

**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO**  
**CARRERA DE PSICOLOGIA**

REPRESENTACIONES SOCIALES RESPECTO DEL CONSUMO DROGAS EN  
JÓVENES EGRESADOS DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL DE  
DROGODEPENDENCIA DE LA ZONA SUR DE SANTIAGO

Profesor Guía: Domingo Asún S.

Metodóloga: Genoveva Echeverría

Profesor Informante: Francisco Jeanneret

Alumno: Álvaro Correa Guzmán.

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología y  
Título de Psicólogo

Santiago, Agosto de 2007

## **Resumen**

El presente trabajo de investigación, está centrado en los procesos inherentes a la superación del consumo abusivo de drogas, en jóvenes del sector sur de Santiago de Chile, a través de la revisión y análisis de los discursos que los mismos jóvenes desarrollan al terminar sus procesos en Comunidades Terapéuticas. De este modo se busca determinar si la experiencia de convivencia en comunidad es formadora representaciones por el sometimiento a programas de rehabilitación, además de buscar la forma de hacer de estos procesos algo sustentable en el tiempo y de cómo los jóvenes egresados de su tratamiento asignan valores y emociones a las conductas asociada al consumidor de drogas.

Los resultados dan cuenta de un problema sin solución de fondo, más bien se acusa una suspensión continuada del consumo de sustancias psicoactivas, una problemática latente en los sujetos participantes de este estudio que de una u otra manera se sostiene y fortalece en la recuperación de habilidades personales y sociales, así como de los significantes afectivos. Con esto, los resultados realimentan los planes y programas de tratamiento que se emplean en los sistemas de salud orientados al proceso de superar adicciones.

“...Que quien lo prueba una vez, sueña en reincidir”

Joan Manuel Serrat

**A Ramón**

## **Agradecimientos**

En primer lugar agradezco a Maritza, mi amada Compañera quien me guió, alumbró y acompañó sin condiciones, por sus certeros aportes y una paciencia inagotable, que por cierto supe poner a prueba en más de algún momento, resultando mágicamente intacta, pues supo cuando decir lo justo y cuando guardar silencio, durante todo este viaje que está por concluir.

A María Antonieta, generosa amiga y compañera, quien confió en mí prestándome a ratos sus alas, aun aterido de frío y en pleno proceso de formación, compartiendo sus saberes y profundas reflexiones acerca de lo justo y necesario de hacer algo por los demás.

A la I. Municipalidad de El Bosque, la que nos otorga día a día un espacio de creación y libertad para ejercer lo que más anhelamos, compartir con el ciudadano común sostén del entramado social.

A todos quienes participaron en este trabajo, permitiéndome entrar en sus vidas y en sus mundos más doloridos, vaya un abrazo fraternal a cada uno de ellos.

Finalmente mis agradecimientos a todos y todas que aportaron y creyeron en este proyecto y a las y los que siempre llegaron a tiempo para dar un empujón o un consuelo.

## Índice.

<b><u>I. INTRODUCCIÓN.</u></b>	<b>6</b>
<b><u>II. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</u></b>	<b>7</b>
<b><u>III. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.</u></b>	<b>11</b>
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>13</b>
<b><u>IV. APORTES Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.</u></b>	<b>14</b>
<b>RELEVANCIA TEÓRICA.</b>	<b>14</b>
<b>RELEVANCIA PRÁCTICA.</b>	<b>14</b>
<b><u>V. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.</u></b>	<b>16</b>
<b>OBJETIVO GENERAL.</b>	<b>16</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.</b>	<b>16</b>
<b><u>VI. MARCO TEÓRICO</u></b>	<b>17</b>
<b>LAS REPRESENTACIONES SOCIALES.</b>	<b>17</b>
ANTECEDENTES DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES.	17
PROCESOS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES.	21
<b>OBJETO DE REPRESENTACIÓN: EL CONSUMO DE DROGAS.</b>	<b>24</b>
CONCEPTO DE DROGAS	24
CONSUMO DE DROGAS.	25
PATRÓN DE CONSUMO.	26
<b>SUJETO DE REPRESENTACIÓN: JÓVENES URBANO-POPULARES EGRESADOS DE TRATAMIENTO A LA ADICCIÓN AL CONSUMO DE DROGAS EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA.</b>	<b>28</b>
JÓVENES URBANO POPULARES	28
<b>MARCO INSTITUCIONAL.</b>	<b>29</b>
TIPOS DE TRATAMIENTO.	29
COMPONENTES Y CRITERIOS DEL TRATAMIENTO.	31
TRATAMIENTO EN MODALIDAD RESIDENCIAL.	32
ETAPAS DE INTERVENCIÓN EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA.	33
<b><u>VII. MARCO METODOLÓGICO.</u></b>	<b>35</b>
<b>ENFOQUE METODOLÓGICO.</b>	<b>35</b>
<b>TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.</b>	<b>36</b>

<b>DELIMITACIÓN DEL CAMPO A ESTUDIAR.</b>	<b>37</b>
<b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.</b>	<b>38</b>
<b>PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.</b>	<b>40</b>
<b>CRONOGRAMA.</b>	<b>41</b>
<b><u>VIII. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS</u></b>	<b><u>42</u></b>
<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	<b>42</b>
<b>TABLA DE RESUMEN DE LAS CATEGORÍAS</b>	<b>43</b>
<b>CONSTRUCCIÓN DE NÚCLEOS FIGURATIVOS</b>	<b>105</b>
PRIMER NÚCLEO: PROCESO DEL CONSUMO	105
SEGUNDO NÚCLEO: SUPERACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS	107
<b><u>IX. CONCLUSIONES Y SÍNTESIS.</u></b>	<b><u>109</u></b>
<b><u>X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</u></b>	<b><u>113</u></b>
<b><u>ANEXOS.</u></b>	<b><u>117</u></b>
<b>ANEXO 1</b>	<b>117</b>
PROGRAMA DE TRATAMIENTO COMUNIDAD TERAPÉUTICA CARPE DIEM.	117
<b>ANEXO 2</b>	<b>123</b>
PAUTA DE LA ENTREVISTA	123

## **I. Introducción.**

La idea de desarrollar una investigación dentro de los marcos de la Psicología Social tiene relación con establecer cómo un tratamiento de drogodependencias con modalidad residencial en que los usuarios conviven por largos periodos en una suerte de familia, grupo y por qué no decir comunidad<sup>1</sup>, en la cual se asignan roles y funciones determinadas a cada participante, genera el cuestionamiento respecto de los probables cambios que puedan producirse en el individuo que vivencia el proceso de rehabilitación, desde el punto de vista de la reinserción<sup>2</sup> social de sujetos que han presentado un consumo dependiente a sustancias.

Desde la premisa que un consumo de drogas es un acto voluntario que puede llegar a convertirse en adicción por medio de la habituación obteniendo mayores o menores ganancias, alterando la mayoría de las dinámicas de vida de la persona lo que produce más o menos malestar y/o problemas (Arcila, Núñez, Rammsy y Saniter, 1999) y de acuerdo a la experiencia en el trabajo realizado en CONACE, específicamente Previene El Bosque y la estrecha vinculación con las comunidades terapéuticas de la comuna, el autor busca develar las representaciones sociales respecto al consumo de drogas después del tratamiento, en los sujetos que han optado por asumir un tratamiento de drogodependencias en modalidad residencial (Comunidad Terapéutica), indagando en la experiencias vivenciales de los egresados al menos satisfactoriamente<sup>3</sup> en un tratamiento de drogodependencias en modalidad residencial.

---

<sup>1</sup> Se entiende por comunidad “sistema o grupo social de raíz local, diferenciable en seno de la sociedad de que es parte en base a características e intereses compartidos por sus miembros y subsistemas que incluyen: Localidad geográfica (vecindad), interdependencia e interacción psicosocial estable y sentido de pertenencia a la comunidad e identificación con sus símbolos e instituciones” (Sánchez, 1996, p. 84)

<sup>2</sup> Hace referencia “al proceso en el cual se busca promover una situación de estabilidad emocional, personal y de relaciones, que permita al individuo una participación activa y adecuada en su contexto social tras haber superado su problema de drogadicción” (CONACE, s/a).

<sup>3</sup> El “egreso satisfactorio” está definido por los criterios de término de proceso que define el modelo de tratamiento en modalidad residencial (Comunidades terapéuticas), en función de los avances del usuario para su reinserción social, éstos se detallan en el Marco Teórico.

## **II. Antecedentes y Planteamiento del problema.**

El consumo de drogas en los últimos años se ha transversalizado a todos los sectores de la sociedad, ambientes laborales, familiares, educacionales, mundo comunitario, etc. Pero no es difícil darse cuenta que existe una sensibilidad mayor a los efectos provocados por las sustancias y una más alta tasa de dependencia a sustancias ilícitas en las y los jóvenes<sup>4</sup> que en otros segmentos de la población. Quienes, dependiendo del entorno socioeconómico, educacional y de acuerdo a las variables bio-psico-sociales, estarán en una situación de exclusión y riesgo que enfrenta a los sujetos a una situación de vulnerabilidad específica según sea el caso y el tipo de uso de sustancias (CONACE, 2006a).

Se entiende que una política para la prevención del consumo de drogas, implica algo más que la polarización del problema, gestionando la promoción de la prevención del consumo de drogas y por otra parte la represión de la oferta, sino también hacerse cargo del tratamiento oportuno y la posterior reinserción social que pueda dar cuenta tanto de la superación de la adicción a determinada sustancia, como de una real inclusión de la persona usuaria del servicio, trabajando en conjunto: la sociedad civil, las empresas privadas, el gobierno y la academia, con el objeto que este sea un país más equitativo e integrado, "...enfocando los esfuerzos en evitar que el comportamiento de riesgo se haga crónico para así hacer frente, socialmente, a la marginalidad" (Pollarolo, 2005, s/p).

Se observa un aumento del consumo de drogas lícitas e ilícitas entre los jóvenes lo que se refleja en los estudios 2002, 2004 y 2006 de CONACE, dato que habría que complementar con investigaciones cualitativas respecto a cómo se manifiesta el fenómeno, es decir, la presencia de drogas en "el social", "un social"

---

<sup>4</sup> Si bien existen diversas conceptualizaciones de juventud – legal, biológica, demográfica, etc. – la definición que asume el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), refiere a un grupo de personas que pertenecen la categoría etaria entre 15 y 29 años de edad.

que se vuelve cada día más vulnerable a incorporar mecanismos de evasión y complementación hedonista, ambos resultantes de una sociedad de consumo que excluye a quien menos tiene cuantitativamente y por cierto cualitativamente, se excluye a vara raza a quien no ostenta un determinado nivel social, económico, educacional (Hopenhayn, 2002).

Se mide al sujeto por cuanto consume y en esta dinámica social se generan ambientes que vulneran y excluyen de acuerdo a las posibilidades de acceso al consumo material y acceso a los servicios; en esta dinámica de exclusión existirían personas que se orientarían al consumo de simbólicos, lo que se podría relacionar con el sentido del uso de drogas en la actualidad, entendiéndolo como “una metáfora o sucedáneo a la mano frente al vacío interior, búsqueda de placer inmediato y excitabilidad progresiva, la ansiedad anticipatoria, la falta de mecanismos institucionalizados de pertenencia y comunión, y un medio para olvidarse de la exclusión” (Hopenhayn, 2002). Lo anterior tiene su lectura en el mundo de los jóvenes, quienes se sienten desesperanzados respecto de las oportunidades al término del proceso educacional escolar, por tanto influiría en un bajo nivel de compromiso en los resultados académicos formales del espacio educativo, esta idea sustenta en la investigación sobre drogas en la población escolar en Chile de CONACE (2006b), cuyos resultados dan cuenta que un 30% de los jóvenes escolares del país que consumen alguna droga, obtienen notas finales anuales inferiores o igual a 4,5 y un 16% logra calificaciones 6.0 o más. Así mismo, respecto a las expectativas de oportunidades futuras, dicho estudio indica que un 52% siente poco o nada probable terminar la enseñanza media, confrontado a un 15% de encontrar muy probable terminar el proceso (CONACE, 2006b).

Dado el aumento del consumo problemático de drogas, éste se ha constituido en problema social al que el Estado ha respondido con la creación del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) el año 1990. Esta institución de Gobierno se encarga de controlar, promover y gestionar la prevención del

consumo de drogas, anexando el tratamiento como parte de la prevención, a través de programas sociales que han evolucionado a través del tiempo, entre ellos los Modelos Operativos de Prevención durante los años 1997 a 1998, en conjunto con la Dirección de Organizaciones Sociales (DOS), los Sistemas Comunales de Prevención (SISCOP) durante los años 1999 al 2000 y por último el Previene, desde el 2001 a la fecha. (CONACE, 2006a). Lo que da cuenta de la preocupación de los gobiernos democráticos por entregar respuesta y posibles soluciones al problema.

En este sentido se han desarrollado variadas investigaciones con el objeto de entregar información que aporte a la comprensión integral del problema inicial y sus consecuencias sociales y personales del sujeto que se involucra, cómo ha evolucionado éste problema y los diversos dispositivos que han surgido alrededor de éste, entiéndase la institucionalidad específicamente marco legal y sanitario, enfoques académicos, profesiones y profesionalización de la temática.

Dentro de los estudios surgidos están los seis estudios nacionales de drogas en población escolar de Chile de CONACE, éstos han revisado la problemática desde el enfoque cuantitativo la prevalencia del consumo a nivel nacional.

Por otro lado existen investigaciones académicas que abordan el tema desde diferentes perspectivas. Desde la Psicología, Echeverría (2004), se enfoca en las Representaciones Sociales de las drogas de jóvenes urbanos populares que participan en un proceso de rehabilitación en una comunidad terapéutica. La investigación de Sánchez (2005), revisa la discusión parlamentaria de la Ley 19.366 de 1995, dando cuenta de las construcciones discursivas respecto a las drogas, consumidores y consumo. Soto (2006), trata las Representaciones Sociales del proceso de rehabilitación del consumo de drogas de adolescentes que participan en programas ambulatorios locales. Desde el ámbito de la Sociología, Faúndez (2005), explora la incidencia del consumo de drogas en Chile a través de la revisión de la experiencia de los Previene en cinco comunas de la región metropolitana.

En virtud de lo mencionado con anterioridad, se puede destacar que existen múltiples investigaciones en torno a la droga desde diversos ámbitos del quehacer científico - Psicología, Sociología, Trabajo Social, entre otras - estudiando distintos aspectos de esta realidad Representaciones Sociales del consumo de drogas y del proceso de tratamiento y la experiencia de los Previene, entre otros. Sin embargo, no se constata la existencia de estudios concernientes a las Representaciones Sociales vinculadas a la resignificación de los sujetos que han participado en un tratamiento de drogodependencia, el cual se ha finalizado al menos satisfactoriamente de acuerdo a la experiencia personal de este sujeto que vivenció un proceso en comunidad terapéutica desde la Psicología Social en Santiago de Chile.

### **III. Formulación del Problema y Pregunta de Investigación.**

Desde el año 2000 a la fecha el consumo de drogas lícitas e ilícitas, presenta un sostenido descenso en la edad de inicio, la Tercera Encuesta Nacional de Juventud presentada por INJUV del año 2001, daba cuenta que el acceso al clorhidrato de cocaína bordeaba los 20 años de edad y no entrega información respecto al uso de pasta básica de cocaína. En el estudio CONACE 2006, existe una clara presencia de uso de estas sustancias en la población Infanto/ Juvenil, manifestándose un aumento porcentual entre los estudios CONACE 2002 y 2006, desde el 1,2% al 1,7% en escolares de 8° básico. Específicamente en lo referido al consumo de pasta básica de cocaína, se observa entre los años que se ha medido, a saber: 2002, 2004 y 2006, donde se da cuenta que el consumo corresponde a 2.2%, 2.4% y 2.6% respectivamente, si bien no constituye un aumento estadísticamente significativo, éste es progresivo. Los resultados obtenidos en uso de cocaína (clorhidrato de cocaína) se mantienen estables: los datos de la serie son 3.1%, 3.0% y 2.9% (CONACE, 2006b).

Dada la creciente exclusión en que se encuentran las y los jóvenes consumidores, que se manifiesta en las actitudes observadas cotidianamente, expulsión del sistema escolar o del medio laboral, incluso de sus hogares, por otro lado, es habitual ver en los medios de comunicación de masas como se les estigmatiza y se les vincula a lo delictivo, por mencionar algunos ejemplos, da cuenta de una sociedad que no acoge a todos sus integrantes, por lo que se puede referir a que “una sociedad está enferma cuando sus instituciones y relaciones básicas, sus estructuras, son tales que no permiten la utilización de los recursos materiales e intelectuales disponibles para el óptimo desarrollo y satisfacción de las necesidades individuales” (Marcuse, 1971, p. 103-104). Tal concepción de la sociedad generaría una espiral de exclusión que potencia que un sujeto se drogue, como forma de expresar la falta de oportunidades brindadas por su medio, una sociedad que además concibe los actos de drogadicción como negativos en cuanto escapan de la normativa social básica y

familiar, particularmente cuando el uso de sustancias se vuelve problemático, dado que no es posible que no afecte, aunque se pretenda invisibilizar.

De acuerdo al estudio de Echeverría (2004), el consumo de drogas se coloca desde el discurso oficial en los jóvenes, en esto se sustenta las políticas orientadas a la prevención del consumo y el tratamiento de este grupo etario. Las Representaciones Sociales de las drogas en la juventud, manifiestan elementos de dicho discurso oficial sobre las drogas con otros alternativos, los que se relacionan con un uso funcional y trasgresora, práctica principalmente masculina, durante el proceso de construcción de una identidad grupal, donde lo individual y particular se diluye en lo colectivo asociándolo a lo propio de su etapa de desarrollo, las que son inviables durante la adultez, prácticas de las que los adultos quedan excluidos. Para la autoridad el consumo de drogas debe ser erradicado ya sea de modo represivo o preventivo.

La experiencia de tratamiento que se lleva a cabo en la comunidad terapéutica, refleja el conflicto entre el deber ser – discurso oficial de las drogas, adultez – y los discursos de los jóvenes, así quienes viven el proceso de tratamiento ingresan por influencia familiar, escolar o judicial, sin embargo el consumo se mantiene aunque relevan el rol del tratamiento en virtud del cambio en su forma de consumir o por una mejora en sus conductas (Echeverría, 2004).

Por su parte, Soto (2006) complementa lo anteriormente señalado planteando que de acuerdo a las Representaciones Sociales de individuos en proceso de tratamiento, “se manifiestan polarizadas en el eje del bien y el mal afectadas por el discurso socialmente aceptado y validado – el médico y el religioso específicamente. La instancia del tratamiento asume a los jóvenes en proceso como inconscientes promoviéndolo por medio de decretos institucionales; en ésta los jóvenes experimentan sensaciones de rechazo tanto por el encierro forzado, por estar estigmatizados al participar en lugares ‘para locos’” (Soto, 2006 p. 137).

Los jóvenes al no ser parte de la construcción de su proceso, representan una rehabilitación, volviéndose un juego perverso donde cada quien cumple con sus objetivos, en palabras de Soto (2006), es relevante que aún con las dificultades que describe, los jóvenes al incorporarse a un tratamiento aun no creen en el sistema normativo de rehabilitación, de todas maneras existe adherencia a éste.

De acuerdo a Di Giacomo, quien señala como una exigencia metodológica de una investigación acerca de Representación Social, que debe “disponer de criterios ‘a priori’ relativos a la existencia de una Representación Social. Ello implica que podamos discriminarla de un conjunto aleatorio de opiniones” (Di Giacomo, 1987, p. 285), por tanto a partir de las Representaciones Sociales que tienen de la droga y del proceso de rehabilitación de jóvenes, constituyen el sustento para estudiar las Representaciones Sociales al egresar de un proceso de tratamiento en la comunidad terapéutica, cuyo resultado complementa la información existente. Resulta relevante dado el rol protagónico en el proceso de constitución de identidad de los jóvenes y de la adhesión por obligatoriedad que tiene para este grupo al estar en un proceso de rehabilitación, en virtud de ello se considera oportuno analizar las Representaciones Sociales cuando éste se finaliza satisfactoriamente.

Es por lo anteriormente señalado que se plantea en esta investigación revisar las Representaciones Sociales respecto del consumo de drogas al egreso de un tratamiento de consumo de drogas de hombres jóvenes en modalidad residencial.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las Representaciones Sociales construidas por los jóvenes del sector sur de Santiago, al consumo de drogas cuando han egresado satisfactoriamente de un tratamiento de rehabilitación en modalidad residencial?

#### **IV. Aportes y Relevancia de la Investigación.**

Si bien en Chile se ha estudiado el tema drogas (Pérez, Sepúlveda y Gainza, 1997; Echeverría, 2004; Avendaño y Contreras 2000; Sánchez, 2005; Faúndez, 2005; entre otros) no se ha encontrado información respecto al consumo de drogas cuando se egresa satisfactoriamente de un tratamiento de rehabilitación en modalidad residencial. De acuerdo a los resultados obtenidos en los estudios de CONACE 2002, 2004 y 2006, donde estudia en la población infanto-juvenil la prevalencia de consumo, que han dado cuenta del aumento de la población consumidora así como de la disminución de la edad en que se comienza a consumir, que se enmarca en una Política de gobierno, manifestando la problemática que se ha constituido en un tema de salud pública, y por ende se han generado instancias de tratamiento tanto en la institucionalidad pública como privada.

##### **Relevancia teórica.**

En relación a relevancia teórica, pretende entregar elementos que sumen a la comprensión de esta Realidad social desde un enfoque integral, es decir, entender la problemática del consumo desde las Representaciones Sociales durante el consumo, durante el proceso de tratamiento que ya han sido estudiados, complementándolo con el análisis posterior al tratamiento.

##### **Relevancia práctica.**

La relevancia práctica está vinculada al aporte que implica los resultados de esta investigación al diseño y planificación de los programas de tratamiento, donde se integre la experiencia de quienes los han vivenciado; estos elementos entregan información a la psicología social de la salud mental. Además desde el punto de vista

ético, espera contribuir a la comprensión de esta realidad y así promover la desestigmatización, la no discriminación y la inclusión social, entendiendo al sujeto más allá de un “consumidor”.

## **V. Objetivos Generales y Específicos.**

### **Objetivo General.**

Identificar las Representaciones Sociales atribuidas por jóvenes del sector sur de Santiago, al consumo de drogas cuando han egresado satisfactoriamente de un tratamiento de rehabilitación de la comunidad terapéutica.

### **Objetivos Específicos.**

1. Identificar los elementos que componen las Representaciones Sociales de los jóvenes que han participado en un proceso de tratamiento de adicción al consumo de drogas
2. Caracterizar el componente actitudinal de jóvenes hacia al consumo de drogas que han participado de un proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica.
3. Identificar el campo representacional atribuidos al consumo de drogas que tienen los jóvenes que han participado de un proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica.
4. Conocer los sentidos y explicaciones respecto al consumo de drogas que tienen los jóvenes que han participado de un proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica.
5. Identificar aspectos relevantes del tratamiento atribuidos por los que han participado de un proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica.

## **VI. Marco Teórico**

### **Las Representaciones Sociales.**

#### **Antecedentes de las Representaciones Sociales.**

El enfoque teórico que orienta esta investigación es la Psicología Social en particular las Representaciones Sociales, propuestas por Serge Moscovici, a partir de sus estudios Doctorales, que dan luz de una forma de construcción social de la realidad.

Moscovici trabaja el concepto de Representación Colectiva teorizado desde la Sociología por E. Durkheim quien estudia los fenómenos culturales de gran alcance que tendrían como objetivo expresar, comprender, relacionar, calificar y sistematizar la realidad. Este concepto constituye la designación de fenómenos múltiples que se observan y estudian a variados niveles de complejidad, individuales y colectivos, psicológicos y sociales, los que conforman una nueva unidad de análisis para la Psicología Social y un aporte a las Ciencias Sociales (Jodelet, 1986).

Este autor plantea que las Representaciones Colectivas “son externas a las conciencias individuales, esto depende del hecho que no se derivan de los individuos tomadas aisladamente, sino de su cooperación” (Durkheim, 1976, p. 74). Se explica desde esta mirada tanto la relación entre individuo y sociedad, tanto como para comprender el pensamiento común (Ibáñez, 1988).

Es esta idea es la que rescata Moscovici, acuñando el término de “Representaciones Sociales” teorizadas con el objetivo de lograr unicidad dentro de una misma perspectiva, el origen y la naturaleza del pensamiento social.

La vinculación a la estructura de Durkheim se puede determinar en la mirada que ofrecen una forma clara como una de las acepciones del término de representación social (Denis y Dubois, 1976) es claramente la de modelo, es decir, sistema cognitivo que permite aprehender y organizar la realidad (Di Giacomo, 1987, p. 281). Con todo, Moscovici no hizo una alusión explícita a esta acepción clásica. Sin embargo, a través del conjunto de sus afirmaciones, es evidente que es éste el sentido que él tenía del concepto”. (Di Giacomo, 1987, p. 281).

Moscovici refiere específicamente a la teoría de las dos conciencias de Durkheim, que “suponía que los miembros de colectividades compartían de manera inconsciente modelos que asimilaban, reproducían en sus comportamientos y propagaban a otros a través de la educación” (Di Giacomo, 1987, p. 278) .

Moscovici se propone dar cuenta cómo la esfera ideológica de la vida en la colectividad se relaciona y moldea la interpretación que cada sujeto hace de la realidad, en términos de juicios, a su vez constituye el origen de emociones vinculadas a los juicios orientando comportamientos que configuran las representaciones sociales (Di Giacomo, 1987).

De este modo, la tesis de Moscovici señala que “Los grupos humanos constituyen sobre ellos mismos, los otros y los eventos que viven, explicaciones cuyo objetivo no es científico, sino práctico: ayudar a la regulación de comportamientos intra e intergrupales” (Di Giacomo, 1987, p. 278)

Si bien es posible “insertar las Representaciones Sociales en la problemática de la sociología del conocimiento. Desde esta mirada, las Representaciones Sociales se inspirarían en los discursos ideológicas y científicos dominantes” (Páez, 1987, p. 297) con ello, “Las Representaciones Sociales son la forma presistemizada o vulgarizada, en el discurso de sentido común, de las ideologías. Así las Representación Social deben situarse como un componente básico y difuso de las

ideologías. En otros términos, se trata del discurso ideológico no institucionalizado.” (Páez, 1987, p. 297).

Agrega Páez (1987) que por el contrario, la ideología es el discurso oficial de la legitimación de la hegemonía basada en la división del trabajo y en el lenguaje. De este modo aparece este conjunto sistematizado de representaciones que dan sentido al mundo social, para llegar a explicar los problemas de orden social, con el Estado y con las relaciones sociales, además desde aquí, éstas no solo serían “un conjunto de representaciones, si no una serie de instituciones que producen el discurso de legitimación y una serie de prácticas que lo concretan”. (Páez, 1987, p. 297).

Por su parte, Di Giacomo (1987) da cuenta que se admite que todo conjunto de opinión no constituye necesariamente una Representación Social, dado que podría tratarse de residuos mnemicos de informaciones recibidas por los medios de comunicación de masas. En virtud de lo anterior el autor señala criterios para identificar una Representación Social, que serían: que está estructurada; que el conjunto de opinión comparte elementos emocionales hacia el elemento el objeto se representa; y que el conjunto de opiniones esté unido a comportamientos específicos.

Es relevante considerar además que una Representación Social constituye “un conjunto estructurado de tipo modélico, es decir, permite integrar elementos nuevos del ambiente (...) es un conjunto estructurado no aleatorio, un conjunto de orientaciones ideológicas, relacionas al mismo tiempo con su realidad vital” (Di Giacomo, 1987, p. 284-285).

Las Representaciones Sociales en el marco de la Sociología del Conocimiento, cumplen con las características y funciones de las representaciones de carácter ideológico, esto es racionalizar y justificar la posición y las prácticas de un grupo social, pero las Representaciones tienen sus propias características, son una expresión del pensamiento natural, con las formas de conocimiento de sentido

sistemático e institucionalizado que a opinión de (Jodelet, 1984), son las ciencias y las ideologías. Por otra parte, dentro de la misma concepción, para que una creencia cumpla las características de Representación Social, debe “centrarse en objetos sociales”, (grupos, roles, instituciones). Una Representación se convierte en social cuando es compartida por un grupo y es elaborada por este, es decir, clasifica los objetos, los explica y evalúa sus características a partir de discursos y creencias de sentido común.

Jodelet, señala que la representaciones social “inyecta en el lenguaje cotidiano hasta convertirse en categoría del sentido común, en instrumento para comprender al otro, para saber cómo conducimos ante él e, incluso, para asignarle un lugar en la sociedad” (Jodelet, 1986, p. 472). Complementado esta mirada con la explicación del conocimiento como guía para las interacciones y que “éstas representaciones son una realidad social cuando se forman y apoyan en fenómenos recurrentes y que son considerados colectivamente como realidades” (Jodelet, 1984, p. 300).

Las Representaciones Sociales, emergen en momentos de crisis o conflictos, Tajfel complementa con una descripción de necesidades para dicha formación en un determinado momento, según el autor, responden al intento de clasificar y comprender acontecimientos complejos y dolorosos, justifica las acciones orientadas en contra de otros grupos (exogrupos), establece una diferenciación positiva hacia el grupo de origen respecto de ciertos gruposre6, 0 086rScie(m)TjI2 0 0 12 4gdrsi 659.9n2

un elemento central en las Representaciones Sociales que las diferencia de las meras cogniciones Sociales”, (Paéz, 1987).

### **Procesos de las Representaciones Sociales.**

Para Moscovici las Representaciones sociales son definidas como “universos de opinión” y tienen dimensiones claras y objetivas que son definidas como, la información, es la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de fenómenos, hechos de naturaleza social. Conocimiento que tiene particularidades de calidad y cantidad, carácter estereotipado o difundido sin soporte explícito (Mora, 2002). Agrega Moscovici (1979), que “dimensión o concepto, se relaciona con la organización del conociendo que posee un grupo respecto de su objeto social” (Mora, 2002, p. 10). Con esto la dimensión “Información” nos pone en la senda de averiguar la riqueza de datos o explicaciones de la realidad que se forman los individuos en sus propias relaciones sociales (Mora, 2002).

El campo representacional, es pues, la organización del contenido de las representación en forma jerarquizada, que puede variar de un grupo a otro e inclusive dentro del mismo, con esto se logra visualizar el carácter de contenido, propiedades cualitativas en el campo que integra informaciones en un nuevo nivel de organización en relación a las fuentes cercanas (Mora, 2002). Por tanto debe revisarse en función de todo el discurso sobre un objeto y no solamente en una parte menor de éste (Mora, 2002) y que constituye la parte más sólida y estable de la representación (Ibáñez, 1994).

La actitud, orienta favorable o desfavorablemente hacia el objeto de la Representación Social, sería la componente más empírica, en tanto “aparente y conductual” (Mora, 2002, p. 10) que posee características nítidas e implicadas con los comportamiento y motivaciones (Mora, 2002).

En relación a cómo el sujeto se representa, Moscovici complementa la definición de “Actitud”, dado que para el “es la más frecuente de las tres dimensiones...”, es posible concluir entonces que “nos informamos y nos representamos una cosa únicamente después de haber tomado posición y en función de la posición tomada” (Mora, 2002, p. 10).

La dinámica de la Representación Social según Moscovici, responde a dos procesos que dan cuenta de cómo lo social se transforma en conocimiento para llegar a convertirse en representación colectiva y a la postre modifica lo social (Mora, 2002). Se refiere a la Objetivación y el Anclaje, pues es el campo representacional el que se organiza en torno a un núcleo figurativo, el cual es formado por el proceso de objetivación.

Con este estado de cosas, la Objetivación, sería el proceso de transformación de los distintos contenidos abstractos relacionados con un objeto, por tanto debe tomarse una imagen consistente que ayude a identificarla con mayor nitidez (Mora, 2002), de este modo se logra concretar lo abstracto, sustituyendo las dimensiones conceptuales más complejas por elementos figurativos más accesibles al pensamiento concreto (Ibáñez, 1994).

De acuerdo con la explicación de Ibáñez (1994), los procesos que constituyen la objetivación son la construcción selectiva que refiere al momento de la selección o retención de los elementos de información, rechazando otros, luego los elementos retenidos tienden a ser descontextualizados, en el sentido que son extraídos de su fuente originaria, y transformados o adaptados de tal forma que puedan ajustarse en las estructuras de pensamiento ya constituidas en el sujeto. El segundo proceso la esquematización estructurante que se relaciona con lo abstracto, una suma de elementos descontextualizados que requieren ser tomados como una imagen consistente que pueda dar coherencia del objeto representado. Y finalmente la

Naturalización, que significa que el núcleo figurativo pierde su carácter simbólico y pasa a ser un objeto concreto que pertenece a la realidad, por tanto será el resultado del proceso convirtiendo una representación mental en una realidad con existencia fáctica o reflejo fiel de una realidad en la que encaja perfectamente en la práctica como una imagen fiel de lo representado, el núcleo se convierte entonces en el objeto real que “ya estaba ahí” (Ibáñez, 2002, p. 187), desapareciendo así, la distancia que había entre el objeto real y el objeto representado, de este modo, el objeto representado se constituye en objeto real.

El proceso de anclaje refiere a cómo la Representación social, se une al marco de referencia del gruido social, es una herramienta para dar interpretaciones y realizar actuaciones sobre la realidad (Mora, 2002), es descrito como un mecanismo que tiene por finalidad “integrar la información sobre un objeto dentro de nuestro sistema de pensamiento tal y como está constituido” (Ibáñez, 1988, p. 50). En palabras de Moscovici (1979), “la sociedad cambia el objeto social por un instrumento del cual pueda disponer y este objeto se coloca en una escala de preferencia en las relaciones sociales existentes” (Mora, 2002, p. 12), por tanto el núcleo figurativo es investido de significados que permite tomar la representación como interpretaciones pueden guiar la conducta colectiva, pues tiende a regular la interacción grupal de modo que se “enraízan” las Representaciones Sociales.

Desde la óptica de Ibáñez (1988), el sujeto se dispone en un lugar social y a partir de éste podrá elaborar el núcleo figurativo. Lo que permite adecuar las innovaciones u objetos desconocidos de acuerdo a categorías previamente conocidas, así el proceso de asimilación está acompañado de su contraparte, la acomodación “la integración de la novedad modifica nuestros esquemas para hacerlos compatibles con sus características” (Ibáñez, 1988, p. 50), ya que no todos los grupos enfrentan las innovaciones de igual manera, distinguen en la selección de información permitiendo mayor menor apertura de los esquemas establecidos y que este nuevo elemento pueda

ser integrado dependerá si se presenta favoreciendo o no los intereses del grupo (Ibáñez, 1998).

Así, la integración cognitiva queda condicionada por los esquemas del pensamiento previos y por la posición social de la persona y del grupo mismo, por lo tanto este estudio se busca, acercándose a las Representaciones Sociales, determinar si existen cambios en éstas, que puedan ser consideradas como resultantes de la superación de una adicción a drogas y si estas se consolidan posteriormente al egreso al menos satisfactorio del tratamiento de acuerdo a la modalidad de tratamiento residencial.

### **Objeto de representación: El consumo de drogas.**

#### **Concepto de drogas**

Según el Concejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE, se considera droga a “cualquier sustancia que, al ingresar al organismo, produce cambios en la percepción, en las emociones, el juicio o el comportamiento y puede generar en la persona que la consume una necesidad de seguir consumiéndola” (CONACE, 2004b, p. 9); lo que incluye sustancias que son producidas y comercializadas de forma ilegal, así mismo otras que tiene carácter legal y son de consumo habitual (alcohol y tabaco) y todo medicamento relacionado con los efectos descritos de uso médico, que podría llegar a ser consumido de modo abusivo.

Desde esta definición CONACE, establece la tipología de sustancias que afectan el normal funcionamiento cerebral, de acuerdo a la alteración que produce se clasifican como a continuación se describe:

Depresores del Sistema Nervioso Central (SNC), refiere a sustancias que poseen la capacidad de producir un aletargamiento en las funciones cerebrales, induciendo estados de inhibición hasta el coma por intoxicación. En este grupo se encuentran clasificadas: Tranquilizantes mayores (neurolépticos, antipsicóticos); tranquilizantes menores; tranquilizantes; hipnóticos; ansiolíticos; alcohol y opiáceos.

Otras sustancias que alteran al SNC son las estimulantes, éstas hiperactivan las funciones cerebrales, entre las que destacan: Estimulantes mayores (anfetaminas, anfetaminosímiles, cocaína y pasta básica de cocaína) y estimulantes menores (nicotina y cafeína).

También se describen las sustancias perturbadoras del SNC, generando alteraciones de la percepción y alucinaciones. En este grupo se encuentran: Marihuana; alucinógenos; inhalantes y drogas de producción sintética.

### **Consumo de drogas.**

El uso de drogas refiere a una forma de consumir que no afecta a la persona (escasa cantidad o frecuencia; control médico adecuado). El uso abusivo de drogas, se relaciona con una forma de consumir que “dañe o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de un grupo social o de la sociedad en general” (CONACE, 2004b, p. 9). Las personas que consumen abusiva o problemáticamente “presentan problemas personales, familiares y/o sociales y se disfuncionalizan parcial o totalmente” (CONACE, 2004a, p. 14).

De acuerdo a lo anteriormente señalado se definen como “consumidores perjudiciales, según la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento, de la Organización Mundial de la Salud (CIE X), y como abusadores, según el Diagnóstico Estadístico de los Desórdenes Mentales

(DSMIV), en su cuarta versión. Las personas consumidoras de drogas ilícitas que, además de presentar complicaciones psicosociales parciales o totales, manifiestan síndrome de abstinencia, tolerancia y craving (deseo incontrolable), entre otras características, se clasifican según el CIE X y el DSMIV en dependientes a drogas. Las personas con diagnóstico de abuso y dependencia a sustancias (consumo problemático), son las que requerirán tratamiento, rehabilitación, reinserción e integración social” (CONACE, 2004a, p. 14).

### **Patrón de consumo.**

El patrón de consumo se relaciona con el contexto donde se consume, cuáles drogas, cómo se consume, la obtención, el conocimiento de los efectos y sensaciones y el tipo de consumo con sus correspondientes particularidades.

Se puede distinguir diversos tipos de consumo, según la relación que la persona establece con las drogas, que CONACE (2004b) clasifica en experimental, ocasional, habitual, abusivo y dependiente.

El consumo experimental, en el que la persona no conoce los efectos de la droga, el consumo de orienta a conocer las sensaciones y efectos de la droga, se produce generalmente en un grupo que provee la sustancia (CONACE, 2004b).

Un segundo tipo de consumo es el ocasional, donde el sujeto conoce los efectos de la droga y por ellos la consume, continua el consumo grupalmente cuando el grupo la provee, aunque puede realizar las misma actividades sociales sin consumir (CONACE, 2004b).

El tercero corresponde al habitual, el individuo ha adquirido conocimiento e información respecto al precio, calidad y efectos, el consumo se conforma en un hábito independiente del grupo y las ocasiones y se abastece a si mismo de la sustancia; el cuarto tipo de consumo es el abusivo, en el que además de conocer la calidad y efectos, el sujeto los busca intencionalmente, tanto en grupos como en forma individual, además elige qué droga o drogas consumir, en este tipo de consumo se afectan las conductas, relaciones familiares y sociales, consumiendo en situaciones de riesgo y no son consideradas las consecuencias (CONACE, 2004b).

Y el último tipo de consumo denominado dependencia o adicción, donde se consume mayor cantidad o por periodos prolongados sobre los que no se tiene control, aun reconociendo los problemas que le provoca, las actividades del sujeto circulan en función de la obtención de la sustancia, se producen intoxicaciones, en esta etapa aparecen los síntomas de abstinencia ante la ausencia de la droga a nivel somático y se hacen notables los efectos de tolerancia, aumentando las dosis suministradas tanto para aliviar las molestias de la ausencia como para obtener las mismas sensaciones que antes y se genera una falta de motivación e incapacidad para mantener relaciones y actividades sociales, laborales educativas y recreativas (CONACE, 2004b).

Otra definición del patrón de consumo es dado por el Ministerio de Educación, donde señala que éste consta de cuatro etapas: La primera, el sujeto cede a la presión del grupo de pares y prueba la droga, el consumo es propio de situaciones sociales y existe una tendencia a que no consuma solo. Se experimentan sensaciones placenteras de la droga, sin presentar mayores efectos. En una segunda etapa, se manifiesta una tolerancia a la sustancia lo que lleva al sujeto a elevar las dosis para lograr los mismos efectos iniciales del consumo, con ello aparecen actitudes de ocultamiento, en esta etapa se afecta el ámbito familiar, se mantiene una doble vida, en la cual se describen estados de depresión y aislamiento, además de la pérdida de motivación, seguridad, confianza, esfuerzo, autocontrol y compromiso. En una

tercera etapa, comienza la experimentación con drogas más fuertes, en este momento la familia reconoce el consumo, produciéndose una aguda crisis familiar, con pérdida de la confianza en el joven; pueden iniciarse infracciones de Ley, para obtener las sustancias, habitualmente se produce la deserción escolar o laboral, hasta llegar a una situación de exclusión del sistema social; además los sentimientos asociados provocan un aumento del consumo. Finalmente, la cuarta etapa, se caracteriza por un estado de desesperación por conseguir una situación de normalidad; emergen ideaciones suicidas y paranoides. (www.mineduc.cl)

**Sujeto de representación: Jóvenes urbano-populares egresados de tratamiento a la adicción al consumo de drogas en Comunidad Terapéutica.**

**Jóvenes urbano populares**

En esta investigación se considera, la definición dada por el instituto Nacional de la Juventud, que refiere a un grupo de personas que pertenecen la categoría etaria entre 15 y 29 años de edad.

Para efectos de esta investigación es necesario definir los jóvenes urbano-populares, como sujetos que se desenvuelven en condiciones de marginalidad y vulnerabilidad, en tanto que la situación de pobreza económica conlleva experiencias de vida caracterizada por la debilidad de los factores protectores, falta de acceso a las oportunidades de cambio social (educación, salud, desarrollo profesional, entre otros). Por su parte Cooper, señala que las condiciones socioeconómicas y marginalidad generan la continuidad histórica de pobreza y exclusión además de incertidumbre respecto al futuro.

## **Marco Institucional.**

### **Tipos de Tratamiento.**

La estrategia Nacional de drogas: 2003-2008, plantea una serie de objetivos, entre ellos el de la rehabilitación de las personas con problemas psicosociales debido al consumo de drogas : “Rehabilitar y reinsertar socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas, mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción” (CONACE, 2003, p. 28) y define el tratamiento en drogodependencias como una serie de intervenciones, la que son estructuradas con el objetivo de solucionar los problemas de salud mental y física y sociales, los que son generados por el abuso y/o dependencia de drogas, y promover el desarrollo de habilidades personales y sociales (CONACE, 2004c). Y agrega a esta definición que el tratamiento es “un proceso de intervención dirigido a la superación de los problemas de abuso y/o dependencia a las drogas, que incluye el desarrollo de un conjunto de acciones, de carácter sanitario, psicológico, social, ocupacional y educativo, tanto a nivel individual como grupal y familiar. Los procesos de rehabilitación de las drogodependencias se instrumentalizan a través de una variada gama de opciones terapéuticas y recursos asistenciales” (CONACE, 2003, p. 72).

Desde este punto de vista el concepto de tratamiento se entiende como “el proceso que comienza cuando las personas usuarias de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud, o de otro servicio comunitario, y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas, hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible” (CONACE,2004a, p. 9), complementariamente en la publicación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, titulada Demand Reduction – A Glossary of Terms, se añade: “Fundamentalmente, al brindar a las personas que sufren problemas causados por el consumo de sustancias psicoactivas, una variedad de servicios y posibilidades de

tratamiento para optimizar su capacidad física, mental y de interacción social, se les puede ayudar a alcanzar el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y lograr una readaptación social plena” (CONACE, 2004a, p. 9).

Además se espera que el tratamiento aporte una reducción y/o la suspensión del consumo de sustancias, con ello minimizar las problemáticas se generan en la vida del sujeto consumidor, en los niveles de salud personal, familiar y social. Dado que el tratamiento está inmerso en una realidad social concreta, los tipos de intervenciones se ven influenciadas por los modelos de salud tradicionales como por los factores culturales, políticos y sociales vigentes en un país (CONACE, 2004a)

Desde esta mirada el proceso de tratamiento no debe buscar solamente el abandono del consumo, debe además “alcanzar éxitos parciales en el desarrollo de un funcionamiento general más armónico, tanto para la persona como para su entorno social” (CONACE, 2004a, p. 9).

De este modo se establecen un modelo tratamiento, que en nuestro país las instituciones públicas y privadas reconocen como pautas orientadoras y consideran que los sujetos que participan en un tratamiento pueden lograr buenos resultados, de esta forma establecen que este modelo de intervención debe tener una concepción multidimensional, multidisciplinaria y multiparadigmática (CONACE, 2004a).

A partir de las definiciones antes explicadas se ordenan los llamados planes de tratamiento que apuntan a efectuar intervención de acuerdo al nivel de alteraciones de los ámbitos de vida del sujeto, salud mental física, relaciones familiares, sociales y de trabajo, en modalidad ambulatorio básico que apunta a personas con un compromiso bajo de los ámbitos señalados incluyendo acompañamiento psicológico con una duración de 6 meses, modalidad ambulatoria intensiva para personas con un mayor grado de severidad en la pérdida de relación con sus vínculos sociales y familiares, además incluir las mismas intervenciones del plan básico incorpora la

orientación de la reinserción social. Por último existe el plan residencial destinado a sujetos con un consumo problemático y con un compromiso severo de los ámbitos psíquicos, sociales y de salud física, supone un bajo o nulo acompañamiento familiar, presencia de violencia y/o infracciones de Ley, puede durar hasta un año, se emplea la modalidad de internación – modalidad residencial - en centros especializados denominados Comunidades Terapéuticas y esta internación puede ser voluntaria, inducida por familiares, otros significativos para el sujeto o forzada por medios legales (CONACE, 2004).

Un componente clave para que el programa sea beneficioso, dice relación con que los sujetos usuarios de éste desarrollen una relación estable (vínculo significativo) con adultos competentes y afectuosos. Esta relación terapéutica afectiva y efectiva es fundamental para el desarrollo del programa, el uso de las diferentes técnicas de intervención, el establecimiento de la motivación al cambio y la adherencia a tratamiento (CONACE, 2004)

### **Componentes y criterios del tratamiento.**

En Chile, uno de los modelos más recurrentes para lograr el cambio de las conductas asociadas al consumo de drogas, es el de las “motivaciones para el cambio” para dichas conductas, elaborado por Prochaska y Di Clemente, a modo de proceso creciente de motivación, éste consta de cinco etapas, a saber: Precontemplación (el sujeto no es conciente del problema); contemplación (hay consecuencias evidentes del consumo para quien consume y cuestiona la conducta); preparación (aparece al motivación para buscar ayuda y la conciencia de solucionar el problema); acción (se hacen visibles conductas concretas para suspender el consumo, incluyendo periodos de abstinencia total, con importante desgaste emocional asociado); y mantenimiento (etapa final del proceso que se caracteriza por tender a la

recaída, por tanto se requiere de apoyo con el fin de propender a la mantención de los cambios) (CONACE, 2004a).

### **Tratamiento en modalidad residencial.**

El tratamiento en modalidad residencial, denominado habitualmente Comunidad Terapéutica, refiere a “espacios acogedores y protectores, donde se hace el acompañamiento de estos niños y jóvenes en su proceso de reeducación y de integración o reinserción familiar y social, consolidando en ellos valores cristianos y conductas socialmente favorables” (Egenau y Villatoro, 2000, p. 20). Por lo general, son programas a largo plazo, poseen características comunes como: “vida comunitaria con otros dependientes en recuperación; asesoramiento individual y en grupo para prevenir recaídas; gestión de los casos en forma individual; desarrollo de la capacidad para enfrentar la vida cotidiana; formación y experiencia laboral; servicios de vivienda y reinstalación y apoyo al postratamiento o seguimiento” (CONACE, 2004a), además de promover dentro del grupo usuario, elementos necesarios para la reinserción.

En la actualidad existe una gran diversidad de Comunidades Terapéuticas, sin embargo se puede distinguir elementos comunes, los que describe Echeverría (2004) y se detallan a continuación: Participación (se espera un rol de los usuarios en su proceso y el de los compañeros); compromiso y responsabilidad compartida; uso de roles modelos (los usuarios deben propender a convertirse en un modelo frente a sus pares); uso de normas y valores compartidos (los usuarios deben internalizar aspectos normativos y valóricos que sustentan la intervención y la convivencia); régimen de trabajo y rutina diaria compartida; comunicación abierta (se realiza un trabajo grupal terapéutico, caracterizado por una comunicación frontal que se rige por el secreto terapéutico); relaciones sociales (se destaca el rol de los pares como agente de control

social; y por otro lado complementa los aprendizajes para el desarrollo de redes al salir del espacio); y desarrollo por etapas o fases.

### **Etapas de intervención en Comunidad Terapéutica.**

Se espera que un sujeto usuario de un programa de tratamiento alcance ciertos niveles de logros para determinar que su proceso de tratamiento se ha completado satisfactoriamente, los que se relacionan con hábitos y conductas de cada etapa del proceso.

Las etapas que componen el proceso del tratamiento en la Comunidad Terapéutica, en términos generales se pueden sintetizar en: compromiso, sinceridad, responsabilidad, proyección y reinserción. La primera fase del compromiso, dice relación con la llegada del sujeto al espacio de tratamiento, donde predominan las sensaciones de desconcierto, por lo que las características de este tipo de tratamiento, como un lugar protegido, acogedor y estructurado, promueve el surgimiento de confianza y seguridad requeridas; la inserción en el grupo es dificultosa, existe un rechazo inicial a éste y al educador terapéutico, dificultad que disminuye en la medida que participa de las actividades cotidianas del lugar; en este momento el rol del educador es crucial. La segunda etapa, sinceridad, consta del momento en que el usuario comienza a elaborar y profundizar en sus conflictos, además se promueve el ejercicio de los valores de la comunidad y el establecimiento de relaciones estables grupales internalizando hábitos y conductas del lugar; esta fase enfatiza la conexión del usuario consigo mismo, por tanto se encuentra altamente vulnerable. La tercera etapa de la responsabilidad, consta de un aumento de ésta respecto a sí mismo y al grupo; se afianzan los hábitos; internaliza los valores de la comunidad y la responsabilidad de su proceso; debe tener iniciativa para solicitar ayuda o tener compañía; en esta instancia el educador debe prestar especial atención a la dinámica del proceso. Luego viene la etapa de proyección, en la cual el usuario comienza a

visualizar su proyecto de vida; se promueve la autonomía del sujeto, sin embargo el educador debe enfatizar el trabajo en la resolución de los conflictos, dado que es habitual retroceder ante la cercanía del egreso. La última etapa de reinserción, se genera la desvinculación con el espacio físico, por tanto se consolida la autonomía, se trabaja intensamente en el proyecto de vida y se reinserta en su familia, y en el medio social en general (Egenau y Villatoro, 2000)

## **VII. Marco metodológico.**

### **Enfoque metodológico.**

Este estudio se basa en las aproximaciones a los discursos de los jóvenes que han egresado al menos satisfactoriamente de un proceso de tratamiento de rehabilitación del consumo de drogas en modalidad residencial. Éste se orienta a investigar las Representaciones Sociales que estos jóvenes atribuyen al consumo de drogas desde su propia experiencia, interesa conocer las experiencias del sujeto, conocer el sentido y significado que éste le otorga a sus vivencias (Rodríguez, Gil y García, 1996).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se estima que el enfoque metodológico pertinente para esta investigación corresponde al Cualitativo el que “muestra su potencial al poder asumir los rasgos propios de un objeto ‘que habla’: observador interior (emic), sujeto inscrito en unas coordenadas sociales (estructural)” (Canales, 1995, 135), ya que lo que se busca conocer, son las Representaciones Sociales que cada sujeto que ha egresado de un proceso de tratamiento tiene del consumo de drogas. Es así como este tipo de estudio permite recoger la experiencia desde el individuo, como éste la vive e interpreta, ya que “lo cualitativo está relacionado con cualidades, valores, motivos, contenidos, intenciones, acciones” (Mella, 1995, p. 25), como es en el caso del tema de esta investigación. Las Representaciones Sociales de sujetos que han consumido drogas y han terminado el proceso de tratamiento se presenta como el foco de análisis, “el objetivo primordial del análisis cualitativo es por ello, identificar acontecimientos, cualidades y contenidos. Es la búsqueda de la variación, de la estructura y de los procesos que se encuentran o donde se encuentra el acontecimiento, cualidad o contenido” (Mella, 1995, p. 25).

La metodología Cualitativa se orienta a la comprensión como objeto del proceso de investigación, releva el papel personal del investigador interpretando los sucesos y acontecimientos desde el comienzo y apunta a la construcción del conocimiento, con características propias de este tipo de estudio tales como, holística, empírica, interpretativa y empática (Rodríguez, Gil y García, 1996).

### **Tipo y diseño de investigación.**

Este estudio es de carácter Exploratorio y Descriptivo. Se entiende por un estudio de Tipo Exploratorio a aquel que se realiza cuando “el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes... nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real...” (Hernández, Fernández y Baptista, 1991, p. 59-60); si bien existen diversas investigaciones respecto de los discursos de jóvenes en relación a las drogas, así como de la rehabilitación en el marco de las Representaciones Sociales no existe información que de cuenta de las Representaciones Sociales de jóvenes que han egresado al menos satisfactoriamente de un proceso de rehabilitación en modalidad residencial atribuidas al consumo de drogas. Por otro lado, la investigación de Tipo Descriptiva, según Dankhe, busca “especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (Hernández, Fernández y Baptista, 1991, p. 60), el que se corresponde a este tipo de estudio.

La elección del Tipo de Investigación a utilizar depende de dos factores que son “el estado del conocimiento en el tema de investigación que nos revele la revisión de la literatura y el enfoque que el investigador pretenda dar a su estudio” (Hernández, Fernández y Baptista, 1991, p. 69). Además este tipo de investigaciones “se caracterizan por permitir flexibilidad en su metodología y son más amplios y

dispersos que estos otros dos tipos (v. g., buscan observar tantas manifestaciones del fenómeno estudiado como sea posible)” (Hernández, Fernández y Baptista, 1991, p. 60). En términos Descriptivos, “se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así... describir lo que se investiga... los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver” (Hernández, Fernández y Baptista, 1991, p. 60-61). A través del Estudio Exploratorio se puede descubrir información que no ha sido considerada, y lo Descriptivo permitirá describir lo observado.

### **Delimitación del campo a estudiar.**

El universo que se pretende estudiar en esta investigación corresponde a hombres jóvenes entre 18 y 29 años de la zona sur de Santiago, Región Metropolitana, que han egresado de tratamiento de drogas en modalidad residencial y que hayan mantenido abstinencia del consumo de sustancias ilícitas por al menos seis meses desde el egreso al momento de recoger los datos.

Se ha escogido este universo dado que en la zona sur de Santiago existen al menos once instituciones que ofrecen tratamiento residencial – Comunidades Terapéuticas – lo que favorece la realización de esta investigación en virtud del tiempo y recursos destinados a ésta. Específicamente se escoge la comunidad terapéutica Carpe Diem, esta decisión se sustenta en la posibilidad de acceso versus recursos, como en la rigurosidad de planes y programas, además de la disposición y apertura a participar en una investigación.

Se utilizará muestreo intencional, el cual “supone un procedimiento de selección informal y poco arbitrario (...) selecciona sujetos ‘típicos’ con la vaga esperanza que serán casos representativos de una población determinada” (Hernández, Fernández y Baptista, 1991, p. 231), pese a las desventajas de la

imposibilidad de calcular el margen de error dado que esta investigación es de tipo exploratoria y descriptiva dicho margen de error no es significativo ni calculable, por otro lado el carácter cualitativo enfatiza la especificidad. Este tipo de muestra “se utiliza en estudios exploratorios y en investigaciones de tipo cualitativo, donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, y no la cantidad, y estandarización” (Hernández, Fernández y Baptista, 1991, p. 232).

En virtud de lo anterior “el número de casos estudiados carece relativamente de importancia. Lo que importa es el potencial de cada ‘caso’” (Taylor y Bogdan, 1985, p. 108), por ello es necesario realizar entrevistas hasta que aparezca redundancia, lo que implica que la siguiente entrevista no entregue nueva información, en principio se entrevistará a seis sujetos que cumplan los requisitos establecidos en esta investigación o se continuará hasta la saturación de la información.

### **Técnicas e instrumentos de recolección de la información.**

La elección de la metodología a utilizar, es relevante para el objetivo de la investigación, dado que “los métodos de investigación social permiten observar dispositivos de acción social que tengan la misma forma” (Ibáñez, 1986, p. 57), es decir, el diseño debe ser capaz de aprehender la esencia de la temática estudiada. En este sentido las entrevistas abiertas constituyen una instancia de comunicación que permite recabar la información que contenida en las representaciones relacionadas a los acontecimientos o experiencias vividas.

La entrevista abierta o cualitativa se entiende como “reiterados encuentros cara a cara entre investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Taylor y

Bogdan, 1985, p. 101). Por otro lado, este tipo de técnica es útil y pertinente “para obtener informaciones de carácter pragmático, es decir, de cómo los sujetos diversos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales” (Alonso, 1999, p. 226).

Las entrevistas se realizarán de acuerdo a la disponibilidad horaria de los entrevistados y serán registradas en medio de audio digital.

La pauta de entrevista considera las siguientes áreas temáticas:

1. Categoría sociodemográfica. (Edad, sexo, lugar de residencia, con quien vive, estado civil).
2. Historia de consumo. (Contextualización del consumo, explicaciones, motivaciones y significados del consumo de drogas, relación entre el consumo de drogas y el medio social).
3. Explicaciones, motivaciones y significados del tratamiento. (Al momento de pedir ayuda e incorporarse al tratamiento, al proceso y al egreso del tratamiento, recaídas durante y post tratamiento).
4. El lugar sentido de las drogas (Significación del consumo de drogas desde las dimensiones; información, campo representacional y actitud).
5. Reinserción (Proyecto de vida; situación familiar, laboral, comunitaria y social).
6. Explicaciones, motivaciones y significados de la rehabilitación.

## **Plan de Análisis de la información.**

El análisis de la información dice relación con “un proceso en continuo progreso en investigación cualitativa. La recolección y el análisis de los datos van de la mano” (Taylor y Bogdan, 1985, p.158). Dado que en la metodología “el análisis de los datos es un proceso dinámico y creativo. A lo largo del análisis, se trata de obtener una comprensión más profunda de lo que se ha estudiado, y se continúan refinando las interpretaciones” (Taylor y Bogdan, 1985, p.159), y lo que interesa conocer son las representaciones Sociales de quienes han egresado al menos satisfactoriamente de un programa residencial de rehabilitación del consumo de drogas a partir de su experiencia es que el análisis de discurso se ofrece como la alternativa adecuada para el análisis de la información.

Considerando la técnica señalada por Taylor y Bogdan (1985), se tienen tres etapas para el análisis de los datos, a saber: Descubrimiento, codificación y relativización. En la etapa de descubrimiento “los investigadores le van dando sentido a lo que estudian combinando perspicacia e intuición y una familiaridad íntima con los datos” (Taylor y Bogdan, 1985, p.160). Se intenta identificar tema y desarrollar concepto leyendo varias veces la información; seguir la pista de temas, intuiciones interpretaciones e ideas; buscar temas emergentes; elaborar topología o esquemas de clasificación; desarrollar conceptos y proposiciones teóricas; leer el material bibliográfico y desarrollar guía de la historia.

Por su parte la codificación consiste “la reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones” (Taylor y Bogdan, 1985, p.167), El proceso a realizar en esta etapa consiste en: Desarrollar categorías decodificación; codificar todos los datos; separar datos pertenecientes a las categorías; observar los datos que no han sido categorizados y refinar el análisis. En esta etapa del análisis se consideran como principales categorías de análisis las

dimensiones de las representaciones sociales denominadas; información, actitud y campo representacional, dentro de las cuales se ubicarán las categorías emergentes.

Finalmente la relativización del contexto “se trata de interpretarlos en el contexto en que fueron recogidos” (Taylor y Bogdan, 1985, p.171), donde se consideran los datos solicitados o no solicitados; la influencia ejercida por el investigador; la presencia de otras personas; los datos directos e indirectos; la fuente y los supuestos del investigador.

#### **Cronograma.**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Diciembre</b>	<b>Enero</b>	<b>Febrero</b>	<b>Marzo</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>
<b>Revisar y profundizar marco teórico</b>	▶	▶					
<b>Elaboración instrumentos de medición y aplicación de pre - test</b>		▶					
<b>Recolección Información</b>		▶	▶				
<b>Análisis Información</b>			▶	▶	▶	▶	
<b>Conclusiones e informe final</b>							▶

## VIII. Análisis y descripción de resultados

### Datos sociodemográficos

	Edad	Sexo	Lugar de residencia	Con quién vive (parentesco)	Tiene hijos/as	Estado civil	Oficio/ Profesión/ trabajo
Entrevistado 1	25	Masculino	El Bosque	Padres	No	Soltero	Educador social
Entrevistado 2	29	Masculino	La Pintana	Esposa, hijos, Suegra	Si	Casado	Bodeguero
Entrevistado 3	25	Masculino	La Cisterna	Pareja e Hijos	Si	Conviviente	Técnico en rehabilitación
Entrevistado 4	21	Masculino	El Bosque	Padres y hermanos	No	Soltero	Monitor de Comunidad Terapéutica y estudiante
Entrevistado 5	26	Masculino	El Bosque	Madre, Hermano, cuñada, sobrino	No	Soltero	Soldador
Entrevistado 6	22	Masculino	El Bosque	Madre y Hermana	No	Soltero	Monitor de Comunidad Terapéutica y estudiante

**Tabla de resumen de las categorías**

<b>Dimensión</b>	<b>Categoría</b>
<b>Información</b>	• Edad de inicio del consumo de drogas.
	• Proceso del consumo habitual de drogas.
	• Características sociales del consumo habitual de drogas.
	• Información del consumo de drogas a nivel familiar.
	• Información del consumo de sustancias al interior de la familia.
	• Información de las alternativas de tratamiento.
	• Características del tratamiento.
	• Descripción del barrio de origen.
	• Información de la oferta de drogas.
	• Problemáticas o vulneraciones de orden familiar.
	• Aspectos relacionados con la salud física y mental.
<b>Actitud</b>	• Actitud frente al consumo de drogas.
	• Actitud frente al grupo de pares.
	• Actitudes frente a la pérdida del control del consumo.
	• Actitud frente al tratamiento.
	• Actitud ante las recaídas durante el tratamiento.
	• Actitud hacia a las drogas y a quienes consumen.
	• Actitud hacia a la oferta de drogas.
	• Actitud hacia el reinicio del consumo.
	• Actitud hacia el grupo de amigos de consumo y el entorno.
	• Actitud del sujeto en su relación actual con la familia.
	• Actitud hacia los compañeros de la comunidad terapéutica y la Comunidad Terapéutica.
<b>Campo Representacional</b>	• Ámbitos de la vida que son afectados por el consumo de drogas.
	• Toma de decisión para ingresar a una comunidad terapéutica.
	• Emociones y sensaciones vinculadas al ingreso.
	• Expectativas relacionadas con el tratamiento.
	• Diferenciación de etapas personales durante el proceso de tratamiento.
	• Vivencias emocionales relacionadas con del egreso.
• Expectativas representadas en el egreso, emociones y opiniones.	

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proyecciones del egresado frente al término del proceso.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• El significado del consumo de drogas en relación a la reinserción.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definición del proyecto de vida.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Campo laboral asociado a la situación de rehabilitación.</li></ul>

## **Información**

### **1. Edad de inicio del consumo de drogas.**

Los discursos de la categoría estudiada, da cuenta del inicio del consumo de alguna sustancia en la adolescencia, esto es, entre los 11 y 15 años, aunque varían en el tipo de sustancia inicial, refleja un nivel de información de las drogas existentes, tanto lícitas como ilícitas. Hay referencia a; Tabaco, Alcohol, Marihuana, Cocaína y Pasta Bese, así como en el reconocer el uso recreativo y exploratorio de las mismas, además los discursos indican un inicio paulatino y sin identificar el posible daño asociado al uso de drogas.

*“como a los 15, 16 años”. (Entrevistado1)*

*“lo primero que consumí, porque para mi dentro de lo que es adicciones, el cigarrillo también está dentro de las posibilidades, eso fue a la edad de 9 años, cuando empecé a consumir cigarrillos, me acuerdo de la marca, Belmont, ya después a la edad de 12, 15 años empecé a consumir alcohol, era...no era así exagerado, la menos yo no creía que era un adicto al alcohol”. (Entrevistado2)*

*“ yo empecé mi consumo a eso de los 14 años, yo estaba estudiando en el INBA y en una de esas salidas, porque estaba interno fui a la casa de un amigo y me dio a*

*conocer la marihuana, entonces empecé a consumir esporádicamente la marihuana”.*

*(Entrevistado 3)*

*“Probé drogas, lícitas cigarro y alcohol, de drogas ilícitas marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis, harto carrete”. (Entrevistado4)*

*“ ya, no me acuerdo bien la fecha exacta, pero más o menos de los principios, más o menos de los 14, 15 años ya empecé a salir con mis amigos y...a ir a fiestas y todo eso y a tomar, empecé tomando, tomando harto alcohol y fumando, después como a los 17 años más o menos entré en el consumo de marihuana, entonces la combinaba con alcohol y marihuana, ya de ahí se me empezó a formar un problema, porque me ponía muy agresivo con el alcohol y ya como a esa fecha conocí la cocaína que era la que me mantenía para seguir tomando, seguir bacilando”. (Entrevistado5)*

*“más o menos a los 10, 11 años” (Entrevistado6)*

## **2. Proceso del consumo habitual de drogas.**

En esta categoría, los discursos refieren que la edad de consumo habitual es a partir la misma exploración y respecto de la combinación de sustancias, este consumo habitual se relaciona con algún grado de control sobre el uso de la sustancia, aparece en los discursos, también, el inicio del uso de la Pasta Base como droga que identifica al consumidor y los posibles indicios de la pérdida del control sobre el uso de ésta.

*“ después de los 20, 21 años”(Entrevistado1)*

*“si hay un momento en que se comienza a ser mas habitual, recuerdo que un día me dieron a probar y yo me metí a probar marcianos y empecé a consumir...empecé a gastar mucha más plata, empecé a dedicarle mucho más tiempo al cuento de las drogas, colapsó la vida dual que yo tenía, porque en alguna forma frente a mis padres y frente al colegio yo no era consumidor pero frente al grupo de pares o de consumidores estaba claro que yo lo era”. (Entrevistado3*

*“El consumo era habitual, pero controlable a la vez porque no era un consumo alto, una vez que ya empecé a tener acceso económico, empecé a trabajar y empecé a ganar dinero eh eh eh empezó como a salirse, a escapar de las manos, el control del consumo”.*

*(Entrevistado4)*

### **3. Características sociales del consumo habitual de drogas.**

Del análisis de los discursos se desprende que el consumo habitual es realizado en el grupo de pares, ya sea amigos del barrio o colegio, consolidándose la habitualidad del uso recreativo de la sustancia, así como la variedad de sustancias asociadas a los espacios de recreación juvenil.

*“con compañeros de curso, amigos del barrio (...) hierba lo primero, empezamos con hierba y después ya...fuimos mezclándola hierba con pasta base y después ya era pasta base sola” (Entrevistado1)*

*“lo hacia más por compartir con ellos...porque cada vez que consumía, me fumaba un pito lo compartía con amigos (...) la marihuana por compartir porque había en el grupo. (Entrevistado2)*

*“en una de esas salidas, porque estaba interno fui a la casa de un amigo y me dio a conocer la marihuana, empecé a consumir en mi población (...) empecé a consumir esporádicamente la marihuana” (Entrevistado3)*

*“Con amigos, bueno al principio fue con amigos y después era un consumo individual, ya estaba dependiente a la sustancia (...)Probé drogas, lícitas cigarro y alcohol, de drogas ilícitas marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis, harto carrete”. (Entrevistado4)*

*“ sí, con los amigos(...)empecé tomando, tomando harto alcohol y fumando, después después como a los 17 años más o menos entré en el consumo de marihuana. (Entrevistado5)*

*“empecé probando la marihuana y el alcohol y el tabaco que siempre he fumado (...) con amigos, o sea, conocidos en ese entonces (Entrevistado6)*

#### **4. Información del consumo de drogas a nivel familiar.**

Respecto a la información del uso de sustancias, se desprende de los discursos que los padres sospechaban del uso de drogas, pero la situación es negada y se mantiene oculta, se devela en los discursos, además la confrontación familiar y su posterior reconocimiento del empleo de sustancias.

*“ yo creo si po’... varias veces me preguntaron, si estaba consumiendo porque me veían llegar a veces chato... llegaba casi todos los días tarde de amanecida sobre todo los fines de semana a veces no llegaba, me preguntaban si estaba metido en cosas de drogas y siempre me fui de negativa, no les conté nunca la firme, que siempre tuvieron sospechas pero no lo podían comprobar(...) no igual llegó un momento en que ya no se pudo con...igual empecé a sacar cosas de mi casa ahí ya era como...fue como al final”. (Entrevistado1)*

*“ al principio siempre supieron, siempre supieron, a través de una tía que obviamente, que también habían sospechas, pero hee... no me habían visto así, ellos no me habían visto consumir excepto marihuana y una tía fue con el cuento le dijo a mi papá y mi papá no le creyó, no le creyó porque yo era un joven sano, dentro de los que se puede decir sano porque igual tomaba alcohol y cigarrillo (...) al tiempo después como que me di cuenta, si le llegaron con el cuento, la noticia preferí contárselo yo, a mi papá, en ese tiempo no vivía con...solamente con mi papá vivíamos, a la edad de 8 años que había cumplido yo, mi mamá había fallecido,*

*entonces vivía con mi papá y mi hermana menor, entonces decidí contárselo a mi papá, sabes que mira si...la otra vez lo había negado pero es verdad, es verdad estoy consumiendo marihuana y o sea me llamó la atención si, pero no me prohibió, no me prohibió, no me prohibió por qué, no se, viejo antiguo llevado a su idea, el también por no decir que el también fue alcohólico ya...entonces dijo, tu sabís lo que hacis, como que me dio el pase libre”. (Entrevistado2)*

*“si ya sabían, ya sabían”. (Entrevistado3)*

*“sabían, pero no el cien por ciento, tenían la sospecha” (Entrevistado4)*

*“no, sabían que tomaba no más, sabían que tomaba, de repente llegaba curado”. (Entrevistado5)*

*“ nadie!” (con firmeza) (Entrevistado6)*

## **5. Información del consumo de sustancias al interior de la familia.**

En el análisis de los discursos, el uso de sustancias lícitas o ilícitas no se identifica como un problema de orden familiar y no estaría relacionado con el consumo individual de otras sustancias a nivel personal, se otorga normalidad a la situación de sustancias lícitas, alcohol y tabaco.

*“si alcohol, si, siempre se ha consumido aquí en la casa (...) no para nada, nadie ha tenido problemas. (Entrevistado1)*

*“mira me... acostumbré porque después que falleció mi mamá. Obviamente mi papá con su problema de depresión, de alcoholismo no tenía una responsabilidad sobre nosotros, no sabía llevar las riendas de la casa, no sabía como educarnos, o sea se encerró en su depresión y su alcoholismo y me internaron en un hogar, me internaron y estuve 6 años ahí, entonces aprendí a ser independiente, me lavaba la ropa ahí, a veces también nos tocaba lavar la loza, planchar, entonces aprendí a ser independiente obviamente que hizo falta mi mamá, me hizo falta. (Entrevistado2)*

*“mi madre consumía alcohol, alcohol y cigarrillos consumían hart, (...) hubo un tiempo que fue un problema, pero mi mamá, como se dice se pegó la cache y empezó a disminuir el consumo” (Entrevistado 4)*

*“no, mi hermano de vez en cuando una vez cada, una vez al mes se toma una cerveza y eso es todo, nunca se cura” (Entrevistado5)*

## **6. Información de las alternativas de tratamiento**

En los discursos aparece la figura del tratamiento como información previa, de conocimiento público, a través de los medio de comunicación de masas, servicios públicos, parientes y/o vecinos, es decir que el concepto de tratamiento o los lugares

de rehabilitación son reconocidos como espacios existentes para salir del consumo de drogas.

*“eh...igual lo tenía presente de siempre eso yo, lo fui viviendo de joven, en la misma tele te mostraban gente que se rehabilitaba, comunidades... (...) por la municipalidad también supe de la existencia de los COSAM. (...) claro esa fue mi primera...antes de llegar a la comunidad terapéutica. (Entrevistado1)*

*“...surgen ahí por parte de los vecino, porque mi mamá estaba tan nerviosa y tan aporreada con el tema...que colapsa mi vida más por eso, porque yo era un chico que tenía bastante apoyo económico por parte de mis tíos para poder seguir estudiando en la universidad, siempre estuve en buenos colegios además, entonces ahí sentía que mi vida necesitaba un cambio, estaba muy desesperado yo y pedí ayuda a mi mamá, mi mamá consiguió el teléfono de una comunidad terapéutica”. (Entrevistado3)*

*“ yo siempre supe que existía el tratamiento, siempre estuvo presente que existían centros de rehabilitación, pero no conocía el concepto de tratamiento, sabía que había algo” (Entrevistado4)*

*“ si po’, en al guía, en la guía parece que había buscado, CONACE y varios tipos así, ya después pasó un tiempo y después me interné, me interné porque ya había tocado fondo yyy yyy y seguía así, me iba a volver loco”(Entrevistado5)*

## 7. Características del tratamiento.

Los discursos asociados a la categoría descripción inicial del tratamiento, da cuenta de un lugar de encierro, para ir a encerrarse y suspender el consumo en forma obligatoria, no se maneja información de cómo es un tratamiento, respecto del tipo de actividades o la voluntariedad en la participación, situación que se refleja en los intentos de renunciar.

*“por que uno no sabe con que gente se a va a...la película que me pasé yo era con qué gente va a esos lugares (...)una onda así, estoy pa’ cárcel una cosa as (...)claro, quería venirme y quería, dije por último, me saqué el pillo con arreglar yo mi bolso, despedirme de acá y todo y ahí me iba y ya po volvimos a la casa y después me fui en la tarde como a las, antes de la once como a las cinco y media, seis (...) ya ahí ya...a quedarme. (Entrevistado1)*

*“es que no conocía de otra manera, yo tenía la idea de un centro de rehabilitación uno se iba a encerrar y de ahí salía hasta que estuviera listo (...) no, no tenía la idea tampoco, tenía la idea de que me encerraba en una pieza y ahí pasaba todo el día ja jaja yo pensaba que era así”. (Entrevistado4)*

*“obviamente, obviamente, porque me acuerdo antes de esa noche, una semana antes ya me estaban esperándome ya estaba todo listo, tenía que puro llegar , nunca fui, nunca fui obviamente, se me habrá olvidado, no que habrá pasado en ese momento*

*pero no llegué, pero allá sí me estaban esperando, como te decía al tercer día me quería irme (...) y ya, yo me iba, y un chico me para y me dice pa' onde vay?, no me voy, le dije, si no aguanto más, no sabís lo que tenís qué hacer, tenís que luchar, tenís que luchar, esta es la primera, las dos primeras semanas son lo más difícil, anda...teníamos una parte como una capilla y ora, pídele al señor que te ayude, media vuelta fui me arrodillé y estuve nueve meses en rehabilitación”.*  
(Entrevistado2)

Aparece en un discurso la posibilidad conocer y aprender sobre los aspectos de la personalidad y su asociación con el consumo de drogas, desde un punto de vista explicativo y mecánico, como un entrenamiento para enfrentar las situaciones de riesgo y el modo de reconocer los factores emocionales relacionados con las recaídas.

*“un tratamiento orientado a trabajar con nuestra personalidad, en todos sus ámbitos donde yo podía aprender que lo que eran las emociones como controlarlas, como expresarlas donde yo podía manejar lo que pensaba donde yo sabía qué pensamientos habían asociados al consumo de drogas, había un entrenamiento constante con respecto al... a la prevención de recaídas y por parte mía había un compromiso, esta vez ya no era solamente la marihuana ni el alcohol y descartaba la pasta, si no que entendía que si consumía marihuana iba a dejar una puerta abierta para después volver a consumir pasta, eso fue lo que me pasó, empecé a fumar marihuana y mi organismo y cerebro se adaptó y me pidió drogas más duras, así es*

*que me fue bastante bien en ese tratamiento llegué a ser coterapeuta”.*

*(Entrevistado3)*

## **8. Descripción del barrio de origen**

Los barrios de origen aparecen en los discursos como espacios tranquilos y sin mayores problemas sociales, se describe la imagen de sectores sin actividad social.

*“aquí yo lo considero tranquilo, demasiado tranquilo, hasta aburrido, porque, pero más que nada por la gente creo que es poco organizada, no se,, no se moviliza, igual es un barrio como que harta gente mayor, entonces, de por si todos se acuestan temprano no anda mucha gente en la calle, no se ve, no se igual le falta vida (...) en el día si los niños jugando, todo, pero en el día casi uno no está acá.*

*(Entrevistado1)*

*“era tranquilo, tranquilo(...)por ser un barrio tranquilo no era muy, no era muy peligroso andar de noche o cosas así”. (Entrevistado4)*

*“de departamento, block, casi hacinado, salías de la casa y te encontrabas al tiro con el vecino, así era. (Entrevistado6)*

## **9. Información de la oferta de drogas.**

En los discursos de los entrevistados se encuentra que la oferta de drogas está cerca del usuario, a pocas cuadras o en el mismo entorno habitacional, estando la oferta siempre a distancias caminables.

*“claro.. aquí es poco,,hay que caminarla un poco, pa llegar a...(...)caminable, 5 minutos 10 minutos”. (Entrevistado1)*

*“si, si, no dentro de la población de la villa, si no que había que caminar un, más menos, la población eran 50 casas, la villa, caminábamos a otra población, estaba cerca, igual a veces no encontramos sabia que en otros lados había y caminábamos”. (Entrevistado2)*

*“no, era habitual, y no era muy difícil conseguir drogas, un pasaje más allá, dos pasajes más, había harta oferta. (Entrevistado3)*

*“sí, era fácil conseguir (...) pero el acceso a droga era fácil, por ser un barrio tranquilo no era muy, no era muy peligroso andar de noche o cosas así, así es que era fácil el acceso”. (Entrevistado4)*

*“sí, si, mirar pal' frente, al lado” (Entrevistado5)*

*“sí, casi te la regalaban” (Entrevistado6)*

#### **10. Problemáticas o vulneraciones de orden familiar.**

Las problemáticas psicosociales de orden familiar no aparecen en los discursos como un problema reconocible desde la formalidad, como maltrato o vulneraciones, situaciones que son entendidas y aceptadas dentro de un marco de normalidad, más bien la situación de abandono que aparece en todos los discursos sería por necesidades económicas o laborales, lo que produce de una sensación de soledad y excesivas libertades del sujeto, pasando mucho tiempo en la calle sin control parental.

*“violencia nunca hubo, abandono no se si llamarlo abandono, pero...a ver...no creo que sea abandono, pero si igual me sentía algunas veces como medio solo (...) me hacía falta estar con alguien durante el día aquí en la casa. (...) Entonces igual pasé como harto tiempo solo acá en la casa”. (Entrevistado1)*

*“mira si lo hizo es porque yo buscaba las cosas, yo cuando a la edad de mi hijo, mi hijo tiene 5 años yo a esa edad de quinta normal me iba a franklin solo y mi hermana menor...vamos?.. vamos, y yo me hacia responsable de ella, entonces nos íbamos estábamos todo el día a franklin íbamos a la piscina y la piscina que es lo que era una pileta de agua y entonces nos íbamos y pasábamos todo el día allá y la noche cuando volvíamos mi papá me estaba esperando, yo salía arrancado, era muy*

*desornado muy pelusón y tenía una exagerada libertad a la edad de 5 años tenía una exagerada libertad, bueno, también mi mamá por asunto de su enfermedad no podía estar siempre ahí porque ella se dializaba día por medio, entonces no estaba... estaba pero...mi papá trabajaba en ese tiempo, trabajaba tomaba, trabajaba y tomaba”.*  
(Entrevistado2)

*“no, en la infancia, mi mamá producto de la...los problemas económicos que teníamos se vio en la obligación de trabajar y mi papá también así que pasaba todo el día solo, además que como era hijo único, pasaba mucho en la calle yo”.*  
(Entrevistado3)

*“o sea, cuando éramos chicos sufríamos ese problema, pero uno, nosotros lo considerábamos algo normal, dentro de lo normal (...) es que el problema como nosotros habíamos sido abandonados, mi mamá tenía que trabajar todo el día y nosotros chicos pasábamos harto tiempo en la calle, teníamos libertad para eso”*  
(Entrevistado6)

Solo uno de los discursos analizados, aporta información acerca de una vulneración grave, como resultado de la ausencia parental, la cual es mantenida en secreto hasta ingresar al tratamiento de drogas. La situación de soledad es asumida como necesidad familiar, la cual se asume como obligatoria, reconociendo que el contacto familiar se logra después de finalizar los horarios laborales.

*“¡ay!, esa parte me cuesta hablarla, pero, mira cuando era chico eh cuando mi mamá me dejaba solo, a mí me violaron, entonces yo de ahí me puse un poco más rebelde, del hecho que a mí me violaron, mi mamá nunca lo supo hasta cuando me interné (...) mira yo tomo el abandono, mi mamá yo creo que nunca quiso dejarme abandonado sino que ella tenía que trabajar por una cuestión de darme a mí comida, vestirme, entonces el trabajo de ella igual tenía que trabajar todo el día, no tener los recursos como pa’ que me cuide otra persona ya, bueno cuando era chico chico, me cuidaba otra persona, pero ya después no estaban los recursos como pa’ que me cuidara alguien, entonces pasaba la mayor parte del tiempo solo (...) no, en la noche llegaba ‘cómo está hijo, necesítai esto’, pero cuando ya empezó el consumo yo ya no estaba ni ahí con lo que pensaba mi mamá ni nada (Entrevistado6).*

#### **11. Aspectos relacionados con la salud física y/o mental.**

De los discursos analizados se puede determinar que la información de los aspectos relacionados con la salud física o mental y el uso de drogas que manejan los sujetos entrevistados, da cuenta de un vago conocimiento, en solo dos de los discursos se describe básicamente algunos síntomas asociados el resto declara no estar informado sobre del tema.

*“se que la marihuana es una droga depresiva y que yo tengo tendencia a la depresión, por el hecho de que igual me gusta la soledad, soy como... tiendo un poco*

*a la depresión y la marihuana se que es depresiva, la pasta base altera mi ritmo cardiaco y cosas así, súper básicas, pero más allá de eso no”. (Entrevistado1).*

*“física y mentalmente, mentalmente que le dan ganas más de consumir y física que le empiezan a tener problemas físicos que le dan síntomas de privación, cosas así”. (Entrevistado4).*

## **Actitud**

### **1. Actitud frente al consumo de drogas.**

Frente a la actitud del consumo, en el análisis discursivo se evidencia una forma recreativa y orientada a la experiencia placentera del consumo, así como a la validación en el grupo de pares y estaría asociado a lo social, hasta que se hace evidente el uso de Pasta Base, de forma selectiva, la cual genera un estilo de consumo solitario, lo que se manifiesta en una necesidad de consumir.

*“bueno en ese momento no tenía no tenía ningún concepto así como bien elaborado, sabía que la droga me producía placer y ese placer era lo que a mi me motivaba a consumir, el refuerzo positivo”. (Entrevistado3).*

*“yo consumía pa’ poder realzarme en el grupo en que estaba, yo no tenía muchooo, mucho , mucho bla-bla, como se puede decir, muchooo, mucho tolo, mucha entrada*

*ahí con las mujeres y todo eso, entonces consumía y ahí me liberaba, me abría”.*  
(Entrevistado5).

*“era una manera de distraerse en los recreos, no entrábamos a clases o si entrábamos a puro chacotear, agarrar pal’ leseo a los profesores”.* (Entrevistado6).

*“para qué consumía...bueno en un comienzo, era para...cuando salíamos a carretes, antes de entrar a la disco, fumarse un pito, fumarse un marciano, era como algo que ya estaba...era típico ya no se podía entrar si no se hacía eso antes, era como un ritual (...) pero ya cuando después se hizo una adicción, ya el consumo no tenía sentido, era por fumar, por satisfacer una necesidad. No tenía ningún sentido en realidad (...)más por necesidad, porque igual lo necesitaba mi cuerpo, porque no tenía otro sentido, no era para pasarlo bien, no lo pasaba bien, fumaba y quedaba achacado después venían las culpas, el arrepentimiento, pero al otro día era lo mismo, y decía esta es la última vez que lo hago y nunca más y al otro día...(…) tenía unas monedas y partía corriendo a darle plata a los chicos”.* (Entrevistado1).

*“en ese momento probé marihuana y al tiempo después probé pasta base, estuve más... menos con pasta base...o la marihuana no me llamaba tanto la atención por el hecho de que salía con mis amigos día viernes, día Sábado íbamos a carretear y lo hacía más por compartir con ellos (...) al principio, para estar con mis amigos, para caer bien en el grupo, pero ya después cuando empecé a probar la pasta base, en*

*pipa y en antena más que nada, en antena, ahí como que yo, yo, yo la droga pa mi, droga yo, yo, droga” (Entrevistado2).*

*“bueno de primero era porque todos consumían yo no me iba a quedar atrás, otra era para escapar de mi realidad porque yo, la otra vez...al andar drogado se me olvidaban los problemas que tenía, ya una vez que empecé a consumir solo, era por una necesidad, mi cuerpo me lo pedía”. (Entrevistado4).*

## **2. Actitud frente al grupo de pares.**

Los discursos dan cuenta de que el consumo de Pasta Base es una actividad solitaria, se produciría una actitud de alejamiento del grupo de pares y el desinterés por otras actividades para dedicarle tiempo al consumo.

*“ no ahí yo ya me aparté de mi grupo de amigos porque el consumo ya de pasta base es como algo ya mas solitario, personal como que no es de mucha onda estar con otro amigo, estar en la misma, si no que yo prefería alejarme y hacerlo solo (...) me juntaba con ellos si pero cuando iba a consumir me venía pa’ mi casa y lo hacía solo”. (Entrevistado1).*

*“o sea yo empecé a alejarme ellos igual estaban ahí peor yo empecé a alejarme a consumir yo, yo, habían muchos que me decían cómprame, me mandaba y que me iba*

*pal monte. Me mandaban a comprar cinco o tres y a veces les sacaba un resto me fumaba uno, dos, la mitad, lo iba partiendo”. (Entrevistado2).*

*“(…) antes consumíamos en grupo y yo con uno solo del grupo empecé a consumir pasta base solo, luego con el tiempo que fui haciendo más adicto a la pasta base deje de consumir con el y empecé a hacer un consumo solitario”. (Entrevistado3).*

*“Con amigos, bueno al principio fue con amigos y después era un consumo individual, ya estaba dependiente a la sustancia (…) Ahí empecé a consumir solo”. (Entrevistado4).*

*“sí, ahí ya me empecé a apartar porque el dinero no alcanzaba así como pa’ ya chiquillos peguémonos una rallas como era antes, entonces ya compraba piola y me quedaba, me quedaba ahí solo, me pegaba las rallas solito y por eso mismo dejé de tomar (…) ahí ya estaba completamente solo, me encerraba en la pieza, abría la ventana, prendía una velita y meta quemando”. (Entrevistado5).*

*“la relación con mi mamá, pololas que tenía en ese tiempo que no le gustaba que yo consumiera y pa’ mí mi consumo era más importante, los estudios que los dejé botados”. (Entrevistado6).*

### 3. Actitudes frente a la pérdida del control del consumo

Los discursos, la actitud relacionada a la pérdida del control sobre el consumo, hacen referencia a la venta de bienes personales, robos dentro de la casa familiar, así como de un elevado nivel de gasto monetario para financiar el consumo y la pérdida de espacios laborales o estudiantiles. Se manifiestan también las alteraciones familiares, dadas por un alto nivel de justificación y mentiras destinadas a minimizar la situación.

*“no igual llegó un momento en que ya no se pudo con...igual empecé a sacar cosas de mi casa ahí ya era como...fue como al final (...) problemas en mi casa, con mis viejos, entre ellos, que uno me defendía que el otro me agredí, a que me querían echar, no se...era como un drama bien (...) claro y yo igual cachaba todo eso me daba cuenta que estaba de que estaba la cagá en la familia entonces... pero ni siquiera con eso...no podía parar, era como inevitable, quedaba todo el día solo en mi casa así que hacía la de quico y caco. No tenía control de nadie”.*  
(Entrevistado1).

*“mira la verdad de las cosas, el punto principal mío en ese tiempo era consumir, consumir no mas, conseguir drogas de alguna u otra manera, como te decía perdí trabajos por asunto droga y ya después no tenía ninguna responsabilidad, pero el bichito, el deseo de consumir estaba, estaba, dentro de mi casa empecé a sacar cosas, a robar a mi hermana anillos de oro, cadenas de oro, muchas cosas lo que*

*veía lo vendía signo peso, signo peso al tiro y eso empecé a hacer y hasta que mi hermana, una de las mayores se dio cuenta, mi hermana menor con la vista cegada, no lo podía creerlo, o no quería creerlo, y mi hermana la mayor no quería nada conmigo, así que la casa yo la dejé vacía, vacía, vacía (...) bueno de ahí yo empecé a...ahí ya no tenía responsabilidad de nada, dejé de estudiar, trabajaba temporalmente y lo que trabajaba, lo que ganaba lo consumía, lo consumía, en el tiempo que empecé, o sea que ya estaba consumiendo ya fuerte, fuerte, sacando cosas de la casa a mi papá le dio una trombosis y ya mi hermana mayor ya se había ido de la casa entonces estábamos con mi hermana menor y yo prácticamente ausente, ausente. Mi hermana fue la que lo atendió durante el tiempo que estuvo con trombosis a veces me dejaba a mi quedarme a cuidar el papá, ella tomaba la micro y yo me iba a drogarme y mi viejo ahí en la cama tendido horas y horas, me acuerdo un día domingo que ella venía de la iglesia, ella venía de la iglesia y yo voy saliendo con el triciclo y con un balón de gas, me dice para donde voy?...no es que se acabó el gas y voy a ir comprarlo o sea la mentira a flor de labios, a flor de labios la mentira, cada vez que me hacía una pregunta me sentía pillado, estaba la respuesta, ya me dijo pero vuelve luego, pasaron horas y horas, horas, llegué con el triciclo, volví con el triciclo, me dice y el gas?, no es que se lo pasé a un chiquillo que me lo fuera a comprar me pidió la plata el cabro se fue y no apareció más, o sea siempre la mentira, obviamente no me creyó, no me creyó...heee.. esa misma noche me dijo dos cosas, te vas de la casa o te voy preso, obviamente yo no quería estar privado de libertad, así que con lo que tenía puesto me fui, me fui estuve 2 meses viviendo en el río Mapocho". (Entrevistado2).*

*“se volvió un problema porque yo mentía mucho en mi casa, le pedía mucho dinero a mi mamá, además que mi mamá notaba que yo andaba(...)estaba muy flaco, aparte que había vendido muchas de mis pertenencias”. (Entrevistado3).*

*“mi área familiar, mi área afectiva, mi área laboral...la área escolar también se vio bien afectada por eso”. (Entrevistado4).*

*“ahí cambia porque igual yo ganaba buena plata entonces gastaba demasiado y gastaba, consumía todo el fin de semana y después ya el Lunes para ir a trabajar estaba con depresión, estaba con depresión el cuerpo cansado y no iba, no iba a trabajar, como se llama, me aguantaron varios meses así, pegando la fallá, harto y ya después me dijeron que no podía seguir más”. (Entrevistado5).*

*“empecé a trabajar, me puse con un negocio, una ferretería, en la cual gané plata, pero toda la plata se me fue a...se hizo polvo por decirlo de alguna manera, me mande ¡miles de embarrá!, perdí la ferretería, quedé endeudado con impuestos internos, son cuestiones que no debí hacer”. (Entrevistado6).*

#### **4. Actitud frente al tratamiento.**

Del análisis discursivo se desprende que el paso por este tipo de tratamiento es asumido como la incorporación a un grupo de pares, desarrollándose lazos afectivos,

de convivencia e interdependencia, el compartir con otros se configura como un asunto valórico, asumiendo la responsabilidad de unos con otros en el logro de los objetivos.

*“todo, o sea no se, tengo puros bonitos recuerdos, cosas buenas que pasé adentro, conocí harta gente, los mismo compañeros todos cariñosos, me llevé bien con todos, nunca tuve grandes problemas, y era divertido estar ahí po’, el hecho ya de levantarse en la mañana y compartir con harta gente que nunca lo había hecho, era como, era todo una experiencia nueva para mi, yo aquí en mi casa, como te contaba, yo siempre solo, no había mucha comunicación con nadie, allá no po’, ya del momento que tenis que compartir pieza en la noche, conversando echando la talla y también conversando de cosas que hacíamos porque las historias de todos nosotros eran como todas súper parecidas, éramos todos súper distintas personas, distintas características, pero las historias que nos unían ahí, por lo que estábamos ahí eran como todas muy, muy parecidas. (...) como tanto por vicio y ahí hubo que no se po’, se va dando cuenta uno de las cosas que hizo tanto daño, como loco igual acordarse ahora es igual es bien loco y gente, compañeros que ahora no estuvieron, que no alcanzaron a terminar su proceso, que salieron por otros, no se, por distintos motivos, eso”. (Entrevistado I).*

*“seguía asistiendo a jugar con nosotros, a compartir con nosotros, algo también nos sirvió a nosotros y le servía a el obviamente y teñíamos una comunicación jugábamos compartíamos, conversábamos como estaba tu familia, como están tus*

*hijos, como está el trabajo, como has estado tu, que tan (\*), sigue adelante, como te decía, el grupo dos, te dan responsabilidad de ir a la feria, cosas pequeñas, cerca, cerca y cuando estaba en el grupo uno, yo anhelaba ir lo valledor, era mucho más lejos, hasta que un día un hermano que estaba de monitor me dice como estamos?, bien, ya estaba en el grupo uno, bien le dije yo, me dijo pa ir mañana a lo valledor?...yapo le dije yo, listo vamos a que hora, nos levantamos a cinco de la mañana, listo, el día anterior dejábamos listo los saquitos, los cajones listos, nos levantamos y nos íbamos y no me di ni cuenta cuando ya después me dieron la responsabilidad completa de yo dirigir a las personas que iban, que me iban acompañar a mi lo valledor”. (Entrevistado 2).*

Se observa que paulatinamente los usuarios aprenden a manejar sus propias emociones y frustraciones, basándose en los logros de abstinencia que ofrece una mejoría en las relaciones familiares lo que genera una apertura a nuevas situaciones dadas por la vida comunitaria y terapéutica que refuerza positivamente el proceso.

*“eran buenas las terapias había un tratamiento orientado a trabajar con nuestra personalidad, en todos sus ámbitos donde yo podía aprender que lo que eran las emociones como controlarlas, como expresarlas donde yo podía manejar lo que pensaba donde yo sabía que pensamiento habían asociados al consumo de drogas, había un entrenamiento constante con respecto al... a la prevención de recaídas y por parte mía había un compromiso, esta vez ya no era solamente la marihuana ni el alcohol y descartaba la pasta, si no que entendía que si consumía marihuana iba a*

*dejar una puerta abierta para después volver a consumir pasta, eso fue lo que me pasó, empecé a fumar marihuana y mi organismo y cerebro se adaptó y me pidió drogas más duras, así es que fue bastante bien en ese tratamiento llegué a ser coterapeuta”. (Entrevistado3).*

*“logros familiares, objetivos personales, sueños, sueños que nunca me los imaginé, por ejemplo el hecho de estar en la universidad nunca me lo imaginé, cosas así”. (Entrevistado4).*

*“no había onda, no había un vinculo, porque con mi papá, bueno mis papás nunca vivieron juntos siempre fue un asunto monetario no más con mi papá (...) yo necesitaba algo más de él que era afecto, entonces yo me acerqué a él, él se acercó a mí conversamos y hasta el día de hoy nos vemos siempre, nos llamamos por teléfono, ‘cómo estai, qué gusto saber como estai’ de hecho me ayuda con la universidad y bien, se fueron dando cosas, con mi mamá también po’ , se ha recuperado la confianza que teníamos, o sea, ha depositado confianza en mí, porque confianza no teníamos, ha depositado harta confianza en mí eh me ayuda bastante, lo que necesite yo” (Entrevistado 6).*

## **5. Actitud ante las recaídas durante el tratamiento.**

La categoría actitudes frente a las recaídas, los discursos dan cuenta de una sensación de vergüenza, culpa y traición a los compañeros, la perdida de confianza

ganada durante el proceso aparece como un valor importante al momento de perderlo, también aparece la figura del castigo y el apoyo de la comunidad, el cual es aceptado y asumido positivamente por los sujetos.

*“quedé mal, mal., casi tan mal como cuando llegué una onda así, porque, como que me sentí traicionado yo mismo y como que sentí que traicioné como harta gente, harta gente de la comunidad, lo que pasas es que igual yo llevaba harto tiempo faltaban, llevaba como 5 o 6 meses y fu en noviembre nos íbamos a graduar en noviembre (...) y no la pensamos mucho y partimos a...al consumo no nos fuimos a la comunidad, dijimos ya vamos a hacer esto así pero para que sea piola la vamos a hacer rapidito, vamos a fumar y nos vamos a ir pa’ la comunidad, sabiendo que era...los dos sabíamos que era una aventura, porque no íbamos a parar, nos había pasado cuantas veces antes y no llegamos en toda la noche a la comunidad, llegamos al otros día, amanecidos, nos quedamos en la calle y sin ni uno y ahí todos tristes igual po’, ellos y nosotros también, pa’ que decir, yo no tenía cara pa llegar, yo no quería volver estaba como muy, muy mal, sino, como que con qué cara llego allá ahora, no me la podía de vergüenza, pero volvimos igual y nos dieron su reto por su puesto y... pero nos apoyaron igual, o sea estuvieron con nosotros, recibimos un castigo. (...) lo superamos, si, pero la culpa después igual era grande, era todo distinto una vez que volví a la comunidad, no era lo mismo, no veía igual nada”.*  
*(Entrevistado I).*

*“pasaron rápidas, pero si me afectó mucho, porque a un amigo un muy buen amigo, que tu conoces, con el yo tuve esa recaída llegué a la casa de el y el me abrió las puertas, o sea yo le pedí pasar al baño y tocó la mala ocasión y estaba la billetera, la chequera, lo que saqué fue el dinero en efectivo, los cheques los dejé ahí, andaban buscando desesperados la chequera y yo la había arriba del entretecho, pero me afectó por ese lado, de haberle fallado de haberle hecho...de haber tenido esa actitud con el, me costó, me costó hartó, ellos siempre me apoyaron, a pesar de eso, siempre me apoyaron, siempre, siempre, hasta el día de hoy nos juntamos conversamos, a lo lejos eso si, pero igual tengo una buena relación con el, pero me afecto mucho volver a mirarlo a la cara, el volver a que ellos confiaran en mi o yo sentir la confianza de ellos hacia mi, me costó mucho, mucho, mucho”. (Entrevistado2).*

*“quería puro encerrarme, no quería saber de nada, luego me di cuenta de que no era una cosa, para mandarme a matar o cosa así, solamente fue algo que me sucedió y que aprender de una caída”. (Entrevistado4).*

*“hubo una recaída ahí (...) al mes, mes y medio más o menos (...) eh no fue una escapa`, fue una escapa` un consumo (...) bueno después nos hicieron un doping y salimos pillados, entonces ahí tuvimos que decir la verdad y bueno nos dieron hartos trabajos, castigos, estuvimos cuatro meses castigados (...) sin salir, sin poder salir (...) claro, ni a comprar (...) si po, está bien dado el castigo y vamos aperrar no más como se dice, vamos a aperrar con el proceso”. (Entrevistado5).*

## **6. Actitud hacia a las drogas y a quienes consumen.**

De los discursos de la categoría actitudes frente a las drogas y a quienes la consumen, se desprende que la evasión y la negación es la herramienta más utilizada para evitar el acercarse a situaciones de riesgo y queda asociada a lo que produce daño, aparece el miedo al recordar las actividades vinculadas al consumo.

*“si, me trae recuerdos, me rebobino y me echo...y me acuerdo de yo, de mi pensando en un día viernes ya preparándose pa salir un día viernes, juntando monedas por aquí por allá, como que me paso todas esas películas, son recuerdos igual malos, trato de pasar rápido trato de no pensar. (...)y trato de ahí de caminar más rápido y no seguir pensando incluso evito pasar ahora por lugares que son como de...donde se que se junta gente o plazas, por lo menos cuando voy solo, cuando voy con alguien no me es tan complicado. (...) no, no me da miedo quedarme, me da lata acordarme, acordarme de cosas”. (Entrevistado1).*

*“Claro, eso yo lo se, conozco como es la droga, conozco como es de poderosa en envolverme a mi, porque yo se como estuve, porque yo en ese tiempo fui débil, por eso la droga me envolvió y me saco de mi hábitat, entonces yo se que el día de mañana yo si consumo pierdo todo, todo lo que...obviamente con la ayuda del Señor y con el esfuerzo que hecho y el apoyo de mi familia hemos podido levantar, entonces una cosa si dejaste de consumir, no pienses en consumir, no pienses en ir a fumarte uno”. (Entrevistado2).*

*“(...) no sé yo siento que la droga solamente es un, tiene varios puntos de vista, lo vemos como un asunto súper complejo (...) es que es súper complejo porque a mí en lo personal me afectó, así como hay otras personas que no les afecta, o sea, es algo bien complejo que no lo logro entender bien, lo veo mal, todo malo, todo” (Entrevistado4).*

*“significan puros problemas no más, claro (...) noo, he tenido así como el flashazo, pero no es estilo de vida, no es algo que yo, yo pueda seguir haciendo, primero por los problemas económicos, segundo por los problemas psicológicos que puede traer, que te puedo decirte...”. (Entrevistado5).*

Respecto de los consumidores serían personas que deben ser ayudadas a solucionar carencias y problemáticas vividas por los sujetos en relación con el uso de sustancias

*“la droga era para mí un elemento que había a ayudado a satisfacer ciertas necesidades, me había ayudado a escapar de la realidad y a no enfrentar mis problemas como realmente eran, así veo así yo la droga, por lo tanto cuando yo pensaba en la..., yo decía, yo no voy a escapar y yo voy e enfrentar mi realidad tal como es, no necesito consumir drogas, porque yo no le voy el poto a la jeringa, en fin, tenía mis recursos psicológicos. (...) los consumidores...nada...mi opinión era que...bueno era gente que buscaba lo mismo que yo escapar de la realidad y que la*

*droga satisfacía las necesidades de ellos (...) mi actitud frente al consumidor, es una actitud que tiene que ve con ayudarlo, con ayudarlo y entiendo a la persona que consume drogas nuevamente, como a alguien que ha encontrado en las drogas algo que le falta en la vida, un tornillo que anda perdido por ahí”. (Entrevistado3).*

*“no, yo pienso que la droga es, es como, es una perdición de partida y muchos jóvenes caen por distintas cosas (...) creo que es una perdición, es un problema que va a estar siempre y nunca se va a acabar, no se va a acabar, siempre van a estar ahí las drogas, depende de cada uno el hecho de no consumirlas (...) me da pena de hecho cuando voy a ver a mi mamá al frente siempre se gana un chico que, debes conocerlo, que le dicen ‘el caminante’ y siempre está ahí con su pipa, (\*) sus cosas, ‘¡suelta esa pipa hombre!’ me mira y se ríe, ‘¿cuándo vamos a ir a centro?, te invito pa’ llà pa que te sanís’, ‘ya, mañana vayan a verme está otra semana’, entonces me da pena, no me gusta, o de repente ver a los cabros chicos consumiendo me da mucha lata”. (Entrevistado6).*

## **7. Actitud hacia a la oferta de drogas.**

La oferta de drogas es descrita en los discursos analizados, como un negocio generalizado a nivel país, existe la imagen de una oferta explícita y altas facilidades para su obtención, que los grandes traficantes gozarían de algún tipo de protección en las altas esferas políticas y económicas. Por su parte el poder económico que ostentan los traficantes en las poblaciones de bajo nivel socio económico genera un sistema de

protección mutuo, por su parte los traficantes subsidian a la comunidad a cambio o como resultado se les otorgaría de parte de ésta protección a un nivel local frente a las policías. Por otro lado, de los discursos de los entrevistados se manifiesta una sensación de resignación ante esta problemática social, la cual no tienen solución, por tanto siempre va existir.

*“se ve harto eso en las noticias, pero lo extraño es que se siempre se ven allanamientos y cuestiones en poblaciones y barrios súper, siempre de la periferia, zona sur o parte poniente y cosas así, pero se ve muy poco como gente del barrio alto de allanamiento y cosas, que agarraron a este grandote que es al final el que al final, el la comercializa y la distribuye pa’ estos barrios chicos, como que siempre agarran como a una parte, una colita de todo el negocio y no agarran la mata se podría decir, como muy difícil, están tomando siempre gente pero no creo que se acabe, yo creo que no se va acabar nunca”. (Entrevistado1).*

*“hoy en día mucha liberalidad, mucha libertad, en general en todo, podemos notar las autoridades, podemos ver o sea no ver, en el mismo congreso, senadores, diputados que consumen, en la misma televisión cuanta actriz consume, consumen para poder trabajar para poder mantenerse porque son horas y horas de trabajo de grabación para poder estar ahí tiene que haber algo, tiene que haber un estimulante, (...) hoy en día es difícil por lo mismo la situación como está, el gobierno, la verdad de las cosas no hace nada por esto, por solucionarlo, podemos ver la leyes judiciales tienen mucho a favor hacia la persona, hacia el delincuente, obviamente detrás del*

*delincuente también va incluida la persona que es enferma de drogadicción”.*  
*(Entrevistado2).*

*“veo que también que se hace rica con eso y de que hay negocio con eso, gente que hace mucha plata con drogas”.* *(Entrevistado3).*

*“que es un buen negocio”.* *(Entrevistado4).*

*“la facilidad de conseguir droga yo creo que es malo, yo creo que, como lo puedo, donde tú vayas, salís a la calle y te conseguís droga, entonces, vas caminando en la calle y en cualquier lado y...(…)me da rabia, me da impotencia de repente, saber de tantos lados donde se vende, que han caído presos y vuelven a salir y vuelven a vender y de cierta manera la policía sabe esas cosas y no hacen nada, salen, caen, vuelven a vender y toda la cuestión, impotencia, rabia no poder hacer nada (...) yo he visto que los protegen porque como el gallo gana plata, ayuda a sus vecinos entonces la gente los protege. (...) claro, esconden la droga en las otras casas y toda la cuestión, yo he visto, sé de eso, entonces la misma gente los protege. (...) aparte que he visto hasta policía metido con ellos mismos, o sea, es un problema generalizado total”.* *(Entrevistado6).*

## 8. Actitud hacia el reinicio del consumo.

Los discursos de la categoría consumo, refieren a una situación de reinicio descontrolado del uso de drogas, desarticulando al sujeto, regresando a la condición anterior, previa al tratamiento, de que la condición de adicto sería un estigma que no se supera y que la cercanía a las drogas es reemplazada por una actitud de abstinencia sostenida en el tiempo y que ante la idea de consumir se recurre a herramientas aprendidas durante el tratamiento.

*“de pensar en volver a consumir...yo cacho que si volviera a consumir no lo podría controlar, sería como prender la mecha de una carga de explosivo así. (...) que ya te fumaste el primero y después o quitas o no, es como raro, es que no me puse a pensar en eso...como que no lo quiero ni pensar, me quedaría la cola aparte con la casa otra vez, se perdería al tiro la confianza, o sea si consumo y me llegan a descubrir que la cola.”. (Entrevistado1).*

*“obviamente, la tentación está, pero está en uno a ir, yo se, yo reconozco que si yo hoy día o mañana me fumo un papelillo de pasta base me voy por un tubo. (...) dicen por ahí que el drogadicto siempre va a ser drogadicto, la tentación la drogadicción, la droga, siempre va a estar ahí, lo que me sucedió cuando te dije que estuve en el proceso y tuve una recaída quise ir a probarme y por ir a probarme me salió el tiro por la culata”. (Entrevistado2).*

*“pero ahora mi abstinencia era mi amor, si antes me había enamorado de la droga la abstinencia era más importante”. (Entrevistado3).*

*“cuando tengo ganas de consumir, manifiesto eso, manifiesto eso y y si no lo puedo manifestar, porque tengo que manifestarlo con una persona de confianza, me autocontrolo, me autocontrolo, empiezo a pensar que estoy pensando”. (Entrevistado4).*

*“he pensado en qué pasa si vuelvo a consumir y pienso que, no, no cabe en, no me entra en la cabeza el volver a consumir porque son tantos logros eh, por ejemplo si yo vuelvo a recaer en la universidad nos hacen un doping periódico, entonces después del doping recaigo me echan de la carrera, entonces son cosas que perdería, perder plata, tiempo, nooo”. (Entrevistado6).*

## **9. Actitud hacia el grupo de amigos de consumo y el entorno.**

En la categoría relación con amigos de consumo y con su entorno, aparece en los discursos como una situación pasada, en que no existe contacto con el grupo anterior, si bien las relaciones sociales son inexistentes, se aprecia una actitud de trato formal.

*“no, los he visto algunas veces, porque como vivimos cerca, igual en el supermercado te los topai, o en algún negocio, no se...ahí nos saludamos y todo. (...)*

*si, les cuento que estoy ocupado, que estoy trabajando haciendo otras cosas, no les conté nunca eso si que me fui, que me interné en una Comunidad Terapéutica. (...) los veo muy poco, para verlos tendría que ir, yo ir allá y es peligroso, si voy, fijo que voy a...”. (Entrevistado1).*

*“y nos fuimos, nos fuimos, desde ese día hasta el día de hoy jamás he visto a ese amigo, he preguntado por el, no me han dicho nada de el, nada. No me han dicho nunca, no está acá, no está en tal lado, nunca, que habrá pasado con el no se”. (Entrevistado2).*

*“consumidores no tengo amigos, no consumidores, tampoco tengo muchos amigos yo, más que los compañeros de trabajo, alguno que otro paciente que ha salido egresado que se ha convertido en amigo mío y la gente que conozco acá, mi suegro, mi cuñado, los considero mis amigos. (...) familia, amigos no tengo muchos. (...) no hay mucha relación, llego a mi casa y yo...todos viven puertas adentro. (Entrevistado3).*

*“la relación con mi barrio, igual siento que, me siento incomodo porque cuando veo las partes donde consumía me proyecta, así es que trato de no, cuando voy para mi casa, solamente estar en mi casa con mi familia y de ahí retirarme”. (Entrevistado4).*

*“no, o sea, igual por ejemplo aquí tengo unos vecinos aquí adentro que les gusta el carrete, son cabros todavía, y no por eso les quito el saludo, pero no me junto con*

*ellos,(...) porque antes eran otros lugares los que visitaba, ahora son otros lugares por ejemplo ahora me junto con pura gente que..., adulta, con familia que trabaja no más”. (Entrevistado5).*

*“amigos antiguos, los corté todos, dejé de ver amigos, de hecho ellos han ido a verme a la comunidad, me dicen ‘chuta!, qué bacán que estés bien, sigue así’, me invitan a carretear, pero yo no voy, o sea, mi vinculo es la gente de la comunidad, amigos, personas con las que trabajo, pero más allá de eso, no (...) con mi barrio, no, bueno en mi barrio donde vivía antes con mi mamá, nunca me junté con nadie, entonces ahora menos, voy a ver a mi mamá y a estar con mi mamá y mis hermanas”. (Entrevistado6).*

#### **10. Actitud del sujeto en su relación actual con la familia.**

Según los discursos de los sujetos, aparece que las relaciones familiares han mejorado sustancialmente, pero que la desconfianza es una actitud presente respecto a las actividades y sucesos dentro y fuera de la casa.

*“a veces, algunas veces, es que igual yo tengo mis yayitas...me caigo..y a veces me..no se si decirlo...que me recriminan y cosas pero igual ellos están con la desconfianza de...de yo haber sido una persona drogadicta, o sea que recuperen la confianza de un día pa’ otro, tiene el diploma así que está listo, démosle toda la confianza, pasémosle la llave de la casa, que salga en el auto no más, no es tan así,*

*cuesta...y yo a veces también peco, se me olvida llamar por teléfono pa' avisar que estoy acá, entonces, ahí hay como descuido y se te dan discusiones pero, pero va mejorando la relación, pa' como era yo antes, que yo era muy cerrado cuando estaba metido, era mi mundo y nada más, ellos llegaban en la tarde del trabajo y yo no pescaba, no tomaba ni once con ellos, ni nada, vivía mi mundo aparte viviendo en la misma casa...(...) ahora si, comparto más con mi mamá, la acompaño a sus reuniones de la iglesia, que le gusta participar, a mi no mucho pero la acompaño igual, o sea por último por solidarizar con ella". (Entrevistado1).*

*"la confianza, o sea, siempre el miedo de la familia está, siempre está de que, pero no es tanto como antes, por ejemplo la confianza en que puedo tener dinero y pueden confiar en que yo no lo voy a malgastar en alguna cosa, cosas así, pero igual siempre está la desconfianza está de que si yo desaparezco se van a preocupar. (...) no, pero es que, yo creo que la confianza se va recuperando por si sola, solamente con hechos se va recuperando". (Entrevistado4).*

*"si po' está, está excelente ahora (...) o sea, ese tema, por ejemplo se pierde plata todos miran pa' lla, yo digo no, después la encuentran por ahí y dicen 'ya disculpa', la costumbre" (Entrevistado5).*

## **11. Actitud hacia los compañeros de la comunidad terapéutica y la Comunidad Terapéutica.**

En los discursos de los entrevistados se hace referencia a una relación con la Comunidad Terapéutica, como un espacio simbólico de protección, más que con los compañeros de proceso.

*“no, Carpe Diem no más, sigo como ligado, ahí trato de apoyar en lo que se pueda. (...) ahora estoy yendo más seguido porque salgo de ahí y como está mas o menos cerca, a tomar once, a bolsear once, me dicen, venís, tres días a la semana mas o menos, porque hay dos días que salgo a las ocho, entonces ahí me complica un poco pasar a esa hora, . Cuando uno está en la comunidad se cree que ahí funciona no más y que se va a ir uno y ahí la C.T. va quedar ahí no más, entonces es loco ir y ver, incluso la veo más linda que cuando estaba yo y el grupo con el que llegamos juntos, entonces ir de afuera la veo más linda que cuando estaba. (...) por lo menos a mi me motiva, tener algo con que aportar, ya sea con algún consejo, con decirles de qué forma abordar alguna situación o alguna discusión que hayan tenido como solucionarla, o sea aportar con algo. (...) uno se vincula, si está comprometido, de por vida a lo mejor o por el mayor tiempo que uno pueda, porque hace bien, hace bien ir... a mi me hace muy bien ir a la comunidad ahora que estoy aquí en la casa, estoy estudiando, como que se contagia uno de la energía que tienen los chiquillos allá, es como una casa tan especial esa”. (Entrevistado1).*

*“si., voy de vez en cuando pa’ allá les compro sus bebidas, ahora a fin de mes quiero rajarme con asadito allá pa’ los chiquillos”. (Entrevistado5).*

## **Campo Representacional**

### **1. Ámbitos de la vida que son afectados por el consumo de drogas.**

Las áreas afectadas por el consumo de drogas, aparece en los discursos como la resultante de la pérdida del control, recurriendo al medio social inmediato para conseguir sustancias, en este ámbito surge la imagen de deterioro emocional y valórico que se justifica en las drogas como un agente externo que carece de una posible contención.

*“a ver... de partida... yo decía siempre que iba a ser uno no más y no.. y después ya paraba...pero en un día partía con uno y después podían ser ...me conseguía plata por todos lados, vendía cosas mías, las empeñaba, hacia lo que fuera por conseguir un poco más,, ya fumándote el primero no te podís controlar y por lo menos en mi caso quería seguirla y seguirla y como no tenía control de nada no reparaba en nada, sacaba cosas de mi casa, tenía libertad para hacer lo que quisiera. (...) si,, sacaba cosas de acá... por ejemplo licores, que habían siempre, las vendía botellas, las cambiaba, botellas de champagne, perfumes, ropa mía, zapatos, zapatillas, todo, no había nada,, todo lo que fuera apetecible para estos...para esta gente”. (Entrevistado1).*

*“sí, sí, sí, en ese tiempo me acuerdo yo que estaba trabajando en al química alemana y había pasado a ser jefe de sección ya y por...en ese tiempo estaba fumando pasta yo ya. por la droga pedí el trabajo, perdí el trabajo, el fin de se semana le día viernes hasta tarde me tocaba trabajar a veces no iba y cuando iba, iba porque sabía que con el mismo trabajo que desempeñaba en ese tiempo, preparaba los solventes y al prepararlos con bomba, traspasarlo de un tambor a otro respiraba todo y que...iba al baño me fumaba un cigarro y subía rapidito, pero por la pasta base lo perdí, lo perdí el trabajo”. (Entrevistado2).*

*“estaba estudiando tercero medio y me habían pillado en el colegio con marihuana, o sea mi familia sabía que yo estaba, tenía un problema de adicción”. (Entrevistado3).*

*“no, yo no lo reconocía como un problema, porque yo siempre tenía la idea de que lo controlaba, a pesar que mi forma de consumir cada vez aumentaba y cada vez se me escapaba de las manos y yo no me daba cuenta. (...) mi área familiar, mi área afectiva, mi área laboral... la área escolar también se vio bien afectada por eso (Entrevistado4).*

*“ya me habían echado del trabajo, yo hacía pololos de soldadura acá yyy era todo pa' consumo, todo lo que entraba consumo, terminaba la pega y partía corriendo a comprar”. (Entrevistado5).*

## **2. Toma de decisión para ingresar a una comunidad terapéutica.**

Del análisis de los discursos se observa un agotamiento del estilo de vida coincidente con el consumo de drogas, tanto a nivel personal como familiar y sería efectivamente ésta última la que toma la decisión final de participar en un tratamiento de drogas en una comunidad terapéutica, es decir una decisión ajena y evaluada por otros significativos, con carácter de obligatoriedad y presión familiar, siendo la coerción de ser expulsado del hogar la más frecuente para lograr el ingreso del sujeto a un tratamiento residencial.

*“cuando viene la angustia después del consumo o durante el bajón. (...) la necesidad de un tratamiento, había tocado fondo. (Entrevistado3).*

*“no la decisión del tratamiento ya es cuando uno o cuando yo me sentía acabado ya chato y sentía que tenía chato a todo el mundo y ya nadie me quería (...)me la propusieron un día viernes en el COSAM y me dijeron, incluso yo le dije que ya no me servía ese tratamiento y que lo único que me serviría era alejarme de todo, de todo lo que estaba haciendo y eso era como encerándome en algún lugar o apartándose”. (Entrevistado1).*

*“llegamos a la comunidad, mi mamá me dejó, dejó un cheque que se yo estuve media hora y me fui a mi casa, antes que mi mamá llegara yo ya estaba en casa, mi mamá me encuentra y me dice que onda que se yo...me pegó su buena retada, esa noche me*

*quedé ahí (...), al otro día me llevó nuevamente fuimos a la comunidad me quedé dos días y me fui de nuevo, me escapé de nuevo, llegué a casa y nuevamente mi mamá me echó, ahí ya ella estaba desesperada, no hallaba qué hacer conmigo y volví a la comunidad estuve dos días más y me volví a ir y la última vez, (...) y aquí cuando veníamos por la calle yo me arrepentí en plena calle entonces mi mamá empezó a hacer una crisis, me decía me voy a matar, si no te internai en la comunidad, (...) hubo un momento en el cual mis emociones empezaron a surgir y no era parte de las drogas que yo empezaba a sentir, si no, ahí vinieron todos los remordimientos, vinieron todas la imágenes de la vida que yo había vivido, empecé a darme cuenta de todo lo que había perdido y como me estaba hundiendo en este cuento, empecé a pensar en mi mamá, en mi padre y dije bueno aquí me voy a rehabilitar”.* (Entrevistado3).

*“ni siquiera buscaba alternativas de tratamiento, yo pensaba que podía salir solo, pero en momentos en angustia después del consumo le decía a mi mamá intérrname que se yo.”* (Entrevistado3).

*“ya una vez que la cosa se me escapó de las manos, mi mamá me descubrió, mi mamá me ofreció internarme y yo no tenía otra opción, porque si seguía así me iba a ir de la casa porque la familia la tenia totalmente perdida yyy no tenía otra opción! (...)igual mi mamá no me iba a dejarme tirado, pero así como iba, iba pa’ allá, pero era la mejor opción que tenía a tomar en ese momento y tomé la idea (...) es que no*

*conocía de otra manera, yo tenía la idea de un centro de rehabilitación uno se iba a encerrar y de ahí salía hasta que estuviera listo”. (Entrevistado4).*

*“la empezaron a buscar por mí, yo no sabía que hacer estaba en otro mundo ya yy, y intenté matarme, intenté acabar con mi vida, estaba muy depresivo, tenía mucha depresión, me intenté ahorcar, y lo pensé y ahí como que algo me alumbró yy y buscando otra salida (...) si po’, yo quería apartarme varias veces de la ... a mi hermano le pedí ayuda, me acuerdo pal’ 18 yyy, si él me podía ayudar, quería internarme, quería hacer algo pa’ poder cambiar”. (Entrevistado5).*

### **3. Emociones y sensaciones vinculadas al ingreso.**

En los discursos se describen emociones asociadas a la situación de ingreso al tratamiento residencial como de miedo y desconfianza por el tipo de personas que concurren a este tipo de lugares, también se producen a un espacio de retiro y que al permanecer en ésta la familia va a descansar de los problemas producidos por la adición del sujeto. Imágenes que cambian al incorporarse a la dinámica de la vida en comunidad con compañeros que proviene con similares relatos de vida.

*“por que uno no sabe con que gente se a va a...la película que me pasé yo era con qué gente va a esos lugares (...) en un principio lo tome como un escape así. Me voy de mi barrio, me voy...me alejo de mi familia, los dejo descansar un rato y me voy a este lugar a castigarme. (...) claro una onda así, o sea yo decía castigo, porque no*

*sabía con qué gente me iba a encontrar, debe ser pura gente mala, que adentro tenís que cuidarte, te pueden robar, no se me imaginaba una onda así como una cárcel. (...) y tenía ese miedo, entonces dije ya igual si no te gustó estar... igual anduviste en la noche tarde por ahí te arriesgaste, que más te puede pasar adentro, igual me fui. (...) claro, no yo lo vi como una fuga por un rato, me voy un rato que se calmen las aguas allá y a ver que me pasa a mi también estando adentro. (...) y dije si no me voy pa' allá, pa donde me voy?, porque también no me voy a quedar acá en la casa, si no me iba pa' allá no me iba quedar por mucho tiempo más, porque, lo pensaba de antes yo, como que ya era mucho el daño, no me sentía digno de estar viviendo aquí". (Entrevistado1).*

*"claro, buscan un techo donde cobijarse, alimentación pero no se que me paso a mi, que fui en tiempo de verano, pleno verano en febrero y al tercer día yo me quería irme, al tercer día". (Entrevistado2).*

Aparece en uno de los discursos la idea de un incorporarse a una institución de re-orientación conductual.

*"no, no sentía nada, porque yo siempre tenía como la idea que no me iba a resultar, no me iba a resultar, incluso tenía la idea aquí estoy haciendo conducta". (Entrevistado4).*

#### 4. Expectativas relacionadas con el tratamiento.

Las expectativas que se desprenden del análisis de los discursos, están relacionadas inicialmente con momentos de ambivalencia con respecto a mantenerse dentro del tratamiento y de pocas esperanzas en el proceso de detener el consumo, una actitud de probar la eficacia de éste y de poner a prueba la capacidad de soportar el encierro, en un segundo momento se desprende de los discursos la generación de expectativas concretas de suspender el consumo, de reconocer la propia individualidad, con ello emergen intereses de completar estudios y estudiar carreras profesionales.

*“mi primera expectativa era ya, ya voy a ir a ver que pasa,(...) , pero en el proceso fui evolucionando... fui autoconociéndome y a la vez la abstinencia que iba obteniendo me iba gustando porque iba viendo logros (...) si resulta algo y ya a medida que fui avanzando en el proceso, como que no me empezó a gustar el asunto, muchas veces me dieron ganas de irme, de mandar todo a la cresta (...) logros familiares, objetivos personales, sueños, sueños que nunca me los imaginé, por ejemplo el hecho de estar en la universidad nunca me lo imaginé, cosas así. (...) de no estar muy convencido a empezar a ver resultados y a convencerme por mí mismo (...).” (Entrevistado4).*

*“sí, paro y nada más de drogas, no tenía claro cuáles eran mis metas porque tenía, cuando me interné tenía la idea de sanarme, terminar mi cuarto medio cierto?, y*

*después estudiar perito criminalístico, pero en el camino surge la idea de ser terapeuta, de querer ayudar a gente, mantenerme siempre vinculado a gente con problemas”. (Entrevistado6).*

*“el tratamiento, al principio eh bueno llegué con hartas ganas de poder cambiar, pero ya estando ahí un mes me relajé un poco, se relajaron las cosas y tuve una recaída (...) de ahí en adelante empecé a trabajar con mi personalidad, me hicieron una prueba, un (\*) ahí salía más o menos lo que me hacía falta a mí po’ , porque yo reemplazaba la droga con estas cualidades que me faltaban, pa’ poder ser diferente, pa’ poder ser más sociable, entonces ahí estuve trabajando mis problemas que tenía de personalidad”. (Entrevistado5).*

*“empecé a generar expectativas grandes, más encima te contaba que mi madre de esto y recibir un reconocimiento de mi familia lo cual aumentaba mi auto eficacia, mi auto estima y por ende fui generando una identidad, construyendo una identidad que anteriormente fui buscando y que la droga me dio, igual cometí errores en mi tratamiento, como por ejemplo volver al grupo de pares, nunca recaí pero si volví al grupo de pares y me vi envuelto en fiestas por ejemplo e...lo que si tenía un buen control de mi, adquirí un buen control de mi tenía buenas estrategias para prevenir la recaída”. (Entrevistado3).*

## 5. Diferenciación de etapas personales durante el proceso de tratamiento.

Los análisis de los discursos en la categoría definición de actitudes en las etapas del proceso dan cuenta de un crecimiento en las habilidades sociales, vinculaciones con los demás participantes de la comunidad y los terapeutas.

*“tuve harto crecimiento yo en la parte interna mas que,.. yo llegué a la comunidad y no... era poco sociable, hablaba muy poco, era tímido, me costaba decir lo que pensaba, por miedo o no se, por distintas cosas, cuando había que dar una opinión o cuando había una ronda de preguntas como que siempre pa'l ultimo o cuando había que exponer algo también esperaba que salieran todos así...(..) esos eran como mis temores, al hablar a sincerarme, eso no me pasaba así con las terapias, con la sicóloga, ahí quise ser siempre...de una bien sincero, bien honesto, contar todo, todo, todo, (...) ese fue como el crecimiento, ahora me cuesta mucho menos dar una opinión si tengo alguna idea proponerla, no me cuesta tanto, como antes, no me cuestiono tanto el qué van a decir”. (Entrevistado1).*

*“(..) por ejemplo que yo era re piola, yo en hablar en grupo, no podía hablar en grupo me ponía nervioso, hacía, tiritaba y eso al principio fueron mis trabajos, hacer disertaciones en frente del grupo y después pasó un tiempo me relacionaba bien, ya podía expresarme sin que, sin sin tener ese problema ‘ ¡oh!, si digo esto se van a reír de mí’, ‘si digo esto otro se van a burlarse de mí’, me ponía nervioso! (...) sí po’ lo superé esa parte, también la otra cosa era muy intolerante. (...) claro, mandaba todo*

*rápido, lo despachaba rápido todo, no aguantaba por ejemplo que me retaran, que me mandaran, tenía problemas de autoridad todo eso”. (Entrevistado5).*

En los discursos se da cuenta que el encuentro con otros genera actitudes de colaboración y apertura con los otros significativos descubriendo que el proceso de adicción es individual y que la incorporación a actividades propias de la Comunidad serían valoradas positivamente, como indicador de integración social.

*“claro, ya después...las etapas de mi vida...empecé a fijarme en los hermanos (...) empecé a fijarme a los que estaban en el grupo uno, que eran los hermanos mayores, empecé a fijarme en él, en uno especialmente que me llamaba mucho la atención.(...) puede que haya tenido la misma edad que yo o menor que yo, pero mayor en el proceso, llevaba más tiempo, entonces me empecé a fijarme en él, su manera de ser, su manera de expresarse de hacer las cosas de ofrecerse ser voluntario, yo acá, acá yo, no por querer sobresalir, si no por algo que a el le nacía de buena voluntad y su testimonio era bueno, era bueno y empecé a fijarme y me propuse ser como el, me dije voy a ser como él y me empecé juntar con él, empecé a tratar con el y el conmigo, me aconsejaba”. (Entrevistado2).*

*“(...) con respecto al darme cuenta, de las cosas que yo había hecho, empecé a tomar conciencia despegué de la luna de miel y empecé a vivir la vida como realmente era, lúcido no...en el segundo mes fue un acercamiento en las terapias familiares con mi madre, hubo ahí también mucho conflicto entre ella y yo, había*

*muchas cosas que yo quería decirle y había muchas cosas de las que yo pensaba que ella era culpable, por lo tanto asumía que mi adicción era responsabilidad de ella, eso también en la comunidad fue...empezando a ser descartado por las mismas terapias y entendíamos nosotros que el único responsable del consumo era uno mismo (...) crecimiento intelectual tuve durante el tratamiento, crecimiento emocional, conductual de todo. (Entrevistado3).*

*“(...) el hecho de acercarme con mi mamá, aparte que con mi papá, que a mi papá lo veía cada dos meses una vez (...) no había onda, no había un vinculo, porque con mi papá, bueno mis papás nunca vivieron juntos siempre fue un asunto monetario no más con mi papá (...) sí, respondía económicamente, pero yo necesitaba algo más de él que era afecto, entonces yo me acerqué a él, él se acercó a mí conversamos y hasta el día de hoy nos vemos siempre, nos llamamos por teléfono, ‘cómo estai, qué gusto saber como estai’ de hecho me ayuda con la universidad y bien, se fueron dando cosas, con mi mamá también po’ , se ha recuperado la confianza que teníamos, o sea, ha depositado confianza en mí, porque confianza no teníamos, ha depositado harta confianza en mí eh me ayuda bastante, lo que necesite yo (...) no, económico no, hay un apoyo personal, afectivo, de repente conversaciones que con mi mamá nunca tuve ahora las puedo tener ”. (Entrevistado6).*

## **6. Vivencias emocionales relacionadas con del egreso.**

La situación de egreso en dos de los discursos aparece relacionada a sentimientos de miedo e inseguridad y que mientras más se pueda alargar el tiempo de internación se logrará enfrentar la vida sin el apoyo de la comunidad sin mayores problemas.

*“Antes de la recaída, supuestamente me graduaba en noviembre ahí si tenía harto miedo, tenía mucho miedo como que se acercaba la fecha y no me siento preparado pa salir y si recaigo afuera, como que ahí estaba muy inseguro de...no tenía ganas de salir...pero la recaída no tuvo nada que ver con eso si. (...) si, yo cacho que si, si, me he puesto...lo he pensado y creo que no hubiera durado mucho si hubiese salido en noviembre. (...) si y quizás más fuerte y a lo mejor no hubiese vuelto, no se...como harta...como que hubiese sido pa’ peor, como estuvo bueno no haber salido ahí”.*  
(Entrevistado1).

*“el momento de egresar me produjo ciertos miedos, ciertas preocupaciones con respecto de que iba a venir después, que iba a hacer yo sin la comunidad y hubo que afrontarlo, yo tenía miedo de dejar la comunidad, era mi entorno protector, lo que a mi me había rehabilitado y ahora venían los miedos, puta hueón como voy a enfrentar cuando esté con problemas.”.* (Entrevistado3).

De otros dos de los discursos se desprende que existe un cierto grado de satisfacción por lograr el término del proceso y con la llamada reinserción social, que conlleva tomar la responsabilidad familiar tanto laboral como afectiva.

*“obviamente...yo...o sea yo nunca había intentado...era la primera vez que había ingresado a un centro de rehabilitación, era la primera vez, como la primera vez haber terminado algo, los estudios no los terminé, entonces de haber terminado algo para mi ya significaba un logro y bueno mi hermana fue la que hizo todos los contactos, ella fue, ella feliz, mi tía, la hermana de mi mamá, a los meses, después de dos meses que yo ingresé ella me fue a verme, entonces me vieron me abrazaron para ellos que yo haya terminado ese proceso, para ellos también fue una felicidad y un logro, para mi igual fue una...haber podido alcanzar algo”. (Entrevistado2).*

*“bueno yo, yo antes había pedido, estaba siempre pidiendo la posibilidad de poder trabajar, porque igual mi mamá tiene igual hartos años, como pa’ que ella esté, trabajara pa’ pagarme el tratamiento allá, entonces yo tenía ese problema que tenía que trabajar, entonces ahí ellos me dieron la oportunidad pa’ una reinserción social.”. (Entrevistado5).*

## 7. Expectativas representadas en el egreso, emociones y opiniones.

Las expectativas vinculadas al egreso de la Comunidad terapéutica, aparecen en los discursos de los jóvenes entrevistados, al trabajo tanto en relación al mismo tema de la rehabilitación como en otros espacios laborales. Se deduce una forma de orden conductual para enfrentar el cambio en el estilo de vida.

*“(...) pero no me quedaba en mi casa, porque durante el día yo andaba afuera, obviamente no en la calle, si no que visitando a familiares y en la noche regresaba a la comunidad, pero regresaba sin ninguna responsabilidad, pasó el mes y juntan a los chicos y les informan que yo empecé a trabajar como monitor, el primer año fue un año hermoso, pero a la vez cansador, porque todos los fines de semana los pasé adentro, tenía libre un día en la semana y todos los fines de semana los pasaba adentro, entonces fue difícil, fue difícil”. (Entrevistado2).*

*“yo llevaba 6 meses en la comunidad era co-terapeuta, ya había leído varios libros de psicología o materias que tenían que ver con lo que yo iba a estudiar y estaba mucho más abierto, tenía un repertorio conductual, un repertorio cognitivo distinto al que tenía antes y se me ofreció o me apareció la oportunidad de trabajar en una comunidad de monitor allá en Puente Alto, (...) no tuve seguimiento...no tuve un proceso de seguimiento. (...) solo, solo, con las estrategias que yo había aprendido con mi...con mi convicción de que yo debía ser alguien distinto”. (Entrevistado3).*

## **8. Proyecciones del egresado frente al término del proceso.**

De los discursos analizados se puede deducir que las proyecciones asociadas a la desvinculación del tratamiento, como proceso terminado, están asociadas a iniciar actividades de orden laboral o académicas y de colaboración familiar, con la intención de validarse en éste nuevo estado de reinserción.

*“claro, o sea cuando llegó febrero tenía hartas ganas de...de empezar a hacer otras cosas. (...) eso, trabajar, ya había cumplido como un tiempo ahí”. (Entrevistado1).*

*“A mi me gustaría tener la posibilidad de poder ayudar a los jóvenes la posibilidad de tener un contacto y de alguna otra manera obviamente que ellos quieran, que sean voluntarios, derivarlos a un centro, trabajar con un centro para que puedan salir de eso, puedan salir de eso”. (Entrevistado2).*

*“estudiar en la universidad que ya lo tenía preparado hace tiempo yyy uno, era ayudarle a mi mamá en su trabajo y lo otro, solamente dedicarme a estudiar. (...) sí, me dijeron que tenía que tener cuidado en esto y esto otro y que tenía que seguir yendo a la comunidad, para hacer un seguimiento en el cual si yo tenía algún problema manifestarlo”. (Entrevistado4).*

*“claro, un fin de semana que vine pa’ ca’ que mi hermano es socio con otro caballero, que eran mis jefes, entonces vino este otro caballero y me preguntó cómo*

*estaba, le dije 'bien, bien, estoy terminando el proceso, pronto voy a salir luego a buscar pega', '¡ah!', me dijo 'ya, por eso no te preocupés que vai a trabajar allá. (...) entonces egresé, antes de egresar la última semana, conversé con mi jefe sobre el trabajo allá y me dijo que podía volver, estaba súper contento, así es que saliendo del tratamiento, llegué al tiro a trabajar allá. (Entrevistado5).*

## **9. El significado del consumo de drogas en relación a la reinserción**

En este ámbito, los discursos de los entrevistados son heterogéneos. Por un lado, dan cuenta del descubrimiento de divertirse, pasarlo bien sin necesidad de estímulos de drogas, se releva la compañía de personas que no consumen o están en una disposición similar ante el consumo, asimismo que el disfrutar y valorar alguna expresión artística – como teatro, música, etc. – u otro tipo de actividad que no implique salirse de la realidad con drogas.

*“si po demás, que existe otra forma, otra forma más sana, más lúcida, la diversión no siempre va relacionada con distorsión carrete y copete y disco y cosas así, existen otras actividades las descubrimos ahí en el Carpe, ir al teatro a la casa de la cultura, algún recital y sin usar nada de estimulantes y lo pasábamos bien, o sea el grupo de amigos que se forma es como el secreto creo yo, tener amigos sanos igual es bueno. (...) si estay viviendo una experiencia bonita pa' que vivirla tan solo, si podís estar con alguien más, una compañera, un compañero, si podís compartirlo con otra*

*persona y compartirlo así bacán es mejor así que solito, es más fome solo”.*  
(Entrevistado1).

Otro discurso, manifiesta la necesidad de buscar apoyo o sustento en un ser exterior y superior, como es la fe en dios cristiano. Se destaca que para tener una reinserción real y dejar de consumir, se debe trabajar en dos niveles: tanto físico como espiritual, de tal modo que sólo al considerar ambos elementos se puede tener una rehabilitación concreta y por tanto propender a la reinserción social.

*“mira a mi me sirvió bastante poder creer en dios, en un Dios que es todopoderoso, en un dios que muchas promesas y que en la vida de nosotros las cumple a diario, las cumple día a día, entregarle la vida a Jesucristo, abrir nuestro corazón, que él pueda entrar a nuestra vida que el pueda gobernar nuestra vida, que él pueda dirigir nuestro caminar diario, de lo contrario si nosotros no aceptamos al señor...yo conocí a mucha gente, muchos jóvenes que iba a pasar el tiempo, iba a engordar físicamente, pero no se iba a rehabilitar interiormente”.* (Entrevistado2).

También surge de los discursos en relación a la reinserción, la necesidad de enfrentarse con la propia experiencia de vida, enfrentarla, vivirla, conocerse en términos de habilidades, capacidades, posibilidades e incluso cuando desea o ‘necesita’ consumir drogas, con estas herramientas no requiere evadirse por medio del consumo y se asume la propia vida reinsertándose socialmente.

*“la reinserción para mí es el momento en cual uno nuevamente se encuentra con la vida, con nuevas capacidades y es la oportunidad de vivir una vida distinta es una prueba, para mí, era una prueba que para mí que surgía, eso yo viví pesado, me costo mucho, o sea no me fue fácil mantenerme lúcido en la calle, no fue fácil, yo ya no asistía a terapias, que de yo, tenía muchos problemas económicos y pasaron muchas veces por mi cabeza la...las ganas de consumir drogas y los pensamientos de volver. (...) no, volver a las drogas por los problemas que vivía y creo yo que esa siempre fue mi conducta adictiva, escapar de la vida, así es que para mí la reinserción fue eso, enfrentar la vida tal y como es, con mis capacidades, con mis posibilidades, en fin, eso fue pa mí la reinserción”. (Entrevistado3).*

Por otro lado, en los discursos se destaca la necesidad de prevención en los niños y niñas, herramienta que se manifiesta como una forma de validarse, ser útil a la sociedad y reinsertarse socialmente ayudando a otros evitando que consuman drogas.

*“mi mamá trabaja en jardines, yo le cuento que en la universidad el profesor, usted le dice a un niños chico que la droga es caca, el niño hasta que ya tenga una edad más grande él no va a querer droga porque la droga es caca, algo tan simple como eso, decirle que la droga es mala y es caca, lo mismo que decirle que si mete los dedos a la corriente es caca, el niño chico no lo hace, algo tan simple de eso, educar un poco a los niños, a los papás que la droga, los efectos de la droga, todo lo que, las consecuencias de la droga, yo creo que en hartos lados, por lo menos el sector sur,*

*está, no está como tomado muy en cuenta en los colegios hacer una prevención desde chico, de primero básico pa' arriba. (...) por ejemplo, yo el otro día fui al colegio de mi hermana, hace poco, ofreciendo prevención” (Entrevistado6).*

Finalmente, los discursos de los entrevistados relevan lo que han conseguido de su vida después que han terminado el tratamiento, el volver ha tener logros, ha planificar un proyecto de vida, de acuerdo a las normas establecidas, el estar insertos nuevamente en la sociedad y aportar a ésta.

*“he pensado en qué pasa si vuelvo a consumir y pienso que, no no cabe en, no me entra en la cabeza el volver a consumir porque son tantos logros eh, por ejemplo si yo vuelvo a recaer en la universidad nos hacen un doping periódico, entonces después del doping recaigo me echan de la carrera, entonces son cosas que perdería, perder plata, tiempo, nooo”. (Entrevistado6).*

#### **10. Definición del proyecto de vida.**

De los discursos de los entrevistados, respecto del proyecto de vida, se manifiestan dos posturas distintas. Una de ellas da cuenta de la relevancia de no volver a consumir, se relaciona con lo complejo de no volver a usar drogas, con miedos y culpas al respecto; además de valorar positivamente la inserción social que han logrado luego de terminar el tratamiento.

*“primero es no volver a...lo que no quiero es volver a estar tan mal como estuve en algún momento por culpa de la droga, no volver a eso, no estar con mi familia, no...no se.. no volver a consumir...aunque no digo que nunca, es como súper difícil igual proponerse nunca más, o sea proponérselo no se difícil, pero alcanzarlo lograrlo creo que debe ser muy complicado, no he conocido a ninguna persona que haya salido y 10 años o 20 años...si, si conozco una, pero deben ser casos muy puntuales”. (Entrevistado1).*

*“mira, proyecto de vida, tengo que seguir y seguir pa’ delante, seguir mirando hacia delante y después de estar en un proceso de rehabilitación, después de estar, de haber salido entre comillas de esto igual me siento inseguro del hecho de que sigo igual teniendo (\*) o pensamientos automáticos de consumo, me siento inseguro por eso, pero he logrado comprender que tengo que aprender a vivir con eso y que quizás en mucho tiempo más se me va a pasar, no sé realmente, no conozco a una persona que lleve hartoo tiempo rehabilitada”. (Entrevistado4).*

*“claro, al final de los primeros seis meses de allá a uno lo hacen hacer un trabajo que dice que es lo que uno quiere hacer en adelante yyy y por etapas, o sea, primero terminar satisfactoriamente mi tratamiento, después lograr los estudios que no había alcanzado, después de eso entrar a un instituto cosas así, hacer un carrera, después de la carrera tener un negocio, todo todo el proyecto de vida más o menos que uno se puede imaginar hacia delante”. (Entrevistado5).*

La otra postura, que da cuenta los discursos de los entrevistados, se vincula con el proyecto de vida relacionado con el desarrollo profesional, donde se releva el trabajar en procesos de tratamiento ayudando a otros a dejar de consumir drogas.

*“lo que Dios nos está disponiendo, lo que Dios la voluntad que el quiere nosotros hagamos lo que no queremos, me trajo para acá como te decía trabajo con niño, hace un tiempo atrás estaba a cargo de los jóvenes, ahora estamos trabajando con gente adulta igual con valores”. (Entrevistado2).*

*“no, solamente estoy trabajando en otros proyectos que tienen que ver también con comunidades terapéuticas, y estoy trabajando también con la municipalidad de Buin y con una chica que está poniendo una comunidad en Melipilla”. (Entrevistado3).*

#### **11. Campo laboral asociado a la situación de rehabilitación.**

En los discursos de tres de los entrevistados, se manifiesta que la situación laboral es activa, insertándose al mundo laboral sin conexión a los temas relacionados con el consumo de drogas.

*“no se si es laboral...si se puede decir que es laboral porque vamos a firmar un contrato con el, lo que te contaba del CEPPAC, para trabajar con adultos mayores es el curso que estoy haciendo, bueno capacitación un mes y después es practica. (...)*

*trabajo y estudio, por lo mismo remunerado y con contrato y con cotizaciones y todo eso”. (Entrevistado1).*

*“en este momento estoy de bodeguero en una de las sucursales de Dos en UNO”.  
(Entrevistado2).*

*“yo soy soldador, trabajo en soldadura, lo que es juegos modulares y cosas así. (...) sí, estoy trabajando en eso, me aceptaron de nuevo... (...) estoy terminando mi enseñanza media”. (Entrevistado5).*

Los discursos de tres de los entrevistados dan cuenta de su vinculación con las temáticas relacionadas con el consumo de drogas, conformando parte de un proyecto de desarrollo profesional y reinserción social.

*“soy técnico en prevención y rehabilitación de personas con dependencia a sustancias una carrera que imparte la USACH”. (Entrevistado3).*

*“Trabajo de monitor, en la comunidad y estudio, estudio en la universidad”.  
(Entrevistado4).*

*“estudiando técnico en rehabilitación y trabajo en una comunidad”. (Entrevistado6).*

### **Construcción de Núcleos figurativos**

Se establecen los núcleos figurativos a partir del discurso de los jóvenes entrevistados que dice relación con áreas temáticas en donde aparecen enfatizadas las siguientes dimensiones: actitudes, imágenes significantes para los sujetos, en tanto, campos representacionales y las actitudes en función del objeto de representación estudiado, el consumo de drogas.

#### **Primer núcleo: Proceso del consumo**

El consumo de drogas sería un proceso relacionado con actividades grupales, de recreación, sensaciones placenteras y validación en diferentes espacios de reunión, es decir, una actividad social entre iguales que pertenece al mundo de lo privado y que debe ser mantenida en la intimidad de ese vínculo, bordeando en lo secreto. Dentro de estos límites no produce daño, al inicio del consumo, sin embargo al salir de este marco, se convierte en un agente que determina por sí mismo y es capaz de conducir al sujeto. Este comportamiento genera en el sujeto que consume drogas pérdida de control produciendo un aislamiento del entorno social y familiar, en donde quien consume problemáticamente pierde espacios afectivos, académicos, laborales, orientando los intereses y energía al consumo, lo que afecta gravemente, produciendo alteración emocional y valórica. Además, se le otorga características de maldad, de este modo se produce un agotamiento emocional en el estilo de vida asociado al

consumo y se hace necesario el alejamiento de éste, cual si rompiese con una amistad o pareja.

La superación del consumo de drogas se representa en un proceso de involución del daño producido, a través de una llamada ‘reinserción social’, que se debe transitar, desde el último peldaño, hasta lograr reestablecer funciones en la vida cotidiana, laborales, académicas, preventivas, entre otras, es decir, logros y metas que consoliden la validación del sujeto en el ámbito social y familiar, mediante el refuerzo positivo de ciertas conductas orientadas a evitar el contacto y las situaciones de riesgo relacionadas con el consumo.

La obtención de las sustancias para efectuar el consumo es representada como una acción de relativa facilidad para el interesado, dado que es una actividad generalizada transversal a todos los niveles socioeconómicos y que, tanto el consumo, como el tráfico de drogas permanece protegido por los poderes económicos, judiciales y sociales, mas el daño se evidencia y visibiliza principalmente en los sectores urbanos populares de bajo nivel socioeconómico.

## **Segundo núcleo: Superación del consumo de drogas**

La representación del consumo de drogas establece un significativo vínculo con el tratamiento, se entiende que son espacios de conocimiento público, en términos de su existencia y posibilidades de rehabilitación. Éstos son reconocidos como lugares válidos para terminar con el consumo de drogas, se envisten con cualidades de encierro para tomar distancia familiar y social, en este sentido se pone a prueba la efectividad del tratamiento mediante la capacidad de soportar este encierro que busca de la obligatoriedad de suspender el consumo. De este modo las comunidades terapéuticas se abren para acoger a los sujetos con mayor daño, a los cuales las familias expulsan de las casas, están desplazados socialmente, que no tienen valores y que son carentes de moral.

La situación de consumo de drogas configura así una representación, del consumidor como un sujeto que no es capaz de superar el problema, el que no tiene solución, pues el reinicio del consumo regresa al sujeto a su momento inicial, antes del ingreso al tratamiento. Con ello la única manera de mantener una abstinencia sostenida en el tiempo es recurriendo a herramientas aprendidas durante el tratamiento como son la negación y evitación de las situaciones de riesgo, anulando el contacto con los consumidores.

La convivencia en comunidad se conforma en un espacio de responsabilidad y protección, que entrega seguridad frente al consumo de drogas, por ello la pérdida de este espacio, ya sea por la renuncia o por el egreso se convierte en una situación de vulnerabilidad e inseguridad al momento de exponerse al contacto con la sociedad.

La representación del proyecto de vida es una de las confluentes sólidas en el proceso de rehabilitación que protege al sujeto del consumo de drogas. Este se basa en las capacidades de lograr objetivos: no volver a consumir, rendimiento laboral, inserción social y familiar. Específicamente, la relevancia de no volver a consumir, se relaciona con miedos y culpas, por lo que la recaída es percibida como traición a las confianzas ganadas a nivel comunitario y familiar.

El proyecto de vida relacionado con el desarrollo laboral o profesional, se orientan hacia dos polos antagónicos. Un polo refiere a mantenerse vinculado a los espacios terapéuticos ayudando a otros a dejar de consumir drogas, mediante la especialización del tema con una carrera profesional o técnica de rehabilitación. El otro dice relación con que el sujeto se sitúa en una búsqueda de espacios laborales u oficios que no dan cuenta del proceso de rehabilitación. Sin embargo, existe coincidencia entre ambos polos, los consumidores serían personas que deben ser ayudadas a solucionar carencias y problemáticas asociadas al consumo de drogas, a partir de la experiencia vivida.

## **IX. Conclusiones y Síntesis.**

El consumo de drogas se va configurando como un proceso, en los discursos de los entrevistados, el que se constituye como una representación social donde el tránsito del consumo experimental vinculado a prácticas juveniles que refieren sensaciones de placer, recreación, éxito, personalidades atractivas, validación y legitimación entre los pares, se problematiza y reflexiona, transformándose en imágenes de culpa, miedo, soledad y evasión.

De este modo la exclusión social se manifiesta en conductas ilegales, secretas y a su vez de negación ante el consumo de drogas, por parte del sujeto consumidor. Las pérdidas afectivas, materiales, simbólicas, valóricas y de proyecto de vida, reflejan el estar fuera de la sociedad e incluso de sí mismos.

Es necesario relevar la imagen de la pasta básica de cocaína como droga que genera el rótulo de consumidor adicto, se deduce que el daño que genera esta sustancia es visible en términos físicos lo que hace innegable el consumo. Por otro lado, se caracteriza por estar asociada a un uso solitario que aparta y excluye incluso del grupo de pares de consumo.

El vivir al margen de las normas establecidas socialmente y el control social ejercido principalmente por las familias impulsa al sujeto consumidor a iniciar un

proceso de rehabilitación. La decisión a iniciar dicho proceso es generada y potenciada por el rol coercitivo y normativo que desempeñan las familias que son significativas para los consumidores.

La comunidad terapéutica emerge como una figura de un espacio de encierro, con desconfianza y prejuicio frente a lo que implica, tanto el espacio como lo que afectará sus vidas, así como los otros ‘consumidores’, esos otros rotulados y estigmatizados como drogadictos y sujetos con problemas, con quienes deberá relacionarse, por tanto la representación social de un espacio poco acogedor, privador de libertad, coercitivo y controlador emerge con fuerza.

El tratamiento se configura como un dispositivo que entrega herramientas en el ámbito del desarrollo personal, es decir, el conocerse a sí mismo, tanto sus debilidades como fortalezas y capacidades, donde se destaca principalmente el controlar el deseo de volver a consumir drogas, y el manejo de las emociones y frustraciones. En esta etapa descubren a nuevas personas en ellos mismos y ‘vuelven a la vida’, se aprecia positivamente el ser capaz de dejar de consumir drogas, aunque sea evitando las situaciones de riesgo y volverse nuevamente confiable. No obstante, es habitual tener recaídas por las cuales se merece castigo, de lo que se deduce que consumir drogas es algo malo.

Es relevante señalar que el sujeto consumidor se establece como un rótulo y estigma que permanece en el tiempo, y se consolida la imagen que siempre se es un adicto y que el volver a consumir drogas puede ocurrir nuevamente.

Subyace la lógica de un programa de condicionamiento operante, donde se cambia el placer que genera la droga por la culpa, cuyos mecanismos de refuerzo – positivos y negativos – cumplen un rol trascendental en el desarrollo del tratamiento. De este modo se explica el profundo temor que manifiestan los participantes del tratamiento al acercarse a la etapa de egreso de la comunidad terapéutica, de lo que se concluye que la ausencia de este espacio contenedor, en tanto espacio generador de estímulos positivos y negativos que propenden a la mantención de la conducta, provocan dichas sensaciones de temor.

La problemática del consumo de drogas se representa como un suceso que no tiene solución. Esta imagen se relaciona con un tema de poder e impunidad. Los sujetos que comercian con drogas ilícitas, son percibidos como protegidos de los poderes oficiales del país – político, legislativo, económico – por lo que no reciben sanción penal ni social por esta actividad ilícita. Por otro lado, se manifiesta como una temática que afecta principalmente a las personas que viven en situación de pobreza económica y exclusión social, incluso como un fenómeno territorializado. Así, se da cuenta de la vulnerabilidad que afecta a quienes se denomina como pobres.

Por otro lado, la solvencia económica que implica dedicarse a la venta de sustancias ilícitas, posiciona a quienes se dedican a esta actividad – traficantes – en un lugar de superioridad y poder, situación que se evidencia y complejiza en sectores urbano-populares por las múltiples carencias materiales existentes. Quienes comercian con el consumo de drogas, se configuran como sujetos protectores del barrio que incluso proveen de bienes materiales a los vecinos, dicha protección es correspondida con ocultar la información ante las instituciones policiales y judiciales, además de legitimidad y validación social en el medio que comparten.

El proyecto de vida se configura como constituyente de la reinserción social, este se sustenta como eje principal en el dejar de ser consumidor, no volver a consumir drogas. En este sentido la recuperación de su propia vida, y de recomponer los distintos ámbitos de ésta, es decir, recuperar la familia, un espacio que permita el desarrollo profesional y diversas metas relacionadas con estar insertos en la sociedad, por tanto ser funcional al sistema y regirse por los parámetros y normas definidas por éste.

En este sentido emerge como una interesante categoría el ‘educador rehabilitado’, quien continúa adherido al consumo de drogas y a su vez al espacio terapéutico, esta persona se relaciona con el consumo de drogas, dejando de ser el sujeto que las consume convirtiéndose en un sujeto que ayuda a otros a dejar de consumir, siendo este objetivo una opción de vida y un elemento motivador de metas y logros personales, visibles para él mismo consolidando la abstinencia.

## **X. Referencias Bibliográficas.**

Abarca, H. (1995), Masculinidad en el discurso homosexual urbano, clase media-baja y baja. Tesis para optar al título profesional de sociólogo, Universidad de Chile. Santiago.

Alonso, L. (1999). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la Sociología Cualitativa. En J. Delgado y J. Gutiérrez. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Ed. Síntesis: Madrid.

Arcila, M., Del Solar, G., Osorio, D. y Villarino, A. (1999). La Dependencia al Consumo de Drogas: Una aproximación Teórico-Práctica al Tratamiento Ambulatorio, I. Municipalidad de Santiago, Área Social, Programa de Prevención en Drogas. Santiago.

Canales, M. Sociología de la vida cotidiana (1995). En M. Garretón y O. Mella (Editores). Dimensiones actuales de la Sociología. Santiago.

CONACE (2003). Estrategia nacional sobre drogas 2003 – 2008. Santiago.

CONACE (2004a). Lineamientos Técnicos. Tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas. Santiago.

CONACE (2004b). Manual de prevención del consumo de drogas para agentes comunitarios, Santiago.

CONACE (2004c). Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias en población de niños, niñas y adolescentes, desde una mirada comprensiva evolutiva. Santiago.

CONACE (2006a). Prevención del consumo de drogas una estrategia nacional. Ministerio del Interior, Santiago.

CONACE (2006b). Sexto estudio nacional de drogas en población escolar de Chile, 2005 de 8° básico a 4° medio, Santiago.

Cooper, D. (2005). Delincuencia y Desviación Juvenil, Ed. LOM, Santiago.

Di Giacomo, J. (1987). Teoría y Métodos de análisis de las Representaciones Sociales. En D. Páez y Cols. Pensamiento, individuo y Sociedad. Cognición y Representación Social. Ed Fundamentos, Madrid

Durkheim, E.(1976). Educación como Socialización, Ed. Sígueme, Salamanca.

Echeverría, A. (2004). Representaciones sociales de las drogas de jóvenes urbano populares en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica. Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile. Santiago.

Egenau, P. y Villatoro, P. (2000), Evaluación de las comunidades terapéuticas, Hogar de Cristo, Santiago.

Faúndez, J. (2005). La incidencia del consumo de drogas en Chile, experiencia de la acción del previene en cinco comunas de la región metropolitana. Memoria para optar al Título de Sociólogo. Universidad de Chile. Santiago.

Hopenhayn, M. (2002). Droga y Violencia: fantasmas de la nueva Metrópoli Latinoamericana. En: Polis. Revista de la Universidad Bolivariana v.1, n°3, p. 1-17.

Ibáñez, J. (1986). Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas. En M. García, J. Ibáñez y F. Alvira. El Análisis de la realidad social:

métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza.

Ibáñez, T. (1988). Ideología de la vida cotidiana. Editorial Sendai, España.

Ibáñez, T. (1990) Aproximaciones a la Psicología Social. Editorial Sendai, España.

INJUV (2001). Tercera encuesta nacional de juventud, informe ejecutivo final. Santiago.

Jodelet, D. (1984). Representación Social: Fenómeno, concepto y teoría. Ed Paidós. Barcelona.

Jodelet, D. (1986). La Representación Social: Fenómenos, Concepto y Teoría. En Moscovici, S. Psicología Social II. Pensamiento y Vida Social, Psicología social y Problemas Sociales. Ed. Paidós, Barcelona.

Marcuse, H. (1971). La agresividad en la sociedad industrial avanzada. Alianza Editorial, Madrid.

Mella, O. (1995). Cualitativo y Cuantitativo: Dos Formas de Hacer Sociología. En M. Garretón y O. Mella. Dimensiones actuales de la Sociología. Santiago.

Mora, M. (2002). La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici, Athenea Digital, N°2, Universidad de Guadalajara.

Páez, D. (1987). Características, funciones y procesos de formación de las Representaciones Sociales. En D. Páez y Cols. Pensamiento, individuo y Sociedad. Cognición y Representación Social. Ed Fundamentos, Madrid.

Pollarolo, F. (2005). Boletín. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Tomo V, N° 50, Santiago.

Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljube. Málaga.

Sánchez, R. (2005). Análisis de las construcciones discursivas respecto de las drogas, los consumidores y el consumo, comprometidas en la ley 19.366 de 1995, a través del análisis de las transcripciones de la discusión parlamentaria. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Universidad de Chile. Santiago.

Sánchez, A. (1996). Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención, Ed. EUB: Barcelona.

Soto, L. (2006). Representaciones Sociales del proceso de Rehabilitación del Consumo de drogas en Adolescentes: Un Estudio de Jóvenes Participantes En Programas Ambulatorios Locales. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología de Psicólogo. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago.

Tajfel, H.; Grupos Humanos y Categorías Sociales, Ed. Herder, Barcelona, 1984.

Taylor, S. y Bodgan, R. (1985). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Ed. Paidós: Buenos Aires.

### **Referencias Electrónicas**

MINEDUC, Efectos de la Marihuana

[http://www.mineduc.cl/prevencion/efectos/efectos\\_marihuana.htm](http://www.mineduc.cl/prevencion/efectos/efectos_marihuana.htm)

## **ANEXOS.**

### **Anexo 1**

#### **Programa de tratamiento comunidad terapéutica Carpe Diem.**

El Programa Residencial De la Comunidad Terapéutica Carpe Diem, surge como una alternativa actual producto de las demandas de personas que desean ayuda al respecto, especialmente en la Comuna El Bosque.

Al trabajar con personas con uso y abuso en drogas, en una Modalidad específica para Hombres, es necesario considerar al menos las siguientes condiciones en sus beneficiarias:

- Conciencia de Enfermedad, respecto del problema adictivo.
- Capacidad de auto análisis, en su realidad familiar, personal y social.
- Un grado de compromiso y motivación a la Vida.
- Fuerte motivación interna al cambio.
- La capacidad de mantener relaciones humanas y socializarse en su medio, especialmente con sus pares.
- Capacidad de realizar introspección.
- Honestidad, con el fin que vaya contando día a día su vida.
- Creer en su Rehabilitación, conocer y aceptar el Programa Terapéutico.
- Tener un familiar responsable que lo apoye durante todo su proceso.

## **Patología dual**

Entendido como Patología Dual a aquellos trastornos de tipo orgánicos que por su envergadura requieran de asistencia médica permanente y que eventualmente puedan necesitar personal especializado y de cuidados también permanentes. En los otros casos y, que requieren medicación, se manejará con coordinaciones con los servicios respectivos.

Contamos con catastro de medicina general y psiquiatría para ello, además de la red del servicio más cercano; particulares y públicos.

## **Perfil etéreo**

Entre 18 y 40 años aproximadamente.

## **Respecto de los usuarios**

### **I. Acerca de las familias (exigencias necesarias)**

Asistir a las reuniones semanales.

Que no haya alcohol en la casa.

Verificar que no existan medicamentos al alcance de la persona en tratamiento.

Informar oportunamente rompimientos de las normas por parte del usuario.

Velar que en las Salidas se cumpla el Plan de Salida elaborado en cada caso.

### **II. Acerca de las personas en tratamiento (exigencias necesarias)**

Corte con las drogas, incluido el alcohol.

No automedicarse con tranquilizantes para dormir.

Asistir de manera constante a todos los grupos existentes dentro del Programa.

No frecuentar personas negativas.(Consumidores o traficantes, etc.)

No asistir a lugares de riesgo. Ej.: Bares, clubes nocturnos, fiestas, canchas, discoteques, recitales, pool, etc.

Cumplir con deberes que emanan de la visión terapéutica del Programa.

### **III. Areas temáticas específicas de abordaje en el tratamiento**

Autoestima

Sexualidad

Elaboración de pérdidas y duelos

Asertividad

Autonomía

Ciclo vital familiar.

### **IV. Fases programa**

#### **Acogida**

Se da inicio a esta fase con la primera Entrevista, la que tiene por objeto provocar el "enganche" afectivo con la persona que llega por primera vez a la Comunidad.

Se busca que la persona pueda mostrarse sinceramente y reconocer que está mal y que necesita ayuda.

La persona asistirá a lo menos tres días entre lunes y viernes acompañado por un familiar. Le asistirán distintas personas del Equipo de Trabajo.

#### **Objetivos**

Entrevista de acercamiento con persona amiga, familiar o colaborador y la persona que solicita tratamiento.

Procurar alianza terapéutica con la persona que eventualmente cumplirá la labor de apoderado.

Evaluar mediante entrevista psicológica y aplicación de instrumento respectivo (Cie 10).

Trazar líneas de definición respecto del modelo más adecuado de intervención.

Reforzar motivación al cambio

Introducir al modo de relación que exige la vida en Comunidad.

### **Primera fase adaptación**

Objetivos

Establecer compromiso con el programa de rehabilitación y proceso de cambio.

Fortalecer motivación al cambio en estilo de vida.

Iniciar proceso de cambio en la autoimagen.

Lograr establecer relación entre Comunidad y persona, con el fin de hacerla sentir parte de la misma.

Plan de Tratamiento Individual.

Establecer vínculo responsable con la Comunidad.

Asumir el carácter normativo de la Comunidad.

Iniciar proceso de cambio en la auto imagen.

Realizar evaluación diagnóstica.

### **Segunda fase desafío al cambio.**

Objetivos

Funcionar con autonomía responsable.

Trabajar problemáticas individuales.

Solidificar valores fundamentales.

(Respeto – Responsabilidad – Humildad – Honradez)

Apoyar activamente al Equipo Técnico.

Profundizar Introspección.

Funcionar estructuradamente.

Asumir el carácter normativo de la Comunidad

Establecer vínculo responsable con la Comunidad

Expresión de Sentimientos

### **Tercera fase proyección de vida**

Objetivos

Esbozo de proyecto de vida.

Desarrollar por medio de la practica lo aprendido.

Desarrollo de la familia en su nuevo estilo de vida.

### **Graduación**

Es una forma de permitir a la persona en tratamiento, darse cuenta de la importancia que tiene el empezar algo en la vida y ser capaz de terminarlo bien, no obstante las dificultades que esto conlleva.

La graduación es un “ritual”, es un espacio donde la persona en tratamiento puede autoevaluar su proceso de formación terapéutica educativa en presencia de personas que tienen una importancia relevante en sus vidas y que además son invitadas por ella misma a esta ceremonia.

### **Fase de seguimiento**

Objetivos

1. Poner en práctica nuevo proyecto de vida
2. Evaluar evolución del cambio y logros en el nuevo proyecto de vida.

### **Termino anticipado de proceso**

Aunque la propuesta inicial, plantea como finalización del programa la ceremonia de graduación, hay quienes antes de llegar a ese momento se sienten preparados y seguros de continuar su vida, habiendo cumplido las fases del programa y conseguido los objetivos de estas, tiene la posibilidad de solicitar un término de proceso, el que podrá o no ser aceptado por el Equipo Técnico, esto de acuerdo a las razones aludidas para tal petición.

## Anexo 2

### **Pauta de la entrevista**

#### **1.- Historia de consumo**

##### ***Inicio del consumo***

- 1) Cuándo probó drogas por primera vez
- 2) Con quién/es las prueba
- 3) Cuál/es droga

##### ***Consumo habitual***

- 1) Cuándo comienza a consumir drogas habitualmente
- 2) Con quién/es comienza a consumir habitualmente
- 3) Cuál/es droga consumía
- 4) Para qué consumía drogas
- 5) Si en su casa sabían que consumía

##### ***Consumo problemático***

- 1) Cuándo el consumo se vuelve un problema
- 2) Por qué considera que es un problema
- 3) Qué ámbitos de la vida afecta
- 4) Para qué consume, Por qué consume, Cuándo consume

##### ***Características del medio social***

- 1) Alguien que viviera en su casa consumía alguna droga incluyendo alcohol
- 2) Indagar si en el grupo de pares se consume
- 3) Indagar si habitaba en un sector de alta oferta de drogas

- 4) Descripción del barrio
- 5) Indagar en problemáticas familiares (tipo de familia, si existe VIF, abandono, o cualquier tipo de situación de vulneración)

## **2.- Tratamiento**

### ***Ingreso al tratamiento***

- 1) Cómo se informa de las alternativas de tratamiento
- 2) Cómo surge la idea y motivación de ingresar a tratamiento
- 3) Qué lleva a la decisión de ingresar al tratamiento
- 4) Cómo decide que sea una comunidad terapéutica residencial
- 5) Indagar en las emociones y sensaciones vinculadas al ingreso
- 6) Qué expectativas representa el tratamiento

### ***Proceso de tratamiento***

- 1) Descripción del tratamiento
- 2) Cómo se vivencia éste
- 3) Recaídas durante el tratamiento
- 4) Diferenciación de etapas personales durante el proceso (en términos de emociones, opinión)

### ***Egreso del tratamiento***

- 1) Cuánto tiempo participó en el tratamiento
- 2) En qué momento ocurre el egreso
- 3) Indagar en las emociones y opiniones
- 4) Qué expectativas representa el egreso
- 5) Indagar en las proyecciones

## **3.- El lugar de la droga**

- 1) Indagar sobre el significado del consumo de drogas
- 2) Qué le ocurre al pensar en consumir y/o ver a otros consumiendo
- 3) Opinión de la oferta de drogas y de quienes consumen
- 4) Actitud actual frente a las drogas y a quienes consumen
- 5) Información sobre los aspectos relacionados con la salud (física y mental)

#### **4.- Reinserción**

- 1) Definición del proyecto de vida
- 2) Relación actual con la familia
- 3) Relación actual con grupo de amigos/as
- 4) Relación actual con compañeros de la comunidad terapéutica
- 5) Relación con el barrio
- 6) Situación laboral/académica
- 7) Participación en alguna organización (deportivo, cultural, junta de vecinos, iglesia, de prevención)