adolescente y adulta drogodependiente que no cuenta con una propuesta residencial que considere la variable género, lo que queda de manifiesto en sus documentos institucionales:

“En el año 1996 surge la Comunidad Terapéutica Residencial Femenina, con el propósito de dar respuesta a una creciente necesidad de brindar un espacio digno y acogedor a mujeres adolescentes y adultas en situación de vulnerabilidad psicosocial, donde puedan ser acompañadas en un proceso de resignificación y cambio de vida. Hasta esa fecha, las alternativas con que el Hogar de Cristo contaba para personas en situación de riesgo social, eran comunidades ambulatorias, principalmente para adolescentes, o alternativas residenciales para adolescentes y adultos varones con un programa de tratamiento que no incorporaba la variable género en su diseño”

(Manresa Femenina; 2001: 5)

El objetivo general del programa terapéutico de la Comunidad Terapéutica Manresa Femenina es:

- Promover la reeducación y reinserción social de mujeres con dificultades de vida.

Y sus objetivos específicos son:

- Fomentar la integración y participación en la vida grupal y comunitaria dentro de la
- Comunidad Terapéutica.

- Promover una definición positiva de la autoimagen y mejoramiento de la autoestima.
- Brindar una formación moral y cristiana con valores como la solidaridad, honestidad, amor, justicia y responsabilidad.
- Promover el discernimiento de la trascendencia de los propios actos (empatía y conciencia de daño).
- Estimular la valorización y respeto por el propio cuerpo, a través de la participación en actividades deportivas, recreativas, culturales y artísticas.

En términos nominativos no se aprecia la incorporación de las particularidades específicas de las mujeres. La redacción de ellos no indica que sea un programa destinado a la atención de mujeres drogodependientes en Comunidad terapéutica.

Además, respecto al proceso mismo de tratamiento, la estructuración de las etapas para las mujeres (las que se presentan en el marco referencial de este estudio), responden al mismo formato y contenido que el diseñado para el tratamiento de Manresa Masculina. La única diferencia que se visualiza, es que en vez de señalar a los varones como objeto de intervención, se indica a las mujeres. En este sentido, la incorporación de las particularidades de las mujeres drogodependiente, no están incluidas, tanto, en la formulación de los objetivos de tratamiento, como en la estructura de las etapas.

En lo que respecta a las actividades terapéuticas, analizaremos como se enfocan las intervenciones que se consideran más trascendentales en los tratamientos, vale decir, las intervenciones individuales, las grupales y las familiares. A continuación damos cuenta de la incorporación o no, de las particularidades de las mujeres drogodependientes en su formulación en el programa de la Comunidad Terapéutica Manresa Femenina.

A) Intervenciones individuales

Cabe destacar que el proyecto educativo que orienta el accionar de todas las comunidades terapéuticas del Área de Riesgo Social del Hogar de Cristo, no contemplan las intervenciones individuales, poniendo énfasis en las terapias grupales y

la vida en comunidad. Sin embargo, en el programa Comunidad Terapéutica Manresa femenina si se incorpora la intervención individual, aunque se pone más énfasis en las terapias grupales.

Los documentos institucionales de la Comunidad Terapéutica Manresa Femenina, precisan que estas intervenciones individuales se dividen en dos tipos. La primera, denominada “intervenciones individuales” son realizadas por un educador(ra) y apuntan a al abordaje de problemáticas que no son trabajadas a nivel grupal. La segunda, llamada “terapia individual” realizada por un psicólogo(a) y se utilizan para la elaboración de experiencias traumáticas.

“Intervenciones individuales; realizadas por una educadora, generalmente la encargada del seguimiento de la residente. Apunta a abordar problemáticas y/o situaciones de cierta complejidad que no son trabajadas a nivel grupal, facilitando una elaboración acorde a las características particulares de la residente”. (Ibid: 16)

Terapia Individual, realizada por el psicólogo de la Comunidad. Apunta trabajar en la elaboración de experiencias traumáticas en la historia de vida de la residente, que por su complejidad requieren, por una parte, de un espacio complementario y de mayor privacidad respecto del trabajo grupal, y además de herramientas técnicas profesionales propias del ámbito de la psicología. (Ibid: 16)

Podemos decir que los contenidos en el Programa terapéutico relacionados con las intervenciones individuales presenta limitaciones en la consideración de las particularidades de las mujeres, ya que si bien considera este tipo de intervención, no se profundiza mayormente en el cómo se realizan y cuales son los aspectos específicos de las mujeres que deben ir incluidas en ellas. Esto permite que el desarrollo y formato de estas intervenciones queden a criterio del interventor de turno.

b) Intervenciones grupales

Las intervenciones grupales se refieren a espacios en los que las residentes ahondan en sus experiencias de vida problemáticas revelándose a sí misma en los aspectos más conflictivos.

La definición que se aprecia en el programa terapéutico de la Comunidad Terapéutica Femenina Manresa responde a la misma definición del proyecto Educativo antes señalado.

Los grupos terapéuticos que se describen en el programa Manresa y, por ende, se desarrollan en la comunidad, también son una réplica exacta de lo que plantea el proyecto educativo. Por consiguiente, son los mismos que se desarrollan en las comunidades Terapéuticas del Área de riesgo social del Hogar de Cristo.

c) Intervenciones familiares.

Se plantea que la familia debiera estar siempre involucrada en el proceso de rehabilitación cuando existe un miembro consumidor de drogas en tratamiento, ya que en su interior se ha creado una buena parte de las condiciones que facilitan el desarrollo de las adicciones. Su cooperación tiene relación con el éxito terapéutico en tanto opera como un ente protector y refuerza la toma de conciencia, permitiendo la mantención del cambio.

Lo señalado dice de la importancia que tiene que la familia se vincule en los procesos terapéuticos. Sin embargo, debido a los matices distintos que tienen las familias de las mujeres drogadictas en relación a los hombres, se espera que la intervención con sus familias incorporen esos matices.

Al igual que en otros puntos anteriores, nos encontramos con que el diseño de las intervenciones familiares responden a la población general que atiende esta fundación, no visualizando componentes distintivos para el abordaje de tratamiento femenino.

Creemos que la incorporación, en las terapias de familias, de las particularidades de ellas mismas y de las residentes son fundamentales en el éxito del tratamiento.

Esto se justifica analizando el comportamiento de las familias de ambos géneros, masculinas y femeninas. Sin embargo, las familias de las mujeres drogodependientes, por lo general tienden al no apoyo de las residentes mientras ellas están en tratamiento.

CONACE hace referencia a la ausencia de las familias de mujeres drogodependiente que se someten a tratamiento.

“En general, las mujeres tienen menos disponibilidad de ayuda que los varones, los familiares minimizan el problema, o de plano se oponen explícitamente a otorgar apoyo permanente y responsable”.
(CONACE; 2004: 31)

En cambio, en el caso de los hombres se desarrolla lo que llaman la co-dependencia, que trae consigo, una mayor presencia familiar, sobre todo por parte de la madre del adicto, en los tratamientos.

El concepto de co-dependencia se define como:

“Estado de pensar, sentir y actuar en relación a un adicto, siendo tal conducta obsesiva, compulsiva y con dedicación a hacer que él deje su adicción que lleva al co-dependiente a descuidar sus propias necesidades: "Vive a través del adicto", descuidando su autoestima y sentido de vida; pierde su propia identidad con el fin de salvarlo y para lograrlo tiene que controlarlo”
(Escotado; 1995: 9).

Autores coinciden que este fenómeno se desarrolla principalmente en las familias de adictos hombres.

Los elementos planteados, nos llevan a reflexionar y justificar la necesidad de atender terapéuticamente en forma diferenciada a familiares de hombres y mujeres adictos en tratamiento. Mientras a familiares de los hombres adictos se debiera abordar aspectos relacionados con la co-dependencia. En el caso de las mujeres se conviene tratar los temas relacionados con el compromiso familiar en apoyarlas y comprender los procesos que han facilitado la adicción de su familiar.

1.2. COMUNIDAD TERAPEUTICA MARIA AUXILIADORA.

Como lo hemos señalado en el marco referencial, el programa Don Bosco cuenta, al igual que el Hogar de Cristo, con varias Comunidades Terapéuticas dirigidas a atender a varones adultos, varones adolescentes y mujeres. Es en estas últimas es donde se enfoca nuestro análisis.

Los programas terapéuticos de cada comunidad son denominados “Propuestas de Rehabilitación” las que son equivalentes a los programas terapéuticos que orientan el accionar de las Comunidades Terapéuticas.

Como lo hemos señalados, las intervenciones en las Comunidades Terapéuticas por parte de los equipo, es guiada por lo planteado en los programas terapéuticos. Por lo tanto, en el caso de nuestras comunidades en estudio, son en estos programas, donde nos centraremos en la búsqueda de la incorporación de las particularidades de las mujeres drogodependientes.

“El Programa Don Bosco inicia su trabajo con mujeres con problemas de adicción planteando la intervención desde la experiencia desarrollada con los hombres, utilizando los mismos lineamientos en relación a un proceso de desarrollo personal e identificación de problemáticas.” (Programa Don Bosco; 2002: 1)

Lo planteado nos confirma lo que hemos desarrollado en este estudio con respecto a que las Comunidades Femeninas han heredado el programa terapéutico desde la atención a varones. El caso del Programa Don Bosco no es la excepción.

Sin embargo, a través de su praxis, se comienza a discutir respecto a la conveniencia de seguir aplicando el modelo masculino en la Comunidad Terapéutica Femenina.

“En la práctica nos encontramos con que la mujer requiere de una intervención distinta en relación al tiempo y la forma en que debe realizar su proceso. Respecto al tiempo observamos que la mujer a diferencia del hombre logra conectarse más rápidamente con su historia y emociones por lo que logra profundizar con mayor rapidez en las situaciones que la han afectado a lo largo de su vida”. (Ibid.: 3)

Es preciso señalar que el hecho de que exista la intención de diferenciar la atención de las mujeres en esta Comunidad Terapéuticas refleja la preocupación del programa Don Bosco de mejorar la calidad de la atención a esta población.

La intervención con mujeres en este Programa, es diferenciada por etapas, las que se vivencian en espacios distintos. Así, el inicio del tratamiento se lleva a cabo en la casa de Acogida Emilio Pastori. Posteriormente, viene la Comunidad de Apresto Mornes y por último, la etapa de profundización que es la Comunidad Terapéutica en sí, donde se aplican las técnicas propias de este modelo. A este proceso de cambio de etapas diferenciadas por espacios físicos diferentes se le denomina “Circuito Terapéutico”.

Cabe señalar la importancia que tiene este circuito terapéutico en el proceso en mujeres. Debido a que permite que ellas, lleguen a la Comunidad de Profundización preparada terapéuticamente para profundizar en sus experiencias que le han facilitado el abuso de drogas.

A efectos de nuestro estudio, la recolección de los datos se realiza solamente en la Comunidad de profundización, debido a que en este lugar se aplican las técnicas propias de la Comunidad Terapéutica.

El objetivo general de la propuesta Terapéutica de la Comunidad Terapéutica Maria Auxiliadora es:

- Acompañar a las mujeres en la revisión de su vida y en el replanteamiento de su propio estilo de vida.

Y los objetivos específicos son:

- Que las mujeres conozcan de manera clara las normas de la comunidad y que las vivan.
- Acompañar y orientar el fortalecimiento de las mujeres con su compromiso de cambio personal, familiar y comunitario
- Que las mujeres logren hacer un reconocimiento de su historia personal, familiar y comunitaria.
- Que las mujeres logren comprender (identificar, internalizar, asimilar y vivenciar) las problemáticas.
- Que las mujeres logren una proyección en la reinserción familiar y social
- Que las mujeres trabajen en su proyecto de vida

El planteamiento de estos objetivos no hace mención de la especificidad de las mujeres que se atiende. Además, estos objetivos están incluidos en la propuesta de varones de la misma fundación, lo que significa que no se hace una diferenciación entre hombres y mujeres en la formulación de los objetivos de los tratamientos.

Además, las etapas del tratamiento para las mujeres, responden al mismo formato y contenido que el diseñado para el tratamiento de los varones. La única diferencia que se visualiza, es que en vez de señalar a los varones como objeto de intervención, se señala

a las mujeres. En este sentido, la incorporación de las particularidades, serían únicamente en términos nominativos.

a) Intervenciones individuales

En la propuesta de esta comunidad femenina no se aprecia un desarrollo de las intervenciones individuales, es más, solo se visualiza la mención de ellas como trabajo personal; coloquios, psicoterapias y seguimiento medico, sin explicitar en qué consisten y como se desarrollan. Por lo tanto, la propuesta femenina presenta déficit en la presentación de las intervenciones individuales, las cuales no consideran las particularidades femeninas, lo que dificulta el accionar del equipo terapéutico, dejando a criterio personal el desarrollo de estas intervenciones.

b) Intervenciones grupales

Las intervenciones grupales se refieren a espacios en los que las residentes ahondan en sus experiencias de vida revelándose a sí misma en los aspectos más conflictivos.

Al igual que en las intervenciones individuales, las intervenciones grupales en esta propuesta, sólo se mencionan como actividades, no existiendo un desarrollo sobre su significado y contenido. A la vez, responden a las mismas intervenciones planteadas en el programa masculino.

c) Intervenciones familiares.

En cuanto a las intervenciones familiares, si bien es cierto, están mencionadas en la propuesta de rehabilitación para mujeres, no se realizan en forma separadas. Estas están destinadas para todos los usuarios que se encuentran en tratamiento en las distintas Comunidades de la Fundación. Además, no se cuenta con un programa terapéutico específico para la intervención familiar.

Lo presentado en este capítulo, respalda la tesis de la no existencia de un programa terapéutico específico que sustente la atención de las mujeres drogodependiente en

tratamiento. Esto puede implicar que los servicios terapéuticos no logren sus resultados esperados. Frente a esto, también se pueden generar daños irreparables en las mujeres que solicitan ayuda, que en la medida que experimenten estas falencias se genere en ella un rechazo al modelo de Comunidad Terapéutica.

CAPITULO IV

2. LOS EDUCADORES Y MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Las educadoras que fueron entrevistadas en este estudio, cuentan con una larga experiencia en trabajo en Comunidades Terapéuticas. Alunas de ellas han sido residentes de Comunidades Terapéuticas Femeninas y una vez que han superado su adicción a las drogas, se han dedicado a ayudar a personas que presentan el mismo problema. Algunas de ellas tienen experiencias en otros ámbitos de intervención social, como intervención comunitaria en sectores populares y grupos culturales. Todas las educadoras entrevistadas se han formado terapéuticamente en los modelos masculinos, lo que les permiten tener las dos visiones de la aplicación del modelo terapéutico.

Las características personales de las educadoras, permiten que sus conocimientos sean un aporte empírico a este estudio, ya que sus vivencias personales y laborales, les permite tener una comprensión desde dentro de la complejidad del fenómeno estudiado.

2.1 MODELO COMUNIDAD TERAPEUTICA

Según algunos autores y entre ellos el National Institute on Drug Abuse, en términos amplio, las Comunidades terapéuticas se definen como:

“...ambientes residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces” (NIDA)

Los elementos que interactúan en esta definición son la Jerarquía, responsabilidad personal y social, influencia entre pares, asimilación de normas. Estos Elementos son

fáciles de identificar en las definiciones que realizan los educadores de las comunidades en estudio. Sin embargo, ellos agregan elementos característicos de comunidades terapéuticas dependientes de instituciones religiosas; la ayuda, la reflexión, el reencuentro y el acompañamiento.

“Es un lugar donde se acoge a personas que necesitan de su ayuda....” (Maca)

Maca plantea un elemento que resalta la acogida de personas que están necesitadas de ayuda

“Es un lugar para reflexionar en las dificultades y aciertos, adquirir nuevas habilidades para enfrentar la vida.” (Dany)

Dany agrega un elemento terapéutico que apunta a que la Comunidad es un espacio donde las personas pueden reflexionar y desarrollar habilidades que les permita ir enfrentando las dificultades de la vida.

“Es un lugar de acompañamiento.... (Doris)

Doris resalta el acompañamiento, concepto que en muchos espacios se utiliza en reemplazo al de intervención.

“Es un lugar donde las personas se reencuentran...(Ale)

De acuerdo con esas opiniones, el funcionamiento, la distribución de roles y la vida comunitaria, definen a la Comunidad Terapéutica como un modelo que emula la estructura social. Aspecto en el que coinciden con diferentes autores que han abordado el tema, como es el caso de Villarino, quien sostiene que :

“...La Comunidad, en tanto que forma de abordaje de la drogodependencia, utiliza un modelo reducido y simplificado de un

sistema social, como plataforma de cambio y como catalizador del proceso terapéutico” (Villarino; 2002:4)

Esta especie de micro-sociedad compuesta por personas que han tenido un marcado desajuste con las normas sociales, se ordena en su dinámica con la instalación de un sistema normativo del cual todos sus integrantes son responsables de hacerlo cumplir. Por consiguiente, es un el sistema de normas es inherente a la definición del modelo de Comunidad terapéutica.

*“...en el cual existen leyes, las normas, bajo criterio establecido.
(Maca)*

*“Es un espacio estructurado en donde hay normas básicas.....pa`
normalizar la vida desordenada que tenían las chiquillas.....
significa tener un horario tener normas básicas.” (Ale).*

Los diálogos de pasillos con educadores y profesionales realizados mediante la observación participante, dieron cuenta de tendencias dentro de los Equipos Terapéuticos a proceder por un lado más afable en la intervención (que no significa ser permisivo con las mujeres) y por otro lado, a ser normativo y distante en las relaciones terapéuticas.

Se puede plantear que, si bien es cierto, todos los educadores(a) entrevistados presentan una opinión clara y no difusa respecto a lo que entienden por CT, en las respuestas los contenidos incorporan tendencias a describir la CT como un lugar afable, pero claramente rígido.

2.2 DIFERENCIA ENTRE MODELO FEMENINO Y MASCULINO

Como se ha descrito en los capítulos anteriores, la génesis de las Comunidades Terapéuticas se caracteriza por ser diseñada por y para varones.

Con el surgimiento de la población femenina que demanda este servicio en las últimas décadas, se fue extrapolando el modelo masculinizado para la atención de estas mujeres.

La vida comunitaria entre mujeres presenta componentes distintivos en comparación con la vida comunitaria entre varones. La responsabilidad en asumir roles tan complejos como la maternidad, en el caso de las mujeres, aparece como un componente diferenciador, debido a que tendrían que enfrentar en forma simultánea las dificultades de su proceso terapéutico, la crianza de sus hijos y las innumerables actividades que esto demanda.

Con respecto a lo señalado, los educadores precisan la diferencia que existe entre Comunidad Terapéutica Femenina y masculina.

“...las comunidades masculinas son como un departamento de solteros y las comunidades femeninas es como una casa de familia. Las comunidades femeninas tienen los componentes de una familia, tienen mujeres embarazadas, niños, adolescentes, así que se da una dinámica familiar, son diferentes realidades.” (Doris)

Esta realidad de la Comunidad Terapéutica femenina es un elemento al que se le puede dar una doble lectura. Por una parte, la presencia de los hijos de residentes, es visto como un elemento obstaculizador debido a que alteraría la dinámica normal de una Comunidad Terapéutica. Esta lectura respondería a una óptica de modelo masculinizado. Por otra parte, como una realidad que responde a las particularidades propias de un grupo de mujeres en rehabilitación, a la cual, el modelo tendría que adaptarse sin señalarla como distorsión.

En este contexto, una investigación de los factores de la deserción en la comunidad realizado anteriormente en una de las Comunidades en estudio, señala:

“...A este problema se suma la complejidad que representa la presencia de los niños en su interior, donde las residentes deben

constantemente asistir en el cuidado de ellos, lo que no permite que todo el grupo se encuentre realizando una misma actividad simultáneamente. La Institución tiene conciencia que los niños distorsionan la coordinación de actividades, sin embargo su presencia resulta necesaria en la Comunidad, para tener más tranquila a las madres y para desarrollar valores como la paciencia y la calidez en las que no los son”.

(Muñoz y Astudillo; 2001: 29)

Con respecto a lo señalado, creemos que una Comunidad Terapéutica o cualquier modelo de intervención terapéutica, debiera considerar las particularidades propias de sus pacientes y optar por lo que se presenta como un aporte en los procesos terapéuticos de los mismos. En este caso, la presencia de hijos de las residentes se convierte en un aporte para los procesos terapéuticos de las mujeres, debido a que la desconexión con ellos, les resulta muy complejo de sobrellevar.

2.3 PARTICULARIDADES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA MARIA AUXILIADORA Y MANRESA.

Las Comunidades Terapéuticas (Femeninas o masculinas) tienen sus particularidades con las que todos sus miembros se identifican, lo que les da paso al sentido de pertenencia, que resulta clave en el fomento de la confianza en sus usuarias, siendo ésta vital en los procesos de rehabilitación de las mujeres.

De esta forma la Comunidad Terapéutica Maria Auxiliadora tiene la particularidad de atender a un mismo perfil socioeconómico. Sus usuarias provienen todas de sectores desprotegidos.

“...atiende a mujeres de sectores populares”...“Todas estas chiquillas tienen una precaria situación económica. Esta CT. Se especializa en este perfil.” (Ale)

Otra particularidad que se deriva de la atención de mujeres de sectores populares en situación de pobreza es que ellas difícilmente son recibidas en otras instituciones que trabajan el tema de la rehabilitación en mujeres drogadictas, debido a que por sus precarias habilidades en las relaciones sociales son discriminadas y derivadas a otros lugares a fines.

“...y por ser criadas en la población no tienen cabida en otra comunidad, ya que son rotuladas con diagnósticos psiquiátricos.”

(Ale)

Esta discriminación resulta tremendamente peligrosa al momento en que las mujeres buscan ayuda. La rotulación con diagnósticos psiquiátricos en el caso de las mujeres, que de alguna forma presentan conductas trasgresoras a los patrones establecidos, restringe la solicitud de ayuda por parte de las mujeres más afectadas por el abuso de drogas.

“Las conductas de trasgresión, socialmente disruptivas, son más severamente sancionadas en las mujeres, porque de acuerdo al patrón cultural, están asociadas con lo masculino. Esto determina sentimientos de culpa, vergüenza, e incapacidad que pueden llevar a las mujeres a ocultar su adicción o bien a no solicitar tratamiento para no ser estigmatizadas como “adictas” o “locas””. (García; 1996: 5)

Esta Comunidad Terapéutica también cuenta con un espacio que permite que las mujeres en rehabilitación no se separen de sus hijos mientras dura su tratamiento.

“...Una de las ventajas de esta comunidad es que ellas pueden estar con sus hijos. Tienen la garantía de tenerlos con ellas y “aperrar” con ellos en el proceso y aunque les cuesta “aperrar” con su hijo y hay preocupación y está la necesidad de abrazarlo de quererlo de que la que este ahí lo cuide”. (ALE)

El concepto aperrar definido por Ale se refiere a enfrentar el proceso terapéutico y mantener el cuidado de sus hijos.

Los esfuerzos, tanto humanos como económicos, que realiza la Comunidad Terapéutica María Auxiliadora son vitales para que las mujeres mantengan los vínculos con sus hijos.

“Muchos centros no cuentan con servicios específicos para las mujeres, principalmente si son madres de hijos pequeños. El tratamiento residencial resulta particularmente crítico cuando las mujeres deben separarse de sus niños, temen perder la tenencia de ellos o no cuentan con redes de apoyo y sostén. En muchos casos, los abandonos de tratamiento tienen que ver con factores contextuales: concretamente, deben retornar lo antes posible para cumplir sus responsabilidades domésticas y familiares”. (Ibid: 5)

En el caso de la CT Manresa, se caracteriza por contar con una infraestructura mucho más sofisticada y espaciosa que permite que sus usuarias cuenten con una dependencia cómoda para sus actividades. Al igual que la Comunidad terapéutica Maria Auxiliadora, Manresa tiene la particularidad de contar con un espacio físico para acoger a los hijos de las residentes.

“.....Creemos que la sala cuna, el tema de los niños, que tenemos una profesional cuidándolos”. (Maca)

Es fundamental hacer hincapié en que la incorporación de los hijos y la atención de un perfil socioeconómicamente similar en las comunidades, es primordial para que estos espacios sean atractivos para sus residentes y las que buscan ayuda.

En nuestra estadía en la comunidad, muchas mujeres en tratamientos nos plantearon que al momento en que buscaron ayuda encontraron comunidades para mujeres en las que cobraban altas sumas de dinero por los tratamientos, deduciendo ellas que las residentes de dichas comunidades no corresponderían a su “clase”.

2.4 PERFIL DE LAS RESIDENTES.

La situación socioeconómica de las mujeres en tratamiento, al igual que en la descripción de las características de las comunidades terapéuticas señaladas en el punto anterior, aparece como características principal del perfil de atención en estos espacios.

“Mujeres de baja condición económica que viven en poblaciones marginales con bajos niveles educacionales”. (Dany)

“...mujeres de bajos recursos, que buscan una oportunidad y la encuentran aquí. (Maca)

La comunidad Terapéutica facilita que las usuarias tengan salidas cada cierto tiempo a casas de familiares o personas que las apoyen en su tratamiento. En nuestra estadía en ellas, nos percatamos que muchas de ellas no hacían uso de este beneficio quedándose los días de salidas al interior de la Comunidad, señalando que no cuentan con familiares o personas que las acompañen. De igual forma, se refleja también la ausencia de apoyo en los horarios en que las usuarias reciben visitas, muchas de ellas teniendo familia o pareja, no las visitan. Los educadores conscientes de esta realidad señalan que el abandono por parte de sus familias es parte del perfil de estas mujeres.

“La mayoría de ellas madres solteras, consumidoras de Pasta Base, con bajo apoyo familiar” (Ale)

Otra educadora, agrega la presencia de elementos traumáticos en las historias de vida de las mujeres.

“Mujeres muy dañadas con historias de Violencia. Súper maltratadas y abandonadas”. (Doris)

Varios autores coinciden con que las mujeres son escasamente apoyadas por sus familiares mientras dura su proceso de rehabilitación.

“En general, las mujeres tienen menos disponibilidad de ayuda que los varones, los familiares minimizan el problema, o de plano se oponen explícitamente a otorgar apoyo permanente y responsable”.
(CONACE; 2004: 31)

Como ya hemos señalado, la connotación social que se da a una mujer drogadicta no es la misma que recibe el hombre. Esto también tendría efectos en el núcleo familiar. La escasez de apoyo familiar se relaciona con sentimientos de culpa y de vergüenza que se van generando al interior de las familias de mujeres drogodependientes.

“Asociadas al abuso de drogas o alcohol, la culpa y la vergüenza pueden llevar a la familia a abandonar a la mujer consumidora. Inversamente, se pueden presentar situaciones familiares de negación y encubrimiento que obstaculicen el acceso de la mujer consumidora al tratamiento”.
(Morin; 1966: 5)

Este abandono se relacionaría con un castigo que la familia le daría a la mujer por haber consumido drogas y por efecto, violar los códigos de conducta establecidos, siendo más castigado en la mujer que en los varones debido al daño familiar que esto genera.

“Las mujeres adictas tienden a ser estigmatizadas con mayor frecuencia que los hombres, ya que la sociedad considera sus actitudes como una doble trasgresión: el uso indebido de drogas es, de por sí, una violación de los códigos sociales de conducta y, al hacerlo, la mujer se está apartando de sus roles tradicionales de esposa, madre y pilar de la familia. Una mujer adicta puede causar mayor rompimiento en la familia porque las consecuencias legales y sociales de su uso indebido tienden a ser más severas”. (Mujer y uso indebido de drogas; 1998)

Creemos que esta situación es lamentable siendo que el apoyo familiar es de suma importancia en los procesos de rehabilitación en las personas con problemas de drogodependencia. Estudios demuestran que el éxito del proceso, el cual depende también de la duración de este, está influenciado por la presencia de vínculos con la familia.

“Había asociación entre las variables mantener la relación familiar y la duración del tratamiento (meses de estancia en la CT). Se hizo una comparación de medias entre los grupos que mantenían la relación y los que tenían la relación rota respecto a la duración del tratamiento, resultando que los que mantenían la relación familiar permanecían más tiempo en tratamiento” (ONU;2004: 50)

Por otra parte, las comunidades terapéuticas ejecutan programas de tratamiento residenciales que duran en tiempo entre 8 y 12 meses, lo que algunas familias consideran mucho tiempo. Esto genera una paradoja respecto al no apoyo de las familias durante el tratamiento. Al pasar el tiempo y ver que la mujer presenta signos de recuperación, la familia ejerce presión para que vuelva a su hogar a retomar sus roles.

“Ellas empiezan a ser requeridas y demandadas de vuelta a la familia antes que la mayoría de los varones. Esto significa que, a pesar de la motivación a tratamiento, las deserciones se producen muchas veces por presión del entorno familiar” (CONACE; 2004; 40)

Otra caracteriza que resalta en las mujeres y que son percibidas por los educadores, es el nivel de agresividad que ellas tienen. Es común encontrarse en la Comunidad Terapéutica con episodios de agresiones verbales, físicas y maltrato de mobiliarios producto del bajo control de impulsos que ellas tienen.

“No presentan mayores habilidades para relacionarse, son muy agresivas, poca tolerancia a la frustración”. (Maca)

En conversaciones con educadores que han trabajado en comunidades masculinas y femeninas, nos señalaron que en estas últimas es donde han recibido más agresiones por parte de las usuarias.

El tema de la agresividad dentro de una comunidad terapéutica no se ha tratado, por lo que nos dificulta encontrar autores que se refieran al tema. Creemos que estas conductas son reflejo de los que ellas han vivenciado en sus historias cargadas de violencia y abusos.

2.5 PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS.

Una de las problemáticas que las mujeres deben enfrentar en su proceso de rehabilitación se trata de sus relaciones de pareja. Educadores manifiestan que mientras ellas realizan un proceso de cambio, donde el cambio radica en la adquisición de valores pro-sociales tales como la responsabilidad, honestidad, solidaridad entre otros, sus parejas practican actividades ilícitas como el robo u otros. Esto se convierte en una disyuntiva que ellas deben solucionar.

Resolver esta disyuntiva es enfrentar lo que llaman algunos autores la dependencia a la relación de pareja, que en el caso de las mujeres adictas se presenta como otra adicción paralela a la de las sustancias.

“La dependencia afectiva y la dificultad para decir NO o exigir condiciones, el miedo a la soledad y la desconexión afectiva, lleva a muchas mujeres a tolerar abusos o violencia por parte de una pareja, tornándose adictas al adicto o adictas a la relación.”
(García; 1996; 6)

Esta disyuntiva trastoca lo que llaman prevención de recaídas. Lo que significa que una vez terminado el proceso terapéutico, deben cuidar de no frecuentar personas que practiquen el consumo de drogas o realicen prácticas antisociales como el robo, por lo que obliga a la mujer a tomar una decisión frente a este problema.

“Claramente muchas chiquillas estando aquí lo más fuerte pá’ ellas del estar lúcidas es como van a enfrentar a su marido a la salida”... “hoy día el compadre se va a salvar (robar) y ella no está de acuerdo con que el compadre se salve y hoy día estoy bien y no puedo mentir, no puedo robar, entonces no tienes ninguna herramientas pa’ enfrentar la situación”. (Ale).

Las mujeres que al momento de ingresar al tratamiento no se encuentran con pareja estables son orientadas por los educadores a que no piensen en la posibilidad de iniciar una relación amorosa, ya que se plantea que la presencia de un incipiente romance amoroso es causa de abandono voluntario en las mujeres.

“Yo diría que una de las problemáticas fuertes es verse sin pareja. y cuando aparece una pareja abandonan el proceso terapéutico y se van con él”. (Dany)

La ausencia de pareja representa una oportunidad para las mujeres de involucrarse de lleno en el proceso terapéutico lo que implica ir enfrentando sus problemáticas de fondo, lo que significa, a la vez, re-vivir experiencias traumáticas pasando por estados de dolor. La aparición de una pareja se presenta como la posibilidad de saltarse esta etapa y realizar un proyecto de vida con ella, abandonando la terapia.

Otra problemática importante se relaciona con temas conductuales. Las mujeres se encuentran con problemáticas que se reflejan en la rutina diaria. Al ser la CT un espacio organizado, estructurado y normado en común ver episodios de rebeldía a lo que se impone en el tratamiento.

“Las mujeres son más rebeldes y son más osadas, más atrevidas”.
(Ale)

Esto les juega en contra de sus intenciones de cumplir con el tratamiento, debido a que muchas de ellas terminan abandonando los tratamiento por temas conductuales.

“Principalmente la baja tolerancia a la frustración, quieren todo rápido, ven como lejana la posibilidad de cumplir con un tratamiento de un año. Muchas veces la agresividad es una forma de resolver conflicto.”(Maca)

Como hemos señalado anteriormente, la agresividad dentro de una Comunidad Terapéutica Femenina es un tema que no ha sido desarrollado teóricamente. Sin duda podemos asociarlo a muchas teorías que hablan de la agresividad en la mujer pero no específicamente en Comunidad Terapéutica. Por consiguiente creemos que es un tema importante a ser desarrollado en otras investigaciones a fines.

2.6 DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES CONSUMIDORES(AS)

Las experiencias de vida de las mujeres drogodependientes en comparación con los hombres drogodependientes, se presentan en forma distinta. Frente a esto, nos encontramos con respuestas cuyos contenidos dan cuenta de varios ámbitos que advierten las diferencias.

Las mujeres experimentan un estigma social distinto al de los hombres, debido a que el significado de adicto se entiende socialmente diferente al de adicta.

“...en relación con los hombres, las mujeres con problemas de drogas tienen la tendencia a experimentar un estigma que es más estresante y más destructivo que el que sufren ellos” (CONACE; 2004: 5)

Estos estigmas tienen relación con el rol que la sociedad ha fijado para las mujeres de ser las vigilantes de la moralidad y valores sociales, se espera que sean recatada y sumisa; por consiguiente, a las mujeres no les corresponde embriagarse.

Esto facilita, en la medida que avanza su adicción, que ella vaya escondiendo su problema y al momento de decidirse buscar ayuda los niveles de daños son profundos.

“...la mujer con dependencia está más expuesta a ser sancionada y criticada socialmente porque de acuerdo con la socialización sexista, consumir drogas y otras conductas transgresoras y/o disruptivas está más asociado a lo masculino. Lo anterior agrava el aislamiento de las mujeres, quienes para evitar ser estigmatizadas tienden a ocultar su problema, no pedir ayuda o postergarla”.
(Ibid: 5)

Esto explica de alguna forma que las respuestas del equipo terapéutico de las Comunidades Terapéuticas en estudio apunten a que la diferencia que radica entre varón y mujer consumidora radica en el nivel de daño que ellos han vivenciado, correspondiéndole a la mujer un daño mucho más severo que al de los varones.

“...yo creo que la diferencia que puede haber en la mujer es que la mujer llega mucho más destruida, por que el consumo de la mujer es más escondido y la mujer es mucho más condenada que los hombres. Llega destruida por que se demora en tocar fondo, se demora en darse cuenta que necesita ayuda”. (Doris)

Históricamente la mujer ha desempeñado un rol fundamental dentro de la familia contribuyendo de forma protagónica para que este significativo núcleo social cumpla con sus funciones en la sociedad. Otra diferencia entre hombres y mujeres drogodependientes, se relaciona con los daños co-laterales que se va generando en su proceso de adicción, debido a que la mujer despreocupa el desempeño de sus roles.

“Cuando es una mujer la que está consumiendo la familia tiende a desmoronarse más y hay más conflicto y hay más dificultades para que se puedan mantener más estable y como yo decía como el título de mujer consumidora tiene un estigma y un prejuicio mucho más fuerte”. (Dany).

De este modo, un sin fin de actividades quedan inconclusas dentro de la familia dando paso a generar o agudizar la disfuncionalidad del núcleo familiar.

“Las mujeres en general son las que en primer lugar proporcionan atención en la salud y en la educación a sus familias, pero si abusan de las drogas su capacidad de desempeñar estos roles se ve severamente perjudicada, y por ende toda la familia sufre”.

(MORIN; 1996: 7)

Es fundamental que reflexionemos frente a la situación del daño que presentan las mujeres consumidoras debido a sus graves consecuencias psicológicas que pueden tener al estar en un tratamiento residencial que no considere estos aspectos.

Los tratamientos en Comunidades Terapéuticas han caído en sólo describir las características del daño que presentan las mujeres, pero no se han desarrollado suficientemente las estrategias que permitan abordar este daño en las dinámicas cotidianas de la intervención en dichas comunidades.

2.7 PARTICULARIDADES COMO MUJERES ADICTAS

Las educadoras señalan que las mujeres que se encuentran en tratamiento presentan particularidades que las diferencian de los hombres, entre de las que destacan la emotividad y la agresividad.

Respecto de la intensidad con las que ellas vivencian sus sentimientos, las educadoras señalan que las mujeres vivencian el dolor de forma distinta a la de los hombres.

“El dolor que lleva por la vida que viven lo sienten mucho más fuerte que los hombres”. (Ale)

Lo señalado refiere a una sensibilidad mayor que presentan las mujeres al enfrentarse a los problemas de su vida. Hay autores que señalan que las mujeres drogodependientes presentan tasas más elevadas de enfermedades psiquiátricas en

comparación con los hombres. Esto se relacionaría con una predisposición a dejarse afectar con más profundidad por las situaciones señaladas.

“Los estudios muestran también que, en comparación con los hombres, las mujeres con problemas de consumo de sustancias presentan tasas más elevadas de síntomas psiquiátricos o trastornos de este tipo, por lo general ansiedad, depresión trastornos limítrofes de la personalidad y trastornos en la alimentación. Además, en algunos estudios se señala que las mujeres son más propensas que los hombres a pensar en el suicidio e intentar cometerlo. A diferencia de las mujeres, es más frecuente que se diagnostiquen a los hombres trastornos de personalidad antisocial”. (ONU; 2004: 20)

Este punto es imprescindible considerarlo en la intervención con mujeres drogodependientes, debido a que autores manifiestan que las causas del inicio del consumo de drogas en las mujeres se relacionaría con trastornos psiquiátricos.

“...Hombres y mujeres difieren también en cuanto al orden en que se presentan los trastornos concomitantes” ...”en el caso de la mujer era más probable que el comienzo de una perturbación causada por el consumo de sustancias fuera precedido de problemas psiquiátricos como depresión, ataques de pánico y trastornos resultantes de estrés postraumático, mientras que en el de los hombres era más frecuente que al menos la depresión fuera consecuencia del consumo de sustancias, en particular cocaína y alcohol” ...“el uso indebido de sustancias por parte de las mujeres guarda más relación con problemas como depresión, irritabilidad y ansiedad, y en el caso de los hombres, con problemas de ajuste social en los planos laboral, financiero y judicial”. (ONU; 2004: 20)

Otra particularidad de las mujeres drogodependientes en tratamiento que aparece con fuerza en las opiniones de los educadores, se relaciona con la agresividad que utilizan para resolver sus conflictos.

“Yo diría que la agresividad que lleva es muy marcada, por lo general, ante una situación compleja, terminan resolviéndola por esta vía”. (Doris)

Frente a la inexistencia de estudios que expliquen las actitudes de violencia en las mujeres drogodependientes en tratamiento, creemos que sus propias historias cargadas de violencia, configuran desde esta misma lógica. En la medida que se encuentran con situaciones difíciles de enfrentar y resolver, recurren a la violencia, tanto física como psicológica, lo que se convierte en una herramienta para la resolución de estos conflictos.

Siguiendo con las particularidades de estas mujeres, surge, como en otros puntos que hemos tratado en este análisis, el abandono familiar al que están expuestas, como una de las principales particularidades.

“El abandono familiar se presenta como una particularidad clara. Mientras los hombres cuentan con apoyo desde un principio para salir de las drogas, las mujeres llegan solas y les cuesta reestablecer ese vínculo familiar”. (Maca)

El apoyo familiar es un componente vital en los procesos de rehabilitación de cualquier persona que se decida a hacerlo. Sin embargo, en el caso de las mujeres, este no se realiza de la misma forma que en los hombres, lo que hace que esta ausencia de apoyo familiar se convierta en un obstáculo en el proceso terapéutico. Este punto lo hemos desarrollado en páginas anteriores

2.8 COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y PARTICULARIDADES DE LAS MUJERES DROGODEPENDIENTES

En lo que se refiere a la salud mental y en particular al tema de la drogodependencia, los estudios sobre la especificidad del tratamiento para mujeres han sido escasamente desarrollados. Debido a que los patrones de consumo, las causas y las secuelas del abuso de drogas en las mujeres difieren del de los hombres, y que los factores que contribuyen a esa diferencia son complejos e incluyen una perspectiva relacional, es algo que no se acepta generalmente o al menos no se subraya en toda su magnitud y relevancia.

“El término “población especial”, con el que algunos expertos denominan a la población femenina, da cuenta de una sobregeneralización en la que el standar que se utiliza como referencia válida es el que corresponde al consumo de los varones”. (García; 1996: 1)

No podemos dejar de mencionar que el punto que estamos tratando es de suma importancia para este estudio, ya que refleja de forma clara el resultado de nuestro del mismo. En este capítulo, hemos respondido en términos generales pero concretos, que existe una gran deuda por parte de las Comunidades Terapéutica con la población femenina que abusa de las drogas. Esta apreciación no solo nace a partir de lo que nosotros planteamos, sino que lo mencionan los mismos encargados de la aplicación del programa terapéutico de las Comunidades.

“Creo que principalmente las Comunidades Terapéuticas femeninas están en deuda con sus usuarias. El perfil femenino es más complejo de trabajar en comparación con los hombres. (Ale)

En la medida en que se desarrollen reflexiones respecto al funcionar de las comunidades Terapéuticas Femeninas, se dará cuenta de las carencias que este modelo presenta en la consideración de las particularidades femeninas. Esto resulta necesario,

ya que cada día son, más las personas que requieren este tipo de atención especializada en el tema de la drogadicción.

CAPITULO V

MUJERES Y OPINIÓN DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Las mujeres que fueron entrevistadas en este estudio, son residentes de las Comunidades Terapéuticas Manresa y Maria Auxiliadora. Ellas presentan como mínimo 3 meses de interacción en sus respectivas Comunidades. El tiempo de estadía permite que tengan una opinión global del tratamiento que vivencian. Todas ellas pertenecen a sectores populares y como mínimo tienen dos años de consumo de drogas.

A continuación se presentan las opiniones de las mujeres que se encuentran en tratamiento, respecto al modelo de comunidad terapéutica.

1. TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

Las técnicas que se aplican en las Comunidades terapéuticas Femeninas son a nivel grupal, individual y comunitario. La aplicación de ellas permite que las residentes vayan gradualmente integrándose a un ritmo de vida comunitaria, la que se caracteriza por la creación de espacios de introspección constante, donde las mujeres deben centrarse en sus historias de vidas, sus hábitos y conductas. La opinión que ellas tienen respecto a la aplicación de estas técnicas, resulta trascendental para los resultados de este estudio.

1.1. Técnicas grupales.

1.1.1 Círculo terapéutico y solución de problemas

En la Comunidad Terapéutica Femenina, el círculo terapéutico tiene entre otros objetivos resolver problemas interpersonales que emergen entre las residentes. La opinión de si éste solucionaría los problemas interpersonales que surgen en la interacción entre las residentes, presenta dos tendencias opuestas. Por un lado, hay quienes manifiestan que sí daría solución, ya que se incorpora el sentir del resto de la

CT, donde se reflejaría una solidaridad entre pares y se descubren las causas que generan el conflicto.

“...una puede tener la opinión de las educadoras y las compañeras. Nosotros muchas veces no resolvemos bien nuestros conflictos y terminamos agrediéndonos, en el círculo aprendemos a tratarlos. (Residente 3)

Por otro lado, hay quienes manifiestan que el círculo terapéutico no daría solución a los conflictos interpersonales.

“...yo creo que no, por que me he dado cuenta que algunos educadores le tienen mucha consideración a las adolescentes, y nos hemos dado cuenta que las adultas no tenemos derecho a reclamar”. (Residente 6)

Las dos tendencias que presentan las mujeres frente a la resolución en círculo de los problemas generados en la comunidad, refleja, por una parte, la connotación positiva de contar con la opinión de otros y el reconocimiento de una debilidad para enfrentarlos entre compañeras sin depender del círculo. Según plantean los educadores, la práctica de abordar los conflictos en círculo permite que las residentes vayan adquiriendo herramientas para que en un futuro próximo, logren resolverlos sin la presencia de otros.

La otra tendencia da cuenta de un conflicto no nuevo en la Comunidad Terapéutica femenina que se genera debido a la presencia de adolescentes. Este conflicto es generado por la incorporación de adultas y adolescentes en las mismas terapias, lo que resulta complejo a la hora de abordar ciertos temas, ya que la actitud de ambos grupos es diferente. Por lo tanto, la forma de los educadores es también diferente en cuanto a orientaciones y exigencia. Esto es percibido con molestia por las mujeres adultas.

El respeto de los temas en círculo terapéutico.

El respeto que debe existir en una terapia grupal tiene una gran importancia en el desarrollo de la misma. En el caso de la terapia dirigida a mujeres, el respeto entre ellas es fundamental para generar un espacio de confianza, ya que permite que las mujeres logren verbalizar sus experiencias. Sin la existencia de un ambiente de respeto, las mujeres tienden a ocultar sus experiencias.

Las mujeres de las comunidades terapéuticas en estudio perciben en su mayoría un ambiente de poco respeto en las terapias grupales.

“...algunas personas no les interesa lo que se conversa en el círculo, no toman atención por que cuando le llaman la atención los educadores, se callan, pero después salen de la terapia y como que les da lo mismo. (Residente 2)

Los pocos estudios que existen sobre el tratamiento de mujeres en Comunidad Terapéutica no se refieren al respeto que debe existir entre las residentes en los espacios terapéuticos ni en la vida misma en comunidad. Solamente se encuentra la relación de respeto que debe existir entre educador y residente. Sin embargo, una investigación realizada en una de las comunidades en estudio, señala que el clima de respeto dentro de una terapia es exclusivamente responsabilidad del educador. (Muñoz y Astudillo; 2001: 50)

1.1.2 La confrontación

La confrontación se presenta como una herramienta terapéutica utilizada por educadores y residentes. Es la forma específica de ayuda en la Comunidad Terapéutica. Es el espejo humano que le refleja a la persona de cómo es y cómo ve el resto de la comunidad terapéutica a la persona que es confrontada.

Es en este tipo de grupo terapéutico donde afloran los sentimientos más rechazados por las mujeres, ya que se pueden manifestar, entre otros sentimientos, las molestias que

las conductas de una residente genera dentro del grupo. En este sentido, dentro de esta terapia; *“se puede manifestar, dentro de ciertos límites, el enojo o la agresión que haya despertado la conducta de otro miembro.”* (Rodríguez; 1994: 10)

Esta técnica se presenta como la más criticada por las mujeres debido a que “gatilla” procesos personales que en otro contexto no aflorarían.

Muchas de ellas manifiestan que cuando se les aplica esta técnica se proyectan psicológicamente a experiencias pasadas que le han causado dolor y que voluntariamente no han decidido abordarlas.

“Cuando me confrontan yo lo tomo como un reto y me acuerdo que mis padres me retaban harto cuando era chica y no me hacían cariño”. (Residente 10)

Las mujeres, además de vivenciar sentimientos involuntarios de sus historias, cuando se les aplica esta técnica, vivencian también sentimientos de rechazo cuando los educadores(as) son los que confrontan. Esto nos refleja que son ellos(as) los que practican la confrontación.

“A mi no me gusta, porque siento que lo hacen con rabia, como si estuvieran enojadas”. (Refiriéndose a las(os) educadoras)”
(Residente 7)

Entendidos en el tema de Comunidades Terapéuticas señalan que la técnica de confrontación debe ser aplicada entre pares, es decir, que entre los mismos residentes deben lograr corregir y señalar aquellos aspectos disfuncionales que se reflejan en el o la confrontada.

En este sentido, las residentes son las protagonistas de este tipo de terapias.

“los grupos (refiriéndose al grupo terapéutico), en general, son muy poco directivos; el monitor (un terapeuta) procura tomar una

postura de una cierta pasividad para dejar que el grupo siga su ritmo y que los confrontos los hagan, fundamentalmente, los propios residentes y no el terapeuta”. (Peña y Cortés; 12)

Es preciso reflexionar respecto a la forma en que se utiliza esta técnica, ya que se señala como un de las más influyente en los procesos terapéuticos para varones.

En nuestra estadía en la Comunidad Terapéutica fuimos testigos de varias situaciones límites, donde las conductas de algunas residentes eran fuertemente confrontadas por algunos miembros del equipo terapéutico. En primer lugar, esta confrontación se realizaba en un espacio que no era el de terapia de grupo, era realizada en el patio (este punto lo abordaremos más adelante). En segundo lugar, percibimos cierta presión (no manifiesta verbalmente) por parte del educador(ra) que la residente decidiera en modificar su conducta o abandonar la Comunidad.

Al indagar frente a esta situación, encontramos que en la comunidad se permite la incorporar dentro de la confrontación, la posibilidad de que la persona se vea obligada a decidir modificar la conducta o abandonar la Comunidad.

Esto presenta una profunda contradicción con respecto a los criterios de ingreso a la Comunidad. Estos señalan que la persona que solicita ayuda hace su ingreso en forma voluntaria.

Algunos autores plantean que la voluntariedad para ingresar a las Comunidades Terapéuticas es sólo criterio de ingreso, ya que una vez ingresado, se le recuerda constantemente que se puede marchar.

“...que el paciente que ingresa a Comunidad lo hace voluntariamente, con el deseo de curarse, de cambiar, pero de nuevo se olvida, que existen formas más elaboradas y efectivas para obligar, que la simple y brutal fuerza.” (Villarino; 2002: 4)

Villarino trata de decir que en la Comunidad Terapéutica no reconoce que constantemente obliga de una forma frontal pero sutil, a sus residentes a cambiar sus conductas en la medida que ellas molesten a los demás.

Desde lo planteado podemos relacionar que el rechazo de la técnica de confrontación en las residentes se genera porque ella trae consigo la presión para abrir procesos dolorosos en forma involuntaria y de modificar conductas en forma automática o abandonar la Comunidad.

Esto va en contra de lo que hemos desarrollado en nuestro marco teórico. Donde se manifiesta que las atenciones en las mujeres debieran considerar ciertas sensibilidades en el trato y las relaciones. Si nos referimos a muchas historias de estas mujeres nos encontramos con profundos y marcados maltratos de las que han sido víctima. Muchas de ellas han vivido en estados de inestabilidad, tanto emocional, como económico, producto de abusos que han realizado terceras personas.

Creemos que los resultados de la aplicación de la confrontación en forma desmedida, como acá se ha descrito, es un réplica de lo que ellas han vivenciado en sus experiencias de vida.

Lugar apropiado para la confrontación

Con relación al lugar donde se realiza la confrontación, las mujeres tienden a señalar que no siempre esta técnica se aplica en el lugar que ellas definen como apropiado. Cuando se realiza en los patios y con el resto de la comunidad presente, mostrarían sentimientos de vergüenza, lo que genera que el contenido de la confrontación no es incorporado como una ayuda.

“A mi no me gusta cuando te dicen las cosas fuera del círculo y delante de todas por que a una le da vergüenza y no escucha. Si lo hiciera en privado sería mucho mejor”. (Residente 10)

En reemplazo de la aplicación de la confrontación en el círculo, las mujeres señalan que el espacio correcto sería en la terapia de grupo. Este lugar se presenta como el más íntimo de la comunidad.

“...el lugar correcto para decirle las cosas es en el círculo, porque están todos los compañeros y así es más fácil”. (Residente 1)

Lo que las mujeres plantean no es un dato menor. Ya que como hemos visto, la confrontación en un espacio cerrado de terapia grupal no es bien recibida ni evaluada por las mujeres, el que haga en un espacio abierto y en público, tampoco les resulta una experiencia muy agradable.

Sin duda, no cuestionamos la intencionalidad del educador al aplicar esta técnica, tanto en terapia de círculo o en lugares abierto, sino que cuestionamos la efectividad que esta pueda tener en los procesos terapéuticos.

1.1.3 Función del deporte

No es nuevo señalar que la práctica de deportes cumple una función vital en la salud del ser humano. En la Comunidad Terapéutica Femenina, esta actividad no es menor, ya que por la tensión que en ella vivencian sus residentes, al practicarla, les permite que descarguen tensiones y canalicen energías. Sin embargo, nos resulta curioso el constatar que no es una práctica que se desarrolle habitualmente a pesar que se encuentra incluida en los horarios de las comunidades como práctica semanal.

“A la comunidad le sirve harto el deporte por que da un relajo controlado que te hace olvidar todos los problemas, claro que no se hace mucho deporte”. (Residente 9)

Otro aporte significativo que reconocen las mujeres respecto a la práctica de deportes dentro de la Comunidad es que les permite mantenerse estéticamente en forma. Lo que se relaciona con un aspecto importante en el sentir de las mujeres, aporta a elevar la autoestima.

“La función que cumple en la Comunidad es que nos permite quemar calorías, ya que como aquí se come mucho, una engorda y, hay que cuidar la figura”. (Residente 2)

Como se ha descrito en las características y perfiles de estas mujeres, el abandono y el estigma son causas directas del desarrollo de la baja autoestima que, además, es una particularidad de las mujeres drogodependiente. La práctica del deporte jugaría, en la medida en que se desarrolle sistemáticamente, un papel de importancia en los procesos terapéuticos de las mujeres, debido a que no solo aporta en la buena salud, sino que eleva el sentimiento de buena autoestima, sentimiento que es necesario para la rehabilitación.

1.1.4 Terapia grupal de expresión de sentimientos

Después de la terapia de confrontación, la terapia de expresión de sentimientos se presenta como una de las más importantes e influyente en los procesos de rehabilitación de las mujeres.

Este espacio permite que las mujeres en tratamiento vayan aprendiendo a identificar y expresar los sentimientos que surgen con respecto a sus historias y las relaciones que establecen dentro de la Comunidad.

“Proporciona un espacio terapéutico en el cual las jóvenes aprenden, a medida que avanzan en su proceso reeducativo, a reconocer, identificar y expresar tanto los propios sentimientos como aquellos que vivencian respecto de los demás”. (Manresa Femenina; 2001: 10)

A diferencia de la terapia de confrontación grupal, la terapia de expresión de sentimientos realizada en grupos aparece como una de las actividades más bien evaluadas por las usuarias.

“Da gusto hablar cuando una quiere, por que la terapia de expresión de sentimiento es la más importante de la comunidad y la que te hace más bien”. (Residente 3)

Sin embargo ellas señalan reparos a esta técnica que apuntan específicamente a la presión que ejercen los educadores para que ellas se expresen.

*“...pero siempre existe presión por los educadores, cuando no hablas uno siente que te presionan para que lo hagas”.
(Residente 3)*

Nuevamente aparece dentro de las repuestas de las mujeres, la imagen del educador(ra) como una persona que de alguna forma las amenaza en la aplicación de las técnicas terapéuticas en forma grupal.

Algunos autores señalan que la función de los terapeutas en los grupos es facilitadora de los procesos individuales y que no asume una actitud directiva.

“La función del terapeuta en el grupo es fundamentalmente no directiva, dejando que el propio grupo desarrolle su dinámica, sobre todo cuando se trata de expresar sentimientos. En los coloquios e intervenciones individuales esta actuación se hace algo más directiva”. (Peña y Cortés; 9)

Debido a lo importante que resulta ser la terapia de expresión de sentimientos en forma grupal para las mujeres, es que creemos que se debiera revisar como asume su rol el educador dentro de ella. El hecho que se perciban a los educadores(as) como entes que presionan para que ellas se expresen, pierde el sentido la función que cumple esta terapia.

Deducimos que un perfil femenino necesita de una preparación para expresarse en grupos y esta preparación debiera darse en forma de apresto de terapia grupal, en atenciones individuales previa a la realización de ella.

1.1.5 Función de las actividades laborales

Muchos autores coinciden que todas las actividades realizadas en una Comunidad Terapéutica deben tener un componente terapéutico destinado a aportar en la recuperación del residente. A la vez, permite que la Comunidad realice la mantención de sus instalaciones con el trabajo de los mismos. Desde esta perspectiva, las actividades laborales no son para el relleno del tiempo libre, sino que una actividad terapéutica más, parte del proceso de rehabilitación. Sin embargo, se visualiza en el contenido de las respuestas de las mujeres en relación a la función de las actividades laborales, que estas no cumplirían con los objetivos que se plantean en el programa terapéutico.

“acá las únicas actividades laborales son la mantención de la Comunidad y los jardines yo creo que debieran haber más talleres, ya que nos prepara para nuestro futuro laboral”. ((Residente 8)

Esta opinión apunta a que solamente la Comunidad Terapéutica está ofreciendo talleres de fácil programación, que no requieren mayor complejidad, lo que resulta contradictorio al leer lo que el programa terapéutico de una de las comunidades plantea respecto a esta actividad.

“Las actividades laborales están orientadas principalmente a la autogestión. A través de ellos se promueven valores, hábitos de orden y disciplina, capacidad de trabajo en equipo, creatividad en la solución de problemas, iniciativa, compromiso y sentido de pertenencia, herramientas que facilitarán la posterior inserción laboral y/o educacional. En general, los Talleres que responden a una serie de necesidades esenciales para el funcionamiento la comunidad a través de la mantención y producción para el consumo interno. Algunos de estos talleres son Amasandería, Agro, Cocina, Mantención, Jardín y Forestal, Fabricación de Velas, Apicultura” (Manresa Femenina; 2001; 17).

Al igual que en otros temas que hemos abordado en este estudio, teorías para explicar el funcionamiento de las actividades laborales y la opinión que tienen de ellas las mujeres son inexistentes, por lo que nos lleva a deducir que nuestras indagaciones

empíricas nos demuestran que la realización de estas actividades, por un lado, no corresponden en su totalidad a lo que está descrito en el programa de la comunidad Terapéutica, por lo que no cumplirían a cabalidad con su función. Por otro lado, las actividades que se realizan como la mantención de la Comunidad y los jardines no serían las más adecuadas como únicas actividades laborales.

Debemos agregar, que estas actividades se presentan también como “ayudas”, que más bien responden a sanciones que se aplican frente a conductas inadecuadas de algunas residentes.

En nuestra estadía en la comunidad, nos tocó presenciar que a una mujer que cometió una falta a las normas establecidas, se le aplicó la “ayuda” de estar una semana trabajando en los jardines sin participar de las actividades normales que se realizaban durante esa semana. Fue marginada de todas las actividades del resto de la comunidad.

Esto refleja que las actividades laborales no solo no cumplen a las expectativas de las mujeres, sino que es también utilizada como sanción, lo que distorsiona aun más la percepción que las mujeres tienen respecto a esta actividad.

1.2 Técnicas Individuales.

1.2.1 Confrontación individual

La confrontación individual consiste en que la educadora o educador mantiene un diálogo a solas con la residente, donde el educador trata de romper los círculos cognitivos de creencias en los que hay incongruencias mediante el reflejo de la conducta o las consecuencias de ella. También se utiliza cuando una residente concurre en faltas y es necesario encararle su conducta.

A diferencia de la confrontación grupal, la aplicación de esta técnica a nivel individual presenta una percepción positiva en las mujeres, ya que se relaciona con un espacio de confianza donde las mujeres logran abordar temas que en grupos no se

atreven a tocar. Además, les permite reflexionar sin la vergüenza que les causa la presencia de toda la Comunidad, si es confrontada por faltas cometidas.

“Yo creo que sirve para tocar eso que no puedes tocar en la comunidad. Te permite relajarte sin la presión del que dirán. A mi me gusta más que me digan las cosas individualmente y no delante de todos”. (Residente 2)

“sirve para que te des cuenta de lo mal que estas. A mi en lo personal me gusta más que en grupo por que si una tiene confianza con la educadora puede llegar a reconocer en el momento lo mal que uno esta, pero si una no tiene confianza no dice nada, ya que una se cierra”. (Residente 1)

Lo descrito nos lleva a plantear que la confrontación no es una técnica que cause rechazo en su aplicación en sí. Sino que su rechazo se relaciona con la forma, el lugar y las personas presentes. En este caso, cuando las confrontaciones se realizan en forma individual, donde el educador(ra) a solas le refleja las conductas a las residentes sin otras personas presente, las mujeres adoptarían conducta mucho mas receptiva que cuando se realiza en grupos o en publico. Por consiguiente, las intenciones terapéuticas del educador tendrían un impacto efectivo en el proceso terapéutico de las mujeres.

1.2.2 Expresión de sentimientos individual

La expresión de sentimientos en forma individual es un espacio que permite que las residentes logren comunicar aquellos sentimientos agradables o desagradables que les surgen en el proceso terapéutico. Si bien es cierto, la expresión de sentimientos en forma individual no es una intervención que se señale en los programas terapéuticos de estas comunidades, se realiza constantemente debido a las numerosas crisis que vivencian las mujeres, donde presentan la necesidad de verbalizar aquello que les sucede.

La verbalización de estos sentimientos se realiza en atenciones que llaman los equipos terapéuticos intervenciones individuales o terapias individuales, las que se ejecutan en forma programada, pero su aplicación responde en su mayoría a contingencias cotidianas o las llamadas atención en crisis.

Este espacio se presenta como uno de los que más valoran las residentes debido a la gran carga emocional que les genera la vida comunitaria y el proceso mismo. Así, en este espacio logran descargar, por lo general, sentimientos que les desagradan.

“eso es lo que más me gusta por que siempre yo busco la educadora que le tengo más confianza para expresarle como estoy o que me pasa”. (Residente 7)

La posibilidad de que las mujeres logren expresarse en forma individual, es una alternativa al no poder hacerlo en los grupos.

“Prefiero llorar con una sola persona, porque en grupo tu te cohibes y no dices lo que realmente te esta pasando, como que mientes o acomodas las cosas”. (Residente 9)

Claramente se refleja que la utilidad de expresarse frente una sola persona es valorado y utilizado por las mujeres en tratamiento. Esto nos dice que los equipos terapéuticos debieran considerar y estar alertas a los requerimientos explícitos o implícitos de las residentes a ser atendidas en forma individual, ya que esta consideración suple las dificultades que se presentan ante la utilización del grupo para expresarse.

1.2.3 Exposiciones

La exposición de temas en forma individual es una actividad que las residentes van desarrollando en la medida que sus procesos avanzan. Por lo general los temas que se tratan tienen un carácter valórico, lo que resulta ser un desafío en la búsqueda de la

información a exponer y el desarrollo de destrezas para comunicar al resto de la comunidad los contenidos de su exposición.

La opinión que presentan las mujeres de esta actividad es buena, reconociendo que les aporta en el desarrollo de su personalidad y desplante.

“te sirve para desarrollar tu personalidad, ya que no es fácil hablar en grupos. Las compañeras te hacen preguntas y tienes que estar preparada para responderles”. (Residente 3)

“Sirve para ser responsable, ya que para exponer un tema te tienes que preparar y estudiarlo para hacerlo bien”. (Residente 5)

Creemos que esta técnica es una buena herramienta para el proceso de las mujeres, ya se constituye como un proceso de autoaprendizaje. Sin embargo, puede que su riqueza puede ser distorsionada por las razones, que en algunos casos, se designa como actividad a una residente. Mientras estuvimos en las comunidades, nos percatamos que esta actividad era designada también como sanción a las mujeres que cometían faltas, lo que ellos llaman ayuda.

Una residente que cometió una falta, donde trastocaba el valor de la honestidad mediante una mentira, se le aplicó la sanción o ayudada de preparar una exposición sobre la honestidad.

Consideramos necesario que las comunidades revisen la forma en que aplican técnicas tan apreciadas por las mujeres. El hecho de algunas de ellas cumplan una doble función y se relacionen con sanciones, puede que pierdan su riqueza de autoaprendizaje en su aplicación.

1.2.4 Objetivos individuales

Al inicio de cada semana las residentes se fijan un objetivo para trabajar y superar que está definido dependiendo en la etapa del proceso terapéutico en que se encuentren.

La fijación del tipo de objetivo responde a las opiniones que tienen, tanto sus compañeras y el equipo, de lo que debiera trabajar.

La residente tiene como plazo una semana para el cumplimiento del objetivo. En la medida que se perciba por ella y el resto de la comunidad que este objetivo esté superado, pasa a trabajar el siguiente objetivo que le corresponde. En la medida que se perciba que el objetivo no se encuentra superado, debe repetir el trabajo del mismo objetivo por una semana más.

El aporte que tiene el trabajar los objetivos individuales permite que las mujeres tengan la sensación de avance en su proceso. Este trabajo se realiza a conciencia de cada mujer, sin mayores presiones. A la vez les permite la concentración en sus propios procesos.

Las opiniones de las mujeres apuntan a que este es un trabajo de importancia, debido a que con el resultado del mismo logran percibir sus avances.

“Es la única forma en que una pueda saber si cambia o no, porque los objetivos individuales son a conciencia, una nomás sabe si los cumple o no, además es un trabajo personal por que nadie los puede trabajar por ti”. (Residente 6)

El hecho de que las mujeres tengan metas periódicas a cumplir, les permite ir visualizando logros en el corto plazo. Esto tiene por efecto que el proceso les resulte más atractivo.

Otro elemento que aporta el trabajo de objetivos individuales se relaciona con la duración del tratamiento, teniendo este una duración promedio de un año. Las mujeres tienden a angustiarse con la duda de si lo logran o no. Por lo tanto, la gran meta de la rehabilitación, se descomprime en metas pequeñas (cumplimiento de objetivos semanales) y, por ende, pequeños logros. La suma de estos pequeños logros sería el cumplimiento de su proceso terapéutico.

1.3 ENCUADRE COMUNITARIO

1.3.1 Relación con funcionarios(as)

El papel de los educadores(as) consiste en acompañar a los jóvenes en un proceso de discernimiento en torno a valores. Él debiera orientar por medio de una actitud de escucha y comprensión, sin imponer una solución y estimulando el análisis, de manera que el propio residente se cuestione y llegue a respuestas. Así, favorece las situaciones en las que el residente pueda adquirir una mayor seguridad y motivación para el cambio, fomentando la autonomía, sin sentirse dueño de la vida de los otros. Para cumplir adecuadamente con su rol, debe desarrollar un ejercicio de autocrítica permanente, en orden a identificar sus principales limitaciones y capacidades.

La relación que se establece entre educador(ra) y residentes presenta dos tendencias. Por un lado existe la tendencia a plantear el reconocimiento por la labor que ellos realizan, destacando la influencia que ellos ejercen en la recuperación de las residentes.

“...ellos tienen harto compromiso siempre te escuchan y te respetan como mujer. Te levantan el ánimo cuando estás mal y te dicen las cosas cuando estás equivocada”. (Residente 2)

Por otro lado, se manifiesta el descontento respecto al como ellos ejercen su rol.

“...algunas son muy cara duras para decirte las cosas, algunos les falta mas tino”. (Residente 8)

“...pero se meten mucho en tu vida, algunas quieren saberlo todo sobre ti y de repente una no está dispuesta a que otra persona que no conoces muy bien se meta tanto en tu vida”. (Residente 10)

La opinión respecto a los educadores en una Comunidad Terapéutica es un tema que siempre se debe tratar con cuidado, debido a la posible presencia de una dualidad respecto al origen del malestar en los residentes. Por un lado se puede presentar la

manipulación por parte del residente acerca de la interpretación de la actitud del educador, utilizándola como justificación para su negación al cambio. Por otro lado, la misma exageración o abuso en el manejo del poder que el educador tiene ante los residentes, puede ser algo real.

“Una vez establecida la diada: Ayudador-Ayudado entre la Comunidad y el paciente, ésta puede sucumbir ante la seducción del poder. El paciente está allí, en nuestras manos, la comunidad puede entonces pervertir la norma en beneficio del poder, y utilizar dicha norma, junto con la consabida fórmula del criterio terapéutico, para inculcar en el paciente los valores, las ideologías y las cosmovisiones compartidas por sus profesionales”

(Villarino; 2002: 5)

Destacamos la importancia de lo que plantea Carlos Villarino para considerarlo en el ejercicio terapéutico.

Indudablemente que un educador es dueño de un poder frente a la residente. Este poder puede ser fácilmente mal utilizado, lo que puede significar serios daños a las personas que realizan tratamiento en una Comunidades Terapéuticas.

El mal uso de este poder puede relacionarse con muchas causas; el perfil del educador, su historia, su formación terapéutica o las condiciones laborales. Es preciso que las personas que dirigen los equipos terapéuticos consideren en sus programaciones actividades relacionadas con la revisión del cómo ellos aplican el programa terapéutico.

1.3.2 Las Normas

El cumplir las normas de la Comunidad Terapéutica es algo significativo para superar los estados de drogodependencia, puesto que la asimilación e internalización consciente de ellas, disciplina al propio individuo y lo hace menos vulnerable a una recaída. En este sentido, su incumplimiento refleja que la trasgresora no está comprometida con su proceso terapéutico.

Reflexionando frente lo anterior, el grado de disposición al acatamiento de las normas que dispone la Comunidad Terapéutica, muestra relación con factores de tipo personal y familiar que determinan formas de integración a la vida comunitaria. En este sentido constatamos que existe dentro de la comunidad una buena percepción de lo que es el sistema normativo.

“Las normas de la comunidad son buenas ya que hacen que esto este más ordenado, por que sino hubieran normas la comunidad seria muy desordenada a demás que nunca nosotras respetamos normas”. (Residente 1)

El hecho que exista una buena opinión respecto a las normas que se establecen en la comunidad, refleja que estas no se presentan como obstaculizadores en los procesos terapéuticos de las mujeres, sino que al contrario. Cuando ellas las entienden y comprenden que el respetarlas compone un aporte para el ordenamiento de sus vidas, se convierten en un elemento significativo para el cambio.

1.3.4 La rutina

La estructuración de la vida cotidiana es un instrumento fundamental para el confort físico y mental de las residentes en la comunidad, convirtiéndose, así, en un medio significativo para conseguir los objetivos individuales. Además, la incorporación de una rutina en una persona con historial de drogodependencia permite que ella misma adquiera hábitos que en su vida de abuso de drogas no los incorporaba.

A pesar de la importancia que tiene el cumplimiento de una rutina diaria establecida, hay una clara tendencia a manifestar por parte de las residentes que la rutina de la Comunidad Terapéutica es aburrida, señalando que todos los días se hace lo mismo.

“Me parece que algunos días es bastante aburrido a veces aburre. Hacen todos los días lo mismo, es bueno cuando de repente un día hacemos cosas distintas, pero eso no pasa nunca”. (Residente 7)

“Cuando estoy depre’ (depresiva) no me motiva nada y encuentro toda la rutina fome igual que todos los días. (Residente 10)

A partir de lo señalado, consideramos que es importante establecer rutinas en las comunidades terapéuticas femeninas que sean atractivas para sus residentes. Ellas debieran incorporar actividades lúdicas de distensión como el deporte o juegos. También, resulta preciso no caer en rutinas repetitivas que terminen por aburrir o desmotivar a las mujeres. Tal vez, se tendría que romper la rutina realizando actividades extra-programáticas que tomen de sorpresa a las mujeres, lo que significaría un incentivo para continuar en sus tratamientos.

1.3.5 Los límites

Todo grupo social tiene establecido un código de reglas con respecto a lo que está permitido o no. Todos los integrantes de un grupo social saben que deben atenerse a ciertas reglas y si no lo hacen recibirán algún tipo de censura o desaprobación. Esta puede ser desde una sanción informal hasta la expulsión de un grupo. En Comunidad Terapéutica sucede algo similar. Los residentes saben cabalmente lo que pueden y no pueden hacer y cuando no respetan las normas claramente establecidas, recibirán algún tipo de censura, que puede ir desde la reprimenda verbal, hasta la expulsión de la comunidad.

Desde lo señalado, es que es de suma importancia que en una comunidad los límites que se establecen a las conductas de sus residentes debieran ser claros, debido a que por definición una persona que abusa de las drogas tiene serios conflictos con sus propios límites.

“Los límites a las conductas están seriamente reforzados sobre la base de que los adictos necesitan aprender a auto-controlarse y a vivenciar la seguridad de un mundo firme y ordenado”. (Goti; 1990: 70)

En las comunidades en estudio, se aprecia en la opinión de las mujeres, que los límites que se establecen en la comunidad no siempre están claros y que se presentan diferencias en la aplicación de las sanciones en sus residentes.

“A veces hay compañeras que hacen lo que quieren y no le dicen nada, especialmente a las menores, siempre se suben por el chorro y no le ponen límites y a una la confrontan al tiro”. (Residente 8)

“Yo opino que los límites no siempre están claros ya que cuando alguien hace algo malo las sanciones no son para todas iguales”. (Residente 7)

La no claridad de la aplicación de una sanción a la trasgresión de las normas establecidas pone en riesgo el encuadre terapéutico que debiera tener la comunidad, debido a que puede ser interpretado por sus residentes que se enfrentan a un ambiente de permisividad, ambiente que resulta ser nocivo para una persona con características de drogodependiente. A la vez, la coexistencia de límites y de sanciones distintas produce una sensación de desorganización al interior de la Comunidad Terapéutica femenina, contraproducente para el propio proceso de rehabilitación.

1.3.6 Los Horarios

En la Comunidad Terapéuticas todas las actividades se ordenan a partir de los horarios. Estos señalan a que hora corresponde tal o cual actividad. Por lo tanto, estos dinamizan el ritmo en la Comunidad terapéutica, organizando, a la vez, la vida de la Comunitaria.

En una Comunidad Terapéutica cualquiera, los horarios son considerados como difíciles de asimilar sobre todo en aquellos que recién ingresan. Sin embargo se reconocen como un aporte significativo en la formación de hábitos.

A diferencia de lo que hemos descrito, las mujeres no reconocen que los horarios estén aportando en sus procesos terapéuticos, más bien, señalan que no les permite realizar algunas actividades, sobre todo en el aspecto personal.

“A mi me molestan por que a veces estoy haciendo algo y rápidamente tenís que hacer otra cosa, los horarios son muy estrechos”. (Residente 3)

“Yo creo que los horarios son muy estrictos, hay que hacer todas las cosas rápidas y si te demorai’ suena la campana y tienes que dejar de hacer lo que con tanto cariño estabas haciendo, eso no me gusta”. (Residente 10)

Los horarios de una Comunidad Terapéutica Masculina se presentan de forma militarizada, debido a que ordena el día con tiempos cortos y precisos para cada actividad. El cambio de una actividad lo marca el toque de una campana. La campana se convierte en una especie de mando que todos deben obedecer y al toque de ella, los residentes deben abandonar lo que están haciendo y dirigirse donde señala el que toca la campana, por lo general un educador.

Esta forma en que operan los horarios de la Comunidad Masculina es la misma que se impone en las Comunidades femeninas. Por lo que plantean las residentes, consideramos que no es la mejor forma de funcionar, ya que “robotiza” a las mujeres y no les permite invertir el tiempo necesario para sus actividades. Los tiempos en estas comunidades debieran ser mucho más pausados.

2 LAS MUJERES Y SUS PARTICULARIDADES.

Las mujeres residentes de las comunidades terapéuticas estudiadas, son concientes que su situación de adictas presenta matices distintos en comparación con los hombres en su misma condición. Es por eso que se pretende establecer cuales son esas diferencias y cuales son las particularidades que ellas mismas conciben.

2.1. DIFERENCIAS CON HOMBRES DROGODEPENDIENTES.

Muchos autores señalan las diferencias que existen entre hombre y mujeres con respecto a la vivencia del dolor que causan las situaciones perturbadoras, señalando que mientras los hombres tienden a racionalizar y ocultar las situaciones que vivencian, las mujeres sienten una necesidad instintiva de hablar acerca de lo que las perturba, lo que genera la percepción de que la situación a ellas les afecta más.

Con respecto a la percepción de cuales son las diferencias que las mujeres identifican en relación a los hombres, ellas se refieren, en primer lugar, a la forma en que ambos experimentan las situaciones complejas de la vida.

“Sí, nosotros somos más distintas a los hombres, ya que nos afectan más las cosas, somos más sensibles y ellos más duros”.

(Residente 3)

Esto nos refiere a que ellas identifican lo que anteriormente planeamos. Pero con la diferencia que ellas perciben esta sensibilidad como una debilidad femenina.

Parte de la lógica de las comunidades Terapéutica es que sus residentes logren identificar las situaciones traumáticas que han facilitado el abuso de sustancias y que logren verbalizarlas, independiente del dolor que estas puedan generar.

En los hombres este fenómeno resulta ser tremendamente importante para sus tratamientos, ya que una vez que ellos descubren que sus sentimientos los pueden sentir, hablar, llorar y aceptar, se encuentran con un mundo nuevo que le entrega paz a sus “caóticas vidas”. En cambio, para las mujeres, el hablar de sus temas complejo es algo que han practicado casi toda su vida.

Una segunda diferencia que ellas identifican se relaciona con los ejercicios de la maternidad v/s la paternidad.

Puede resultar muy extraño que un hombre demande ingresar a una Comunidad Terapéutica en compañía de un hijo. Sin embargo en las mujeres esta demanda resulta común.

“Si, somos bien distintas. Nosotras somos las que siempre se quedan con los niños y tienen que responsabilizarse por ellos”.
(Residente 4)

Lo señalado se genera a partir de lo que socialmente se le esta impuesto a hombres y mujeres.

La socialización liga a las mujeres con la familia más que al hombre y es frecuente que se ubique a una mujer, o ella se defina a sí misma de acuerdo a sus roles familiares: si es madre, cuántos hijos tiene, si es o no casada, de quién es hija, etc”
(Mujer, gestación y drogas; 23)

La tercera diferencia que a parece con fuerza se relaciona con los estigmas hacia la mujer que hemos desarrollado en otros puntos.

Se sabe que existe en diversos contextos culturales un mayor estigma social vinculado al uso de drogas por parte de la mujer. Si bien es cierto, se podría convertir en un factor protector en la prevención del consumo para la mujer, las mujeres lo plantan de forma que aminora su responsabilidad en el consumo.

“sí, yo soy machista y eso es mi problema, yo creo que un grupo de hombres parado en una esquina no se ve tan feo como si estuvieran un grupo de mujeres. Los hombres son más caraduras que las mujeres en cuanto a pedir o a robar”. (Residente 1)

2.2 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LAS MUJERES

Los elementos externos, la forma en que se perciben y la imagen que se devuelve de ellas mismas, influye en cómo las mujeres se ven en su propia auto-percepción. En la medida en que el auto-concepto es una elaboración de su propio pensamiento, en cada persona influyen de diferente manera los elementos externos. Estas mujeres reciben una mirada externa muy unidireccional (estigma, juicios morales, insultos...) que sin duda, juega un papel importante en su auto-concepto.

“Somos bastantes agresivas, mentirosas, ladronas, irresponsables y manipuladoras”...”malas madres, malas hijas y mentirosas”.

(Residente 4)

La socialización relaciona a las mujeres con los lazos que establece con su entorno inmediato; hijos, pareja o familia, por ende se tiende a evaluar a una mujer, o ella se evalúa, de acuerdo al cumplimiento de sus roles relacionados con su entorno. Debido a que sus roles los descuidados, internalizan la evaluación que socialmente se les hace como su auto-concepto.

Consideramos que por esa misma razón, el cambio de esa mirada por parte de quienes las atienden terapéuticamente, debiera apuntar a un lavado de la auto-imagen. Esto es un gran aporte para una mayor corrección de su auto-concepto y, en consecuencia, para el aumento de su auto-estima, de la percepción y conciencia de su propio valor como seres humanos dignos de habitar este mundo.

2.3. ROLES SOCIALES QUE HAN DESARROLLAR.

Indagando en los roles que las mujeres en tratamiento han asumido durante su vida, nos encontramos que ellos se relacionaban con posiciones de liderazgo frente a ciertos grupos.

“en el colegio era presidente del curso, siempre era la que deba ideas, la que más hablaba y tenía voz de mando”. (Residente 2)

“...desde el colegio fui líder. Fui presidenta de curso y organizaba las protestas”. (Residente 4)

Siendo el rol un papel que una determinada persona cumple en la sociedad. Lo que el conjunto de los otros supone, espera, ve bien, considera adecuado y aprueba en los comportamientos que una persona debe tener al ocupar ese papel, al desempeñar ese rol. Simultáneamente para ese papel existen una serie de conductas que no se esperan y, por el contrario, se condenan o se prohíben.

Como lo señalan las residentes, ellas han desarrollados roles en su vida en posiciones de liderazgo. Pero al caer en consumo se desconectan del desarrollo de estos roles.

La comunidad terapéutica debiera ser capaz de suplir la auto-percepción deteriorada que ellas manifiestan en el punto anterior, con el redescubrimiento del sentido que a ellas las movía para desarrollar diferentes actividades antes del consumo. Pensamos que no es accidental encontrarnos con que la mayoría de las entrevistadas han asumido roles de liderazgo en sus vidas que no se relacionan necesariamente con los roles que les están asignados socialmente

Con respecto a la opinión que tienen as los roles que han asumido, se inclinan a manifestar que no presentan dificultades en asumirlo.

“Yo creo que una puede desarrollar perfectamente bien lo que quiera, el tema complicado es cuando consume por que ahí no más llega y nadie quiere estar con nosotros”. (Residente 2)

2.4. MÉTODOS PARA ADQUIRIR DROGA.

Con relación a las prácticas que las mujeres desarrollan para financiar su consumo de drogas, se visualiza una dicotomía entre las respuestas de las mujeres de las comunidades terapéuticas. Por un lado hay quienes reconocen que para costear el

consumo practican el comercio sexual y, por otro lado, hacen referencia a que nunca han ejercido el comercio sexual. Lo ultimo nos resulta curioso debido a que en ningún momento se les preguntó si practicaban o no el comercio sexual.

A diferencia de los varones de sectores populares, que para solventar el consumo de drogas, por lo general, cometen robos a terceros, las mujeres recurren al comercio sexual.

“...de un principio yo tenía plata por que trabajaba, pero después empecé a vender mis cosas y terminé hasta venderme yo, prostituyéndome”. (Residente 10)

“La prostitución o mexicanas. De esas manera conseguía plata y droga”. (Residente 8)

El concepto mexicanas que señala residente 10, se refiere a robos de droga o dinero, por medio de asaltos a mano armada, realizados a traficantes de drogas.

La realización de esta practica en las mujeres drogodependientes, se relaciona por lo general como consecuencia directa del abuso de drogas. Por lo tanto, no se asume como una actividad a la que se han dedicación en el tiempo, más bien suele ser una práctica que se deriva del consumo, específicamente para financiarlo.

“Para sostener el consumo, las mujeres pueden involucrarse en la prostitución o el delito. En otros casos, las drogas pueden ser usadas para soportar el trabajo sexual, que se presenta como la única oportunidad de generar ingresos ante la crisis económica y las condiciones de extrema pobreza. También los varones pueden intercambiar sexo por droga...” (García; 1996: 7)

Como ya lo señalamos, nos llama la atención que la otra tendencia en las respuestas que dan las mujeres al consultarle respecto a las prácticas que realizan para el consumo, se esmeran en señalar que nunca han practicado la prostitución.

“Yo trabajaba para consumir. Claro que a veces me gastaba toda la plata, pero nunca me prostituí”. (Residente 3)

“...yo salía a robar y cuando me quedaba sin plata me iba acostar, no me prostituía”. (Residente 5)

La tendencia a manifestar que no han practicado el comercio sexual sin ser preguntado, se relaciona a la asociación que existe, por lo general, en la conciencia colectiva de relacionar el consumo de drogas en la población femenina con la práctica del comercio sexual.

“...pareciera generarse una mayor estigmatización y censura para las mujeres, como si consumir drogas implicara necesariamente ser prostituta”. (Ibid: 7)

En concordancia con lo que describe García, debemos señalar que una mujer con un problema de consumo no es sinónimo de prostituta. Sino que ella en su fuero interno, genera una paranoia con respecto a lo que se dice de sus prácticas adictivas. Este punto resulta ser primordial en el abordaje terapéutico no solo por percibirse prostitutas, sino también por tener una auto-percepción bastante negativa respecto a su persona.- recordemos también, que en puntos anteriores también se han descrito radicalmente como lo peor de lo peor.

2.5. RELACIONES CON SUS COMPAÑERAS.

En la comunidad terapéutica existe una forma de relacionarse que denominan “amiguismo”, que es una forma de relación interpersonal basada en la complicidad para cometer y encubrir las faltas a las normas establecidas. Por lo general, esta forma de vincularse es sancionada verbalmente por los educadores(as) y por aquellas residentes más avanzadas en el proceso. Ellos señalan que la forma adecuada de relacionarse es la amistad basada en el amor responsable. Este criterio es la base de la autoayuda en la comunidad terapéutica.

El antagonismo que generan estas dos formas de relacionarse al interior de la comunidad, crea un ambiente de tensión que dificulta las relaciones interpersonales afectivas, ya que son todas encargadas de “romper con el amiguismo”. Esto crearía una tensión en las relaciones, lo que lleva a las residentes a percibir que algunas de sus compañeras no las soportan.

“...yo me llevo bien con todas pero si hay algunas que son más complicadas. Yo creo que ellas piensan que yo soy pesada”.

(Residente 1)

“...pienso que le caigo bien a la mayoría claro que las que son mas problemáticas me encuentran pesada y exigentes por que yo les exijo y les pongo la dura (le corrige sus falta en forma confrontacional) cuando están mal”. (Residente 3)

3. LAS MUJERES, LAS TÉCNICAS Y SUS PARTICULARIDADES

Una vez descrita la situación de las mujeres en tratamiento y su opinión respecto a las técnicas de intervención aplicadas en las Comunidades terapéuticas, se presenta a continuación la relación que hacen entre ellas.

3.1. MUJER Y TÉCNICAS GRUPALES

Las terapias de grupo son instancias en las que la residente profundiza en su vida, revelándose a sí misma en los áreas más conflictivas para facilitar la confrontación de las contradicciones de su vida y desarrollar los recursos psicológicos necesarios para asumir la existencia en forma provechosa, tales como la tolerancia a la frustración, las capacidades de dar y recibir afecto, de planificar y poner límites, una adecuada autoestima y autovaloración, la expresión adecuada de los afectos y la resolución de conflictos.

La gran mayoría de las actividades terapéuticas que se realizan en las Comunidades en estudio tienen carácter de actividad grupal.

En las mujeres en tratamiento existe plena claridad de la utilidad de las terapias grupales.

“las actividades grupales sirven por que todas son terapéuticas, todo lo que una hace acá tiene sentido de ayudar a reparar los errores que hemos cometidos y que van cometiendo con una”.
(Residente 1)

Si bien es cierto, existe una clara tendencia a reconocer lo que puede aportar una terapia grupal a los procesos terapéuticos que las mujeres llevan a cabo. Sin embargo, al consultarles si las terapias grupales le sirven a ellas, señalan que estos espacios les resultan difíciles de sobrellevar debido a la carga emocional que en ellos se vivencia.

“...A mi no me gustan las actividades por que una termina más mal de lo que entra. Las cosas que se conversan son muy fuertes”.
(Residente 10)

“...a veces, por que se puede generar más problemas, por ejemplo si una cuenta una problemática se encuentra con otras cosas más y quedai' mal como dos semanas”. (Residente 7)

Esta percepción crítica de las terapias grupales la comprobamos con los puntos anteriores sobre la confrontación grupal y la expresión de sentimiento grupal. En las que las residentes presentaban también una opinión crítica respecto de la aplicación de esta técnica.

La Comunidades Terapéuticas apuestan a que la persona crece en la relación con otros, desde allí puede identificar sus debilidades y fortalezas. De acuerdo con esto, creemos que la Comunidad Femenina abusa de estas actividades debido a que es un modelo masculinizado. El hecho que las mujeres estén varias veces en estas actividades

en un día, no genera la misma dinámica que en los varones. A las mujeres terminan con sentimientos de rechazo a estas actividades.

3.2. MUJER Y TÉCNICAS INDIVIDUALES

A diferencia de las terapias en forma grupal, las atenciones individuales presentan una percepción distinta en las mujeres en tratamiento. Este espacio les permite reflexionar sobre sus vidas y valoran el hecho de sentirse más libre para abordar sus temas.

“...a mi las conversaciones con las educadoras me han ayudado a descubrirme más como persona, a entender que lo que me pasó es responsabilidad mía y soy la única responsable de salir de donde estaba, esto gracias al apoyo de ellos”. (Residente 6)

Una de las razones por las cuales las residentes prefieren las atenciones individuales, se relaciona con no sentirse vulnerables y amenazadas, ya que muchas veces en el ambiente comunitario, lo que han contado se los han enrostran en otros espacios.

“...yo prefiero más la terapia individual por que en ese momento puedo hablar sin temor a que después me lo digan en la cara. Me sirve para entender que soy capaz de expresar lo que tanto tiempo he guardado. Además te dan en el clavo”. (Residente 1)

Ellas también plantean que en las terapias individuales se consideran sus particularidades de mujeres, señalando que se sienten más escuchadas y en este espacio no existen gritos.

“...Yo creo que si, ya que allí no hay gritos solo es una conversación entre dos personas y es agradable. La atención es solo para ti”. (Residente 5)

Las consideraciones positivas que tienen las mujeres sobre las intervenciones individuales, nos llevan a plantear que ellas se sienten más cómodas que en los espacios grupales. Sin duda, creemos que la instancia grupal es un espacio de crecimiento y aporta a sus procesos, pero nuestros datos empíricos nos dicen que se debiera dar más énfasis en las atenciones a nivel individual que grupal.

La escucha aparece como un elemento fundamental en el momento de definir el como se les ayuda.

“Escuchándome y diciéndome cual es el camino que debo tomar y decirme por que esto no y porque sí. Y también como decir las cosas y si hay que decir algo que sea ocultado por tanto tiempo, hay que decirlo y como decirlo”. (Residente 7)

“Yo creo que escuchándome, ya que siempre una busca alguien que le escuche”. (Residente 10)

3.3 MUJER Y EN CUADRE COMUNITARIO.

Tal como lo hemos mencionado, los educadores asumen un rol facilitador de procesos en el tratamiento, lo que significa que constantemente están influyendo en las reflexiones de las residentes.

Esta influencia no es siempre bien asimilada por las residentes, las que señalan que los educadores asumirían un rol obstaculizador en el tratamiento.

*“Ellos ponen muchos obstáculos y a veces eso te dificulta más que ayudarte. Algunas son muy duras y tajantes, no tienen tino”.
(Residente 3)*

También existe otra tendencia que, si bien es cierto, reconoce que los educadores asumen una actitud que obstaculiza, pero que es intencional para que las residentes adquieran herramientas en la resolución de los problemas.

“Yo creo que ellos ponen dificultades para que una los resuelva, la pega de ellos no es hacer las cosas fáciles sino que ayudarte a ser lo más claro posible y resolver problemas”. (Residente 1)

En cuanto a las normas comunitarias, se apréciale reconocimiento de que ellas les sirven en sus tratamientos para darle un cierto orden a la comunidad y a sus propias vidas.

*“si, por que o sino cualquiera haría lo que quisiera, en la vida nosotras no hemos tenido o respetado muchas normas”.
(Residente 3)*

A si mismo, existe la tendencia a manifestar que es necesario que la comunidad tenga horarios establecidos.

“...cuando una anda en la calle da lo mismo la hora que sea, pero cuando estamos aquí adentro, esto te sirve para ordenarte un poco y ser más responsable sobre todo con tus hijos”. (Residente 4)

Así como se ha señalado, la rutina no presentaría una buena evaluación por lo que ellas consideran que no es un buen aporte para sus tratamientos.

“hay semanas en que todos los días hacemos lo mismo, ahí dan ganas de irse porque aburre. Hay que ser más entretenido y motivado”. (Residente 10)

Las actividades laborales son consideradas como trabajo de hombres por lo que no consideraría sus particularidades. Además existe la tendencia a considerarlo como castigo.

“No siempre, cuando nos mandan a picar la tierra yo lo veo como un castigo por habernos portado mal. Las manos quedan echas

tiras y creo que eso no es para una mujer”. (Residente 8)

En este capítulo ha quedado en manifiesto que las mujeres en tratamiento son conciente de las falencias que presenta el modelo Comunidad Terapéutica Femenino en la aplicación de las técnicas de intervención, principalmente aquellas que se aplican en los espacios grupales y comunitarios. Sin embargo, se aprecia una opinión distinta sobre las técnicas individuales. Estos puntos se desarrollarán más a fondo en las conclusiones de este estudio.

CONCLUSIONES

Por medio del presente estudio, hemos pretendido describir la situación de las mujeres drogodependientes de sectores populares que realizan procesos terapéuticos en las Comunidades Terapéuticas Femeninas. Para ello nos hemos situado en dos Comunidades Terapéuticas de instituciones que ofrecen tratamiento a mujeres drogodependientes de sectores populares; Hogar de Cristo y Programa Don Bosco. La revisión documental, la entrevista con educadores y residentes y la internación como observadores por nuestra parte, han sido fundamental para el desarrollo de este estudio.

Para dicho estudio, hemos querido responder a preguntas tales como; ¿En las comunidades Terapéuticas femeninas que atienden a mujeres drogadictas de sectores populares, son consideradas sus particularidades en el proceso terapéutico? y si estas particularidades son o no consideradas ¿Cómo perciben las mujeres el tratamiento que se brinda en las Comunidades Terapéuticas?

Para dar respuesta a estas preguntas, nos planteamos dos objetivos generales; Describir la incorporación de las particularidades de las mujeres drogodependientes de sectores populares en el modelo de intervención de comunidad terapéutica y Describir la opinión que tienen las mujeres drogodependientes de sectores populares en proceso de rehabilitación respecto al modelo de Comunidad Terapéutica Femenina.

Cabe señalar que la mayoría de los estudios existentes respecto a este tema, se relacionan con las acusas y efectos que presenta el abuso de drogas en la mujer, motivados principalmente por los daños que causa en su embarazo y las consecuencias posteriores en los hijos. No existen estudios que describan los tipos de intervenciones que se llevan a cabo en los lugares donde ellas realizan tratamiento. Además, las teorías respecto a la relación mujer y droga, se encuentran saturadas, encontrándonos con los mismos discursos

en países europeos y americanos. Conjuntamente, las mismas conclusiones respecto al tema que pública CONACE, han sido publicada hace varios años en otros países.

Resultado de nuestra investigación permitió constatar que los programas terapéuticos escritos de las comunidades en estudio, no hacen mención ni desarrollan las particularidades de las mujeres en tratamiento.

Las dos instituciones en estudio cuentan con Comunidades Terapéuticas Masculinas, las que anteceden al nacimiento de sus Comunidades femeninas. Por lo tanto, sus programas fueron confeccionados con anterioridad, los que posteriormente, orientan el accionar de las Comunidades Femeninas. Esta extrapolación de los programas no sufrieron mayores cambios en sus estructuras, tan solo se percibe que los cambios son en términos de redacción. Por ejemplo, al mencionar algunas actividades para la descripción de actividades terapéuticas, en vez de decir hombres se dice mujeres.

Esta desconsideración de las particularidades de las mujeres en tratamiento en los programas de ambas comunidades en estudio, no permitiría que la aplicación del modelo de tratamiento considere un sin número de diferencias que existen entre varones y mujeres drogadictos, necesarias de incluir en la intervención terapéutica. Más bien permite que se aborde la problemática femenina con patrones masculinizados. Esto permite que los educadores(as), en muchas ocasiones, respondan a criterios personales.

Los educadores que fueron entrevistados cuentan con una larga experiencia en trabajo en Comunidades Terapéuticas. La mayoría de ellos se han formado terapéuticamente en los modelos masculinos, lo que les permiten tener las dos visiones.

La descripción que expresan los educadores del modelo de intervención de Comunidad Terapéutica, presentan dos componentes necesarios de analizar. Por un lado, describen a la Comunidad como un espacio afable y acogedor. Por otro lado, como un lugar rígido y con énfasis en lo normativo. Estas dos diferencias son las que las residentes

perciben en el accionar de la Comunidad, siendo el segundo, el más rechazado por ellas, ya que se percibe como demasiado estricto y exigente y el que genera mayores abandonos del tratamiento. El primero, el afable, es percibido como el adecuado, que va al encuentro de la persona sin mayores prejuicios, como la forma ideal de vivir sus tratamientos. Lo señalado, nos permite constatar lo que mencionan muchos autores con respecto a los procedimientos estrictos en la comunidad, que refleja la herencia que reciben las mujeres del modelo masculinizado.

Existe un discurso claro y coherente por parte de los educadores respecto a las diferencias que existe en el modelo de Comunidad Terapéutica Femenina y masculina. En él se recalca que la femenina tendría un ambiente con mayores complejidades que las de varones, destacando la presencia de los hijos de las residentes como elemento influyente, debido a que la presencia de ellos requiere una serie de cuidados y responsabilidades lo que le da una dinámica que se asemeja a la de una familia. En cambio, la comunidad Terapéutica masculina, se asemeja a un departamento de soltero, donde no predominan los elementos y dinámicas complejas de una familia.

Las particularidades de las Comunidades en estudio, de atender a mujeres drogodependientes de sectores populares que no son recibidas en otros programas con carácter de privados, debido a que por sus características son rotuladas con diagnósticos psiquiátricos, es un importante aporte para la creciente demanda de tratamiento de esta población.

Otra particularidad de las comunidades, es que acoge a las mujeres junto a sus hijos, contando ambas, con espacios idóneos para ellos. Esto último se presenta como una gran respuesta a sus particularidades femeninas, ya que las mujeres que demandan tratamiento suelen estar, más que los hombres, a cargo de sus hijos. La falta de ayuda para atender a los hijos es posiblemente el factor que impide el acceso de la mujer drogadicta al tratamiento.

Ante lo anterior, según indica CONACE, son pocos los servicios de tratamiento que funcionan con guardería para los hijos de las residentes, y en algunas culturas es muy difícil que las mujeres abandonen su hogar y sus responsabilidades familiares para someterse a tratamiento.

El perfil de las mujeres que atienden estas comunidades, presenta cierta relación con las características de las Comunidades. Son mujeres de sectores populares con baja situación económica que no se presentan en condiciones de costear un tratamiento en Comunidad Terapéutica privadas, lo que les resulta una gran alternativa la existencia de estos espacios para suplir su necesidad de tratamiento. A la vez, estas mujeres, no cuentan con un apoyo familiar mientras realizan su tratamiento. Esto se debe a que la mujer está más expuesta a ser sancionadas y criticadas socialmente, ya que en la socialización sexista, consumir drogas, alcohol y otras conductas transgresoras, está más asociado con lo masculino. Esto agudiza el aislamiento de las mujeres. Sin embargo, los familiares al ver que la mujer va avanzando en su tratamiento, comienzan a exigir que ella vuelva pronto a su hogar. Esta presión resulta ser peligrosa para el éxito del tratamiento, ya que genera abandono de ellos.

Otra característica de su perfil, se relaciona con la agresividad que la mujer presenta en la dinámica comunitaria. Constantemente acontecen situaciones límites, donde las mujeres no dudan en caer en agresiones hacia los educadores o entre ellas. Incluso los educadores manifiestan que en sus años de experiencia, pocas veces fueron agredidos en comunidades masculinas, a diferencia de las femeninas, donde constantemente intervienen en situaciones de violencia. Esta característica se convierte en un elemento nuevo en los estudios relacionados, por lo que resulta un hallazgo importante de ser profundizado en otros estudios.

En cuanto a las principales problemáticas que muestran las mujeres en tratamiento, se presenta las relaciones con sus parejas. Cuando el consumidor es hombre, la mujer, por lo general apoya constantemente a su pareja. Todo lo contrario sucede con las mujeres.

Cuando es ella la consumidora, es normal que se quede sin pareja mientras consuma (a no ser que el hombre también sea consumidor), por lo que establece relaciones con hombres que practiquen el consumo. Mientras ella está en tratamiento sin pareja, logra concentrarse en el proceso. Pero al establecer una relación nueva o antigua, centraría toda su energía en la relación, debido a que el centrarse en ella le resulta menos doloroso que centrarse en su tratamiento. Además, las que mantienen relación con sus parejas siendo consumidor de drogas, se enfrenta a una disyuntiva, debido a que finalizando su proceso, por prevención de recaída, no podría mantener esta relación. Lo señalado se presenta como un desafío complejo para la mujer, ya que autores señalan que iría en contra de su tendencia a sostener y cuidar los vínculos y en la medida en que se desconecte y se aísle de los vínculos se convierte en fuentes de ansiedad y estrés.

Las diferencias entre hombres y mujeres drogadictos que señalan los educadores, apuntan, en primer lugar, al estigma de ser mujer drogadicta, ya que este sería más profundo y dañino que el de los hombres en la misma condición. La mujer que presenta drogodependencia, constituye un desafío a los estereotipos sociales. Así, es vista como alguien que no es capaz de asumir su situación familiar, por tanto, alguien en quien no se puede confiar. Esto constituiría un daño más marcado que en los hombres al momento de pedir ayuda, lo que no significa que la mujer sea más compleja para el tratamiento, sino que distinta y, por ende el tratamiento tendría que tener matices distintos al de los hombres. En segundo lugar, se presentan los daños co-laterales que genera el proceso de drogadicción de la mujer, ya que a ella le corresponde, según los mandatos sociales todo lo relativo a la reproducción, la crianza de los/as hijos/as, las tareas del hogar, el mundo afectivo y el desempeño en el ámbito privado. El abandono de estos mandatos crean la percepción de que los daños que genera en la familia, son más profundos que el que generan los hombres en la misma situación.

Consideramos que los puntos que hemos tocado hasta ahora y que reflejan el discurso de los educadores de las Comunidades Terapéuticas, no se reflejan en la intervención terapéutica cotidiana. Nuestros datos muestran que sus conocimientos experienciales

representan una riqueza que no ha sido aprovechada por quienes están a la cabeza de estas Comunidades, los que al parecer, privilegian la practica.

En otro sentido, la participación de las mujeres en tratamiento en esta investigación, consistió en opinar sobre las técnicas y actividades que se aplican en las Comunidades Terapéuticas, en los espacios grupales, individuales y en el encuadre comunitario.

Frente a las actividades grupales, las mujeres presentan reparos, tanto en la forma en estas se realizan, en los resultados de ellas y en la poca continuidad que algunas de ellas tienen. A la vez, presentaron buenas apreciaciones de algunas de ellas por considerar que son efectivas para su tratamiento.

El círculo terapéutico en sí, es donde se realizan la mayoría de las actividades grupales. Se presenta como un espacio que da solución a los problemas personales, pero que también, genera más conflicto. Se destaca la posibilidad que todos los integrantes de la Comunidad puedan manifestarse en él, frente a un problema. A la vez, genera más conflicto debido a que hay residentes que no están completamente comprometidas con su proceso y con la comunidad, las que no presentan respeto a los temas que se tratan.

Estudios que se han realizado en comunidades masculinas, señalan que los varones presentan una actitud de profundo respetos ante los círculos terapéuticos. Como se describe, nuestro estudio demuestra lo contrario a este fenómeno. Esto se convierte en otro hallazgo importante de seguir profundizando.

Dentro de este circulo se desarrolla una de las técnicas más repudiadas por las mujeres en tratamiento, la confrontación. Esta genera la apertura involuntaria de sentimientos en las mujeres. En una Comunidad Masculina es común utilizar esta técnica en los círculos, generando en sus residentes, procesos de crisis que en la medida que se superen se convierten en avances terapéuticos. En cambio, nuestro estudio da cuenta que la aplicación de esta técnica en círculos, genera sentimientos de rechazo en las mujeres, no existiendo la

connotación positiva de la crisis. Por lo tanto la motivación para la reflexión y modificación de conductas, no pasa, en el caso de la mujer, en aplicar esta técnica en grupos. Además, existe la opinión que no siempre se aplica esta técnica en los círculos. Muchas de ellas han sido confrontadas en los patios, situación que les genera vergüenza ante la sobre-exposición.

Por otra parte, la persona que aplica esta técnica, por lo general un educador(ra), es percibida por las mujeres como el guardián de la conducta que manifiesta su descontento con rabia, generando rechazo ante las mujeres. Esto es contradictorio con lo que dicen entendidos en el tema, que la confrontación debe ser aplicada entre pares y no por el educador, debido a que debiera funcionar como un control social de forma natural.

Lo señalado respecto a la confrontación en círculos nos lleva a plantear que su aplicación no responde al sentir femenino. Que las mujeres no responden a la misma lógica masculina. La aplicación de esta técnica, genera proyecciones psicológicas de situaciones traumáticas de sus vidas, de las cuales es muy complejo salir.

Otra instancia grupal que se desarrolla en las Comunidades Terapéuticas femeninas es la práctica de deportes. Esta presenta una buena evaluación por parte de las mujeres por ser instancias donde se relajan, olvidando por un instante lo duro que resulta el tratamiento. Señalan también, el aporte que genera en el cuidado de su presentación física, lo que permite elevar el sentimiento de buena autoestima. Sin embargo, a pesar de estar incluidas en los horarios de funcionamiento de las Comunidades Terapéuticas, el deporte no es una actividad que se realice en forma sistemática. Creemos necesario que partir de los datos empíricos que acá se presentan, que actividades tan bien evaluadas por las usuarias debieran tener una consideración especial en la programación de las Comunidades.

Otra actividad influyente en los procesos de cambio de las mujeres, es la terapia de expresión de sentimientos en grupo. Las mismas mujeres la califican como una instancia

importante. Pero presentan críticas en como se lleva a cabo, donde se aprecia que existe presión por parte del educador(ra) para que ellas se expresen. Lo que resulta un atentado a la voluntad y los procesos terapéuticos de las mujeres.

La última actividad grupal que se considera en este estudio es la laboroterapia, la que también presenta reparos por parte de las mujeres. Esta actividad se realiza sólo para mantener la Comunidad en temas de infraestructura y jardines, siendo que en los programas terapéuticos se establece una gama de actividades relacionadas con el desarrollo de talleres específicos. Las mujeres manifiestan que es necesario realizar otras actividades que tengan un real carácter de apresto laboral, ya que ellas, en su mayoría, carecen de esas habilidades. Además, siendo esta actividad utilizada como sanción ante la falta a las normas establecidas, se percibe su realización en forma negativa.

En cuanto a las técnicas terapéuticas que se aplican en forma individual, las mujeres presentan una opinión más bien positiva.

La confrontación a nivel individual a diferencia de la que se realiza en forma grupal, presenta una buena evaluación por parte de las mujeres. En este espacio ellas se sienten más cómodas, sin la presión que genera la presencia de otros. El hecho que se le refleje sus errores y se corrijan algunas conductas por un solo educador(a), le permite reconocer y reflexionar con mayor tranquilidad sobre el contenido de la confrontación, fenómeno que no ocurre cuando se aplica esta técnica en espacios grupales.

La otra técnica que se desarrolla a nivel individual es la expresión de sentimientos. Esta también presenta una buena opinión por parte de las mujeres. En ella logran verbalizar aquellos sentimientos agradables o desagradables que van vivenciando. A diferencia que en la forma grupal, en este espacio les es más fácil sentirse en libertad, lo que permite que establezcan lazos de confianza con el educador que las atiende.

La elaboración de exposiciones para posteriormente presentarlas frente al resto de la comunidad, es una actividad que las mujeres valoran, ya que les permite desarrollar el sentido de la responsabilidad y habilidades de destreza. Sin embargo, al caer en falta a los valores que se promulgan en la Comunidad Terapéutica, las residentes deben elaborar una exposición del valor que trasgredieron, para después presentarla ante la Comunidad. Esto permite que la actividad de exposición se relacione con castigos.

Existe una buena evaluación hacia el trabajo de los objetivos individuales, debido a que pueden ir midiendo sus estados de avance en forma periódica, en la médica que los van cumpliendo. A la vez, contrarresta la angustia y ansiedad que le genera el saber que el tratamiento dura como promedio un año.

Las mujeres en tratamiento reconocen el aporte que les brindan los educadores a sus tratamientos. Sin embargo, es necesario poner atención en aquellas que manifiestan críticas al rol del educador. Ellas manifiestan la poca discreción frente a sus intimidades. Si bien es cierto, en la comunidad Terapéutica debe existir una predisposición por parte de los residentes a dejar que otros se introduzcan en sus vidas, en el caso de las mujeres esto no funcionaría de tal forma. Nuestros datos muestran la necesidad que los educadores(as) flexibilicen sus relaciones con las residentes, sin caer en permisividades, para lograr en una primera instancia, la confianza recíproca.

Muchos autores se refieren respecto a la confianza que deben tener los usuarios de terapias con sus terapeutas, pero pocos hacen mención a la confianza que debe tener el terapeuta hacia su paciente. En la medida que el educador entregue muestras de confianza a las residentes, generaría la reciprocidad de ese sentimiento, ya que la confianza genera confianza.

Queremos señalar, con relación al mismo punto, que la percepción negativa que presentan muchas residentes respecto al accionar de los educadores(as), responde a lo que señala Villarino respecto a que el educador puede sucumbir ante la seducción del uso

poder, alterando aun más, la poca capacidad de confiar que las residentes presentan. Ante esto, las Comunidades Terapéuticas debieran promover modelos de relaciones entre educador(as) y residente basados en el respeto a las particularidades de cada uno y de los mismos procesos.

La buena percepción que predomina en las residentes con respecto al sistema normativo, refleja cierta disponibilidad por parte de ellas a vivir en comunidad. Esto se debe a que constantemente se habla en la comunidad del sentido y aporte que genera el cumplimiento de ellas en sus tratamientos, lo que refleja que cuando se comprende el contenido y sentido de los elementos que predominan en el tratamiento, son más fáciles de asimilar por sus residentes.

Que la rutina de la comunidad sea considerada como aburrida por parte de las residentes, se presenta como una amenaza para el éxito del tratamiento. La realización de las mismas actividades por mucho tiempo, se convierten en fuentes de desmotivación, lo que representa un riesgo para que las residentes abandonen su tratamiento.

La necesidad de tener límites claros, no solo incumbe a una comunidad Terapéutica, sino que a todo grupo social. Nuestros datos nos muestran que existe una distorsión en cuanto a la aplicación de sanciones, lo que crea molestias en las residentes.

En cuanto a los horarios de funcionamiento, presentarían una organización estrecha que dificulta a las residentes concluir con tranquilidad algunas actividades, principalmente, de carácter maternal o personal. Por lo general, ellas cuentan con poco tiempo para ocuparse de sus hijos o de su presentación personal. En comunidades de varones los horarios responden a la lógica de que todo funcione rápido, al estilo militar.

Sin duda, creemos que esta forma de organizar los horarios no es compatible con las particularidades femeninas, debido a que ellas necesitan de tiempos más pausados, en los que puedan realizar de forma tranquila sus quehaceres.

Las mujeres se perciben distintas a los hombres, principalmente en los ámbitos afectivos y lo relacionado con asumir responsabilidades maternas. En cuanto al ámbito afectivo, ellas plantean que las situaciones complejas de la vida les afectan más que a los hombres. Sin embargo, autores plantean que esto responde a que las mujeres tienden a expresar y vivirse lo que están sintiendo, a diferencia que los hombres, que tienden a racionalizar sus conflictos.

La forma de sentir y abordar las situaciones complejas en hombres y mujeres, es un tema que se encuentra desarrollado en la literatura a fin. Pero creemos que en la Comunidad Terapéutica, se da un fenómeno que no ha sido abordado. Siendo parte de la lógica de las comunidades Terapéutica que sus residentes logren identificar las situaciones traumáticas que han facilitado el abuso de sustancias y que logren verbalizarlas, independiente del dolor que estas puedan generar. En los hombres este fenómeno resulta ser tremendamente importante para sus tratamientos, ya que una vez que ellos descubren que sus sentimientos los pueden sentir, hablar, llorar y aceptar, se encuentran con un mundo nuevo que les entrega paz a sus “caóticas vidas” y se proyectan en su tratamiento llegando a finalizarlo. En cambio, para las mujeres, el hablar de sus temas complejos, es algo que han practicado toda su vida, por lo que no resulta necesariamente algo novedoso y tan motivador como en los varones.

La otra gran diferencia que ellas manifiestan se relaciona con la maternidad. Mientras los varones cumplen con su proceso en forma independiente, sin tener que ocuparse directamente de sus hijos, las mujeres deben asumir una gama de responsabilidades que demandan sus hijos. Este hecho, se convierte en una particularidad marcada en las residentes. La presencia de niños en una Comunidad Terapéutica es un elemento diferenciador que no sólo se considera con la instalación de infraestructura para su cuidado, sino que más bien exige una reestructuración de la dinámica y la estructura comunitaria.

Como hemos señalado en varios puntos, el descuido en las responsabilidades de las actividades designadas socialmente para la mujer, es duramente sancionado, más aun cuando este descuido se produce a partir de prácticas como el consumo de droga. Esto genera que tengan una auto-percepción de si misma bastante deteriorada. A partir de esto, consideramos que por esa misma razón, el cambio de esa mirada por parte de quienes las atienden terapéuticamente, debiera apuntar a un lavado de la auto-imagen. Esto es un gran aporte para una mayor corrección de su auto-concepto y, en consecuencia, para el aumento de su auto-estima y de la percepción y conciencia de su propio valor como seres humanos.

En cuanto al cumplimiento de roles en la sociedad, se destaca que las mujeres han ocupados posiciones de liderazgo. Sin embargo, al iniciar o agudizar sus conductas drogodependiente, han ido descuidando estos roles, lo que decanta en la renuncia a ellos. Frente a esto, resulta imprescindible la re-potenciación de esta cualidad, ya que permite que ellas descubran las motivaciones que en algún momento de sus vidas permitían su buen funcionamiento.

Nuestro estudio da cuenta que hay mujeres que reconocen la practica del comercio sexual para financiar su consumo de drogas. Lo que se presenta como una practica relacionada con dicho consumo. También hay quienes manifiestan no haber practicado la prostitución sin que se les haya consultado. Esto último, responde a la necesidad de desprenderse de estigmas que relacionan mujeres y consumo de drogas, igual prostitución. Esto es un reflejo de la influencia que ejerce los estigmas en las mujeres.

En las Comunidades Terapéuticas en estudio, se aprecia la tensión en que se establecen algunas relaciones interpersonales entre las que señalan las faltas de las compañeras y las que son señaladas por cometer esas faltas. Este tipo de relación crea un ambiente de tensión continua. Además ciertos autores señalan que algunas mujeres, en particular las que han sufrido abusos, ven a otras mujeres como competidoras, por lo que las Comunidades deben idear modelos de relaciones apropiadas y no competitivas, y en los programas se deben promover modelos de relaciones entre educadores y residentes

basados en la igualdad antes que en el poder y la jerarquía. Conjuntamente con ello, es preciso que los equipos terapéuticos asuman un rol mucho más protagónico frente a estos conflictos. Por lo general, las residentes se quejan de no contar con herramientas para la resolución de estos conflictos, por lo que resulta imprescindible el desarrollo de instancias que entregue las herramientas necesarias para que las residentes aprendan a sobrellevar o enfrentar estos conflictos.

La percepción de las residentes respecto a la terapia en forma grupal, es que ella resulta ser muy fuerte y en muchas oportunidades trae consigo el surgimiento de sentimientos que daban por cerrado. Esto invita a reflexionar sobre la pertinencia que en el programa de tratamiento predominen las terapias grupales. Esto no quiere decir que se deban excluir, sino que debido a las particularidades específicas de la población femenina drogodependiente, se debe dar mayor énfasis en las atenciones individuales, donde se prepare a la residente a enfrentar terapias de grupo.

Con relación a las técnicas individuales, la buena acogida que presenta en las residentes por ser un espacio donde logran superar sentimientos de vulnerabilidad y amenaza que predominan en la terapia grupal, se torna necesaria su incorporación como terapia que predomine en los tratamientos de estas mujeres.

La percepción que tienen las mujeres sobre los educadores, invita a que se revise la forma en que ellos ejercen su rol. Debido a que ellos ejercen una gran influencia en los procesos terapéuticos. Es muy común que ellos se desperfilen en el manejo del poder que su posición en la comunidad les entrega.

HALLAZGOS DE INVESTIGACION

Debido a la inexistencia de estudios que aborden las dinámicas internas de las Comunidades Terapéuticas Femeninas, los resultados de este estudios se consideran como hallazgos significativos en este tipo de intervención. Sin embargo, destacamos aquellos puntos que a nuestro juicio merecen ser profundizados en otras investigaciones de este tipo.

Uno de los hallazgos se relaciona con el escaso respeto que las mujeres presentan en actividades grupales. Tal vez, se puede relacionar con un rechazo a este tipo de actividad.

La percepción de las residentes respecto a la terapia en forma grupal, es que ella resulta ser muy fuerte y en muchas oportunidades trae consigo el surgimiento de sentimientos que daban por cerrado. Esto invita a reflexionar sobre la pertinencia que en el programa de tratamiento predominen las terapias grupales. Esto no quiere decir que se deban excluir, sino que debido a las particularidades específicas de la población femenina drogodependiente, se debe dar mayor énfasis en las atenciones individuales, donde se prepare a la residente a enfrentar terapias de grupo.

En nuestra estadía en las Comunidades hemos detectado que las mujeres presentan un nivel mayor de agresividad en comparación con los varones. Si bien es cierto, este punto no se aborda en este estudio, se presenta como un tema a ser estudiado para aquellas personas que pretendan explorar esta temática.

Otro punto que no aborda este estudio, son las relaciones lésbicas que se generan en el ambiente comunitario femenino. Datos entregado por educadores que han tenido la experiencia de trabajar en Comunidades Masculinas, dicen que la homosexualidad es un fenómeno casi inexistente en esos espacios. Por lo tanto, la exploración futura de este tema resulta importante de abordar.

APORTES AL TRABAJO SOCIAL

Los datos que se han presentado en este estudio, nos llama a reflexionar respecto al rol que ejercen los profesionales en las Comunidades Terapéuticas.

Las instituciones sin fines de lucro como las que acá presentamos, tienen como perfil de atención, preferentemente, a personas que se encuentran en condiciones biosociocultural desventajosa en comparación con el resto de la sociedad. Lo que llama a poner atención en la calidad de los servicios que se prestan.

Nuestra sociedad ha experimentado profundos cambios que se reflejan, también, en los perfiles de los destinatarios de muchas instituciones que abordan las diferentes problemáticas sociales. En el caso de la drogodependencia, comienza a aparecer, en las últimas décadas, una población que originalmente no se consideraba como perfil de atención en las Comunidades Terapéuticas, ya que estas se especializaban en la población adulta y masculina. Es así como; niños(as), adolescentes y mujeres adultas, comienza a ser sujetos de atención de este modelo. Esto significa, que el modelo de intervención, comienza generar cambios paulatinamente, destinados a brindar una mejor atención a sus nuevos usuarios.

Como se muestra en este estudio, el proceso de transformación de las comunidades Terapéuticas a un no llega a su parte final. Nuestros datos dan cuenta que el proceso de cambio de las comunidades terapéutica se encuentra vigente y necesitado de miradas objetivas que recojan las experiencia de todos los involucrados para realizar un verdadero aporte a esta práctica. Es en el punto señalado, donde aparece el primer aporte que entrega este estudio al trabajo social y al conocimiento científico. Además deja la tarea expresa, de aportar en la reflexionando de esta práctica.

Debemos señalar que la compleja y rica fuente de intervención que existe en las Comunidades Terapéuticas, es un campo idóneo para la intervención del Trabajo Social,

donde existen las áreas que la profesión aborda; casos, grupos, familia y comunidad. Es por esto que se hace necesario que los Trabajadores Sociales tengan mayor presencia en las Comunidades Terapéuticas y tomen más conciencia de la necesidad de prestar servicios contra la drogodependencia sensibles a las necesidades de la mujer, y que cada vez se reconozca más la necesidad de aplicar criterios que incorporen las particularidades femeninas para prestar servicios de calidad.

La transmisión de conocimientos, la capacitación y el establecimiento de redes entre los Trabajadores Sociales puede facilitar la creación o el mejoramiento de los servicios sensibles a las necesidades de la mujer. Debido a que las mujeres con problemas de drogodependencia, al momento de solicitar ayuda, suelen establecer un primer contacto servicios de salud primaria, lugar donde existe clara presencia de Trabajadores Sociales.

Otro punto necesario de plantear, se relaciona con el llamado a la profesión a tomar un rol más activo en lo que respecta al campo terapéutico, específicamente de las Comunidades Terapéuticas. Tal vez se ha mal entendido, por influencias del sentido común, que la terapia es un campo exclusivo de psiquiatras, psicólogos o terapeutas. Este mito se desmitifica en la medida en que la formación académica de Trabajadores Sociales, profundice en la atención terapéutica en este campo, ya que estamos convencidos que la profesión tiene mucho que hacer y decir en cuanto a los modelos terapéuticos que se llevan a cabo en las mujeres con drogodependencia.

Dentro del mismo ámbito terapéutico se considera necesaria la participación del trabajador social en la programación de los contenidos terapéuticos tanto en las atenciones individuales, grupales, familiares y en el encuadre de las comunidades.

En las atenciones individuales, los datos de este estudio muestran la necesidad de establecer lazos de confianza con las mujeres como primer acercamiento a sus problemáticas. Esto crea sin duda, un desafío para los Trabajadores Sociales, que por lo general son los destinados a la atención individual. En la medida en que el trabajador

social logre comprender la situación de la mujer drogodependiente desarrollará la empatía necesaria para crear este vínculo, el que creemos no solamente responde a lo terapéutico que marca la jerarquía ayudador-ayudado, sino que más bien debiera corresponder a una verticalidad, en la que se establezcan los límites correspondiente de cualquier relación humana.

Por otra parte, en los espacios grupales existe una gran carencia en la incorporación de temas complementarios a los tratamientos de las mujeres. Los temas concernientes a la maternidad, sexualidad, reinserción, dependencia psicológica (no solo a droga), entre otros. La planificación y ejecución de estos temas perfectamente se pueden asumir desde el trabajo Social .

Los datos de nuestro estudio señalan el abandono familiar en que estas mujeres se encuentran debido a que sus familias presentan una negación e apoyar los procesos terapéuticos, debido a los estigmas que son víctimas la residentes, En este punto el, Trabajador Social presenta un gran reto en el diseño de estrategias para el restablecimiento de los vínculos familiares de las mujeres. La incorporación de estos elementos en la terapia familiar resultaría de gran ayuda para el éxito terapéutico de las residentes.

Por ultimo, consideramos que los resultados de este estudio aporta una interesante información para los Trabajadores Sociales que trabajan en el área de la rehabilitación en mujeres, siendo de gran ayuda para la elaboración y ejecución de programas terapéutico, en los que se considere las particularidades de las mujeres drogodependientes.

PROPUESTA AL MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA FEMENINA

Está comprobado por numerosos estudios, que el modelo de Comunidad Terapéutica como alternativa de tratamiento residencial es la más efectiva para la intervención con

personas drogodependiente. Sin embargo, a partir de los antecedentes que arroja este estudio, creemos necesario que este modelo realice algunas transformaciones cuando se evoca al abordaje de la mujer drogodependiente.

En consiguiente, la incorporación de aquellas particularidades de la población femeninas consumidora de drogas, deben orientar la modificación del modelo masculinizado. Por lo tanto, incluiremos una serie de puntos, donde proponemos modificaciones de las intervenciones que se llevan a cabo en las comunidades Terapéuticas Femeninas.

En primer lugar, creemos que resulta imprescindible que en los sistemas de salud primaria se imparta al personal información respecto al consumo de drogas en la mujer, que permitan detectar los problemas y remitir a servicios especializados o intervenir brevemente cuando se detecten. Esto puede contribuir a que se logren mejores resultados, en particular si la intervención se produce en una etapa temprana. La capacitación no debe dirigirse únicamente a la adquisición de conocimientos y aptitudes, sino versar también sobre las actitudes y creencias en cuanto a las mujeres con problemas de drogodependencia y la eficacia del tratamiento.

- En cuanto a los programas escritos, estos deben hacer incorporación clara del perfil femenino drogodependiente, donde se incorporen los elementos descriptivos que caracterizan a esta población, tanto en el diagnóstico, como en el diseño de las actividades. Los elementos constitutivos de este programa deben ser conocidos a plenitud por el personal de la Comunidad Terapéuticas, ya que orientará su accionar.
- La participación de las mujeres en las terapias grupales, se debe dar en la medida que se hayan vivenciado un proceso de adaptación, no tan sólo a la estructura comunitaria, sino que también, en las relaciones que establecen con sus compañeras y educadores(as). Así como también, la participación en terapias grupales debe ser antecedida, por un proceso terapéutico en forma individual que

permita que ella identifique y elabore las dificultades que puede generar su participación en él.

- Las intervenciones individuales deben jugar un rol más protagónico en los procesos terapéuticos de las residentes. Todas las residentes debieran tener un seguimiento a nivel individual que se realice a diario, donde se aborden, tanto los traumas de su historia de vida, como las dificultades de lo cotidiano.
- Resulta necesario que la presencia del educador en la Comunidad asuma un rol más afectivo, acogedor y de confianza, que le permita ser una figura a la cual se recurra constantemente.
- En el proceso terapéutico Femenino resulta necesario el abordaje de lo psicoafectivo y de lo relacional, como elementos transversales al tratamiento. Por lo que resulta importante que el educador(ra), elimine sus prácticas de confrontación en público hacia las residente y permita que esta técnica se aplique entre residentes. De esta manera él o ella, podrá abordar los efectos que la técnica genera en las mujeres de forma individual, facilitando así, que las mujeres vayan descubriendo sus distintas problemáticas.
- Se convierte necesario que las Comunidades Terapéuticas femeninas incluya en su programación diaria actividades de carácter deportivo.
- La utilización de actividades como las exposiciones individuales y las laborales, no se deben utilizar como sanciones, debido a que se distorsiona el sentido de ellas. Además los criterios en las sanciones deben responder a una cierta similitud en su aplicación.

- La estructuración de los horarios de la Comunidad, deben ser lo suficientemente flexibles y amplios que permitan que las mujeres realicen sus actividades sin presiones.
- Resulta necesario individualizar la identificación de las potencialidades y habilidades con que las mujeres cuentan y desde ahí, intencionar actividades que ayuden a redescubrir sus habilidades.
- El abordaje terapéutico de los efectos que produce en las mujeres drogodependiente el proceso de estigmatización social por su adicción a las drogas, resulta un elemento fundamental en la proyección de una vida sana.
- La atención terapéutica de las familias de las residentes, se debe realizar en formas separada a la de los varones, incorporando elementos propios del proceso de adicción femenino.
- Mantener un enfoque más de integración que de confrontación, sobre todo al comienzo del proceso terapéutico.
- Respetar la vida privada en el caso de experiencias traumáticas vinculadas a abusos y maltratos;
- Centrar la atención en las relaciones de las mujeres (con la familia y demás parientes), a fin de restablecer las redes sociales;
- Prolongar el tratamiento a fin de establecer lazos y vinculación terapéutica.

En cuanto al personal, la capacitación y la competencia es un factor significativo para que las Comunidades Terapéuticas respondan a las necesidades de la mujer. Los aspectos necesarios en la capacitación y la competencia deben ser;

- El conocimiento de las circunstancias de la vida de las mujeres y del origen, las consecuencias y la evolución de los problemas del abuso de drogas.
- Las diferencias que existen entre varones y mujeres drogodependientes.
- El buen uso que se debiera tener del poder que tienen en la Comunidad Terapéutica
- Los aspectos relacionados con las relaciones personales de las mujeres;
- La repercusión en la familia de los efectos que genera una mujer drogodependiente.
- El conocimiento del entorno de las mujeres, en particular con respecto a la violencia doméstica.
- Lo relacionado con los niños, como las aptitudes para la crianza de los hijos y el bienestar de éstos.

Creemos que la constante capacitación y la discusión permanente respecto de la atención de estas mujeres, es un elemento que enriquece la práctica en las Comunidades Terapéuticas.

BIBLIOGRAFIA

Astudillo, P (2001)

Quisiera tener el alma a prueba de
Muñoz, R *golpes actores Sociales*
Relacionados con la Deserción de
una Comunidad Terapéutica. Taller
de Titulación en Políticas Públicas
Pontificia Universidad Católica de
Chile.

Bastias, Carolina (2005):

Mujeres drogadictas
autopercepción y efectos en la
familia. Tesis para optar al título de
Asistente Social y al grado de
Licenciado en Trabajo Social.
Escuela de Trabajo Social,
Universidad Academia de
Humanismo Cristiano. Santiago,
Chile.

Burin, M. (1996)

Género y psicoanálisis:
subjetividades femeninas
vulnerables. En: BURIN, MABEL y
BLEICHMAR, E.,comps. Género,
psicoanálisis y subjetividad. Buenos
Aires, Paidós, pp. 61-99

Campagna, D. (2003):

La Comunidad Terapéutica en la rehabilitación de la drogadependencia y el alcoholismo, resumen de una experiencia.
Buenos Aires, Argentina.

Chile CONACE (2004):

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.
Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación. Santiago Chile

Chile. CONACE, (2004):

Sexto Estudio Nacional de Drogas En Población General de Chile, Consumo de drogas en jóvenes.
Santiago.

Chile. CONACE, (2003):

Prevenir en Familia. Programa de Prevención del Consumo de Drogas para las Familias. Santiago.

- Chile. CONACE, (2002): *V Estudio Nacional Sobre Consumo de Drogas. Santiago.*
- García, Ana, (1996): *Las mujeres y las drogas.* Centro de documentación especializado en la temática del uso indebido de drogas y control del tráfico ilícito, Presidencia de la Nación de la República Argentina, Buenos Aires.
- Egenau, P. (1992) *La Comunidad Terapéutica en Chile, Alternativa de rehabilitación para Drogadictos,* Revista Decisión, Santiago Chile.
- Escotado, A (1996): *Historia Elemental de las Drogas.* Anagrama. Barcelona, España
- Escotado, A (1995): *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos.* Barcelona: Anagrama. España.
- Fernández, C. (2001): *Evolución de las estrategias y modelos asistenciales sobre drogas.*

- Goti, M. (1990): *La Comunidad Terapéutica, un desafío a la Droga*. Ediciones Nueva visión, Buenos Aires, Argentina.
- Gainza, A. (1997) *Futuro y angustia: la juventud popular y la pasta base de cocaína en Chile*. Santiago de Chile: SUR.
- Herrera, Lucrecia (2005): *Mujer de nivel socio-económico bajo y alcoholismo*. Tesis para optar al título de Asistente Social y al grado de Licenciado en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.
- Hogar de Cristo (1997): *Proyecto Educativo, Área niños y jóvenes en riesgo Social*. Santiago Chile
- Manresa Femenina (2001): *Comunidad terapéutica, Programa de Tratamiento. Hogar de Cristo*. Santiago Chile

- Morin, S. (1996): *El impacto del abuso de drogas en las mujeres y sus familias.* Montevideo, Uruguay
- Subirats, Maria *“Conquistar la igualdad, la coeducación hoy”.* Revista Iberoamericana de Educación Número 6 Género y Educación Septiembre - Diciembre 1994
- Ossa, L. y González, L. (1996): *Mujeres Populares y Pasta Base: descripción y análisis de las repercusiones personales y sociales asociadas a la modalidad de consumo, no publicada, Tesis de grado para optar al título de psicólogo, Universidad Central, Santiago Chile.*
- ONU (1957): *Serie de Informes Técnicos, ONU, números 116 y 117.*
- ONU (2004) *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y*

Experiencia adquirida. NACIONES
UNIDAS
Nueva York, EEUU.

Peña, D.

Cortés, I

Corrientes Psicológicas

Presentes en

Proyecto Hombre.

Programa Don Bosco (2002):

Propuesta de Rehabilitación,
Comunidad Terapéutica María
Auxiliadora.

Rodríguez, A (1994):

Drogodependencia. Universidad de
Santiago de Compostela. . Santiago
de Compostela, España

Villatoro, P. (2002):

Un Análisis Comparativo de la
Situación de Ingreso de
Jóvenes a Programas de
Rehabilitación de Drogas
Según el Género, no publicado,
Fundación de Beneficencia
Hogar de Cristo, Unidad de
Desarrollo, Santiago Chile.

- Valles, M (2000): *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional.* Madrid, España
- Valle, Rolando *Programa de Capacitación Sobre El Modelo de Comunidad Terapéutica.*
- Villarino, C (2004): Asociación Casa Alianza *Ética en el Abordaje Terapéutico de Adicciones.* Texto leído en la Jornadas Científicas del XVIII Aniversario de la Comunidad Terapéutica El Junquito de la Fundación José Félix Ribas. Caracas. Venezuela.

FUENTES ELECTRONICAS

- Wilbur, R. (2004): *ADICCIONES A DROGAS, LA RESPUESTA DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA EN LA ARGENTINA* [consultada el 20 de marzo de 2006], http://www.programacambio.org/index.php?option=com_remository&Itemid=90&func=fileinfo&parent=category&filecatid=2
- Dr. Hedderich (2004): *FAMILIA Y DROGODEPENDENCIA: "JUGAR A LA CRISIS"* [consultada el 10 de abril 2006].

http://www.programacambio.org/index.php?option=com_remository&Itemid=90&func=fileinfo&parent=category&filecatid=96

National Institute on Drug Abuse (n.d) : *Serie de Reportes de Investigación. La Comunidad Terapéutica*. [Consultada el 15 de marzo 2006],
<http://www.drugabuse.gov>

Mujer y uso indebido de drogas (1998): *Revista informativa de desarrollo del Trópico Cochabamba Numero 35* [consultada el 25 de abril 2006],
<http://www.jornada.unam.mx/laventana/librl/lama.htm>. Visitado enero 2006

Mujer, gestación y droga (n.d), [consultada el 25 de abril 2006],
<http://www.opcionperu.org.pe>, visitado, Noviembre 2005

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Opinión que tienen los Educadores

DEFINICION CONCEPTUA L	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSI	SUBDIM EN	INDICADOR ES
Pensamiento o idea que se pueda tener en relación al modelo aplicado en la comunidad Terapéutica femenina y que en otra persona puede ser distinta.	Opinión de Educadores y Profesionales respecto a la consideración de las particularidades y necesidades de las mujeres Drogodependientes de sectores populares en proceso de Rehabilitación en la comunidad Terapéutica Femenina Residencial.	Modelo de Comunidad Terapéutica	DESCRIPCIÓN CT DIFERENCIAS M-F PARTICULARI DAD CT	CLARA DIFUSA EXISTEN NO EXISTEN SE IDENTIFICAN NO SE IDENTIFICAN EXCLUSIVA NO EXCLUSIVA.

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSI	SUBDIMEN	INDICADORES
<p>Pensamiento o idea que se pueda tener en relación al modelo aplicado en la comunidad Terapéutica femenina y que en otra persona puede ser distinta.</p>	<p>Opinión de Educadores y Profesionales respecto a la consideración de las particularidades y necesidades de las mujeres Drogodependientes de sectores populares en proceso de Rehabilitación en la comunidad Terapéutica Femenina Residencial.</p>	<p>Particularidades de las Mujeres atendidas en Comunidad Terapéutica</p>	<p>PERFIL</p> <p>PRINCIPALES PROBLEMATICAS</p> <p>DIFERENCIAS CON LOS HOMBRES ADICTOS</p> <p>PARTICULARIDADES</p>	<p>AGRESIVO NO AGRESIVO</p> <p>PERSONAL FAMILIAR SOCIAL</p> <p>MAS DAÑO MENOS DAÑO</p> <p>DEFINIDAS. NO DEFINIDAS.</p>

DEFINICION CONCEPTUA L	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSI	SUBDIMEN	INDICADORE S
Pensamiento o idea que se pueda tener en relación al modelo aplicado en la comunidad Terapéutica femenina y que en otra persona puede ser distinta.	Opinión de Educadores y Profesionales respecto a la consideración de las particularidades y necesidades de las mujeres Drogodependientes de sectores populares en proceso de Rehabilitación en la comunidad Terapéutica Femenina	Particularidades de las Mujeres atendidas en Comunidad Terapéutica	<p>PERFIL</p> <p>PRINCIPALES PROBLEMATICAS</p> <p>DIFERENCIAS CON LOS HOMBRES ADICTOS</p> <p>PARTICULARIDADES</p>	<p>AGRESIVO NO AGRESIVO</p> <p>PERSONAL FAMILIAR SOCIAL</p> <p>MAS DAÑO MENOS DAÑO</p> <p>DEFINIDAS. NO DEFINIDAS.</p>

OPINION DE MUJERES TECNICAS

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSI	SUBDIMEN	INDICADORES
<p>Pensamiento o idea que se pueda tener en relación al modelo aplicado en la comunidad Terapéutica femenina y que en otra persona puede ser distinta.</p>	<p>Opinión de las mujeres respecto a la forma como se aplican las principales técnicas utilizadas en la CCTT y como ellas las vivencian.</p>	<p>Técnicas grupales</p>	<p>Círculos terapéuticos</p> <p>Confrontación en grupo</p> <p>Deportes</p> <p>Laborterapia productiva</p> <p>EXPRES. SENTIMIENTOS EN CIRCULOS</p>	<p>Soluciona No soluciona Se respeta No se respeta</p> <p>APORTA NO APORTA ES ADECUADA</p> <p>FUNCION APORTA NO APORTA</p> <p>FUNVION APORTE AL TRATAMIENTO</p>

DEFINICION CONCEPTUA L	DEFINICION OPERACION AL	DIMENSI	SUBDIMEN	INDICADO RES
<p>Pensamiento o idea que se pueda tener en relación al modelo aplicado en la comunidad Terapéutica femenina y que en otra persona puede ser distinta.</p>	<p>Opinión de las mujeres respecto a la forma como se aplican las principales técnicas utilizadas en la CCTT y como ellas las vivencian .</p>	<p>Técnicas grupales</p>	<p>Círculos terapéuticos</p> <p>Confrontación en grupo</p> <p>Deportes</p> <p>Laborterapia productiva</p> <p>EXPRES. SENTIMIENTO S EN CIRCULOS</p>	<p>Soluciona No soluciona Se respeta No se respeta</p> <p>APORTA NO APORTA ES ADECUADA</p> <p>FUNCION APORTA NO APORTA</p> <p>FUNVION APORTE AL TRATAMIENTO</p>

DEFINICION N CONCEPTU AL	DEFINICION OPERACIONA L	DIMENSI	SUBDIMEN	INDICADO RES
Pensami ento o idea que se pueda tener en relación al modelo aplicado en la comunid ad Terapéut ica femenin a y que en otra persona puede ser distinta.	Opinión de las mujeres respecto a la forma como se aplican las principale s técnicas utilizadas en la CCTT y como ellas las vivencian.	Técnicas grupales	Círculos terapéuticos Confrontació n en grupo Deportes Laborterapia productiva EXPRES. SENTIMIENTOS EN CIRCULOS	Soluciona No soluciona Se respeta No se respeta APORTA NO APORTA ES ADECUADA FUNCION APORTA NO APORTA FUNVION APORTE AL TRATAMIENTO

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	SUBDIMENSION	INDICADORES
<p>Pensamiento o idea que se pueda tener en relación al modelo aplicado en la comunidad Terapéutica femenina y que en otra persona puede ser distinta.</p>	<p>Opinión de las mujeres respecto a la forma como se aplican las principales técnicas utilizadas en la CCTT y como ellas las vivencian.</p>	<p>Técnicas grupales</p>	<p>Círculos terapéuticos</p> <p>Confrontación en grupo</p> <p>Deportes</p> <p>Laborterapia productiva</p> <p>EXPRES. SENTIMIENTOS EN CIRCULOS</p>	<p>Soluciona No soluciona Se respeta No se respeta</p> <p>APORTA NO APORTA ES ADECUADA</p> <p>FUNCION APORTA NO APORTA</p> <p>FUNVION APORTE TRATAMIENTO</p>

DEFINICION CONCEPTU AL	DEFINICION OPERACIONA L	DIMENSI	SUBDIMEN	INDICADOR ES
Pensamiento o idea que se pueda tener en relación al modelo aplicado en la comunidad Terapéutica femenina y que en otra persona puede ser distinta.	Opinión de las mujeres respecto a la forma como se aplican las principales técnicas utilizadas en la CCTT y como ellas las vivencian.	Técnicas grupales	<p>Círculos terapéuticos</p> <p>Confrontación en grupo</p> <p>Deportes</p> <p>Laborterapia productiva</p> <p>EXPRES. SENTIMIENTOS EN CIRCULOS</p>	<p>Soluciona No soluciona Se respeta No se respeta</p> <p>APORTA NO APORTA ES ADECUADA</p> <p>FUNCION APORTA NO APORTA</p> <p>FUNVION APORTE AL TRATAMIENTO</p>

Relación mujeres y las técnicas

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSI	SUBDIMEN	INDICADOR ES
<p>Conexión que hacen las mujeres Drogo dependientes entre el modelo de la comunidad Terapéutica y sus particularidades.</p>	<p>Correlación entre el modelo de comunidad Terapéutica y las necesidades particulares de las mujeres drogodependientes según sus propias experiencias en el proceso.</p>	<p>Técnicas grupales v/s particularidades psicológicas y Sociales.</p>	<p>Técnicas y proceso terapéutico</p>	<p>Utilidad aporte apropiados</p>

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSI	SUBDIMEN	INDICADORE S
<p>Conexión que hacen las mujeres Drogo dependientes entre el modelo de la comunidad Terapéutica y sus particularidades.</p>	<p>Correlación entre el modelo de comunidad Terapéutica y las necesidades particulares de las mujeres drogodependientes según sus propias experiencias en el proceso.</p>	<p>Técnicas grupales v/s particularidades psicológicas y Sociales.</p>	<p>Técnicas y proceso terapéutico</p>	<p>Utilidad aporte apropiados</p>

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSI	SUBDIMEN	INDICADOR ES
<p>Conexión que hacen las mujeres Drogo dependientes entre el modelo de la comunidad Terapéutica y sus particularidades.</p>	<p>Correlación entre el modelo de comunidad Terapéutica y las necesidades particulares de las mujeres drogodependientes según sus experiencias en el proceso.</p>	<p>Técnicas grupales v/s particularidades psicológicas y Sociales.</p>	<p>Técnicas y proceso terapéutico</p>	<p>Utilidad aporte apropiados</p>

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

Pauta de entrevista a educadores

¿Podrían describir que es una comunidad terapéutica?

¿Existen diferencias entre comunidades masculinas y femeninas? ¿Cuáles?

¿Cuáles son las particularidades de la Comunidad Terapéutica Maria auxiliadora?

¿Podrían describir el perfil de las mujeres que atienden la comunidad?

¿Cuales son sus principales problemáticas?

¿Qué aspectos las diferencian de los hombres consumidores?

¿Cuáles son sus particularidades como mujeres adictas?

Teniendo claro las características de la cctt femenina y las particularidades de las mujeres, según sus opiniones

¿Existe relación entre ellos?

¿Comunidad terapéutica responde a las particularidades de las mujeres drogodependientes?

Pauta de entrevista mujeres en tratamiento

¿El círculo terapéutico da solución a los problemas que se presentan en la comunidad?

¿Los temas que se tratan en el círculo, son respetados por los demás?

¿La confrontación se realiza siempre en el lugar apropiado?

¿Que opinas sobre la confrontación?

¿Qué función cumple el deporte?

¿Que opinas sobre el deporte en cctt?

¿Qué función cumplen las actividades laborales?

¿Que opinas sobre la laboroterapia?

¿La expresión de sentimientos que se da en el círculo, es respetada siempre por los demás?

¿Para que sirve la confrontación individual?

¿Tiene utilidad la expresión de sentimientos con un terapeuta?

¿Para que sirve hacer exposiciones individuales de temas u otros?

¿Qué importancia le das al trabajo laboral en la comunidad?

¿Opinión sobre objetivos individuales?

¿Cómo es tu relación con los funcionarios de la comunidad?

¿Qué opinas de las normas que existen en la comunidad?

¿Qué opinas sobre la rutina que existe en la comunidad?

¿Crees que los límites que existen en la ct están claros?

¿Que opinas sobre ellos?

¿Los horarios de la comunidad que te generan? ¿Que opinas de ellos?

¿Se consideran distintas a los hombres? Si es sí ¿En qué aspectos?

¿Cuáles son las características principales de las mujeres drogodependientes?

¿Qué importancia le das al trabajo laboral en la comunidad?

¿Opinión sobre objetivos individuales?

¿Qué roles sociales les han tocado desarrollar?

¿Qué opinión tienen sobre ellos?

¿Cuáles fueron los métodos más utilizados para adquirir la droga?

¿Qué creen que opinan de ustedes sus amigas y compañeras?

¿Qué opinan ustedes de sus amigas y compañeras?

¿Para que sirven las actividades grupales en el desarrollo personal de ustedes?

¿Le sirve a una mujer como ustedes?

¿Estas actividades ayudan a superar los problemas que ustedes tienen?

¿Se considera el hecho que ustedes son mujeres?

¿Haz notado cambios en ti a partir del trabajo que realizan los educadores y profesionales?

¿Crees que las terapias individuales te sirven?

¿Estas actividades individuales consideran el hecho que tú seas mujer?

¿Expresas libremente tus sentimientos?

¿Cómo se te ayuda a superar tus problemas?

¿Cómo influye en tu tratamiento la relación que tienes con cada uno de los funcionarios de la comunidad?

¿Son necesarias las normas para tu tratamiento en la comunidad?

¿Consideras que es necesario cumplir horarios en la comunidad?

¿La rutina diaria considera tus propias necesidades?

¿Las actividades laborales consideran tus necesidades?

PREGUNTAS FOCUS GROUP

¿Qué diferencias hay entre hombres y mujeres drogadictas?

¿Qué diferencias hay en sus tratamientos?

¿Creen que la Comodidad considera esas diferencias?