



**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

*Mujeres drogadictas
autopercepción y efectos en la
Familia.*

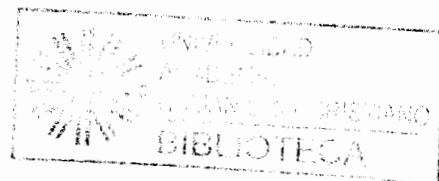
ALUMNA: CAROLINA PAMELA BASTÍAS ROBLEDO.

PROFESORA GUÍA: MÓNICA VARGAS AGUIRRE.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN SERVICIO SOCIAL

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE TRABAJO SOCIAL

SANTIAGO, 2005.



INDICE

INTRODUCCIÓN	2
--------------------	---

I.- Estructura Metodológica

1.1.- Planteamiento del Problema.....	7
1.2.- Pregunta de Investigación.....	8
1.3.- Objetivos de Investigación.....	9
1.4.- Hipótesis de Investigación.....	11

II.- Marco Metodológico

2.1.- Enfoque Metodológico.....	12
2.2.- Carácter del Estudio.....	13
2.3.- Selección de la Muestra.....	14
2.4.- Variables del Estudio.....	15

PRIMERA PARTE : MARCO TEORICO

Capítulo 1: “Situación del consumo de Drogas”

1.- Contexto General.....	17
2.- Acercamiento Histórico de las Drogas.....	18
3.- Antecedentes Teóricos.....	22
4.- ¿Porqué se consumen Drogas?.....	34
5.- Clasificación de las Drogas.....	41
6.- Contexto Internacional de las drogas.....	43
7.- Drogas en Chile: Políticas Públicas.....	48

Capítulo 2: “Contextos y discursos de la Pobreza”

1.- Modelos para la definición de la Pobreza.....	55
2.- Contextos y discursos de la pobreza.....	59
3.- Magnitud de la pobreza en Chile.....	64
4.- Pobreza y Drogas.....	67

Capítulo 3: “Perspectiva de Género”

1.- ¿Qué entendemos cuando hablamos de género?.....	74
2.- Rol de la Mujer.....	80
3.- Uso de drogas en adolescentes gestantes.....	85
4.- Mujer y Microcomercialización de drogas.....	90
5.- Las mujeres en los centros de tratamiento.....	92

Capítulo 4: “Familia y Dependencia a las Drogas”

1.- El hombre como ser social y la familia como grupo social básico.....	94
2.- Funciones de la Familia.....	99
3.- Disfuncionalidad Familiar.....	102
4.- Estilos Educativos en la familia.....	106
5.- Codependencia en el contexto familiar.....	108
6.- Tipos de Familias Disfuncionales.....	114
7.- Clasificación específica de las familias.....	117

SEGUNDA PARTE : MARCO REFERENCIAL

Capítulo 5: “Antecedentes generales Comuna Lo Espejo y caracterización PADEA”

1.- Situación Geográfica.....	127
2.- Nivel socioeconómico de la Comuna Lo Espejo.....	129
3.- Contextualización Policlínico Obispo Enrique Alvear (PADEA).....	132
4.- Características de la Institución.....	134
5.- ¿En qué consiste el Tratamiento?.....	137

TERCERA PARTE : ANALISIS DE LOS DATOS

Capítulo 6: “Autopercepción de la Mujer Drogadicta”

1.- Desarrollo del trabajo de Campo.....	143
2.- Introducción.....	144
3.- Características de la Mujer Drogadicta.....	145
4.- Imagen de sí misma.....	149
5.- Percepción del Rol Materno.....	153
6.- Percepción del Rol de Pareja.....	158
7.- Percepción del Rol Laboral o Educativo.....	161

Capítulo 7: “Características de la Familia y el entorno de la Mujer Drogadicta”

1.- Análisis Temporal Cualitativo:	
“Características Familia de la Mujer drogadicta”.....	164
2.- Relaciones sociales y vínculos próximos a la mujer consumidora.....	175
2.1.- Relaciones Sociales con las Vecinas y Amigas.....	175
2.2.- Organizaciones Sociales y grupos de autoayuda.....	177
3.- Tipos de Comunicación.....	181
3.1.- Perspectiva familiar.....	181
 Conclusiones Finales.....	 186
Reflexiones para el Trabajo Social.....	208
 BIBLIOGRAFÍA	 216
ANEXOS	231

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Si bien es cierto que el uso y abuso de drogas es un tema de larga data, la situación de consumo dentro de la población femenina se describe como un problema social emergente, dado el aumento progresivo de mujeres consumidoras en la última década. Diversos estudios, entre ellos el "Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile, 2002" CONACE (2002), revelan que en las mujeres se observa una tendencia a un mayor consumo en todas las drogas llamadas ilícitas. La temática de uso y abuso de sustancias en mujeres, adquiere relevancia al establecer los riesgos que conlleva para la salud física y mental el consumo de drogas, tanto para las propias mujeres, como para sus hijos; además de las implicancias sociales que conlleva, entre otras prostitución, pobreza, violencia, delincuencia, muerte, etc.

Hoy en día el incremento de las mujeres drogodependientes es uno de los temas más preocupantes en el país. A partir de la práctica Profesional que me correspondió realizar en el Policlínico de Alcoholismo y Drogadicción Obispo Enrique Alvear (PADEA) de la Comuna de Lo Espejo, en donde conocí la situación que viven las mujeres drogadictas, en lo referido a las múltiples carencias emocionales, sociales, culturales entre otras, es así que nace y se origina la presente Investigación.

El fenómeno del abuso de drogas es una problemática psicosocial que representa elevados costos humanos, económicos y sociales para la comunidad en su conjunto. El consumo de drogas constituye una problemática de gran complejidad que inscrita en un contexto sociocultural, aparece sujeta a una gran variabilidad de mitos y significaciones tanto para el individuo como para el grupo social del cual forma parte.

Si bien existen variadas investigaciones que abordan la temática del consumo de drogas, aún son escasos los estudios respecto del abuso de drogas femenino, siendo frecuente que las investigaciones acerca del consumo de la

población de hombres se haga extensiva a las mujeres. Se encuentran por tanto, pocas cifras segregadas por sexo y en muchas de las investigaciones, la identidad de género es marginal, factor que resulta fundamental al momento de explicar los fenómenos de dependencia de drogas en las mujeres, así como para diseñar políticas de prevención, programas de tratamiento y de reinserción para ellas. Las investigaciones que se han realizado sobre este tema, por lo general no toman en cuenta las especificidades de la mujer. Los casos más frecuentes son los estudios que enfocan los efectos de las drogas en el estado de embarazo y nacimiento.

En nuestra sociedad el uso de drogas tiene una valoración negativa desde lo socialmente legitimado, a excepción de las drogas lícitas como tabaco, alcohol y tranquilizantes, claro que de acuerdo a los usos socialmente determinados. Además, en el discurso hegemónico el consumo de drogas obedece a la acción disfuncional de un individuo que no se encuentra integrado al sistema, ni actúa como éste espera que lo haga, siendo catalogado frecuentemente como drogadicto, delincuente, vago, enfermo, etc. Frente a este discurso, existen grupos en la sociedad que perciben el consumo de drogas (tanto lícitas como ilícitas) desde otra perspectiva, en la cual dicho consumo se asocia al placer, la creación, recreación y el ejercicio de la libertad individual.

La Mujer tiene múltiples situaciones específicas de estrés que están ligadas a los factores de riesgo para el consumo: Violencia Intrafamiliar, Maltrato Sexual y Físico, Múltiples roles, ama de casa, empleo, esposa o pareja, madre, abandono del cónyuge, madresolterismo, etc. El mayor estrés lo vive la mujer sola, con hijos y desempleada. La problemática de los efectos de la drogadicción en el caso de las mujeres y su familia, motivó la realización del presente estudio, principalmente porque se inserta en el área de la Salud Mental. Se entiende que es éste un problema que está afectando en forma creciente al bienestar psicosocial de la población.

Es un desafío para los Trabajadores Sociales integrar en su campo de acción el tema de la Salud Mental, en especial el desarrollo sano de las mujeres, insertándose en esta área con una perspectiva integradora, lo que se ve facilitado por el trabajo en equipos interdisciplinarios.

La finalidad fue considerar la utilidad práctica de este estudio para futuras intervenciones dentro del área de la prevención, pues abordar esta problemática va a ser un aporte para los equipos interdisciplinarios.

Por esto la Investigación, está enfocada en el consumo de Drogas ilícitas en la Mujer y cómo se ve afectada la Familia, ¿qué es lo que pasa cuando la adicta es la madre?, el estudio es de carácter cualitativo, y se centra en aquellas mujeres y sus familias que están en tratamiento en el Policlínico de Alcoholismo y Drogadicción Obispo Enrique Alvear (PADEA), ubicado en la Comuna de Lo Espejo.

Se pretende que los resultados obtenidos en la Investigación sean de utilidad y que arrojen antecedentes significativos para diseñar estrategias preventivas con un enfoque comunitario, a partir de las propias visiones de las mujeres, principalmente en lo que a conductas de riesgo se refiere. Asimismo, que sirva de base al planteamiento de líneas de acción, estrategias o programas a nivel institucional y sectorial. Esto porque se piensa que el quehacer de los Trabajadores Sociales ha puesto mayor énfasis en los niveles terciarios, dejando un amplio campo de acción en los niveles primarios y de Promoción de la Salud de la mujer adicta.

Este estudio intenta entregar algunos elementos que podrían ser de gran utilidad para enfrentar una serie de dificultades que cotidianamente encuentran quienes trabajamos con mujeres consumidoras de drogas de riesgo social. Por ello, es que la información ha sido sistematizada temáticamente por capítulos:

En la primera parte se presenta el Marco Teórico, el cuál está subdividido en los siguientes capítulos:

El capítulo 1 hace alusión a la situación del consumo de drogas a nivel histórico, nacional e internacional, antecedentes teóricos del consumo de drogas, factores protectores y de riesgo, clasificación de las drogas y los últimos datos entregados por CONACE el 2002 en nuestro país.

En el capítulo 2, se abordan los antecedentes del contexto y discurso de la pobreza, magnitud de la pobreza en Chile, pobreza y desigualdad social, pobreza y relación a las drogas y vulnerabilidad social.

En el capítulo 3, se abordan los antecedentes de género, el rol de la mujer desde una perspectiva histórica, el uso de drogas en adolescentes gestantes, VIH/SIDA, mujer y microcomercialización, la relación mujer, drogas y prostitución y aspectos relacionados a las mujeres y los centros de tratamiento.

El capítulo 4, hace alusión y describe la familia y la dependencia a las drogas desde el concepto familia, las funciones de ésta, modelos y estructura familiar, codependencia en el entorno familiar, los procesos de disfunción familiar, tipología de familias disfuncionales y patrones de crianzas disfuncionales.

La segunda parte se presenta el Marco Referencial, subdividido en los siguientes capítulos:

En el capítulo 5, hace alusión a aspectos referenciales, tanto del contexto local de la Comuna de Lo Espejo referido a los antecedentes geográficos, nivel socioeconómico, educacional, entre otros. Así como también, una contextualización del Policlínico de Alcoholismo y Drogadicción Obispo Enrique Alvear (PADEA), en aspectos relativos a las características de la Institución,

políticas que la sustenta, sujetos de atención y tipo de tratamiento que reciben las mujeres consumidoras de drogas ilícitas.

Y por último, la tercera parte se presenta el análisis de los datos, en los siguientes capítulos:

En el capítulo 6, partiendo de una visión cualitativa, se pretende caracterizar a la mujer consumidora de drogas, indagando también en aspectos relacionados como la imagen que tienen de sí mismas, la forma en que se autoperciben y ejercen su rol materno, su rol de pareja y su rol en el mundo laboral o educacional.

Y en el capítulo 7, se describe la situación familiar, desde la perspectiva de la mujer consumidora como de la familia, describir las relaciones sociales y vínculos familiares y el tipo de comunicación que se da internamente en ella.

Finalmente, en la tercera parte se presentan las conclusiones del estudio a partir de los objetivos planteados y la relación que se genera a partir de las hipótesis. Además de discutir los resultados obtenidos, compartiendo allí las reflexiones sobre lo expuesto desde la mirada del Trabajo Social, se incluyen algunas sugerencias a futuro.

Cabe destacar que sin el apoyo del Policlínico de Alcoholismo y drogadicción Obispo Enrique Alvear (PADEA), y facilidades en recursos institucionales, así como también el de las Mujeres adscritas al programa y sus familiares habría sido imposible llevar a cabo el estudio.

1.- ESTRUCTURA METODOLÓGICA

1.1.- Planteamiento del Problema

Como se señaló en la introducción, las investigaciones de la problemática del consumo de drogas se han limitado a la Mujer Alcohólica. El interés de estudiar las Mujeres adictas, es un campo poco explorado, que abre múltiples interrogantes, sobre todo si se piensa, que son ellas las jefas de hogar, que cumplen con un rol de madre, esposas, hijas, etc.

Un aspecto fundamental de la situación de la mujer frente al uso indebido de drogas y quizás el que más motiva esta Investigación, es su condición en la familia. Por los roles que desempeña la mujer en este espacio, es la que mayores consecuencias tiene cuando hay un miembro afectado por la adicción, aunque paradójicamente representa un importante ente de prevención debido a las relaciones que establece al interior de la familia.

Esta situación, sería aún más fuerte en las mujeres, ya que en ellas existe una tendencia al consumo oculto, es decir, privado e invisible para los otros/as, principalmente relacionado con la estigmatización y marginación social frente a una mujer consumidora, y al deber ser que la sociedad y la cultura han establecido para ella. Por esta razón, las mujeres han tardado más en acercarse a alguna instancia que les ofrezca ayuda, en este sentido "atrapadas por la imagen mítica de la sociedad sobre la mujer drogadicta, como una perdida, las mujeres sufren doblemente por ser consideradas no sólo enfermas, sino también y, ante todo, inmorales" (Correa y Vío, 1999:37). Asumir frente a los demás la propia condición, puede ser tan o más difícil que pedir ayuda, ya que significa reconocer cierto fracaso en relación con las expectativas de género individuales y sociales, ser mala esposa, mala madre, mala hija o mujer perdida.

Cabría entonces preguntarse; ¿cómo se desarrolla la Mujer en este ambiente?; ¿qué conductas de riesgo presenta?; ¿cómo está su autoestima?; ¿Cómo es percibida por su familia?; ¿qué sucede en la dinámica familiar de estos hogares?. Interrogantes que sin duda interesa responder dada la magnitud de esta realidad social.

Lo anterior puede resumirse en una sola pregunta: **¿Cómo se autopercebe la Mujer consumidora de drogas ilícitas y cómo se ve afectada la familia?**

1.2.- Pregunta de Investigación

- 1.- ¿Cómo se autoperceben las Mujeres con problemas de consumo de drogas ilícitas, referido a sus roles de mujer, madre, pareja, en el plano laboral, educacional y familiar entre los 21 a 45 años de edad, que están insertas en el programa de tratamiento del Policlínico de alcoholismo y Drogadicción Obispo Enrique Alvear (PADEA)?.
- 2.- ¿Cómo se ve afectada la Dinámica Familiar y el entorno familiar, en aquellas mujeres con problemas de consumo de drogas ilícitas entre 21 a 45 años de edad, que están insertas en el programa de tratamiento del Policlínico de alcoholismo y Drogadicción Obispo Enrique Alvear (PADEA)?.

1.3.- Objetivos de Investigación

Objetivo General N° 1

“Describir cómo se autoperciben las mujeres con problemas de consumo de drogas ilícitas entre 21 y 45 años de edad, que están insertas en el programa de tratamiento del Policlínico de alcoholismo y drogadicción Obispo Enrique Alvear (PADEA)”.

Objetivos Específicos

- 1.- Caracterizar a la mujer consumidora de drogas ilícitas, entre 21 a 45 años de edad y que está en tratamiento en el PADEA.
- 2.- Identificar y analizar la imagen que tienen de sí mismas las mujeres consumidoras de drogas ilícitas, entre 21 a 45 años de edad y que está en tratamiento en el PADEA.
- 3.- Identificar la forma en que perciben y ejercen el rol materno las mujeres consumidoras de drogas ilícitas, entre 21 a 45 años de edad y que están en tratamiento en el PADEA, y cuál es la percepción del grupo familiar.
- 4.- Caracterizar la forma en que perciben y ejercen su rol de pareja las mujeres consumidoras de drogas ilícitas, entre 21 a 45 años de edad y que están en tratamiento en el PADEA.
- 5.- Describir y analizar la forma en que perciben y ejercen su rol de mujer en el mundo laboral o educacional, las mujeres consumidoras de drogas ilícitas, entre 21 a 45 años de edad y que están en tratamiento en el PADEA.

Objetivo General N° 2

“Identificar las características predominantes de las familias y el entorno de las mujeres consumidora de drogas ilícitas entre 21 y 45 años de edad, que están insertas en el programa de tratamiento del Policlínico de alcoholismo y drogadicción Obispo Enrique Alvear (PADEA)”.

Objetivos Específicos

- 1.- Caracterizar las Familias de la mujer consumidora de drogas ilícitas, entre los 21 y 45 años de edad, que están insertas en el Policlínico de alcoholismo y drogadicción Obispo Enrique Alvear.
- 2.- Describir las relaciones Sociales y vínculos que se generan externamente del grupo familiar, en aquellas mujeres consumidoras de drogas ilícitas, entre 21 a 45 años y que están insertas en el PADEA.
- 3.- Describir el tipo de comunicación que se da al interior de las familias de las mujeres consumidoras de drogas ilícitas, entre 21 a 45 años y que está inserta en el PADEA.

1.4.- Hipótesis de Investigación

- 1.- Las mujeres drogadictas de entre 21 a 45 años, que participan del programa del PADEA, se caracterizan por tener una deteriorada autoestima y un sentimiento de incumplimiento de sus roles.
- 2.- Las Familias de las pacientes drogadictas de entre 21 a 45 años, que participan del programa del PADEA, se caracterizan por la ruptura de vínculos sociales y problemas de comunicación al interior de ella.

2.- MARCO METODOLÓGICO

2.1.- Enfoque Metodológico

Para la realización del estudio, se utilizó la metodología cualitativa, la cual se refiere a la investigación que produce datos descriptivos (las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable), obtenido desde la perspectiva del actor social. De este modo el tipo de estudio utilizado es aquel denominado como "estudio de tipo descriptivo", "cuyo propósito es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno." (Hernandez Sampieri; 1998:60). Consiste fundamentalmente en la aplicación de entrevistas en profundidad como técnica central. Es importante diferenciar 3 momentos en el desarrollo de la investigación, a saber: rapport, entrevista con registro de audio y sus respectivas fichas de Ingreso.

El **rapport** es un presupuesto de una buena entrevista, y consiste en establecer vínculos de confianza con el sujeto de estudio, en este caso de aquellas mujeres que están participando del tratamiento en el PADEA, con el objeto de aproximarse al mundo simbólico de éstas a fin de lograr que manifiesten su subjetividad al momento de la entrevista propiamente tal.

Un segundo momento es la **entrevista en profundidad con registro de audio**, para la cual se utilizó una pauta que indaga acerca de la configuración familiar, situación económica, autoestima, educación, consumo y/o tráfico de drogas y rehabilitación (ver anexo N°1 "pautas de preguntas"); y otra pauta con las representaciones del género tomando 2 aspectos fundamentales: distribución de roles en la familia, proyección de vida de los hijos/as (Ver Anexo N°2 "pautas de preguntas"). La cual se entenderá como "reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los (as) informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los

informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresen en sus propias palabras" (Taylor,S.; 1986:61). Es el propio investigador el instrumento. En este caso, se propone, según el autor Burgess, R; (1992:57) "una conversación guiada por una serie de preguntas previamente definidas".

Fundamentalmente, tal tipo de entrevistas consiste en un diálogo cara a cara, directo y espontáneo. Las entrevistas abiertas en profundidad se realizaron para cada sujeto por separado, al igual para sus familiares más cercanos y directos. Los encuentros se programaron teniendo en consideración la disponibilidad del informante y su tranquilidad. Su duración no superó los 40 minutos, fueron grabadas y transcritas íntegramente, además se resguardan datos personales como el nombre de las/os entrevistas/os, para ello se utilizaron sólo una abreviatura de dicho nombre.

Y el último momento, esta dado por la **Ficha de Ingreso**, está se realiza cuando un paciente inicia por primera vez el tratamiento en el PADEA, en la cual se caracteriza a la familia, antecedentes laborales y a su vez se aplica una encuesta en donde hay datos de relaciones familiares, autoestima, situación delictiva, situación médica.

2.2.- **Carácter del Estudio**

El carácter de esta Investigación esta dado por el planteamiento del problema y los objetivos correspondientes al estudio, lo cual se traduce en un estudio descriptivo, definido anteriormente. Contiene características de tipo **no experimental-transversal**, es decir, "las variables no serán manipuladas deliberadamente, observando el fenómeno tal cual es y como se da en su contexto natural, para después ser analizado" (Hernández S. 1998:60). Y es transeccional porque se realiza en un tiempo único, en el caso de esta investigación se necesito de un periodo aproximado de 9 meses.

2.3.- Selección de la Muestra

La selección de la muestra dirigida es de carácter intencionado y, por lo tanto, no probabilístico. Corresponde a sujetos tipos, debido a que recolectaran datos de las mujeres consumidoras de drogas ilícitas y que están en tratamiento en el Policlínico de Alcoholismo Obispo Enrique Alvear, en la comuna de Lo Espejo y cuya edad varia desde los 21 a 45 años.

Universo : Todas las mujeres consumidoras de drogas ilícitas, que pertenecen al Programa impartido por el Policlínico de Alcoholismo y Drogadicción Obispo Enrique Alvear, que cuenten con una familia y que estén en los rangos de 21 a 45 años de edad y sus correspondientes familiares.

Unidad de Análisis 1: Se obtuvo con una muestra de 15 mujeres (de un total de 22), de entre 21 a 45 años de edad y que están participando del tratamiento en el PADEA.

Para la selección de la muestra se determinaron las siguientes características:

- ✓ Mujeres que están insertas en el Policlínico Obispo de alcoholismo y drogadicción Obispo Enrique Alvear
- ✓ Mujeres que llevan por lo menos un año en tratamiento
- ✓ Mujeres que estén en los rango de edad de 21 a 45 años
- ✓ Mujeres consumidoras de drogas ilícitas
- ✓ Mujeres vinculadas a una familia de origen o familia actual.

Unidad de análisis 2: Los familiares de las adictas (de ambos sexos) que están en tratamiento en el Programa PADEA, estos pueden ser padres, esposos, hijos (mayores de 15 años). Se obtendrá sacando una muestra de no más de 15 familiares (ambos sexos), uno de cada paciente.

Las características son:

- ✓ Familiar Directo (consanguíneo), entendida por padre, madre, cónyuge o conviviente e hijos.
- ✓ En caso de que sean hijos, estos deben ser mayores de 15 años.

2.4.- Variables del Estudio

Para la realización de esta Investigación se utilizaron las siguientes variables:

Estructura Familiar; autopercepción; género y consumo de drogas ilícitas

Primera Parte:
MARCO TEORICO

Capítulo 1

"Situación del Consumo de Drogas".

1.- CONTEXTO GENERAL.

Antes de hacer referencia del contexto en general del consumo de drogas, es necesario mencionar que dicho fenómeno social cuenta con dos componentes centrales: uno de carácter objetivo como fenómeno real y, por otro lado, el que compone su carácter subjetivo alusivo a como lo perciben las personas.

Por otra parte, al considerar el concepto de adicción, éste tiene diferentes significados para cada una de las ciencias que representa su objeto de estudio; así por ejemplo, para la sociología corresponde a una disfunción social, para la medicina es una dependencia física y psicológica, para la teología es una alineación que interviene con la libertad del hombre, entre muchas otras definiciones (Villegas; 1991: 59).

Algunos autores como el Doctor Ramón Florenzano V. (1992:46) señala que existe una situación geográfica clave en el consumo de drogas que es la periferia urbana, en la cual se desarrollan sistema de vida propios, caracterizados fundamentalmente por una profunda contradicción con el entorno social, que éste por un lado rechaza y por otro absorbe. Absorbe como mano de obra barata, como contingente electoral o como población en riesgo social a través de los diferentes programas del estado, y rechaza, ya que no existe para ellos una posibilidad cierta de llegar a las metas tradicionalmente valoradas por el conjunto de la sociedad.

2.- ACERCAMIENTO HISTÓRICO DE LAS DROGAS

Las drogas y su consumo han existido siempre en la historia de la humanidad, con características y significaciones propias de los diversos grupos humanos que las han utilizado, presenta diferentes usos y funciones de acuerdo al contexto cultural en que ese consumo se presenta. De esta forma, ha estado destinado al contacto con los dioses, a la acción de pitonisas y al placer, así como también al autoconocimiento.

En nuestra sociedad el uso y significación de las mismas adquiere connotaciones diferentes, ya que por un lado, algunas de estas sustancias se encuentran aceptadas socialmente y otras no; y por otro, dadas las características propias del sistema sociocultural en que nos encontramos, se ha desarrollado un consumo problemático de estas sustancias, entendido como un consumo que lleva a un segmento de la población a generar conductas y situaciones de riesgo, así como también a llevar su vida a experiencias límites. Es necesario para abordar este contenido, darse cuenta del contexto cultural en el que las drogas aparecen como un "problema".

A continuación, se presenta un recorrido histórico elaborado por Patricia Flores (2003:26) perteneciente a la Corporación "Caleta Sur", en el artículo de la Revista Erial del mismo año, el cual ayudará a comprender y a conocer la forma en que éstas sustancias han convivido con el ser humano, y que la manera que hoy adquiere esa relación, es particularmente, distinta.

La autora, señala que las drogas han existido antes de que el ser humano apareciera en la tierra; surgen primero, en tanto forman parte del medio ambiente, del entorno natural. Desde las primeras agrupaciones humanas, el ser humano se vincula con ellas en el marco de una relación mágica con el universo. Existe, así, un sentido asociado al uso de sustancias; la cual permite al ser humano materializar esa visión mágica del mundo.

Un ejemplo, en la Edad Antigua, es que la concepción de los griegos respecto de la droga, era integral: la llamaban "Pharmakon" que significa remedio y veneno, ambas cosas a la vez. El que fuera una u otra, dependía de la cantidad, de la frecuencia, de la forma en que esta era usada.

En América, los pueblos la concebían como el vehículo que los conducía "allí donde los dioses están". Nuevamente las drogas aparecen estrechamente ligadas a la práctica y la visión religiosa. Cumplían una función que aportaba a la cultura humana, no existía una relación de conflicto, de destrucción.

Ahora bien, dos son los rasgos que caracterizan a este continente: una riqueza incomparable de flores psicoactivas (se estima que la variedad supera las 100 especies); y una vinculación de su consumo con cultos o ritos religiosos, presentes tanto en las grandes civilizaciones (como el Inca por ejemplo) como también, en las pequeñas comunidades. En el caso de los Incas, el mastique de la hoja de coca, era una práctica reservada para la nobleza y como un favor a los súbditos que se destacaban. Lejos de constituir una práctica marginada de la vida social, estaba integrada y expresaba privilegios. Hay un rasgo que llama la atención y que hace coincidir la cultura con el tipo de sustancias que eran usadas mayormente por los pueblos.

En América, Oceanía y África, los pueblos usaron plantas con base psicoactivas estimulantes. Es decir, sustancias que se relacionan con ser extrovertidos, con las fiestas, con el exteriorizar la alegría. Por el contrario, la zona que dio origen a la cultura occidental, más bien se adaptó a sustancias del tipo depresoras, que se asocian con la introversión, con el ensimismamiento, con la calma.

Dando un salto importante en la historia, en la Edad Media, cambia bruscamente esta relación, situación que coincide con un cambio en la visión del ser humano. Este pertenece a un orden sagrado -Dios-. Esta nueva visión implica asignar al consumo, "un fuerte juicio moral" que implica prohibición y persecución a quienes usaran estas sustancias, por presentar elementos

externos que estaban fuera de la fe religiosa cristiana. Era considerada una herejía, muy asociada a la brujería, a la hechicería. Posiblemente es el primer momento en que el uso de estas sustancias, es sancionado y concebido como un acto que atente contra la sociedad, contra una institucionalidad (en este caso la iglesia).

Llegada la Edad Moderna, se producen dos situaciones o fenómenos muy paradójicos con respecto de las drogas. Por una parte se desarrolla la idea de confiar plenamente al derecho y la capacidad del ser humano para analizar por sí mismos las cosas que le rodean y elaborar un juicio propio sobre la realidad, lo que implica que las drogas no son objeto de prohibición. Por otro lado, con el surgimiento del capitalismo y la expansión del comercio como actividad en el mundo, las drogas pasan a convertirse en una mercancía, hecho que es absolutamente nuevo; pasa a ser un bien de consumo, que se puede vender y comprar y con ello, surgen las condiciones para hacer de las drogas, un gran negocio lucrativo. Además de esto, la Modernidad implicó que los seres humanos se hicieran una gran expectativa: alcanzar la felicidad a través del progreso material, las ciencias, la técnica y el prescindir de una visión religiosa de la vida, permitiría desarrollar la libertad y el bienestar humano. Uno de los principales problemas de esta situación, es que la razón se impone en todos los ámbitos de la vida pasando a un segundo plano de importancia otras dimensiones del ser humano, como la afectividad, la subjetividad. Las personas solo deben confiar en su propio juicio racional de las cosas. Esto pone al ser humano en una orfandad, queda sin tablas de salvación; ya no está vinculado con el entorno (visión mágica) ni con Dios (visión religiosa). Solo debe enfrentarse a la complejidad que supone vivir, estar en este mundo.

Pero como es necesario tener un sentido en la vida, sentir que se está conectado con algo que esta más allá de nosotros, lo que se hace es buscar sucedáneos, sustitutos que creemos, satisfacen esta necesidad. Uno de estos, es precisamente las drogas, de allí que estas sean usadas como una forma de escapar a mundos que nos parezcan más placenteros, gratos, menos traspitos.

Después de este pequeño recorrido que se ha realizado, se puede constatar que se ha perdido todo vínculo sagrado, de sentido con las sustancias. Cambiando el contexto y la cultura, hoy nos presentan más que formas de evasión que se puede comprar en el mercado clandestino, que está al alcance de todo aquel que pueda y quiera pagar por ello. No hay ningún vínculo significativo entre la persona y la sustancia. A este fenómeno se el llama "desacralización".

Pues traspasados los límites sagrados, aparece, entonces, el problema social, es decir, la drogadicción. En otras palabras, es en este contexto de nuestra sociedad, de nuestra época, que se puede hablar de "*drogadicción*". En otros momentos históricos, en otras culturas, este problema como tal se conoce hoy en día, no existía pues había una relación de sentido con las sustancias. Hoy es eso precisamente lo que no existe y eso se relaciona, también, con las pérdidas que se han ido experimentando como humanidad a lo largo de nuestra historia.

Hecho este vistazo por la historia que sirve para tener un marco más reflexivo con el tema de las drogas, y comprender que el problema no es que éstas existan sino el tipo de relación que se han establecido con ellas.

A continuación, se revisarán algunos conceptos importantes en el campo de la drogodependencias y, también, una mirada a las distintas teorías que han surgido en los últimos tiempos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la Droga como: "Toda sustancia, que introducida en el organismo por vía de administración (oral, nasal o endovenosa), produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas." (2003:28)

3.- ANTECEDENTES TEÓRICOS

Para abordar el fenómeno del consumo de drogas se cuenta con dos aproximaciones teóricas, desde la mirada Sociológica.

3.1.- Teoría de la Anomia:

Durkheim (1976) utilizó el concepto de la anomia para referirse a un estado de la sociedad caracterizado por una falta de normas. Surge cuando la desintegración del orden colectivo permite que las aspiraciones del hombre se eleven por encima de toda posibilidad de cumplirse. Además, aplicó este concepto para explicar un cierto tipo de suicidio como a su vez un cierto tipo de división del trabajo social.

Merton, en su ensayo "teoría y estructura social" (1978), trataba no sólo de explicar el suicidio, sino, además el crimen, alcoholismo, drogadicción, la delincuencia y muchos otros fenómenos. La conducta desviada se refiere a una conducta apartada de las normas establecidas para las personas de acuerdo con su estatus social. Discrepancia aguada entre las normas y metas culturales y las capacidades sociales estructuradas de los miembros del grupo.

De hecho, postula cinco tipos de adaptaciones individuales para alcanzar las metas de éxito culturalmente prescritas y abiertas a aquellos que ocupan diferentes posiciones en la estructura social a partir de los medios industrializados para hacerlo, conformismo, ritualismo, rebelión, innovación y retraimiento. (Ibid:56)

3.1.1.- Consumo de drogas como conducta de Retraimiento:

El retraimiento es una reacción al conflicto íntimo, resultante de la discrepancia entre aspiraciones y metas y que elimina el problema o el conflicto íntimo mediante la renuncia tanto a las metas culturalmente prescritas como a los medios de alcanzarlas. Merton (1978) propuso que parte de la conducta del toxicómano podría considerarse como una reacción de retraimiento.

Lindesmith y Gagnon (1967), señalan que existe una relación positiva entre el consumo de drogas y niveles de anomia. Un medio de retraerse ante la lucha competitiva y, supuestamente implica la renuncia tanto a la meta cultural del éxito como a los medios de lograrla.

3.1.2.- Teoría de la reacción social o rotulación:

Para Becker (1971) el acto de consumir drogas y alcohol no es desviado en sí mismo, es desviado cuando se hace una forma, que públicamente se considera indebida, en que lo define la mentalidad pública.

En tanto Lamnek (1967:29) señala que "el acto desviado era el que provocaba el control social, por el contrario, acentúa que el control social provoca la conducta desviada". Acento en las normas sociales y en los rótulos, la reacción social que provocan son relativistas, muchos sociólogos que insisten en que lo que es desviado para una persona para otra no tiene porque serlo, más importante lo que se considera desviado en un momento y contexto determinando, quizá no sea siempre considerado así.

El intento de impedir, castigar y prevenir la desviación puede en realidad crear la desviación misma. La afirmación de que el control social lleva a la desviación o la crea puede significar:

- ✓ Pese a que en nuestra sociedad se comenten gran cantidad de infracciones a las normas, ellas no constituyen realmente conductas desviadas mientras ningún grupo social rotule como a esa categoría.
- ✓ Que un actor se convierta en desviado por haber experimentado la reacción social ante una primera infracción de las normas.
- ✓ La existencia cotidiana de agencias de control social produce desviación.

Según esta teoría el consumo de drogas aparecería como rotulado, como desviación a partir de la existencia de normas de control que lo penalizan explícitamente, en cambio, el consumo de alcohol no aparecería como estigmatizado como desviación, socialización aceptada.

Por ejemplo, el fumarse "un pito" es rotulado como desviación, en cambio tomarse un trago no lo sería, excepto en el caso de una exposición pública estando "borracho". Tesis de que el carácter desviado de un acto radica en forma en lo que define la mentalidad pública.

3.1.3.- Teoría del Conflicto cultural:

Las normas contradictorias de las diferentes subculturas crearían las condiciones para una ausencia de normas. Merton (1978:43), señala que "las normas de una cultura dominante se convierten en leyes escritas que transforman en criminales a aquellos que participan de una subcultura vigente". La cultura de una clase inferior esta en conflicto con las normas dominantes. Las personas de la clase baja por el mero hecho de vivir fuera de las normas culturales que han aprendido entran en conflicto con la moralidad convencional. El fenómeno que ocurre con los cultivadores en el altiplano boliviano de la hoja de coca aceptado culturalmente por los Aymarás.

3.1.4.- Teoría de las Subculturas desviantes:

Las personas interiorizan por lo general los valores de aquellos con los que se asocian satisfactoriamente si la mayor parte de las personas con las que uno se asocia son desviantes, probablemente no llegará a ser desviante. El termino "área de delincuencia" afirma que los barrios deteriorados y desorganizados existe un mayor comportamiento ante la delincuencia (Ibid:67). Esta teoría señala que los delincuentes tienen un sistema de valores inversos a los valores aceptados por la sociedad, criticada por Matza estas descripciones representan una exageración de las diferencias existentes entre los valores delictivos y los de la sociedad en general. Los delincuentes suelen sentir vergüenza y culpa en esas situaciones.

3.1.5.- Teoría de la Asociación diferencial:

Cohen y Sutherland (1987), afirman que el comportamiento delictivo se adquiere esencialmente idéntico al resto de la cultura, dicha teoría señala que "una persona accede al comportamiento delictivo porque mediante su asociación con otros en el seno de un grupo de conocidos íntimos encuentra un numero de opiniones favorables a la violación de la ley superior al numero de opiniones desfavorables".

La relación potencial de los grupos primarios a los que pertenece el individuo, si este no tiene grupos primarios que apoyan la adhesión a las normas establecidas o se identifica con otros grupos que dan un valor positivo a la violación de las leyes de la sociedad, crece la probabilidad del crimen.

El consumo de drogas aparece relacionado con la asociación diferencial del sujeto con grupos de pares que socializan el consumo provocando actitudes favorables a él o ella, como a su vez de formas de evaluación y representaciones también favorables situaciones aceptadas por los demás miembros del grupo. Las representaciones sociales del consumo de drogas

aparecerían como aprendidas y reproducidas por los sujetos en el curso de particulares contextos de interacción grupal y asociación diferenciales.

3.1.6.- Teoría de la Identificación diferenciada:

Glaser (1980) utilizó la teoría de los roles para complementar la teoría de Sutherland, no consideraba los componentes de la personalidad individual. Los sujetos guían su acción o desempeñan roles en base a las definiciones que reciben los otros; auto-concepto aprendido por medio de definiciones obtenidas de los otros, un proceso de identificación por la existencia de grupos de referencia que permiten la existencia de una identificación diferencial de modelos según grupos alternativos.

3.1.7.- Teoría Naturista:

Matza, en su obra "Procesos de la desviación" (1981:34) señala que "es una reacción de las distintas imágenes de la delincuencia desarrolladas por otras teorías que a su juicio son distorsionadas y hacen perder lo que es esencial en el carácter de la actividad desviada". Al explicar la desviación, lo hacen en forma que no coincide con lo que los mismos desviados reconocerían como motivaciones causales de su propia conducta.

Matza siguiendo a Taylor, Walton (1977), eliminan las ideas acerca de la patología de los fenómenos desviados similitud con cualquier otra unidad de comportamiento insistiendo en lo que los desviados realmente eligen.

El autor comenta que "los sujetos no rechazan la moral tradicional, sino, que neutraliza las ataduras normativas del orden jurídico de la sociedad ampliando" las justificaciones de la desviación que a menudo están implícitas en los valores sociales o en los alegatos de inocencia". Este aspecto fue denominado "técnicas de neutralización". Definiciones favorables (como actitud

positiva) respecto de un acto desviado, un sentido a lo inesperado. Las representaciones sociales respecto del consumo de drogas y alcohol son vistos como desviación, son determinadas por el influjo de la socialización con el grupo de pares significativos y además responde al carácter que asume el habitus del sector social como sistema de disposiciones duraderas transponibles, principios de generación y estructuración de la prácticas y las representaciones. Además señalando en La Juventud actual, cinco tipos de técnicas de neutralización: la primera es la negación de la responsabilidad, pasando a una negación del prejuicio, negación de la víctima, condenando a los que le condenan y finaliza con una lealtad superior. (Ibid:76-77)

La revisión teórica a las principales teorías de la desviación social o conducta desviada, hace concluir exceptuando las teorías biológicas que cualquiera de ellas puede ser utilizada para proporcionar un marco explicativo del problema del consumo, los trabajos teóricos de la asociación diferencial son de gran utilidad en lo relativo a la idea de aprendizaje social de la conducta desviada.

La Perspectiva culturista, enfatiza los aspectos de sentido subjetivo que se le asignan a determinadas prácticas como parte de una subcultura, ethos, o habitus, que además lo estructura. Explicar la manera en que el consumo de drogas asume sentido y representaciones sociales en función de la descripción o no a modelos sub-culturales que lo valoran. En la sociedad chilena existen diferentes sub-culturas que permiten entre sí, visiones particulares que generan representaciones según sean los modelos culturales, los patrones normativos y valorativos que guían la conducta.

3.2.- Teoría de la Personalidad

El Sociólogo Cleckley, H. (1976), Postula que existen ciertos factores de la personalidad que están asociados con un mayor riesgo de realizar conductas alcohólicas y adictivas, tales como:

- ✓ Baja autoestima
- ✓ Ansiedad y depresión
- ✓ Conductas antisociales
- ✓ Impulsividad e hiperactividad

Se considera que los drogodependientes poseen, en general, un gran encanto personal y notables dotes persuasivos (asociados a la obtención de sustancias y la manipulación con otros). Por ello, en sus relaciones interpersonales se suelen manifestar impulsos agresivos e incluso violentos. Desde este punto de vista, quienes más riesgo tienen de desarrollar adicciones son las personas que presentan conductas antisociales y sicópatas, quienes se caracterizan por la mentira, la impulsividad y la agresión física, de hecho "el psicópata no presenta, en un principio, trastornos emocionales, ni conductuales, su capacidad de razonamiento es excelente (...) todo indica que es una persona normal, fiable y plenamente sincera (...) con el tiempo suele perder su puesto de trabajo, rompe con los amigos, tiene problemas familiares y legales (...) parece no estar consiente de estar mintiendo, de hecho ni siquiera distingue entre lo falso y lo verdadero" (Ibid:67).

Las características más comunes en los psicópatas son:

- ✓ Ausencia de conciencia y de sentimientos de remordimiento y culpa.
- ✓ Carencia de lazos emocionales o inhabilidad para establecer relaciones interpersonales profundas.
- ✓ Impulsividad e incapacidad para demostrar el refuerzo.
- ✓ Búsqueda de sensaciones nuevas.
- ✓ Incapacidad para aprender de los errores.

- ✓ Capacidad para acusar buena impresión.
- ✓ Manipuladores y aparentemente inteligentes y simpáticos. (Ibid:82)

Cleckley, que ha estudiado las adicciones señala que durante el proceso de socialización, la persona no aprende a internalizar las normas, prohibiciones y valores sociales, por lo que la familia ha fallado en la transmisión de códigos sociales y morales. De esta forma va limitando valores y pautas conductuales de su grupo de pares, del contexto y de los medios de comunicación. En un proceso de socialización normal, el adolescente aprende las reacciones condicionadas de vergüenza y temor, sin embargo, en algunos casos la socialización se encamina más hacia las consecuencias externas de la transgresión social que a experimentar un sentimiento de culpa o remordimiento.

Según Ferracuti (1982), las siguientes son características comunes entre los drogodependientes:

- ✓ Antisociales (supone que los adictos no consumen en grupo)
- ✓ Inadaptados
- ✓ Inmaduros
- ✓ Inestables
- ✓ Egoístas
- ✓ Centrados en sí mismos
- ✓ No se interesan por los demás.

Dicho autor, entonces supone que por una parte los adictos no consumen en grupo, no son capaces de realizar labores formales o informales (trabajar, estudiar, tareas domésticas), que están solos por el mundo y que no les importa nada ni nadie; por lo que además, la rehabilitación y el tratamiento es imposible pues la adicción se ajusta sólo a una serie de patrones personales y no conductuales, sociales, contextuales o incluso familiares; de hecho el autor habla de "futuro adicto", como si el problema de la droga o el alcohol fuese una especie de devenir inevitable para algunos. (Ibid:37-38)

Desde otro enfoque de la teoría de la personalidad, el autor Benjamín, L. (1993) ha determinado que los drogodependientes poseen una historia personal de conductas antisociales y un alto nivel de depresión y baja autoestima, resultado de condiciones socioculturales. La diferencia con lo anterior está en que se asume que a pesar de la existencia de conductas observables en adictos, "no todos ellos muestran conductas antisociales, e incluso muchos individuos que tienen indicios de conductas antisociales a una edad temprana no son drogadictos, no se puede prever una conducta a partir de ciertas características" en todo caso es un hecho que los individuos en situación de riesgo muestran comportamientos que reflejan su falta de autocontrol y habilidades de afrontamiento, por lo que el abuso de las drogas podrían tener una función adaptativa. (Ibid:62)

3.2.1.- Aprendizaje Social

La siguiente teoría sugiere que el consumo de drogas, como conducta social, es adquirida y mantenida mediante el refuerzo social y la experiencia directa con sus efectos como recompensa o castigo. Los principios de esta teoría desarrolladas a cerca del consumo y abuso de drogas y alcohol, se sintetizan en lo siguiente:

- ✓ El aprendizaje del consumo de drogas es una parte integral del desarrollo psicosocial y del proceso de socialización en nuestra cultura.
- ✓ Factores biológicos podrían aumentar el riesgo de consumir drogas en personas vulnerables, al igual que factores psicológicos tales como la incompetencia social o la existencia de modelos abusivos.
- ✓ Experiencia directa con la droga.
- ✓ Si el consumo se mantiene, la tolerancia adquirida actuará para promover la ingestión de cantidades más grandes y así obtener los mismo efectos que previamente se obtenían con cantidades pequeñas (tolerancia)

- ✓ Si el nivel de consumo aumenta y se mantiene a lo largo del tiempo, el riesgo de desarrollar la dependencia también aumenta.
- ✓ Las consecuencias individuales y sociales del consumo pueden incrementar el estrés y producir un círculo de interacciones negativas entre la persona y su medio.
- ✓ La recuperación dependerá de la habilidad de elegir y explorar formas alternativas de resolución.

En general, los individuos aprenden, no sólo experimentando sino que además observando conductas de otras personas y sus consecuencias, así es como las personas pueden prever las consecuencias del consumo y efectos del consumo adquiriendo así una expectativa de resultados aprendida.

3.2.2. - Perspectiva Logoterapéutica

Este enfoque fue creado por el Psiquiatra Víctor Frankl, quien inspirado en el psicoanálisis creó la Logoterapia fundada en su concepción teórica acerca del sentido de la vida. Judío y prisionero durante la Segunda Guerra Mundial, escribió "Ante el vacío existencial: El hombre en busca del sentido" (1993).

Postula que la frontera entre la dependencia adictiva y no dependencia estaría en hacer girar todo nuestro ser en torno a la droga que nos anula como persona capaz de tomar nuestra propia decisión. En este sentido, la persona adicta padece un problema vital de vacío, insatisfacción, confusión e incoherencia ética; por lo que las conductas adictivas se fundamentan por la frustración existencial, por lo tanto, el consumo abusivo de drogas sería un recurso utilizado para llenar el vacío existencial. En este sentido la Logoterapia sustituye el concepto de rehabilitación por el de rehumanización que busca el abandono del consumo de drogas para transformar conductas personales y el ámbito que le daría sentido a la vida. (Ibid:87-88)

La terapia tiene como objetivo "conducir a la persona a la autodeterminación, en base a la propia responsabilidad y solidificar el sentido individual que lo lleve causas a las personas a quienes ama; la tarea consta en ayudar a esclarecer aquello que distancia al hombre de sí mismo; así como aquello que el hombre puede llegar a ser, de esta forma la persona debe poner en marcha los recursos que sólo existen en su espíritu para hacerle frente a los problemas que le afectan". (Goffman, David, 1980:36).

Entonces, la rehumanización mediante la Logoterapia intenta ordenar y orientar a la persona adicta hacia un sentido concreto y personal, no sirve para otorgarle un sentido sino sólo hace consciente a la persona de su responsabilidad con el objetivo que ella se plantee. En una primera fase del tratamiento este enfoque no funciona si no se articula con otros modelos de trabajo porque el estado de intoxicación de las personas ha bloqueado su dimensión noética o espiritual, la cual constituye la base a partir de la cual la Logoterapia comienza, "la dimensión espiritual del hombre no puede enfermar, no puede morir, existe más allá de los límites del espacio y del tiempo, trata de expresarse, necesita expresarse..." (Ibid:59).

La Logoterapia resulta muy útil en términos preventivos del consumo y de las recaídas de los pacientes, puesto que genera un proceso de reintegración social en el cual la persona se ha reencontrado consigo misma y con los demás y que le son significativos.

3.2.3.- Enfoque Cognitivo Conductual

Este modelo considera que los pensamientos de los adictos son fundamentales en las adicciones, junto con los estímulos internos y externos. Esos pensamientos estarían relacionados directamente con el deseo de consumir, es decir, pueden aparecer pensamientos permisivos (se relaciona con el consumo) o bien pensamientos de control (relacionados con la abstinencia).

En este sentido es fundamental el concepto de autocontrol o voluntad, se así como la persona que ha dejado recientemente de tomar drogas se percibe a sí misma como sin voluntad, lo que reduce la sensación de control sobre la conducta adictiva y puede también disminuir la sensación de culpabilidad asociada a un posible consumo.

Según los estudios realizados por el Doctor Aaron Beck en la década de los 60', uno de los originadores de la Terapia Cognitiva y profesor de Psiquiatría de la Universidad de Pensilvania en Filadelfia, señala en su obra "Terapia Cognitiva de los trastornos de la Personalidad" (1970), algunas situaciones que pueden incrementar ese deseo son: situaciones en las que se ha consumido en el pasado, recuerdos, situaciones desagradables para el sujeto, estados emocionales negativos, disponibilidad del dinero, soledad, etc. Algunas de estas situaciones son estímulos externos y otras son estímulos internos. No obstante, el modelo considera fundamentales los pensamientos que se desencadenan tras la exposición a estos estímulos.

En esta línea, el tratamiento está orientado a modificar conductas a través del cambio de patrones internos, es decir, la conducta adictiva se verá alterada en la medida que el paciente internalize otras pautas de pensamiento. Algunas estrategias para modificar y desarrollar nuevos autoesquemas son:

- ✓ Fomentar el desarrollo de nuevas conductas o reforzar las ya existentes que sean adaptativas
- ✓ Discriminar entre el pasado y el presente
- ✓ Añadir un punto de vista objetivo a la perspectiva subjetiva del sujeto
- ✓ Ayudar al paciente a recordar experiencias pasadas con un buen resultado
- ✓ Alinear expectativas, sentimientos, conductas y consecuencias (Ibid:62)

Por último, la intervención cognitivo conductual con drogodependientes se plantea el objetivo de mejorar hábitos de salud de los pacientes mediante la mejora en sus hábitos alimenticios, ejercicio físico, revisiones médicas, etc.

Este tipo de actividades se integran con la planificación de actividades. El terapeuta y la familia proporcionan la sujeto feedback sobre los cambios que se vayan produciendo en los hábitos de cuidado personal del sujeto, lo que además permitirá reforzar la autoestima de la persona.

4.- ¿PORQUÉ SE CONSUMEN DROGAS?

Son múltiples los factores que interactuando unos con otros llevan a las personas a consumir una o más drogas. Dentro de estos factores, están algunos que son biológicos, psicológicos y otros ambientales.

4.1. Factores Biológicos

Se han desarrollado varios estudios la influencia genética del alcoholismo o de drogas. Así por ejemplo, los individuos que provienen de familias con historia de alcoholismo y drogadicción (padres, abuelos, etc.) tiene dos o tres veces más de riesgo de desarrollar un alcoholismo, drogadicción o poliadicción.

Cloninger (1987) investigador del tema, ha concluido que aquellas personas que comienzan a consumir en exceso antes de los 25 años, asociado a conductas agresivas y/o antisociales, con embriaguez o adicciones patológicas, tienen una muy alta influencia genética.

4.2.- Factores Psicológicos

Casi siempre tras el consumo de alguna droga existe un trasfondo de tipo afectivo. El consumo es solamente la punta del iceberg. Lo más importante está oculto en la historia vivencial y/o en el inconsciente del adicto. Diferentes estudios han demostrado la frecuente presencia de cuadros depresivos o ansioso-depresivos en los individuos abusadores de drogas; como también

algunos trastornos de carácter o de la personalidad, especialmente de características impulsivas, antisociales o limítrofes. Se considera que la droga estaría cumpliendo un rol de automedicación en estados emocionales disfóricos o displacenteros; como por ejemplo, la cocaína puede ser usada para superar estados de fatiga o agotamiento, frecuentes de encontrar en stress prolongado o cuadros depresivos.

En esencia, la droga estaría resolviendo artificialmente algunos problemas de la persona, que trae consigo probablemente desde su infancia, como su baja autoestima, su confianza vital y su vida afectiva deteriorada, su incapacidad de relaciones interpersonales, su autocuidado, etc. Un hecho fundamental es la incapacidad de controlar los impulsos. El adicto ya sea por razones biológicas y/o psicológicas presenta a menudo un ánimo inestable, con frecuentes estados depresivos, que lo impulsa al consumo de alguna droga con el objeto de aliviar su displacer afectivo, el cual actúa como un reforzador positivo; es decir, el drogadicto volverá a repetir el consumo por la experiencia de satisfacción que la droga le produjo.

4.3.- Factores Ambientales

a) Familia: Dentro de los factores ambientales sin lugar a dudas la familia tiene una influencia vital en la génesis y mantención de la drogadicción de alguno de sus miembros. Un ambiente familiar inestable o disfuncional se correlaciona con frecuencia con la adicción al alcohol u otras drogas, puede ser familias con padres consumidores de alcohol, con alguna sicopatología mayor (Ej. Epilepsia, trastorno severo de la personalidad) o delincuentes, etc.

La actitud permisiva de los padres, y el consumo de sustancias químicas de éstos son dos factores que los estudios muestran una y otra vez que están correlacionados al consumo de drogas del adolescente. La relación madre-hijo ha sido considerada importante, así por ejemplo, se asocia a un mayor consumo de drogas por parte de los jóvenes cuando su relación es distante o

difícil con su madre, o éstas se caracterizan por ser muy impulsivas y muy inestables en su estado anímico. A la inversa, una madre, psicológicamente estable, con una adecuada y afectiva relación con sus hijos, se suele asociar a un menor consumo de drogas por estos últimos.

b) Medio Socio-Cultural: El consumo de algunas sustancias adictivas está relacionado directamente con el medio socio-cultural marginal de nuestro país, como lo es el consumo del alcohol, la pasta base, la marihuana, solventes volátiles, entre otros. En este ambiente de pobreza se encuentran jóvenes y adultos que tienen dificultades laborales, educacionales, familiares y comunitarias. Tienen poco acceso al trabajo, al estudio y a la cultura, lo que dificulta su integración a la sociedad, a un proyecto de vida humana, a la satisfacción de sus necesidades psicológicas básicas. Con la droga los (as) jóvenes buscan rebelarse ante la injusticia de la vida; busca evitar el frío, el hambre y la depresión; se evade refugiándose en la satisfacción de la droga y los "amigos"; trata de llenar el vacío de su tiempo, el aburrimiento, etc. Otras razones son: soledad e incomunicación de las familias, exceso de permisividad de los padres, búsqueda de satisfacciones inmediatas en un mundo que favorece el consumismo y el placer superficial, etc.

c) Medios de Comunicación: Los medios audiovisuales como la televisión, tienen un rol muy importante en la promoción de conductas dañinas para la salud. Claro está que la televisión fomenta en forma directa o indirecta el consumo de alcohol y otras drogas en aquellos grupos más vulnerables, a través de la publicidad en que se asocia estas drogas con la juventud, el placer y el éxito en la vida.

4.4.- Una visión Integrativa o Ecosistemática.

Una vez analizados los diversos factores causales del consumo de drogas, es conveniente realizar un análisis interactivo que pueda señalar cómo éstos están interdependientes unos de otros. El consumo de la droga busca satisfacer ciertas necesidades, insatisfechas o no presentes, tales como:

- ✓ Facilitación de las relaciones interpersonales.
- ✓ Sentimiento de pertenencia e identidad con los grupos de pares.
- ✓ Sensación de bienestar, adecuación y eficiencia, atenuando sus sensaciones negativas (Ej. Angustia, disforia, etc.)
- ✓ Sensación de poder e independencia de la familia y el medio social.
- ✓ Compensación del frío, del hambre, de la angustia de no ser y/o de no estar.

Tras estas insatisfacciones fundamentales del individuo se suele encontrar las siguientes características:

- ✓ Autoestima baja.
- ✓ Conflictos psicosociales internos.
- ✓ Personalidad inestable y/o impulsiva.
- ✓ Deficiencia en la autoestimulación corporal (carencia de caricias).
- ✓ Vivencia de la mujer en la marginalidad o pobreza.
- ✓ Características de la sociedad moderna: soledad, incomunicación, hedonismo, consumismo, etc.
- ✓ Familias disfuncionales: ausencia del marido, de alguno de sus padres, cambio de roles al interior de la familia, etc.

De todo lo anterior, se puede concluir que para comprender el porqué un individuo (hombre o mujer) consume algún tipo de droga, se debe considerar su historia, sus vivencias, su entorno micro y macrosocial, como también sus

emociones más ocultas; única manera de poder planificar alguna ayuda preventiva y/o terapéutica que sea integral y adecuada.

4.5.- Conductas de Mayor Riesgo en las Mujeres.

Según el Dr. Ramón Florenzano V. (1992), médico psiquiatra, señala una serie de conductas de riesgo para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes y mujeres. A saber:

- ✓ Conducta extrovertida, no conformidad con los valores establecidos.
- ✓ Carencia de valores espirituales, percepción negativa de la familia.
- ✓ Falta de relaciones afectuosas con los integrantes de la familia.
- ✓ Falta de interés de los padres por la vida de sus hijos.
- ✓ Inconsistencia en la disciplina, falta de establecimiento de límites y de tiempo dedicado a la familia.
- ✓ Mayor presencia de psicopatología (Ej. Epilepsia, trastorno de personalidad, etc.).
- ✓ Bajo rendimiento escolar o laboral.
- ✓ Uso temprano de bebidas alcohólicas.
- ✓ Búsqueda de emociones o satisfacciones inmediatas.
- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Otras conductas desviadas (Ej. Cimarras, fuga de la casa, mentiras, robos, prostitución, etc.) (Ibid:62)

4.6.- Factores asociados al consumo de drogas.

El consumo de drogas es una conducta individual articulada con distinto énfasis en todas las dimensiones que rodean la existencia del sujeto. No es posible realizar un perfil típico del usuario de drogas. Se sabe que el uso de sustancias se produce en todo tipo de individuos y en las más variadas culturas.

No obstante existen condiciones susceptibles de reconocer y que han de representar factores de protección o de riesgo frente a la exposición a drogas.

El reconocimiento de estos factores presentes en los individuos, permite implementar acciones destinadas al fortalecimiento de unos (los protectores) y la evitación o eliminación de otros (de riesgo).

4.6.1.- Curiosidad: La curiosidad representa una actitud común a todas las personas y especialmente en los jóvenes. La curiosidad relacionada con las drogas ya sean legales o ilegales, se ve estimulada por la publicidad y el despliegue noticioso en torno a ellas y todo lo que el rodea. La vinculación que ésta tiene con ciertos ídolos musicales o movimientos les otorga un carácter aún más atractivo para los jóvenes. De este modo es esperable que éstos sientan la curiosidad de experimentar los efectos de estas sustancias tan señaladas.

4.6.2.- Disponibilidad: La mayor disponibilidad de drogas así como su mayor potencial adictivo, se ha relacionado con un incremento en el consumo. Se ha podido establecer un perfil geográfico del consumo a raíz del ingreso de drogas (cocaína, pasta base) por las regiones del Norte de nuestro país. Hoy, la distribución se ha expandido a regiones más centrales. Esta mayor oferta y el aumento de los consumidores hace pensar que, ya sea directa o indirectamente, más personas que antes tendrán contacto con la droga.

4.6.3.- Aspectos Emocionales: La condición emocional de un sujeto es resultado de una compleja interacción de fenómenos en el ámbito biológico, psicológico y social. Muchos usuarios de drogas las utilizan para superar estados depresivos de tensión, ansiedad o marginalidad. Algunos la usan como expresión de alienación o marginalidad en que se encuentran; otros como una manera de expresar su rebeldía, rabia y frustración.

4.6.4.- Presión Social: La presión social para el uso de drogas puede ser muy intensa, desde la cultura, las comunicaciones, los modelos que ofrezcan los padres, los educadores, los compañeros, los ídolos juveniles (atletas, cantantes, etc.) y su actitud respecto del consumo.

4.6.5.- El uso previo de drogas: El uso por primera vez de alguna droga, representa un paso importante en la medida que rompe con barreras que contenían tal conducta. Si bien esto no representa una inevitable escalada, es sabido que consumidores de alguna droga están más dispuestos a probar otras.

4.6.6.- Consumo masivo y habitual de la droga: En esta etapa existe una pérdida del control del consumo de la droga la cual es masiva, habitual, con crisis de ingesta, una mayor tolerancia y una dependencia psíquica y física establecida, con síntomas de privación bastante claros. La conducta se observa desorganizada e irresponsable; miente, roba en casa para comprar la droga, abandona el hogar, puede ser detenido en estado de intoxicación, etc. En lo personal se aprecia despreocupado de sus proyectos de vida, más bien en busca desesperada de los efectos placenteros y pasajeros de la droga. Sus capacidades cognitivas de concentración y memoria se ven deterioradas, muy inseguros en la toma de decisiones y con una autoimagen empobrecida. Está apática e indiferente a su entorno familiar y social. En lo que se refiere a su sexualidad, se aprecia promiscuidad, irresponsabilidad, sin capacidades orgásmicas plenas, siendo frecuentes las enfermedades de transmisión sexual.

5.- CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Existen distintos tipos de drogas, dentro de las cuales se reconocen tres clasificaciones fundamentales, de acuerdo con el efecto que producen sobre el SNC (Sistema Nervioso Central). De acuerdo a las Investigaciones de CONACE (2002). Las drogas son clasificadas en:

Drogas Estimulantes: Cocaína, Pasta Base (PBC) y Anfetaminas. Se caracterizan por crear un estado de euforia, desinhibición. Su consumo presenta las siguientes características:

- ✓ Menor control emocional.
- ✓ Irritabilidad, violencia, agresividad.
- ✓ Menor fatigabilidad
- ✓ Disminución del sueño y mayor estado de alerta.
- ✓ Excitación motora.
- ✓ Disminución de la capacidad intelectual.
- ✓ Intensificación de los sentidos.
- ✓ Alucinaciones y psicosis
- ✓ Aumento del pulso, en ocasiones convulsiones.
- ✓ Dependencia.

Drogas Depresoras: Tranquilizantes: Benzodiazepinas y barbitúricos.
Opiáceos: Heroína. Producen una sensación de relajación

- ✓ Sensación de bienestar, apatía.
- ✓ Disminución de la tensión.
- ✓ Desaparición de la angustia.
- ✓ Confusión, somnolencia.
- ✓ Alteración de la coordinación motora.
- ✓ Inestabilidad emocional.

- ✓ Violencia y agresividad.
- ✓ Psicosis y convulsiones.

Drogas Alucinógenas: Marihuana y Mescalina Psilocibina LSD

- ✓ Aceleración sustancial del ritmo cardíaco
- ✓ Ojos inyectados (de sangre)
- ✓ Sequedad en la boca y la garganta
- ✓ Aumento del apetito
- ✓ Reduce la capacidad de memoria y comprensión a corto plazo
- ✓ Altera el sentido del tiempo
- ✓ Disminuye la capacidad de realizar tareas que requieren concentración y coordinación motora
- ✓ Paranoia, Psicosis y Somnolencia

6.- CONTEXTO INTERNACIONAL DE LAS DROGAS

6.1.- ¿Legalizar las drogas resuelve algo?

Actualmente a nivel mundial, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el número de consumidores ilegales en el mundo es de 180 millones de personas, lo que equivale al 4,2 % de la población mundial mayor de quince años.

En particular se estima que 144 millones de personas consumen Cannabis, 28 millones consumen drogas estimulantes del tipo de la anfetamina, 14 millones consumen cocaína y 13 millones opiáceos.

Otro dato importante de mencionar es las diferencias regionales que existen a nivel mundial en el uso indebido de las drogas. Aunque menos marcadas que en el pasado, ellas aun muestran un patrón: Los narcóticos son el principal problema de drogas en Europa, Asia y Oceanía, la cocaína en América y, cada vez mayor, en Europa, los estimulantes tipo anfetamínico en el este y en el Sudeste de Asia y, de una mayor extensión, en Norteamérica y Europa; Cannabis en todos lados, pero como un problema serio de drogas.

El debate se ha instalado en algunos ámbitos y ocupa cada vez más lugar en los medios de comunicación. Periodistas, políticos, hasta jueces, suelen argumentar a favor de la legalización de las drogas hoy prohibidas (cocaína, marihuana, heroína, etc.) por considerar que la prohibición ha acarreado más problemas que soluciones y que se impone un cambio en la estrategia general en relación a esta problemática. Una lista de los principales fundamentos que esgrimen los liberalizadores suele incluir los siguientes:

“La prohibición es la que genera la delincuencia. El poder del narcotráfico se reduciría a una mínima expresión si se acaba con las restricciones y se

implementan mecanismos legales de venta de las drogas que hoy están prohibidas". El ejemplo que suele utilizarse es el del florecimiento de las mafias dedicadas al comercio clandestino de alcohol durante el imperio de la llamada "ley seca" en los Estados Unidos y su desaparición luego de abolirse dicha prohibición.

En el caso de los EEUU, los mafiosos ilegales jamás desaparecieron cuando se abolió la prohibición, pasaron a ser empresarios. Podría decirse, en un arranque de pragmatismo, que es mejor tener empresarios que paguen sus impuestos y no forajidos del tipo Bonnie and Clyde, pero entonces que no se insista con el argumento de que la legalización termina con la delincuencia, apenas convierte a los delincuentes en gerentes, enseñándoles a convivir civilizadamente, cambiando las escopetas por el management.

Habría que decir, además, que el consumo de alcohol desde entonces ha aumentado exponencialmente y que, luego de la legalización, su producción se convirtió en un negocio que no ha cesado de crecer hasta el presente, momento en que recluta sus clientes entre menores de edad, un mercado con el que no podían ni soñar los mafiosos de la ley seca.

Entonces, bajo el pragmatismo de quienes opinan que un delito termina con la despenalización, habría que reflexionar si, en una extensión por el absurdo, están sugiriendo que se terminaría con todo tipo de crímenes con el simple método de modificar el código penal, de abolir las leyes que establecen esos delitos, de ejecutar un pase mágico para eliminar la penalización. Sería como imaginar que para terminar con la corrupción bastaría con legalizar el sistema de coimas. Se podría llegar, incluso, a fijar por ley un porcentaje de esas transacciones destinado a obras de bien público.

Otro argumento frecuente es "el que proclama la libertad inalienable de todo ser humano y, por consecuencia, la ilegalidad de cualquier tipo de restricción al consumo de lo que cada uno desee consumir". En particular desde

el campo del liberalismo y desplegadas por nombres de peso como Milton Friedman, Thomas Szasz o Antonio Escobedo, las críticas a la prohibición de cualquier tipo de drogas alcanzan perfiles principistas enarboladas por quienes, por ejemplo, defienden al mercado como única instancia de regulación social y acusan al estado de intervencionista ante la menor medida que, según sus opiniones, cercene las libertades individuales. "...¿cuántos saben que el cáñamo, la coca y la adormidera son plantas comunes, cuántos comprenden cómo han sido transformadas en temidas 'drogas peligrosas', y cuántos se dan cuenta de que perdiendo nuestros derecho a ellas renunciamos a algunos de nuestros más básicos derechos a la propiedad? (Szasz;1993:25).

A partir de estas reflexiones, el psiquiatra Thomas Szasz ha elaborado uno de los más firmes alegatos a favor de la despenalización afirmado en los principios del capitalismo, recogiendo los plácemes del Premio Nobel de Economía y mentor del neoliberalismo Milton Friedman.

Libertad de elección, entonces, que cada uno decida libremente qué es lo que se mete en el cuerpo, que no haya condicionamientos al libre ejercicio del uso de drogas. Pero en los tiempos que corren, con el poder tremendo de los multimedios de comunicación, con la presión publicitaria motorizando el consumo, con el mundo convertido en un espacio único de circulación de mensajes monocolors, ¿la libertad de los individuos está creciendo o reduciéndose? ¿la masificación de patrones de conducta es o no un resultado creciente de la sociedad neoliberal?. Más aún, algunos rasgos centrales de la cultura contemporánea, como el estímulo constante al consumo, pueden provocar comportamientos adictivos, patrones de conducta que valoren la posesión de objetos y bienes como forma de aliviar las ansiedades que, por otra parte, esta misma cultura con su ritmo acelerado provoca como manifestación extendida.

Por último, suele decirse que, desarticuladas las mafias del narcotráfico y establecidos controles sanitarios sobre las drogas libremente comercializadas, el producto que llegaría al consumidor sería de mucha mejor calidad que el que en la actualidad se obtiene, con lo que se estaría cuidando la salud y reduciendo los daños que hoy aquejan a quienes no tienen más remedio que comprar las drogas en el mercado clandestino.

Nuevamente la realidad, sobre todo las condiciones "*reales*" de vida de grandes sectores de población, contradice estas afirmaciones o, al menos, reduce notablemente su alcance. Porque no es la existencia de mercadería de buena calidad lo que garantiza que los consumidores puedan cuidar su salud, sino sus posibilidades adquisitivas, su capacidad de compra. Lo mismo ocurre con la cocaína como con la carne, la ropa o los medicamentos. El sector de consumidores pobres seguirá teniendo acceso a mercadería barata, por lo tanto adulterada, con mafias o sin ellas. Entonces, la afirmación debería aclarar que se trata de contar con droga de la mejor calidad... para aquellos que puedan pagarla. Los demás podrán seguir consumiendo pegamentos o diversas adulteraciones, tal como ocurre con el resto de los artículos de consumo. Su salud no depende de que se libere el comercio de drogas y se controle la calidad de las mismas, sino de disponer del dinero para poder pagarlas y esto convierte a esta argumentación en una discriminación en favor del sector de consumidores de drogas de mayor poder adquisitivo, algo que sin dudas no resulta simpático admitir.

En la declaración hecha llegar al Secretario General de las Naciones Unidas en junio de 1998, un conjunto de políticos e intelectuales reflexionaba que "la guerra global contra las drogas es causante de más daños que el propio abuso de drogas" y que el miedo, el prejuicio y la prohibición punitiva deben dejar paso al sentido común, a la ciencia, a la salud pública y a los derechos humanos. Esta petición fue firmada por un amplio arco ideológico que incluyó a Milton Friedman y Georges Soros, a Luis Ignacio "Lula" Da Silva (Presidente del

Brasil), Adolfo Pérez Esquivel (Premio Nobel de la Paz), pasando por las argentinas Irma Parentela y Graciela Fernández Meijide.

El aire despenalizador del documento podría pensarse apuntando a las causas profundas del aumento de las adicciones, a una crítica frontal a un sistema económico y de pensamiento que provoca exclusión, angustia y pérdida de horizontes. Al pragmatismo como reemplazo de posiciones ideológicas caídas en desgracia y al economicismo que reduce complejas ecuaciones político sociales al resultado medido en términos de inversión, se le agrega otro componente típico de la cultura actual: caídos los grandes sistemas de pensamiento que predominaron en las décadas del 60' y 70', declarada la "muerte de la historia" por los intelectuales oficiales, entronizado el "pensamiento único" que tiene a la economía como eje paradigmático, una suerte de nihilismo impregna el pensamiento contemporáneo y fuerza el abandono de las que se consideran posiciones idealistas, ya superadas y destinadas al desván.

Estos son los obstáculos epistemológicos que impiden romper el círculo vicioso entre los defensores de la *"tolerancia cero"* importada de otros países y los promotores de la despenalización. Ambos sectores eluden la cuestión central. Por lo tanto ofrecen seudo soluciones a un problema complejo y en crecimiento, y la cuestión central es la sociedad que estamos construyendo, el mundo contemporáneo que genera adicciones y otros males, la pérdida de valores reemplazados por la búsqueda de satisfacción inmediata, el predominio del individualismo. Sin cuestionar profundamente las bases de la sociedad contemporánea, sin comprender a las drogas, la corrupción, la violencia como efectos de un sistema que los genera, sin articular una crítica de fondo que se afirme en una visión diferente de los valores que promueve la cultura de la globalización, será imposible romper el circuito sin salida en el que se halla actualmente la discusión acerca de la problemática de las drogas. En última instancia, será posible comenzar a construir herramientas eficaces para una lucha contra las drogas si, aunque parezca paradójal, somos capaces de dejar

de centrar el tema en "las drogas" y podemos debatir acerca de la calidad de nuestra vida, con todo lo que ello implica.

7- DROGAS EN CHILE: POLÍTICAS PÚBLICAS

La baja percepción de riesgo en vastos sectores de la población y fácil acceso a la droga constituyen los grandes desafíos de las políticas públicas. Aunque existe coincidencia que los niveles de consumo de droga en nuestro país son extremadamente altos, existe la plena convicción que se trata de uno de los problemas más graves de nuestra sociedad, aún cuando no ocupe los primeros lugares en la agenda pública. La droga a la larga termina por destruir a las personas, con todas las consecuencias negativas en el plano familiar, laboral y social.

A nivel mundial existen variadas maneras de enfrentarlo. Desde países que han adoptado políticas liberales al permitir el consumo de marihuana, argumentando para ello en la posibilidad de concentrarse en combatir drogas como la cocaína o la heroína y de paso tratar de disminuir el tema de la violencia o la corrupción. Otros países han adoptado políticas más restrictivas, cuyo enfoque apunta a evitar lo que se denomina "*la escalada de la droga*", es decir, aún cuando existan drogas menos nocivas al ser ingeridas la persona se inicia en el mundo de la droga con graves riesgos de pasar a ser consumidor de drogas más duras y por lo tanto se prohíbe el consumo de todas.

Ninguna de las respuestas hasta ahora son categóricas en cuanto a sus resultados. En general los niveles de consumo no se han reducido a niveles aceptables y en general ha tendido a aumentar.

Sin embargo, más allá de la diferencias entre los países con políticas restrictivos o liberales entre ambos existe unanimidad en que uno de los grandes temas para revertir este fenómeno en el mediano y largo plazo es la prevención. Este hecho constituye un avance significativo. Durante muchas décadas las políticas públicas solo abordaron este tema desde un punto de vista represivo experimentando un serio fracaso. Se ha demostrado que por eficientes que sean las policías solo se decomisa alrededor del 20% de la droga, es decir, el 80% sigue llegando al consumidor final. Por lo tanto, una política pública destinada a combatir la droga cuyo eje central se concentre única y exclusivamente en reprimir la oferta está condenada al total fracaso, como asimismo existen serías dudas sobre la efectividad de una política pública que sólo se concentre en la prevención liberalizando la oferta. En síntesis un adecuado enfoque debe necesariamente combinar con igual intensidad ambos aspectos para reducir tanto la oferta de droga (combatir el narcotráfico) como la demanda o consumo de droga (prevención).

Para reducir la oferta de droga en Chile "nuestra legislación ha evolucionado positivamente. Entre la década del 80` y 90` se han dictado dos cuerpos legales que abordan el tema penal y el consumo. Recientemente y por primera vez Chile cuenta con la Unidad de Inteligencia Financiera destinada a reducir el blanqueo de capitales y en los próximos meses serán despachadas las modificaciones más importante a la ley de droga que entre otras materias asume definitivamente el tema de microtráfico y fortalece las técnicas de investigación policial. En donde el Ministerio Público, los jueces y las policías aumenten la eficacia en el combate contra el narcotráfico considerando los nuevos instrumentos para enfrentar estos delitos" (El Mercurio;2003:43).

7.1.- Informe de CONACE 2002: Aspectos Generales

El rol preventivo que cumple el gobierno lo hace a través del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) que depende del Ministerio del Interior, fue creado en el año 1990, con el objetivo de coordinar las acciones para evitar disminuir el consumo de drogas y reducir la oferta en el país.

La realización de cinco estudios, llevados a cabo por la institución antes nombrada, desde 1994 hasta 2002 en la población general, en personas desde 12 a 65 años, nos muestra la real magnitud del problema, así como su evolución durante los últimos años, con respecto al consumo y sus características en el país.

El Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile, 2002, corresponde a la quinta versión de la serie de encuestas que el CONACE (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes) a realizado bienalmente desde el año 1994 con el fin de conocer la magnitud del uso de drogas las tendencias y algunos factores asociados a dichos fenómenos en la población general de nuestro país.

Este estudio se realizó entre Octubre y Noviembre del año 2002 mediante la aplicación de una encuesta a un total de 16.476 persona entre 12 y 64 años de edad de ambos sexo y de diferentes niveles socioeconómicos, que habitan en las ciudades de más de 30 mil habitantes. La muestra es representativa de cada una de las 13 regiones del país. La población representada alcanza a 8.392.058 personas. El levantamiento de la encuesta estuvo a cargo de la Empresa Especialista en Investigación de Opinión Pública, ADIMARK. El cuestionario usado incluyó un listado más amplio de drogas que circulan en el mercado ilícito, acorde a normas técnicas internacionales de investigación sobre el tema. De esta forma CONACE se refiere a la categoría *drogas ilícitas* no sólo a la marihuana, pasta base o clorhidratos de cocaína,

sino a toda la gama de drogas ilícitas que circulan en nuestro país. El estudio investiga las prevalencias de consumo de las siguientes drogas ilícitas: marihuana, pasta base, clorhidrato de cocaína, crack, heroína, éxtasis y/o alucinógenos (LSD u otros ácidos; fenciclidina, PCP o polvo de ángel; peyote o San Pedro y Mescalina). La tasa de drogas ilícitas incluye el uso de al menos de una de las drogas antes mencionadas. Todos los datos de este informe están referidos a prevalencias de consumo del último año (proporción de personas que han probado alguna droga en los últimos doce meses).

Cuatro son las regiones del país donde se observaron las tasas más altas de consumo de drogas. Por primera vez la tasa más alta la encabeza la Quinta Región, con una tasa reciente de drogas ilícitas de 7%. Le sigue la Región Metropolitana (6,88%), la Primera Región (6,21%) y la Sexta Región (5,68%).

7.1.1.- Intensidad en el uso de drogas

La tasa de prevalencia de consumo indica que la proporción de personas que ha probado al menos una vez una determinada droga en un período determinado de tiempo. Estas no ofrecen información sobre la cantidad o frecuencia con que sea usada esa droga.

En este estudio sea usado como estimador de intensidad el número de días en que se ha consumido alguna droga en el último año, tomando como base de cálculo aquellos que han probado esa droga en los últimos doce meses. En promedio los resultados son 18 días para los que han usado marihuana, 91 para pasta base y 38 para cocaína. La proporción de personas que consume pasta base y cocaína es apenas la mitad de las que usan marihuana, pero lo hacen con tal intensidad o frecuencia, sobre todo en el caso de la pasta base, que prácticamente equiparan el consumo neto de marihuana.

Llama la atención otros resultados: Las mujeres usan marihuana menos frecuentemente que los hombres, pero tratándose de pasta base o cocaína la

diferencia de desvanecen y la intensidad de consumo es tanto o más fuerte que la de los hombres.

Por último, aunque las prevalencias suelen ser similares entre los distintos niveles socioeconómicos (por lo menos para marihuana y cocaína) la intensidad con que se usan estas drogas es muy diferente: Las diferencias para la marihuana van de 10 en el NSE alto a 23 días promedio en el NSE bajo y para cocaína de 28 en el alto a 43 días promedio en el bajo. La pasta base prevalece casi enteramente en el nivel socioeconómico bajo y su uso es en promedio de 114 días en el último año. (Quinto Estudio Nacional de Drogas, CONACE, 2002).

En su conjunto la gravedad del uso de drogas en el nivel socioeconómico bajo está determinado menos por la proporción de personas que lo hace por la intensidad con que se usan las distintas drogas. En otras palabras, en los estratos socioeconómicos bajos la droga es usada por igual cantidad de individuos, que en los otros grupos socioeconómicos, pero los que la usan en este grupo lo hacen de forma más frecuente o con mayor intensidad.

Las estrategias y objetivos principales que plantean las políticas sociales del Conace, son principalmente de carácter preventivo, es decir, lo que se pretende realizar por medio de la implementación de estas, es prevenir, disminuir y evitar el consumo de drogas, sensibilizar e informar sobre sus efectos, fortalecer los recursos personales y sociales para enfrentar eficazmente el problema, promover estilos de vida saludables y desarrollar las habilidades para enfrentar la presión social del consumo.

Por otra parte otro de los objetivos de estas políticas, es que la prevención no sea sólo tarea de expertos, sino responsabilidad de toda la ciudadanía, por lo cual parte de sus estrategias se basan en la ayuda que pueden prestar las mismas personas, esto por medio de diversas formas, tales como:

- ✓ Promoviendo ambientes más saludables y solidarios.
- ✓ Fortaleciendo en las personas valores, actitudes, habilidades y conocimientos que las alejen del interés por consumir drogas
- ✓ Promoviendo el auto- cuidado, la autoestima positiva, la capacidad crítica y la toma de decisiones responsables
- ✓ Fortaleciendo la comunicación y la capacidad de relacionarse con otras personas.
- ✓ Usando positivamente el tiempo libre.

En cuanto al Ministerio de Salud el tratamiento de abuso de alcohol se orienta a reducir la cantidad y frecuencia del consumo, y el de la dependencia a lograr la abstinencia indefinida. En el caso de las drogas ilícitas, el tratamiento siempre se orienta a alcanzar la abstinencia indefinida. El tratamiento de la dependencia de alcohol y drogas debe incluir también el manejo de la comorbilidad psiquiátrica (patología dual) la que se encuentra presente en más del 40% de los casos (especialmente trastornos afectivos y ansiosos).

La participación de la familia y de otros miembros de la red de apoyo optimiza la efectividad del tratamiento. Las actividades con la familia y red se orientan a mejorar la comprensión del abuso y dependencia, y a potenciar recursos personales y sociales que contribuyan a contener las conductas adictivas. La provisión de la atención debe focalizarse en la detección y el tratamiento temprano del abuso y dependencia, antes de que se produzca el deterioro biológico, psicológico y social, y en lo posible mientras se dispone del apoyo del medio laboral o educacional. Respecto de la rehabilitación e inserción social, el Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación (Convenio CONACE – Minsal - Fonasa) alcanzó a 11.885 personas en 2003, mientras el año anterior habían sido poco más de 7 mil. El número de personas tratadas bajo esta modalidad, más el número de personas atendidas por el programa principal del Minsal en este ámbito, suman 18.583 personas.

Esto corresponde al 49,7% de la demanda efectiva (37.340 personas), o sea, el grupo que manifiesta la voluntad de tratarse, y al 8,8% (209.000 personas) de los potenciales demandantes (universo de personas con consumo problemático de drogas ilícitas detectado por los estudios).

7.1.2.- Instituciones ejecutoras de la Política social

Entre las principales instituciones que ejecutan las políticas sociales se encuentran:

- ✓ Previene
- ✓ Comunidad Terapéutica hombres ambulatorias
- ✓ Comunidad Terapéutica hombres residenciales
- ✓ Comunidad Terapéutica mixta ambulatoria
- ✓ Comunidad mixta residencial
- ✓ Grupos de autoayuda para familiares
- ✓ Centros de tratamiento infanto-juvenil
- ✓ Centros de atención psicológicos
- ✓ Clínicas privadas
- ✓ Alcohólicos anónimos
- ✓ Narcóticos anónimos
- ✓ Red de Salud Región Metropolitana
- ✓ Red de Salud regiones I - XII.

Capítulo 2

"Contextos y discursos de la Pobreza"

1.- MODELOS PARA LA DEFINICIÓN DE LA POBREZA

La Investigación se ve obligada a incorporar la pregunta: ¿qué es la pobreza?, ya que se trabajara con mujeres de escasos recursos. La pobreza es un fenómeno intersubjetivo, nunca ha sido una cosa concreta y mucho menos estática, se le ha concebido y definido de diferentes maneras a lo largo de su historia dependiendo de los contextos.

Entre las disciplinas que destacan por su interés en definir a la pobreza están la economía y la sociología, aunque la antropología también se ha ocupado de su estudio en un ámbito más cualitativo, etnográfico. La pobreza ha constituido uno de los principales temas sociales de interés en el mundo moderno, y post-moderno, y se han buscado formas de acción para "*solucionarla*" (se ha vuelto un problema), desde la modificación, ya sea, de algunos mecanismos políticos en los sistemas sociales o, recientemente, de la dinámica de comercialización en muchos países. Tradicionalmente esta tarea se ha concedido a la política económica así como a la sociología. Una divergencia sigue latente en cuanto a las formas de mirar al mundo, una cualitativa, subjetiva, compleja y otra cuantitativa, más lineal y objetivista.

Desde la economía y, a veces, la sociología el principal problema en la investigación de la pobreza es más de carácter cuantitativo, es decir, la medición, de la cual (desde este punto de vista) dependería su definición:

"desde un punto de vista puramente económico y pragmático, la pobreza limita el fortalecimiento del mercado interno y obstaculiza el desarrollo económico con igualdad de oportunidades para todos. De ahí que una tarea

fundamental para el desarrollo económico, político y social de los países sea, precisamente, cuantificar y determinar la magnitud de la incidencia y la intensidad de la pobreza.” (Hernández, E. 2001:861)

A partir de esta visión se hace presente una interpretación de la pobreza como una causa de limitación y obstaculización del desarrollo económico, y en esa lógica se buscan métodos de investigación para caracterizarla, y así emprender programas mejorados de “*combate a la pobreza*”. Así han surgido esfuerzos mundiales para elaborar métodos en la medición de la pobreza como son el de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el de la Línea de Pobreza (LP) y el Método de Medición Integrada de la Pobreza (MMIP) (Cuéllar, 1995; Torres, 1995; Hernández, 2001), que van enfocados especialmente a identificar los umbrales cuantitativos en referencia a quién se puede considerar pobre y quien no, para lo cual se toman en cuenta desde los niveles de ingresos, hasta la insatisfacción de necesidades básicas. Esta conceptualización omite consideraciones psicosociales y disposiciones culturales de las personas para enfrentar, asumir y liderar sus propios procesos de desarrollo y considera que si los pobres tienen una dotación de capital humano inicial que les posibilite participar con relativo éxito de las oportunidades que ofrece el mercado laboral, tendrán posibilidades de superar sus condiciones socioeconómicas desmejoradas.

En estos aspectos se han enfrascado las polémicas, sobre si lo uno o lo otro puede determinar el umbral, o si se tienen que hacer modelos más complejos que incluyan también características contextuales como la riqueza de la nación, etc. Esto con la finalidad de generar un consenso numérico en cuanto a la magnitud “real” de la pobreza, y así generar mejores programas para combatirla. En este punto, muchos investigadores convergen, es decir, en generar un consenso en cuanto a dicho umbral y en la necesidad de combatir a la pobreza (tanto quienes están a favor del modelo neoliberal, como quienes están en contra). Mientras tanto, la crítica que se ha hecho al modelo neoliberal es que ha causado mayor pobreza y marginación a la mayoría de la humanidad

que beneficios. Esto es que la tesis del goteo, planteada por Boltvinik (2001:78) según la cual "a mediano plazo aumentaría la desigualdad y la pobreza, pero, a largo plazo la riqueza acumulada de los que disponían de capitales se derramaría sobre todos los sectores sociales.", no se ha comprobado eficientemente (Campos, J. 1995; Cuéllar, 1995).

Por otro lado, las búsquedas de caracterización de la pobreza desde una visión más sociológica apuntan hacia las relaciones entre los conceptos de marginalidad, demografía y exclusión.

Asociado a lo anterior, se instala una concepción de la pobreza como un asunto político y de poder, en términos de tener control sobre la propia vida, poder imaginar el futuro, poder interpretar la propia existencia en el contexto en el que esta se desarrolla. Hay una aceptación creciente de que los segmentos y grupos en situación de pobreza cuentan con activos de distinto tipo, entre ellos capital social, para manejar su situación, para evitar caer en situaciones de mayor vulnerabilidad y desplegar acciones para superar su condición (Moser, 1994; Rabotnikof, 1999).

Pero, también se ha concebido a la pobreza como una situación de anomia: "que se manifiesta por una capacidad de la pobreza de retroalimentarse y por la constitución, inclusive de "una cultura de la pobreza" caracterizada por la apatía, el desinterés en la cohesión e integración social, y otros factores que afectan la socialización." (Torres, 1995:64).

Esta intervención introduce ya hacia la visión antropológica, y también hace recordar que hace medio siglo, desde la antropología, los trabajos de Oscar Lewis trataron de dar un trato más cualitativo al tema y su postura no distaba mucho de la anterior cita. Es decir, en la medida en que para él la pobreza creaba por sí misma una subcultura; supuso la existencia de la cultura de la pobreza:

"La pobreza viene a ser el factor dinámico que afecta la participación en la esfera de la cultura nacional creando una subcultura por sí misma. Uno puede hablar de la cultura de la pobreza, ya que tiene sus propias modalidades y consecuencias distintivas sociales y psicológicas para sus miembros. Me parece que la cultura de la pobreza rebasa los límites de lo regional, de lo rural y urbano, y aún de lo nacional." (Lewis, 1961: 17)

Así la pobreza se configura de tal modo que parece ser un patrón de comportamiento mundial, a tal grado que se mira como una cultura de clase internacional, a partir de la apatía a la participación social en el progreso modernizador.

A estas alturas, parece pertinente comenzar a analizar la concepción de la pobreza de una manera más compleja. Si bien es cierto que un análisis cuantitativo es interesante, también es cierto que ello no agota la caracterización del fenómeno y mucho menos si no se analiza cualitativamente. El énfasis sea centrado en una postura constructivista, en el sentido en que los fenómenos se construyen de determinada manera dependiendo el contexto, y para ello es importante tomar en cuenta los significados que se atribuyen a las experiencias en el mundo que hemos construido. La pobreza se ha construido social e históricamente y ha tenido una variación en su significación dependiendo de las culturas y las épocas. Es decir, la significación del término es relativa a su contexto.

Se puede tomar en cuenta lo siguiente: El sentido filantrópico de la pobreza ha dominado en muchas etapas de la historia (Cuellar, 1995), especialmente antes de la revolución industrial; su significado se ligaba al de honradez, a una forma de vida modesta, y no a la insatisfacción de necesidades, al hambre, a la desestabilización económica y a la apatía antimodernista, incluso era a los ricos a quién se miraba con cuestionamientos, y en un sentido negativo. En general el término de pobreza era significado de virtud (no de miseria o vergüenza) y tenía un sentido hasta cierto grado

positivo. Esta visión es más generalizada en culturas no occidentales, y todavía subyace en algunas o en lo que queda de algunas de ellas. El significado antiguo que se tenía de la pobreza hace al menos un siglo era hasta cierto punto aceptable en muchas sociedades, en ese sentido la pobreza podía *distinguirse muy bien de la miseria, y la marginalidad se ligaba más a ésta que a la pobreza*. Ahora la situación es que la distancia de significado entre ambas es muy estrecha, y se confunde pobreza con miseria (Torres, 1995), y se margina a los pobres en la medida en que son miserables y no reproducen patrones de comportamiento opulentos y de consumismo hedonista. Pero, ¿cómo es que los significados de los conceptos cambian o se reinventan?

2.- CONTEXTOS Y DISCURSOS DE LA POBREZA

La epistemología constructivista plantea que la realidad se construye mediante procesos intersubjetivos (Berger y Luckman, 1972), que no existen conocimientos objetivos, sino que son objetivaciones de los procesos subjetivos de la experiencia. En ese sentido no existe una realidad independiente del sujeto (Segal, 1994). Por lo tanto el conocimiento sobre nuestra realidad no es un descubrimiento, sino una invención, una construcción. Tal construcción de nuestra realidad se realiza socialmente mediante procesos comunicativos, el lenguaje. El lenguaje es lo que estructura la interpretación de las experiencias, lo que determina nuestro pensamiento. El dominio de la explicación de la realidad, en tiempos de globalización informática y económica, necesariamente incorpora el discurso de los sistemas económicos, y éste ha rebasado por mucho el discurso político o científico. De esta manera, y en ese contexto de globalización, comenzó a redefinirse el concepto de la pobreza, en la medida en que se convierte en un concepto con un significado de sentido común haciendo que la visión moderna tome una actitud negativa hacia la pobreza. Hay que tomar en cuenta que el sentido común constituye todo un sistema cultural (Geertz, 1994). El desarrollo modernizador de la globalización ha exaltado la valoración de la competencia (principio empresarial) sobre el de la cooperación,

en pro de una ideología progresista, lo cual modifica muchos aspectos culturales locales, sobre todo en sociedades no occidentales.

Los pobres no han podido integrarse bien al funcionamiento del modelo "único" de la globalización porque no consumen lo necesario para dejar de serlo. Lo anterior, entre otras cosas, ocasiona que los pobres se vean cercados y en efecto arrastrados hacia la miseria y el hambre. En la era de la globalización el consumo (cultural y económico), ya no el ingreso ni la satisfacción de necesidades básicas, está determinando el significado y el nivel de pobreza, en la medida en que el modelo de calidad de vida de la opulencia se globaliza y domina en la explicación de la realidad mundial. El significado moderno de la pobreza también se ha globalizado. La opulencia ya no se restringe sólo a lo económico, se expresa en aspectos más culturales, la forma de vida de la cultura empresarial global en boga produce una significación de la pobreza contraria a ella. Así, la diferencia entre las antiguas formas de marginalidad y las nuevas, está determinada por el acceso a esta cultura del consumismo hedonista. (Ibid:102-103)

Es decir, mientras que anteriormente la marginalidad se definía en relación con la restricción a los bienes y servicios, ahora es la restricción al acceso de la forma de vida de la opulencia cultural moderna lo que la define. En este punto se puede decir que la marginalidad social contemporánea tiene una relación directa con el significado también contemporáneo de la pobreza y con la miseria como consecuencia. Es necesario jugar con los conceptos de marginalidad, miseria, y pobreza.

El discurso que propone la acumulación de capitales a base de la explotación excesiva de recursos naturales, y sólo así, con esa acumulación de más riqueza, los pobres tendrán algún día acceso a ella. Pero, si académicos, investigadores, economistas, políticos, etc., están aceptando este argumento, lo que se podría estar aceptando es generalizar el modo de vida consumista innecesaria, hedonista. Tal solución es, en la práctica, inviable. Elevar ese nivel

de vida a la cuarta parte de la humanidad equivale a agotar los recursos naturales del planeta (Op. Cit. Torres; 1995).

El término pobreza se ha asimilado ya desde el discurso global sólo como una causa de desestabilización, atraso, etc., y no como un efecto. Incluso los modelos de desarrollo sustentable a veces se han planteado como forma de combatir la pobreza (Campos, 1995), aunque para muchos sus objetivos no son esos. La frase combate a la pobreza, nacida dentro del sistema de la política empresarial, implica ya su ideología y por lo tanto su manera de conducirse. Por lo anterior, es necesario que el problema se deba plantear de otra forma. Para comenzar es necesario re-pensar el significado de la pobreza por sobre nuestra cultura, sea o no occidental y moderna, donde también existen los valores sobre el bienestar, la calidad de vida, la salud, los derechos humanos, etc., porque existe también la posibilidad de caer en un romanticismo sobre de la pobreza. Pero, lo que se plantea, no quiere decir que tengamos que ignorar el contexto, sino más bien reconocerlo con todos los sesgos (o filtros) que aporta a nuestra interpretación de las experiencias del mundo. Un acercamiento a esta perspectiva sería si tomamos en cuenta el enfoque constructivista y asumiendo la complejidad que implica, haciendo observaciones sobre las observaciones (también llamadas desde el constructivismo observaciones de segundo orden, y así sucesivamente), es decir, observar cómo observamos.

La pobreza extrema y la miseria no son en sí una causa sino efectos de los modelos sociales en crisis. La complejidad de la sociedad contemporánea no está siendo asumida como tal, y en el afán de "progresar" sólo se miran las causas de la obstaculización a ello; sin mirar tampoco los efectos del sistema social que predomina. Mucho menos se concibe la idea de que las causas de crisis a su vez pueden ser los propios efectos, y en esa relación compleja las formas de proceder tradicionales (simplistas) no tienen mayor coherencia ya con la realidad.

El desarrollo sustentable sirve no para combatir la pobreza, sino para replantear y construir los mecanismos alternativos de acción colectiva en la compleja sociedad contemporánea (Estrada y Hernández, 2002). Por eso el combate no debería ser a la pobreza, sino a los mecanismos sociales que la generan (práctica y discursivamente), y que esa solución no se traduzca en más consumismo hedonista. Por este motivo la propuesta no tiene que seguir reproduciendo ese discurso simplificador. Una propuesta viable implica la reconstrucción de significados sociales en términos de lo que se concibe como calidad de vida. Sería reconstruir el discurso sobre los modos de vida de “moderados en el consumo y la opulencia”, (entendidos estos como contrario al consumismo hedonista de artículos innecesarios para la reproducción y desarrollo intelectual, social y cultural, y que no menosprecia los avances tecnológicos) de respeto por los recursos naturales. Esto no quiere decir que todos tengamos que vivir felices en la miseria, sino que podamos satisfacer todas nuestras necesidades dignamente y encaminarnos hacia una visión menos consumista y a la vez sostenible, reconociendo que la calidad de vida debe ser interpretada también en relación con el desarrollo intelectual. Una vía accesible a esto sí es el modelo de desarrollo sustentable, que retoma el interés por conservar los recursos naturales y la producción no necesariamente industrializada, de una manera que puedan sostenerse los recursos y una manera digna de vivir, la cual no necesariamente tiene que calificarse de “pobre”, ya que es un término con una gran carga valorativa.

“los recursos y capacidades en manos de la población pobre del planeta, que el mercado condena por no competitivos, parecen tener mayor grado de eficiencia energética autosustentable y adaptabilidad y menos agresividad con la naturaleza (menos desechos no biodegradables, por ejemplo)...”. (Op. Cit. Torres; 1995).

La pobreza es una categoría social; es más una adscripción identitaria que la cultura que planteaba Oscar Lewis (1961), su significado se asoció a una situación de vida en varias sociedades, y se adhirió al sentido común de la

cultura moderna progresista (el desarrollo modernizador progresista demanda modos de vida modernos; eso tiene más pretensión de ser una cultura global, en la medida en que emerge como ideología y sistema de valores políticos, morales, etc.). La pobreza ha sido concebida simplistamente, desde una antropología producida dentro de este sistema cultural, como una "cultura anómica", por la supuesta apatía hacia la participación en el progreso moderno. La aculturación hacia la modernidad produjo una significación de la pobreza ligada a las formas de vida no exuberantes, como puede ser la carencia de artículos modernos como casas, autos, servicios, comida, ropa, el lenguaje, la ideología; o incluso las relaciones sociales y afectivas, donde la demostración de amor se puede hacer a través de regalar un objeto de moda que se compra. Lo que Oscar Lewis estaba viendo eran fragmentos de distintas culturas no consumistas que subyacen a la modernización y que ésta calificó de pobreza. Tal contexto filtraba su propia percepción. Lewis trató de elevar una categoría social, como la de pobreza, al rango de cultura; confrontó Pobreza versus Modernidad, sin que estas categorías tuvieran susceptibilidad a un mismo nivel de análisis sociocultural. Las situaciones de vida de las que él hablaba (pobres), no reflejan en sí una estructura cultural, sino la concepción de lo que se construyó como pobreza dentro de su propia cultura (moderna). Esto marcó la pauta para la construcción social de la nueva pobreza, como "un descubrimiento" de una cultura, que después en el marco de la globalización tendría que combatirse en pro del progreso de la humanidad.

3.- MAGNITUD DE LA POBREZA EN CHILE

Cada vez que se habla de pobreza se termina hablando de la medición de la línea de ingreso y/o por necesidades básicas insatisfechas. Dichas mediciones permiten comparar y establecer tendencias en el tiempo respecto de la evolución de la magnitud de la pobreza en Chile, así como describir su ubicación geográfica y algunas de sus características materiales, de inserción en el trabajo, composición familiar y acceso a servicios de distinto tipo. Poco dicen estas mediciones acerca de los procesos que viven las familias, como ellas perciben y enfrentan su situación, si en cada fecha los pobres son los mismos, cuántos y quiénes logran salir y quiénes ingresan o reingresan a la pobreza. No informan acerca de las causas, ni las estrategias familiares para enfrentar una condición de vida difícil, ni sobre el papel de la mujer en la economía familiar, etc. Sin embargo, permiten cuantificar el problema, entregan información acerca del peso relativo sobre la economía familiar, los ingresos derivados del trabajo y los subsidios económicos estatales y permiten inferir el peso que tiene la política pública social sobre el fenómeno de la pobreza, lo que se traduce en implicaciones directas respecto de la relevancia de la acción pública asistencial y no asistencial para enfrentar el problema así como respecto a áreas geográficas y segmentos sociales que requieren con mayor urgencia de apoyo para salir adelante.

Bengoa J., plantea en su obra *la Pobreza de los modernos* (1995) las siguientes características de la Pobreza:

- 1- La pobreza es más urbana y en números absolutos se concentra en las grandes ciudades del país, donde los pobres residen en lugares cada vez más alejados del centro de la ciudad y de los espacios de trabajo y en una situación de marcada segregación socio espacial.
- 2- Las expectativas demográficas de vida del total de la población y de la población pobre, el nivel de escolaridad, el acceso a servicios urbanos de

agua, luz y alcantarillado y de salud y de educación, así como a los medios de comunicación masivas, se han elevado significativamente.

- 3- Los sectores pobres se han integrado, efectiva y simbólicamente, a las pautas de consumo moderno y los valores asociados a ellas.
- 4- El número de hijos por mujer ha disminuido y las familias se han nuclearizado. El grupo de edad más visible en áreas de pobreza, que en años pasados eran niños, hoy son adolescentes y jóvenes.
- 5- Las manifestaciones de la pobreza, que en el pasado asociaban a carencias básicas de alimentación, techo y abrigo, acceso a la educación básica y a los servicios de salud, hoy se expresan en calidad deficiente de los servicios a los que se accede, así como en viviendas pequeñas y de deterioro rápido, ausencia de equipamiento comunitario, de áreas verdes, de instancias de recreación.
- 6- La pobreza se entremezcla con nuevos problemas que enfrenta la sociedad: drogas, violencia, inseguridad ciudadana, deterioro medio ambiental, entre otros. Estos problemas afectan a pobres y no pobres, pero los primeros tienen menos posibilidades de enfrentarlos, lo que agrega complejidad a las políticas de superación de la pobreza.
- 7- La pobreza es más heterogénea que en el pasado en cuanto a la inserción laboral de los integrantes adultos en el hogar: tasa de participación económica, tipo de inserción laboral, estabilidad del empleo e historia laboral. (Ibid:28)

3.1.- Pobreza y Desigualdad Social

El problema de la pobreza permanece ligado al de la desigualdad social. La pobreza es, a la vez, un problema relativo, una situación de distancia o brecha en relación a las oportunidades y acceso a determinados beneficios sociales que dan cuenta de una calidad de vida digna, de un nivel adecuado de confort y bienestar y de un estado de ánimo positivo, basado en la confianza en las propias capacidades y en las oportunidades que ofrece el medio.

Si bien en Chile se ha tenido éxito en la superación de la pobreza, entendida ésta desde la perspectiva del parámetro de ingreso, esto no se ha visto acompañado de una mejoría en la brecha social que separa a los ricos de los más pobres. Por el contrario, todo indica que el modelo de desarrollo genera altos niveles de desigualdad social.

El tema de la desigualdad social, presenta dos situaciones críticas. Por un lado, desde el punto de vista de los pobres, se ha ido generando un sentimiento de que la sociedad chilena no solamente es una sociedad desigual sino, como dicen Bengoa y Márquez (2000:34) "una sociedad estamentalizada en la cual las posibilidades que depara el futuro tienen más que ver con la situación de origen al nacer que con los esfuerzos, inversión en capital humano, compromisos de las personas y el propio empeño que se ponga para salir adelante."

De ser esta hipótesis cierta, nos encontramos con una importante cantidad de Chilenos que viven en una condición de desesperanza para los cuales el futuro no trae promesas y para los cuales el trabajo, la educación y el esfuerzo no necesariamente implica una mejor calidad de vida.

La segunda situación crítica que tiene que ver con el conjunto de la sociedad chilena. Señala el informe del PNUD 2000 que el gran y mayor anhelo de los chilenos es el de una sociedad más igualitaria, entendiendo por tal no solamente el aspecto material de los bienes y servicios sino también el aspecto simbólico que se refiere a la calidad de las relaciones y al trato entre las personas.

4.- POBREZA Y DROGAS

El problema de la droga es percibido por muchas personas como una de las principales amenazas en todos los ámbitos de la vida en sociedad: individuo, familia y salud mental; violencia, delincuencia y seguridad personal; trabajo, producción y seguridad laboral; economía, narcotráfico y seguridad nacional. Sin embargo, las consecuencias últimas y los peores daños caen sobre la intimidad de las personas, destruyendo la vida y todo lo que ella implica; historia, sueños, proyectos, amores, dignidad y libertad.

Es universalmente aceptado que las complejas consecuencias psicosociales del consumo de drogas ilícitas que están destinadas a producir una particular alteración de conciencia, dependen de la sustancia y de las condiciones del medio en el que se la consume, el cual va a contribuir a la expresión de determinados valores y pautas de acción, así como a hacer difícil el surgimiento de otros, menos valorados, e incluso castigados por esa misma sociedad. Para Chávez de Sánchez "el consumo de cada tipo de drogas posee sus propias características, mismas que, interrelacionadas con las variables socioculturales y condiciones ambientales que rodean el consumo de esa droga, determinan un tipo particular de adicción". (Chávez de Sánchez y cols.; 1994:67).

Para las personas que la consumen, la droga no es una cuestión universal, es una vivencia personal e íntima que toma forma y se expresa interactuando con su historia. Surge entre ambos, "*ser y droga*", una relación existencial, paradójicamente cargada, a ratos, de sentido, pero desde donde imperceptiblemente se gesta el inevitable sufrimiento psicológico. Esta vivencia se ve marcada por la gravedad cuando la persona se relaciona con la droga desde la realidad de la pobreza, donde la carencia absoluta o relativa de las redes de apoyo social propician tal estado de vulnerabilidad que surge la inevitable sensación de encierro psicológico, desde donde el consumidor, limitado aun más por la respuesta social, ve como imposible la salida.

4.1.- Pobreza y vulnerabilidad:

La desigual distribución de los ingresos en Chile (CASEN 2002) es sólo uno de los aspectos que reflejan la condición de vulnerabilidad de los que viven la realidad de la pobreza. A este aspecto se suman una larga lista de otras iniquidades existentes que abarcan una amplia gama de aspectos socioeconómicos y psicosociales, que en su conjunto interactúan para facilitar o dificultar al ser humano una existencia justa y digna. Entre los aspectos socioeconómicos se pueden considerar los problemas de alimentación, vivienda, vestuario, salud, educación, ocupación, etc. Mientras que entre los factores psicosociales destacan los problemas de seguridad, posesión y afecto, autoestima, autorrealización, etc. Sin embargo, todas las estadísticas de las iniquidades sociales no permiten siquiera un remoto acercamiento a la realidad vivencial de la pobreza. Como lo señalan Cornejo, M.L. y Baranda, B. "... hay una dimensión más cotidiana de la vida en la pobreza a la que deseamos referirnos, una dimensión que llamaremos existencial ya que apunta a la vida interior, a las actitudes y perspectivas, de aquellos que no sólo viven en la pobreza material, sino que a su vez han sido vencidos por la miseria...". (1999:16).

La pobreza como encuadre de la vivencia excluida de millones de personas, determina la libertad de los que en ella viven al limitar, sólo a algunas, la satisfacción de las apremiantes e impostergables necesidades que demanda la vida. Esta situación crónica de no-libertad propicia una condición que se denominan esencialmente vulnerable, al verse las personas en la necesidad de realizar diversos intentos de engañarla y superarla.

Todos aceptamos ya que la insatisfacción de una necesidad básica socio-económica repercute indiscutiblemente en la no-satisfacción de la más fundamental de las necesidades básicas psicosociales: la de seguridad. Es decir, siguiendo a Gissi (1996:62) "la frustración socioeconómica en la pobreza absoluta es también una frustración psíquica de la necesidad de seguridad".

Son numerosos los autores clásicos de la Psicología y la Psiquiatría universal que han insistido en lo devastador que es para el ser humano el no-establecimiento de la seguridad básica. Sus repercusiones, se argumenta, definen las actitudes fundamentales de la persona hacia sí misma y hacia el mundo que la rodea, afectan los cimientos de su identidad, situación que al hacerse crónica, se transforma en una amenaza a su personalidad. Esta vivencia amenazante es generadora de profundos estados de angustia y desequilibrio psíquico, los que a no mediar solución, evolucionarán hacia un estado de crisis, la cual "se manifiesta por la invasión de una experiencia de paralización de la continuidad del proceso de la vida". Se establece ante esta realidad, un constante estado de emergencia psicológica, en donde la angustia domina la vivencia de la existencia.

Así, la angustia constituye para la persona tal estado de pena, aflicción y dolor, que oprime el alma en tales términos, que embota sus acciones, apaga su actividad, la entorpece y la hiela, llegando a sufrir la irresistible impresión del mal, sin vislumbrar por parte alguna un rayo de esperanza que la consuele. Estas vivencias de dolor llevaron a los jóvenes consumidores pobres a bautizar a la Pasta Base de Cocaína con el nombre de "*angustia*". Las consecuencias emocionales de su ingesta, definieron con justicia su nombre.

Diversas son las formas de compensación que las personas, desde la vivencia de la pobreza, han buscado para reducir al mínimo esta amenaza. El consumo de drogas es, por antonomasia, la más rápida, disponible, inducida y seducida forma de compensación que la sociedad en su conjunto ha implementado. Es preocupante el acelerado auge que, en nuestra sociedad, ha tomado la solución química como la forma más "*rápida y efectiva*" de hacer frente a las dificultades de la existencia. Coincide con este planteamiento Chávez de Sánchez al describir el fenómeno del consumo de drogas en comunidades urbano populares de México, indicando que en "un estado afectivo previo, caracterizado por frustración, ansiedad, depresión o sentimientos de alienación, el consumo de drogas sirve para reducir la tensión y aliviar los sentimientos negativos producidos por las experiencias frustrantes". (Op. Cit: 46).

Cuando la necesidad de compensar no se limita a experiencias y dolores transitorios sino que abarca aspectos estructurales de la existencia, ni la humanización de las crueldades, ni las nuevas legislaciones podrán explicar nada de lo que está sucediendo en los sectores más pobres de nuestros países. La venta y el consumo de drogas en el mundo de la pobreza y las múltiples consecuencias asociadas a esta realidad, es la consecuencia natural de un proceso que no tiene inicio aparente. Son muchos los que en la violencia, el consumo de drogas y el narcotráfico han encontrado una posibilidad de realizar sus anhelos y de ser protagonistas en un mundo que ha limitado su vida al mero logro de la sobrevivencia. Los consumidores del mundo pobre no son reducibles a un determinado cuadro clínico o a meros exponentes de una particular teoría de la desviación. Son el síntoma de una difundida enfermedad de tipo material, social y cultural, que se ha desarrollado frente a los ojos impávidos del país.

Es cierto que la drogadicción y sus consecuencias no son privativas de la pobreza, pero tampoco es menos cierto que la pobreza vulnerabiliza en extremo a los que en ella viven, agravando y profundizando los riesgos presentes en nuestra sociedad. La situación actual del consumo de drogas en el mundo de la pobreza, está generando consecuencias sin precedentes en la historia de los problemas drogadiccionales de nuestro país y de nuestra región. Más allá de los índices revelados por las escasas investigaciones realizadas sobre el tema en Chile (Ministerio de Salud y Educación), podemos evidenciar, aquellos que trabajamos con esta realidad, un alarmante deterioro en las vidas de miles de niños y jóvenes que por su condición de extrema vulnerabilidad han caído en el dolor de la vivencia drogadiccional. Hablar de deterioro físico, psicológico y social es revestir de eufemismo académico los reales contenidos de estos deterioros. El dolor y la depresión enmarcan daños y vivencias traumáticas que concluyen en abandono, violencia, cárcel y muerte, como desafortunadamente lo muestran las historias de vida de los jóvenes que han buscado en la droga una alternativa de sentido para sus vidas.

4.2.- La Cadena: Pobreza, Droga, Juventud, Delincuencia, Muerte

La persistente y continua visión del “*drogadicto*” proyectada por los más diferentes actores sociales, (aun cuando vacía de toda experiencia vivencial) nos ubica ante un fenómeno de cristalización simbólica: la imagen del drogadicto, y más ampliamente de la violencia social, se centra en las figuras humanas en torno a sus dos imágenes antagónicas (el drogadicto - delincuente y el vendedor - traficante); esto se hace en desmedro de cualquier contextualización del hecho que permitiera entender las condiciones (no sólo psicológicas, sino también socioeconómicas) en que surge y se desarrolla la adicción a la droga.

Se genera así una visión única y fatalista, en que tanto la solución del problema como su posible prevención se ven presas en una estructura ideológica en la que la imagen drogadicto igual delincuente facilita el surgimiento de un arquetipo que de alguna manera lleva al drogadicto a delinquir. Para Imbert “la Imagen criminógena de la droga es una imagen vivida como inevitable por cualquier persona previamente marginada desde el punto de vista social, económico y cultural (la droga como un atributo más de la construcción de la propia personalidad, de modo que lo “*anómico*” sería no consumirla). Y, al mismo tiempo, es una imagen vivida como beligerante por todo aquél que se siente ajeno a ella, lo que le permite explicar y justificar por la droga cualquier desviación o desgracia del usuario sin cuestionarse su veracidad. Si sólo se habla de drogadictos que cometen actos delictivos, todos los drogadictos serán considerados como delincuentes en potencia o acto”. (1992:43)

Esta concepción simplista, conformista y negadora se ve agravada en la medida en que se visualiza el fenómeno como una realidad casi exclusivamente juvenil y popular (por lo menos en sus dimensiones más graves y violentas), facilitando la construcción del encadenado pobreza + droga + juventud + delincuencia = muerte, el cual domina con creces el discurso social, marginando totalmente otros aspectos del problema no menos importantes como el psicológico y por sobre todo el social. (Ibid:104)

Lo más inquietante en este caso es la unidireccionalidad, el sesgo conceptual, la sobrevaloración de algunos aspectos del problema a costa del olvido de los restantes elementos, no menos central y, de cualquier forma, fundamental para una comprensión global de la realidad que se pretende entender. Nos encontramos entonces, ante una actitud que podríamos identificar como defensiva, en la que la sociedad surge como sujeto pasivo, víctima del impacto delictivo producido por la droga. Por lo tanto, la sociedad, al quedar así despojada de cualquier tipo de capacidad de iniciativa o de reflexión, se limita a aparecer como la víctima impotente del mundo criminal de la droga. Y las soluciones, otra vez, se buscan más en el sistema represivo que en la sociedad civil o en una seria acción preventiva.

A pesar del énfasis que la sociedad porfiadamente deposita en la droga (elemento malvado y autónomamente destructivo), el consumo de ésta en el mundo pobre surge más bien como respuesta a profundas carencias sociales que como consecuencia de un particular deterioro psicológico. Es aquí donde se encuentra el real significado del problema de la droga en el mundo contemporáneo. Es en el mundo íntimo y privado de las personas que han buscado en la droga un sentido para su existencia, desde donde se debiera pensar el problema. La materia prima de la droga es y seguirá siendo el ser humano. El reto consiste en pensar la dependencia, no la droga. Frankl (Op. cit:82) es enfático al plantear que "cuando falta un sentido de la vida, cuyo cumplimiento hubiera hecho feliz a una persona, ésta intenta conseguir el sentimiento de felicidad mediante un rodeo, que pasa por la química...".

Por lo tanto, "el sentido que para muchos la droga tiene no puede ser abolido por decreto ni controlado con represión. Más bien debe ser asumido con honestidad en su sentido trascendente, como un sustituto, artificial por cierto, de una vida carenciada y sin sentido". (Ibid:94)

El enfrentar el problema desde esta perspectiva, sin duda, dificulta el surgimiento de las soluciones, el problema deja de ser la droga en sí, ya que ésta

pasa a ser un síntoma de una dificultad mucho mayor y compleja; la miseria humana, ya sea ésta de raíz socioeconómica o existencial. Al mirar honestamente la realidad, dejan de funcionar los mecanismos de autoengaño, colapsan los fármacos sociales utilizados para aplacar el fenómeno del dolor humano y de la marginación. Surge con claridad que los drogadictos son la manifestación externa de una enfermedad que recorre todo el cuerpo social. Con sus acciones le están haciendo preguntas esenciales a esta sociedad sobre la coherencia de su proyecto ético-social. Invitan a cambiar las relaciones sociales que estamos construyendo, a meditar con detenimiento sobre las prioridades de la vida, a redefinir los espacios de encuentro entre seres humanos.

No han existido, ni existirán jamás normas sociales que impidan que el ser humano muestre de alguna forma su dolor. Ni la represión de los actos ni la legalización de los síntomas impedirán que el tema central sea anestesiado al punto de lo invisible. Desde siempre las personas han buscado formas para expresar la necesidad de sentido cuando, por injusticia o insensibilidad, les es negada.

Las alternativas de superación de ésta realidad están muy ligadas a la solución de los grandes conflictos que ahora enfrenta el país y a las reformas del Estado, especialmente de la justicia. Fundamentalmente al desarrollo de programas sociales en las zonas de mayor pobreza que le ofrezcan alternativas a la niñez y a una juventud que busca protagonismo y participación reales. Pero sobre todo a un cambio individual, de todos los seres humanos, que nos permita esgrimir el amor y la solidaridad antes que el odio y el prejuicio ante tantos y tan variados problemas sociales, que al fin de cuentas tienen un denominador común: el ser humano.

Capítulo 3

"Perspectiva de Género"

1. - ¿QUÉ ENTENDEMOS CUANDO HABLAMOS DE GÉNERO?

¿Por qué se relaciona el tema del género con la mujer?, ¿Acaso el hombre está fuera del tema del género? Muchas son las preguntas que se vienen a la cabeza cuando se habla de género, pero ¿qué significa realmente este concepto?

Muchos son los estudios hechos sobre este tema, y diversas son sus interpretaciones. Algunos lo trabajan desde las prácticas de las mujeres, otros enfocan su mirada directamente desde el tema de la discriminación hacia la mujer y las prácticas laborales. La distinción conceptual fundamental, apunta a diferenciar las categorías de sexo y género. El concepto de sexo apunta a los rasgos fisiológicos y biológicos de ser macho o hembra y es heredado. El de género se orienta a la construcción social de las diferencias sexuales y se adquiere a través del aprendizaje cultural.

El género se entiende como una construcción social del sexo, es decir, se interpreta como las distintas diferencias sexuales sobre las cuales se construye socialmente, por lo tanto esta construcción se basa y se fundamenta al interior del lenguaje social. El género corresponde a un proceso de socialización, en donde los individuos a partir de un proceso de aprendizaje que viene desde la niñez, internalizan distintos patrones culturales de acuerdo a su propia sexualidad y lo hacen propio, por lo tanto existe socialmente la necesidad de conceptualizar estas diferencias biológicas y fisiológicas de los cuerpos a partir del lenguaje, por ejemplo, varón/mujer.

Como el género es una construcción social, va a variar dependiendo de las distintas sociedades en que las personas se encuentren, por ejemplo, el concepto de femenino puede tener distintas exigencias socioculturales en cada sociedad. Cabe destacar que la cultura de cada pueblo es un factor fundamental para la construcción social de la identidad sexual. La cultura de cada sociedad posee normas, valores, jerarquizaciones y pautas de comportamientos que en definitiva moldean la conducta social de los sujetos. Por tanto, cada sociedad construye un sistema de géneros, en el que existen distintas relaciones de poder entre las categorías que cristalizan en prácticas caracterizadas por la exclusión ya sea de normas, valores y pautas de comportamiento.

El sistema de género funciona en el ámbito tanto social como individual, a través de instituciones que modelan el juego de relaciones de las distintas categorías (varón/mujer): "Estas instituciones se manifiestan en dos grandes campos que son 'la organización de parentescos' y 'los sistemas de parentescos': los sistemas de parentesco son hechos para regular la sexualidad y la reproducción de la sociedad. En el fondo estos sistemas regulan quien no se puede casar con quien, por lo tanto el apareamiento de varón y mujer van a ser legítimos en una determinada sociedad y cuales son las obligaciones de unos con otros, de varones con mujeres y de las generaciones de los niños, de los ancianos, de los jóvenes o sea quien es hijo de quién...."(Barbieri T; 1997:37).

El sistema de parentesco tiene relación directa con las distintas estructuras familiares, es decir, de la composición de la familia o unidades domésticas: va a ser entendida como familias nucleares aquéllas que están compuestas por padre y madre, y las unidades domésticas que son familias no nucleares que están compuestas por solo padre o madre (monoparental), o por otros parientes y no parientes que conforman el núcleo familiar, como base fundamental de la estructura social.

La pertinencia de incluir referencias al sistema de parentesco implica, para esta investigación, hacerse una idea del concepto de "*familia*" que manejan el grupo de mujeres que serán entrevistadas en el marco de esta investigación. La familia es fundamental para este estudio, no sólo en términos que su mantenimiento puede constituir una motivación - causa de la inserción de estas mujeres en el consumo y/o tráfico de drogas, sino también porque la familia conforma un espacio clave donde se reproduce el sistema de géneros. De entre las formas hipotéticamente "alternativas" de organización familiar hoy en día, esto es que cuestionan aparentemente los valores de la cultura patriarcal, ocupa un lugar destacado la familia monoparental - extendida con que se asocia a un número importante de mujeres traficantes y consumidoras de drogas. La adopción de esta "estrategia de subsistencia" para la familia permite que la mujer se transforme en el pilar económico de ésta, dada la alta tasa de rentabilidad que reporta esta actividad. Ante esto, es pertinente explorar la forma en que -aquéllas que han vivido dicha experiencia- construyen una representación social de la "familia" y del "sistema de géneros", tanto respecto a sí mismas (pasado) como respecto a sus hijos (futuro).

La cultura de cada país, pueblo o grupo social es fundamental para entender el comportamiento social tanto de hombres como de mujeres, es decir, los distintos sistemas culturales tienen patrones propios y por lo tanto no son universales. En este sentido, la posición que cumple la mujer en Chile no es la misma de una mujer en el Tíbet. En Chile la organización familiar ha sido construida sobre la base de una cultura patriarcal.

El fundamento de una cultura patriarcal se basa en la concepción de un mundo Androcéntrico en donde el varón está en el centro de las relaciones sociales, es decir, desde que el varón ha sido dueño de la palabra en el mundo y en la sociedad en general ha impuesto su hegemonía y ha legitimado su condición de respeto por sobre los demás y - respecto al sistema genérico - sobre las mujeres. Es en este sentido donde el paradigma del hombre y lo masculino se fundamenta a partir de la propiedad de los hombres concretos

sobre las cosas del mundo y en especial sobre los sujetos del mundo, es decir, sobre las mujeres del mundo y sobre los hijos de las mujeres.

Bajo este supuesto, existe otra condición que es la capacidad de creación de los hombres que se cristaliza en prácticas como el trabajo y que se asigna a los hombres como una condición natural. Sin embargo, esta condición fue producto de un proceso de enculturación de esta sociedad, el trabajo es uno de los aspectos centrales de la creación de la condición masculina. El hombre ha monopolizado en la interpretación del mundo capitalista casi todos los trabajos, así como también la producción de valores, de bienes y riquezas que se instituyó en la sociedad como algo connatural a los hombres: "las sociedades patriarcales son sociedades de trabajo, hegemonismos y poderes y tener la posibilidad de existir depende de realizar estas funciones. Al nacer los hombres son potenciales trabajadores, poseedores de bienes y ejecutores del poder. Eso para ellos, es tener derecho a la existencia" (Lagaral, Marcela; 2001: 83).

Ante esta premisa, se observa como la condición de los hombres se basa en fundamentos y organizaciones de tal manera que son específicas, es decir, la condición de varón asegura que la sociedad se conforma y legitima sobre tal condición, con lo cual se ven impedidos al establecimiento de normas y patrones culturales que permitan mantener esta posición. Esas normas y patrones integran el concepto de patriarcado. "En otro nivel, se sostiene que en toda sociedad existe una estructura de orden simbólico, en la cual existen oposiciones de fuerza tales como: superiores e inferiores, dominados y dominadores, ganadores y perdedores, sanos y enfermos, capaces e incapaces, y finalmente hombres y mujeres. Esta estructura de orden simbólico que se expresa sobre la base de la dualidad entre hombres y mujeres como los únicos géneros admitidos por la estructura social, y que deviene de juegos de poderes que son ejercidos constantemente en todo el orbe, no es solo un imaginario colectivo, sino que este imaginario deviene de lo concreto y de lo real". (Ibid:76)

Es por esta razón que a partir de las diferencias sexuales que fundan categorías, se nos asignan un conjunto de hechos genéricos que se articulan en distintas actividades de la vida social, como son la creación, el trabajo, las relaciones sociales, económicas y políticas, todas ellas como formas específicas del ser, y que se asignan a formas de la subjetividad que son las del pensar y del sentir.

Otro fundamento de la posición privilegiada del elemento masculino en este sistema patriarcal, es que la paternidad no es condición directa de la formación del género masculino, ya que no se requiere ser padre para ser valorado como varón; pero las mujeres que no son madres reciben todo el peso de la cultura patriarcal, evaluando el género femenino a partir de la maternidad, diferencia significativa en esta forma de ejercer el poder masculino en esta sociedad.

Bajo esta premisa no se concibe como "adecuado" o "natural" que una mujer no tenga o no quiera tener hijos, ya que se presenta como un ideal el hecho que la mujer cumpla su rol maternal. Pero, paradigmáticamente, el hombre que no tiene hijo se instala en la sociedad como padre o en algunos casos asume actitudes paternalistas, independientemente de serlo, asumiendo –incluso– el rol de padres de todas las mujeres. En este juego de poderes entre hombres y mujeres, existe una mutua dependencia. En la cultura patriarcal una mujer debe depender del hombre como condición "natural" de este modelo, es decir, el hombre cumple un papel activo en el ámbito de proveer a la mujer, en la figura de llevar el dinero al hogar, uno de los bienes más importantes monopolizado por los hombres.

Se observa la dependencia de la mujer respecto al varón que la mantiene y se suele llamarla "mantenida," como una forma de legitimar su dependencia económica. Se reconoce una inferiorización de la mujer en el plano patrimonial; en cambio los hombres se reconocen como sujetos independientes aunque necesiten del hogar y del fuero materno, pero a su vez, esta dimensión afectiva es significada como labor que necesariamente debe realizar la mujer. Los

varones han desarrollado una institución muy fuerte de lo que significa pertenecer a este género que les ha implicado hacer suyos ciertos espacios de la estructura social y familiar, de manera tal que están en condiciones de exhibir y demostrar con legitimidad social, el poder sobre los otros de distintas maneras, ya sea en la familia, la política, la economía y en la esfera social.

Por lo tanto, se observa "en el sistema de géneros que la maternidad o la feminidad se ha ampliado hacia funciones que -tradicionalmente- eran privativas de los hombres, pero la paternidad se ha atrincherado en sus posiciones "clásicas". Sin embargo, las mujeres no pueden reemplazar la figura paterna aún cuando cumplan muchas funciones de los varones. Curiosamente, este proceso ha significado la carencia del padre -que puede ser reemplazado por el abuelo materno u otra figura masculina de la familia materna- en la cultura de la paternidad". (Ibid:121)

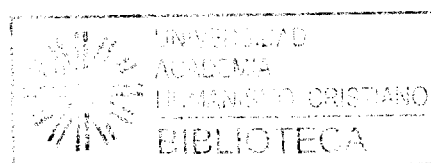
La ampliación de lo femenino, aunque no exclusivamente referida a la maternidad, se produce fundamentalmente a partir de la pérdida de la figura masculina al interior del hogar. Es el caso, de la mujer que participa del consumo y/o microtráfico de drogas, quien incurre en estas prácticas como una forma de mantener económicamente a su familia, y sin contar con el apoyo de un cónyuge o una pareja. Se conformaría una estructura familiar monoparental en la que las mujeres sostenedoras de la familia tienen - dado su escaso nivel de calificación laboral - la necesidad de involucrarse en este tipo de estrategias de sobrevivencia.

2. - ROL DE LA MUJER

Históricamente la mujer ha desempeñado un papel fundamental en la familia aportando de manera protagónica para que este importante núcleo social cumpla con sus funciones dentro de la sociedad.

En el pasado la mujer tenía asignadas las tareas del hogar, cuidado de los hijos y el esposo. En la actualidad su rol se ha ido complejizando, pues además de asumir esas tareas tradicionales también desempeña múltiples roles fuera de la familia. La mujer de hoy, especialmente la urbana que representa la mayoría, está ante una situación de sobrecarga de trabajo.

En la encuesta sobre Mujer y Familia, aplicada por SERNAM en el año 2000 se observa que un 46.3% de las mujeres encuestadas permanece fuera del hogar entre 8 y 12 horas diarias; en tanto un 36.8% permanece fuera entre 5 y 8 horas al día, sin embargo, cuando la mujer está en la casa el 90.24% se dedica al cuidado de los hijos y un 82.9% hace otras tareas del hogar. Por otro lado, sólo un 9.8% de los esposos de las mujeres que participaron del estudio se encargaba de la familia cuando la mujer no estaba en la casa. La familia Chilena se ha estado desintegrando. Los siguientes datos estadísticos, dan muestra de ello. Alrededor del 40% de los matrimonios se disuelven, el 52% de ellos antes de cumplir los cuatro años, en tanto el 57% de las parejas tienen problemas antes del primer año. Sólo el 62% de los hogares Chilenos son nucleares. A consecuencia de esta desintegración, se han creado diversos tipos de familia, la formada por un sólo progenitor, familia de tres generaciones y familia ensamblada, entre otras. La mujer por lo general es el eje de estas familias, un dato que ilustra esta realidad es que el 29.5% de los hogares chilenos tiene como jefa de hogar a una mujer (Censo, 2002). En ese mismo orden 1 de cada 3 hogares en el mundo está dirigido por mujeres. Esté o no el padre presente en la familia, la madre es la mayor responsable de la formación, socialización y cuidado de los menores, manteniendo una relación más estrecha con ellos. La madre es quien mantiene mayor contacto con el mundo externo



de los hijos, vinculada con los centros educativos y el proceso de aprendizaje, así como todo lo relativo a la salud. La mujer predomina en el cuidado de los niños, pues cuando la madre no puede atenderlo, casi siempre es otra mujer la que se encarga de ellos (persona pagada, abuela, tía, vecina).

La socialización de los menores resulta cada vez más compleja en ésta sociedad, afectada por la pérdida de valores, situaciones de pobreza, consumismo, violencia. Niños y jóvenes pasan una parte importante de su tiempo frente a la televisión donde se refuerzan todas estas características de la sociedad, mientras permanecen bajo el cuidado de personas que no son sus padres y/o con sus padres estresados por la lucha de sobrevivencia. Los conflictos que se generan en la familia como consecuencia de esta situación y otras no señaladas, afectan con mayor intensidad a la mujer, por un lado relacionado con su rol en este espacio y por otro lado relacionado con la situación de discriminación que ha sido objeto.

Tomando el caso de la violencia intrafamiliar que es uno de los problemas principales que está afectando la unidad familiar. Se obtiene que el 1% de las esposas maltrata al marido, el 23% se produce agresión mutua, esposo-esposa, mientras que un 76% el hombre agrede a la mujer.

Para muchos autores los principales elementos precipitantes de la actitud violenta del agresor se relacionan con la ingesta de alcohol y otras drogas, para otros el consumo de drogas agrava la violencia, pero no la genera. En ambos casos se reconoce que la violencia tiene vinculación con el uso indebido de drogas. La violencia lesiona la integridad personal, la libertad, la autoestima, la sexualidad y la salud física y mental. El consumo de drogas puede surgir como una liberación a tan pesada carga. Cuando es la madre la que presenta la adicción, la familia sufre más que si es otro miembro. Los niños pueden ser abandonados afectivamente y en su cuidado; pues como hemos señalado la mujer es la mayor responsable de los menores.

2.1.- Mujer y Drogas: Un acercamiento teórico a su problemática

El malestar femenino está en relación directa con las desigualdades de género que prevalecen en nuestra sociedad. Este "malestar identitario se expresa en estados de ánimo depresivos, soledad, baja autoestima, autoimagen negativa, frustración y vacío que terminan en una búsqueda de fuentes de equilibrio externo" (Burin; 1993:103).

El perfil de las enfermedades que afectan a la humanidad va modificándose de acuerdo a los nuevos estilos de vida y a los avances tecnológicos del mundo contemporáneo, esto es válido para los varones y mujeres. Sin embargo, de acuerdo a las especificidades biológicas, psicológicas y culturales de la mujer, hay variaciones respecto a sus modos de enfermar y al tipo de sus enfermedades. La adicción a sustancias químicas (adicciones convencionales), adquiere en la mujer formas específicas de inicio y mantenimiento de consumo. Aunque la sustancia debe ingerirse, el comportamiento (patrones de consumo) se adquiere en la interacción social, con los amigos, el grupo, los familiares, etc.

En el campo de la Salud Mental y en especial en el problema de las adicciones, los estudios sobre la especificidad del malestar de las mujeres, han sido escasamente desarrollados. Tradicionalmente los programas de prevención detección e intervención temprana y rehabilitación han sido diseñados por y para varones, además las necesidades específicas de las mujeres no han sido suficientemente consideradas. De la misma manera, los programas de prevención en general, no han incluido las diferencias entre varones y mujeres como una variable importante; siendo necesario incorporarlas, ya que los patrones de consumo, las causas y consecuencias en el uso y abuso de drogas en la población femenina difieren de los varones. El término "*población especial*", con el que algunos expertos denominan a la población femenina, da cuenta de una sobregeneralización en la que el standard que se utiliza como referencia válida es el que corresponde al consumo de los varones. Si bien los estudios epidemiológicos demuestran que el uso y abuso en nuestro país y en

otros países de Latinoamérica y del Mundo mayoritariamente es masculino (Estudios CONACE 1999 al 2002; Programa Cambio 2001. Argentina). Sin embargo, en los últimos años se ha venido registrando cierta tendencia al aumento en la población femenina en comparación a años anteriores. Dicha tendencia requiere ser tomado en cuenta a fin de rediseñar alternativas de prevención y tratamiento que respondan a las necesidades de las propias mujeres.

Es así, que existe cierta inducción artificial al sueño por vía de psicofármacos, siendo una forma de evitación de expectativas y de las tensiones, producto de un cúmulo de situaciones dolorosas o estresantes. Esta recurrencia en el consumo de alcohol o drogas lleva muchas veces al consumo habitual e incluso a la adicción. Este hecho permite plantear otros interrogantes en función de la edad, status social y marital de la mujer y formas de adquisición de las llamadas "*drogas legales*", ya que, mayoritariamente son recetadas en la consulta médica. Aunque, históricamente, los estudios sobre el problema de las drogas en las mujeres estaban dirigidos a destacar el riesgo del consumo para la salud del feto.

2.2.- Aspectos sociohistóricos

Como se ha mencionado en capítulos anteriores las drogas han existido desde los inicios de la propia historia, pero ahora, se hará referencia cómo ha influido especialmente en las mujeres.

Se reporta que en 1782 en Nantucket Island, era una práctica común que cada mañana las mujeres tomaran una dosis de opio. El uso de opiáceos llegó a incrementarse en tal medida en las siguientes décadas que, hacia finales del siglo XIX, dos tercios de los adictos al opio y morfina eran mujeres. Cualquiera haya sido la extensión del uso de droga para fines no medicinales (o uso recreacional), la mayor razón para el incremento del consumo de opiáceos legales fue por parte de médicos y farmacéuticos. Entre las adictas estaban las

esposas de los médicos (quienes debían estar largas horas solas mientras los esposos atendían enfermos) y las enfermeras quienes también tenían un fácil acceso a estas sustancias.

Durante gran parte de la segunda mitad del siglo XIX las mujeres adictas a opiáceos, así como también aquellas adictas a cocaína y cannabis, eran por lo general toleradas en una atmósfera de silenciosa aceptación. Sin embargo, muchas de ellas vivían a la sombra de la culpa y la vergüenza, ocultando el uso de drogas a sus familiares más cercanos. Mantenían su drogadicción ya sea a través de la automedicación o en colusión con médicos y farmacéuticos, profesionales cuya excesiva diligencia, ignorancia y condescendencia era equivalente a su codicia. Así, las mujeres eran sobremedicadas no sólo por una amplia variedad de quejas orgánicas sino también por un sin número de vagas quejas no orgánicas calificadas de "neurastenia" o "debilidad de los nervios", cuadro que en su conjunto habría permitido el florecimiento de toda una rama de la farmacéutica norteamericana de finales del siglo XIX. La conexión entre drogas y sexualidad femenina habría existido por cientos de años y estaría extensamente representada en el arte de las antiguas culturas. El uso de drogas por prostitutas, el poder de ciertas drogas para intensificar emociones sexuales, reforzaba la asociación entre la sexualidad femenina y sustancias perturbadoras de la conciencia.

Existen ciertas iconografías de los más variados tipos, como por ejemplo, la dama desnuda de largos cabellos con una botella del popular tónico Vin Mariani en un aviso de finales del siglo XIX; la seductora imagen de una joven con los senos desnudos que promocionaba el "Cocaine Lil"; la cuchara con forma de mujer utilizada en la década de 1920 para consumir cocaína, etc., hacían eco y explotación de la conexión sexualidad femenina y drogas. Incluso hoy muchas sustancias mantienen nombres femeninos altamente sexualizados como es el caso de la cocaína ("chica", "polola", "ella", "dama", "dama blanca"), la heroína ("tía avellana", "chica blanca"), la marihuana ("tía María") y los antidepresivos ("damas rosadas"). Hacia principios de la década de 1970, el porcentaje de mujeres adictas se elevó del 20 al 30%. Además, se comenzó a

delinear el amplio rango de problemas médicos, emocionales y sociales enfrentados por las mujeres adictas, así como el tipo de servicio de apoyo que ellas requerían. Claramente, las experiencias de vida de las mujeres adictas eran radicalmente diferentes a la de los varones. Un número importante de ellas provenían de familias fragmentadas y violentas, o no tenían familia, lo cual hacía extremadamente difícil un tratamiento; asimismo, aquellas que usaban heroína, frecuentemente tenían historias de delincuencia, divorcio y asociación criminal, algún grado de educación o entrenamiento laboral.

Al existir un mayor involucramiento de las mujeres con las sustancias, conllevó a la aparición de otros problemas psicosociales como son la transmisión de las enfermedades sexuales en especial el SIDA, a través del comercio del sexo por drogas, el uso de jeringas contaminadas y la transmisión de tales enfermedades vía transuterina (Stein; 1997:38). Debido a esto, los esfuerzos por ayudar a mujeres adictas se focalizaron específicamente en el uso de drogas durante el embarazo. Aún cuando hubo acuerdo general en que el problema iba en incremento, no hubo acuerdo en su real extensión. Dichas mujeres buscaron desesperadamente tratamientos, sin embargo, la mayoría obtuvo resultados negativos, revelando muchas de ellas su historia de adicción a drogas a profesionales de la salud y paradójicamente algunas fueron procesadas legalmente.

3. - USO DE DROGAS EN ADOLESCENTES GESTANTES

Las consecuencias del abuso de drogas en mujeres son múltiples, entre ellas se puede mencionar los niños que nacen con síndrome de abstinencia, muerte por hepatitis o cirrosis, un 50% mayor de probabilidad de sufrir cáncer de mama, accidentes domésticos, promiscuidad sexual o prostitución que conlleve a VIH/SIDA, problemas de salud mental, y otros problemas que ponen en riesgo su salud integral entre otros (Forselledo; 1986:73).

Existe una gran interrelación entre actividad sexual, embarazo y uso de drogas en adolescentes, ya que un comportamiento de riesgo hace más probable otros comportamientos de riesgo (circuito de riesgo). Las madres adolescentes tienen una sobrecarga emocional que aumenta su estrés y puede llevarlas a consumir drogas. Generalmente las madres adolescentes tienen similares problemas que las adolescentes que usan drogas, ésta se refleja en las condiciones sociales, psicológicas y familiares; por ejemplo, algunos estudios realizados con mujeres consumidoras de marihuana, han encontrado que los ciclos menstruales son más cortos y en no pocos casos anovulatorios, lo que podría significar una potencial disminución de la capacidad reproductiva y cambios hormonales a nivel de la prolactina lo que supone un riesgo en la capacidad de lactancia (Sadler; 1998:31).

En el caso del consumo de clorhidrato de cocaína durante el embarazo, los datos indican que no es probable que la droga que se ha tomado antes de saber que está embarazada afecte al feto; sin embargo, si se continúa su consumo, podría resultar dramático. La cocaína atraviesa la placenta y puede dañarla, reproduciendo el flujo sanguíneo hacia el feto y retardando su crecimiento. "También puede provocar diversas complicaciones de gravedad, incluyendo el aborto, un parto prematuro y el nacimiento de un neonato muerto. Si es que el bebé logra sobrevivir, existe el peligro de una apoplejía y de numerosos efectos a largo plazo (diarrea crónica, llanto excesivo, irritabilidad, encefalogramas anormales, etc.). Además cuanto más frecuente sea el consumo de los derivados de la coca por parte de la embarazada, mayor será el riesgo para el bebé, pero incluso un consumo ocasional a finales del embarazo puede ser peligroso" (Ibid:86).

Asimismo, se observa frecuentemente que las mujeres dejan de consumir drogas durante el embarazo, sin realizar tratamiento ni recibir ayuda específica, por cuidado del bebé. Si se inician con el varón, o consumen con él o con otros miembros de la familia, es mayor el riesgo de volver a consumir después del parto, lo cual acrecienta sentimientos de culpa que frecuentemente son reforzados familiar o socialmente "*esas no son cosas que debe hacer una*

madre". El embarazo es un momento muy propicio para el tratamiento y la prevención; sin embargo, las mujeres embarazadas encuentran dificultades agregadas para recibir asistencia, por la fragmentación de los servicios de salud y la falta de infraestructura adecuada. Una actitud censurante puede reforzar particularmente en esta etapa el ocultamiento de la adicción y obstaculizar el acceso a la información y orientación necesarias.

Finalmente, es importante analizar el tema del impacto negativo del embarazo de la adolescente sobre la salud y el futuro de la madre joven y sus niños, a fin de sugerir algunos programas especiales que traten de solucionar los problemas relacionados con esa situación. Sin embargo, al presentar el embarazo en la adolescente como si fuera una enfermedad, tal vez se haya incurrido en una paradoja. Esta sería la inevitable conclusión lógica si se tomara en cuenta el modelo médico. Una de las fallas de dicho modelo, consiste en suponer que la etiología del embarazo en la adolescente es conocida (por ejemplo, el coito sin protección anticonceptiva) y que la "enfermedad" pueda ser curada con una medida tecnológica (por ejemplo, el "mejor anticonceptivo"). No obstante, la experiencia demuestra lo contrario. Las adolescentes embarazadas sufren a menudo carencias, conflictos y tensiones. Su ambiente familiar se encuentra dominado frecuentemente por graves problemas médicos y sociales, tales como depresión, alcoholismo, prostitución y enfermedades crónicas (Ibid). A esto se suma que la mayoría de las jóvenes embarazadas tienen escasa comunicación con su familia, ya sea por indiferencia de los padres o por conflictos entre padres e hijos. Además, la experiencia indica que muchas adolescentes repiten el embarazo. El modelo médico, pasa por alto el tema crucial: la motivación de la adolescente, ya sea para evitar o desear un embarazo.

3.1.- Mujer, VIH/SIDA y gestación

La notificación de casos de infección por VIH/SIDA entre mujeres gestantes de Chile se ha incrementado en los últimos 3 años. En 2001 el número de casos notificados fue de 17. Durante los tres primeros meses de 1999 se detectaron 32 nuevos casos de mujeres que acudían a control prenatal en sus consultorios. Del mismo modo, en los hospitales se ha incrementado el número de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita de 23 en 1995 a 61 en 1999 (Ministerio de Salud, Documento de trabajo N° 12; 1999).

La diseminación del VIH al parecer, se inició a finales de la década de 1970 e inicio de 1980 entre varones y mujeres con múltiples parejas sexuales en el África Central y del Este y entre los varones homosexuales y bisexuales en ciertas áreas de las América, Australia y Europa Occidental.

En la actualidad, la epidemia del SIDA está ingresando a su tercera década; desde el inicio de la epidemia global alrededor de 28 millones de personas se han infectado con el VIH, de los cuales 25.5 millones son adultos y 2.4 millones son niños; de éstos, un estimado de 4.5 millones de adultos y 1.3 millones de niños han fallecido. Hoy en día se ha estimado en 21.8 millones las personas que viven con VIH/SIDA, de éstos 21 millones son adultos y 830.000 son niños. Aproximadamente 42% de los 21 millones de adultos que viven en VIH/SIDA son mujeres y la proporción sigue creciendo. La mayoría de los nuevos adultos infectados están entre los 15 y 24 años; aproximadamente el 90% de las infecciones se producen en países en vías de desarrollo. Desde el primer caso diagnosticado en el Chile en 1983, la epidemia ha presentado las variaciones poblacionales similares al resto del mundo; hasta noviembre de 1997 se han reportado 6.050 casos de SIDA, pero que debido al subregistro existente, se calcula un número real de 10 a 12 mil casos y por lo tanto 50 a 70 mil casos de infectados por el VIH.

Además, las investigaciones hoy nos orientan que existen tres factores principales que colocan en riesgo a una persona de adquirir el VIH, una de ellas, es la que se encuentra ligada a la asociación madre-hijo (Ibid: 21) :

- ✓ A través de las relaciones sexuales, el virus se encuentra en gran cantidad en el semen en el caso del varón y en la secreción vaginal en el caso de la mujer. Se puede transmitir el VIH en cualquier relación sexual, ya sea con una persona infectada, sean heterosexuales (hombre-mujer, mujer-hombre) u homosexuales (hombre-hombre, principalmente).
- ✓ Por vía sanguínea se puede transmitir por una transfusión de sangre contaminada con el VIH, compartiendo objetos punzo cortantes contaminados como agujas, cuchillas y navajas de afeitar, entre otros.
- ✓ Vía madre hijo, es decir, una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir el virus a su hijo. Asimismo, el riesgo de que una madre infectada por el VIH-1 pero en buen estado de salud, le transmita el virus a su neonato es de 25 a 30% en los países latinoamericanos; este porcentaje aumenta cuando la madre muestra síntomas de SIDA.

4.- MUJER Y MICROCOMERCIALIZACIÓN DE DROGAS

“Realmente no sé por qué estoy aquí (...), sólo sé que mi primo me dio un paquete para llevarlo a Lima (...), yo no desconfíe de él. Grande fue mi sorpresa cuando en la capital me detuvieron y revisaron mis cosas (...), parecía un polvo blanco, luego me enteré que era coca (...). Casi me desmayo, empecé a llorar, pero nada de eso sirvió. Ahora, estoy detenida y sobre todo sin fuerzas para seguir adelante.” (Fragmento de un testimonio de una mujer procesada por tráfico ilícito de drogas; Diario el Mercurio, suplemento “Revista el Sábado”. 2001).

El problema de la micro-comercialización ha aumentado en los últimos años, se han venido utilizando diferentes mecanismos de acción y sofisticados métodos, donde la inclusión de mujeres se ha convertido en una de sus principales estrategias. Muchas personas inmersas en este negocio ilegal, han involucrado a mujeres para que trasladen la droga fuera del país, dichas mujeres han sido denominadas «burriers» (mujeres bellas o del espectáculo); aunque también existen otras mujeres que se encuentran procesadas por micro-comercialización. Estos datos se complementan con las cifras de internas en los penales de mujeres, donde un gran porcentaje están procesadas por tráfico ilícito de drogas y micro-comercialización, además un gran número de ellas declaran haber sido inducidas a incursionar en el tráfico ilícito de drogas por un varón, generalmente su pareja, conviviente, esposo, hermano o amigo.

La diferencia que se ha establecido entre el tráfico local y el internacional se refleja en las características de quienes son apresados por narcotráfico en la ciudad. Por ejemplo, entre las convictas por narcotráfico, existen dos poblaciones claramente diferenciadas: la primera de mujeres jóvenes (menores de 30 años) Chilenas o extranjeras, solteras, habitualmente bien vestidas y atractivas, condenadas por haber sido descubiertas llevando cocaína al extranjero, a las que se les ha bautizado como “burriers”, y la segunda son mujeres de mayor edad, madres de familia de apariencia humilde quienes se

dedican al comercio local como un medio de aumentar sus ingresos, muchas de ellas con una carga familiar. Asimismo, la necesidad económica y la falta de oportunidades de inserción laboral, llevan a muchas mujeres y a familias enteras a involucrarse en la venta de drogas, y de hecho se registra un aumento muy importante en nuestro país y en otros de América, en la cantidad de mujeres reclusas que están en esa condición por delitos de tráfico. Muchas familias en ciertos sectores se sostienen del negocio de la droga, muchos expendedores se vuelven adictos porque deben probar la calidad y muchos adictos se vuelven traficantes para sostener su adicción.

4.1.- Uso de drogas y Prostitución

Otra de las situaciones de las mujeres expuestas al consumo de drogas es la prostitución. En casi todas las casas de citas o prostíbulos se venden drogas (alcohol, cocaína, marihuana, entre otras). Algunas consumen clorhidrato de cocaína, casi siempre se las dan y lo hacen principalmente de noche que es cuando más actividad tiene, lo hacen para calmar las borracheras, por sexo, o por adicción. Algunas son inducidas por clientes, a veces asisten a fiestas, orgías donde se reparte clorhidrato de cocaína (Dávalos y Listón; 1996:93).

Desde el punto de vista psicosocial, el comportamiento post-consumo se caracteriza por la prostitución, venta de drogas y/o mitomanía. Para sostener el consumo, las mujeres pueden involucrarse en la prostitución o el delito. En otros casos, las drogas pueden ser usadas para soportar el trabajo sexual, que se presenta como la única oportunidad de generar ingresos ante la crisis económica y las condiciones de extrema pobreza. También los varones pueden intercambiar sexo por droga, pero pareciera generarse una mayor estigmatización y censura para las mujeres, como si consumir drogas implicara necesariamente ser prostituta (Orte; 1998: 79).

Muchas mujeres padecen situaciones de gran estrés y tensión, agravadas por la crisis económica y el desempleo propio o de otros miembros de la familia. Surgen así estrategias de supervivencia, que aumentan el riesgo del consumo de sustancias como un modo de sobreadaptación y también para desestimar o acallar los afectos que despiertan condiciones de vida muy poco satisfactorias.

5. - LAS MUJERES EN LOS CENTROS DE TRATAMIENTO

Las mujeres tienen mayor dificultad para aceptar su problema, decidir su hospitalización y encontrar quien cuide de los niños. En relación con las madres adictas, no existen aún criterios para su atención. Internarlas para prevenir que usen drogas y tentativamente evitar con esto poner en peligro a sus hijos, no conduce a la protección ni de las mujeres ni de los menores. Es importante recordar, que muchas de las madres son agredidas por sus compañeros actuales o fueron agredidas física, psicológica y sexualmente en su niñez.

La presencia de la mujer en los centros de tratamiento para adictos a sustancias psicoactivas (comunidades terapéuticas), es más reducida en general que la de varones. Los centros que tienen programas específicos para mujeres son muy escasos y si los tienen, lo hacen con un modelo para varones; por ejemplo de las 93 comunidades terapéuticas registradas en 1999, sólo 7 eran para mujeres (Becerra y Bazo; 1999:46).

“Las mujeres adictas son perfectamente conscientes de estos estigmas, de ahí provienen dos sentimientos muy generalizados entre ellas *«culpa y vergüenza»* que deben superar durante los tratamientos. Las mujeres no cuentan con la misma disponibilidad de ayuda y acompañamiento familiar, diversos obstáculos se presentan en la mujer a la hora de solicitar tratamiento, y en muchos casos hay oposición explícita por parte de la pareja o de los padres, generalmente minimizando la importancia o cantidad del consumo”. (Ibid:71)

Muchos centros no cuentan con servicios específicos para las mujeres, principalmente si son madres y tienen hijos pequeños. El tratamiento residencial resulta particularmente crítico cuando las mujeres deben separarse de sus niños, temen perder la tenencia de ellos o no cuentan con redes de apoyo y sostén. En muchos casos, los abandonos de tratamiento tienen que ver con factores contextuales: concretamente, deben retornar lo antes posible para cumplir sus responsabilidades domésticas y familiares. Si no se incluyen estos factores, puede interpretarse el corto tiempo de tratamiento como escasa motivación o falta de compromiso de las mujeres con su recuperación. Las mujeres no son un grupo homogéneo, por lo cual es preciso tener en cuenta la diversidad de raza, condición socioeconómica, edad, condición marital, status, etc. para la planificación de estrategias de tratamiento y prevención. Es importante tener en cuenta el momento del ciclo vital que transitan para comprender los diferentes efectos e impactos que el consumo de drogas produce en ellas y en las familias.

Capítulo 4

"Familia y Dependencia a las Drogas".

1. - EL HOMBRE COMO SER SOCIAL Y LA FAMILIA COMO GRUPO SOCIAL BÁSICO.

Desde nuestro nacimiento dependemos de otros para sobrevivir. El cuidado, protección y satisfacción de nuestras necesidades básicas generalmente por parte de nuestra madre y padre, nos permite entrar en el mundo de lo humano. Sin la posibilidad de establecer estos vínculos significativos, la vida humana no sería posible. La sobrevivencia y la capacidad de desarrollarse y crecer están fuertemente ligadas a la posibilidad de acceder a estos vínculos. Tan fuerte es esta dependencia a otros que nuestra misma identidad y si mismo se define en función de las relaciones e interacciones que establecemos con los demás. Por ejemplo, soy casada por que tengo un vínculo definido con un hombre, soy madre porque tengo un hijo, soy santiaguina en referencia a mi pertenencia a un lugar geográfico, etc. De modo que cuando yo hablo de mí haciendo uso de estos conceptos, estoy aludiendo a mi inserción y pertenencia a determinadas relaciones y vínculos en un espacio y tiempo determinado.

Uno de los grupos sociales básicos y más importantes en nuestra sociedad es la Familia. Un grupo social definido por lazos de consanguinidad o parentesco, que construye una historia común. La pertenencia a nuestra propia familia nos permite la formación de nuestra identidad personal y nos provee un sentimiento de pertenencia, la idea de que yo soy de los González Maldonado o los Pérez García, y dentro de ellos, Victoria o Elisa.

1.1.- Aproximaciones al Concepto de Familia

Existen distintas formas de definir "*familia*". Para acceder a una aproximación más amplia, se dan a continuación varias definiciones. La primera y de sentido común podría ser "*unión de los padres con sus hijos en una casa que les sirve de hogar*". Y otras más desarrolladas son las siguientes:

"Grupo social unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológicas o adoptivas) y alianzas, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables" (Comisión Nacional de la Familia, 1994: Informe de trabajo:32-36).

"Grupo de personas emparentadas entre sí, que viven bajo la autoridad de una de ellas" (Instituto Nacional de Estadísticas, 1982).

"Unidad básica de parentesco que incluye a todos aquellos que viven juntos o se reconocen como entidades emocionales, relacionales y sociales significativas -personas adoptadas, familias uniparentales, miembros de familias ensambladas, familias extensas que rebasan los parámetros de consanguinidad y diseños nucleares -, en la cual los roles y normas se centran en la protección recíproca de sus miembros, la regulación de las relaciones sexuales, la crianza de los niños y la definición de las relaciones de parentesco" (Quintero; 1997:38).

Complementariamente a las definiciones anteriores, se puede agregar que la familia es un grupo primario de pertenencia, resultado de una experiencia y alianza entre géneros, y de composición intergeneracional. En efecto, la familia requiere para su constitución el encuentro y la relación entre un hombre y una mujer que quieren vincularse, idealmente, a través del afecto entre ellos o hacia los hijos que surgen de esta relación (Hidalgo y Carrasco, 1999:121). Por otro lado, todo individuo nace de otro ser humano, constituyéndose en la nueva generación que dependerá para su sobrevivencia

del cuidado que éste u otra persona (generalmente adulta) de la anterior generación pueda brindarle.

De este modo, y de acuerdo a Avilés (1991:36), define a la Familia como:

- ✓ La pareja que vive con sus hijos. (Se podría agregar la "pareja sin hijos", casados o conviviendo perdurablemente)
- ✓ Las madres o padres solteros, separados o viudos con hijos.
- ✓ La pareja de ancianos.
- ✓ Los separados y vueltos a casar y sus hijos.
- ✓ Los abuelos que viven con sus nietos.
- ✓ Los tíos que viven con sobrinos.
- ✓ Los padres con hijos adoptivos.

La Familia, como unidad social, se puede clasificar o definir de acuerdo a la composición y estructura relacional que se quiera destacar, encontrándose las siguientes configuraciones:

- ✓ Familia Nuclear: Unidad familiar básica, conformada por los padres y los hijos.
- ✓ Familia de Origen: Hace referencia a la familia de donde provienen los cónyuges o convivientes que han formado una nueva familia.
- ✓ Familia Extendida: Designa a la familia nuclear más otros parientes.
- ✓ Familia Uniparentales o Monoparentales: Familias que están formadas por un solo padre y los hijos.
- ✓ Familias Reconstituidas o Reensambladas: Diversas configuraciones familiares que forman al unirse un padre separado con otro – separado o no -, ya sea que los dos o sólo uno de ellos incorporen a sus respectivos hijos. (Ibid:79)

1.2.- La Familia cambia a través del tiempo.

La familia evoluciona en el tiempo y cambia de acuerdo a las demandas de crecimiento y desarrollo de sus miembros y al contexto social, cultural e histórico más amplio donde se inserta. A medida que la familia se transforma desde una primera relación de pareja, el matrimonio o la convivencia, pasando por el nacimiento del primer hijo y de los siguientes, a medida que los hijos crecen y de niños se transforman en adolescentes, se convierten en adultos y luego se van del hogar, la familia como unidad va cambiando y pasando por distintas etapas. Es lo que se conoce como Ciclo Vital Familiar.

¿Qué es lo que cambia a medida que la Familia pasa por estas distintas etapas del Ciclo Vital Familiar?. Desde un punto de vista teórico sistémico, lo que cambia es la organización y la estructura de la familia (Minuchin y Fishman; 1979:55). Esto significa que los roles y funciones y, por lo tanto, las formas de relacionarse entre los distintos miembros que componen a la familia se van modificando para hacer frente a las necesidades de cada uno de ellos y a las demandas que son impuestas por el contexto más amplio. Ser apoderados del colegio de un niño de seis años es distinto de serlo de uno de doce. Las obligaciones, deberes, derechos, tareas, roles y funciones tienen que adecuarse tanto a las edades de los hijos como a las etapas de vida de los padres. Los padres ejercen sus funciones parentales de modo diferente según sean padres del primer hijo o del tercero, no sólo por la cantidad de hijos y la experiencia adquirida en la crianza, sino también porque ellos mismos tienen edades diferentes y han desarrollado una experiencia de vida familiar, laboral, social, vincular, también diferente. En la edad media, los padres se enfrentan a la renegociación de sus relaciones con sus propios padres, quienes tal vez se vean afectados por problemas de salud y necesiten un mayor cuidado de parte de sus hijos ahora crecidos y adultos.

La organización y la estructura familiar quedan definidas en función de tres conceptos (Campos S.; 1983:43):

- ✓ **Límites:** Reglas que definen quién participa y cómo, quién está adentro o afuera de una operación (actividad específica), y los roles que tiene cada uno de los miembros en relación a ellos mismos y al mundo externo a la familia. Los límites indican quién participa en una interacción familiar.
- ✓ **Alineación:** La unión u oposición de un miembro de la familia a otro al llevar a cabo una actividad u operación. Diferencia a los que están a favor o en contra en una actividad.
- ✓ **Poder (jerarquía):** La influencia relativa de cada miembro de la familia en el resultado de una actividad.

La forma de relacionarse entre los miembros en las distintas etapas del Ciclo Vital por el que atraviesa la familia puede describirse en función de secuencias de conductas o comportamientos mutuamente determinados que se repiten en un determinado periodo de tiempo (patrones interaccionales). Lo que cambia en la familia a medida que construye su historia son los patrones relacionales recurrentes, repetitivos. (Ibid:56)

Ejemplo de un patrón relacional o interaccional simple puede ser el saludo habitual que se hace cotidianamente cuando nos encontramos con otro. Si yo digo "¡Hola!" y el otro me responde de la misma manera, y si esto sigue repitiéndose cada vez que me encuentro con él, establecemos una interacción recurrente que se inicia del modo esperado y que permite que la interacción continúe. Si en alguna oportunidad el otro responde a mi saludo diciéndome la hora o de otra forma, yo al menos me sorprenderé, y tendré que ajustarme y conducirme de un modo alternativo al que estaba acostumbrado, puesto que el patrón habitual y reconocido como iniciador de la interacción no se produjo. En cada familia se puede observar numerosos patrones relacionales como el descrito, y otros muchos más complejos. Estos patrones relacionales se especifican en función de los tres componentes anteriormente señalados

(límites, alineación, poder), y permiten verificar la proximidad y distancia entre los miembros de la familia.

2.- FUNCIONES DE LA FAMILIA

Las funciones centrales de la familia, a través de su Ciclo Vital, son el favorecer la individualización y el proporcionar un sentido de pertenencia. La variable que se relaciona con ambos procesos o funciones es la proximidad-distancia entre los miembros.

Desde un punto de vista psicológico, la familia tiene dos funciones centrales e interdependientes: favorecer el proceso de individualización (o diferenciación) y el sentido de pertenencia (Minuchin y Fishman, 1979:42). Ambas funciones tienen relación con la formación del sí mismo y de la identidad personal (responden a la pregunta fundamental de ¿quién soy Yo?).

Individualizarse o diferenciarse es un proceso de crecimiento y desarrollo personal continuo para todos los miembros de la familia, ligado a alcanzar la autonomía y libertad emocional que determina el estilo de vida y la salud psicológica de los individuos (Bowen;1987:51). Es el proceso de lograr desenredarse de la red familiar de pertenencia y resolver el "apego emocional" a la familia de origen, alcanzando un sentido de unicidad, identidad, y autoafirmación adecuado y satisfactorio al insertarnos en el mundo y en las relaciones que establecemos.

Por otro lado, las familias Chilenas difieren en muchos sentidos de la de otros países latinoamericanos o de las familias europeas. No obstante lo anterior, Hidalgo y Carrasco (1999:34-35) han señalado que un núcleo familiar cumple básicamente las siguientes funciones:

- a) **Satisfacción de necesidades biológicas:** tendientes a la reproducción, crianza de los hijos. Se incluyen las necesidades de alimentación, abrigo, descanso, ejercicio, cuidado de la salud, etc.
- b) **Satisfacción de necesidades psicológicas:** que generan una matriz de experiencias afectivas y vinculares que van gestando la vivencia de pertenencia sobre la cual se desarrolla la identidad personal. Estos lazos afectivos establecen responsabilidades mutuas y sentimientos de pertenencia que hacen que cada grupo familiar adquiera características supraindividuales, es decir, se constituye en una totalidad distinguible y única. Estas relaciones afectivas y de intimidad son las características más notables de la familia. Para Minuchin, las tareas esenciales de la familia son apoyar la individualización y patrocinar un sentimiento de pertenencia. De acuerdo con Zegers (1988:59), la familia es el más importante grupo primario de pertenencia que funciona como un organismo mediador entre el individuo y la sociedad, y que constituye la cuna de la personalidad, por cuanto en ella se producen los primeros intercambios y experiencias a través de los cuales se construyen formas particulares de ver el mundo y de verse a sí mismo.
- c) **Funciones de Socialización:** dado que la familia es la principal transmisora de la cultura, ya que enseña las creencias, valores, normas y conductas deseables de su grupo social. Asimismo, a través de esta función socializadora, va modelando los comportamientos esperables según los roles, el género, el estatus social u otras variables, que asumen los individuos al vivir en sociedad.
- d) **Funciones Económicas:** dado que la unidad familia se constituye en un sistema de producción y adquisición de servicios y bienes para lograr la subsistencia de sus integrantes.
- e) **Función mediadora con diferentes estructuras sociales:** puesto que relaciona a los integrantes de la familia con otras unidades del sistema social. A través de los diferentes roles familiares y la adjudicación de un determinado estatus, la familia puede ser considerada como una plataforma para las acciones en otras esferas sociales.

El cambio de la Familia a través de su ciclo vital implica estrés, ajuste y capacidad de adaptación y flexibilidad, sobre todo en las etapas transicionales. En algunas familias que presentan dificultades en estas transiciones uno o más miembros pueden desarrollar diversos síntomas o trastornos, entre los cuales se encuentra el abuso de drogas y eventual dependencia.

El paso de una etapa a otra del ciclo vital de una familia supone una fuente de estrés, puesto que la nueva etapa implica ajustes y la utilización alternativa de otras formas de relacionarse, donde se renegocia la proximidad y distancia entre sus miembros. Es una situación estresante que implica tensiones y ansiedades. Si una madre está acostumbrada a tratar a su hijo que ya tiene 10 años de igual forma que trata a su hijo de 5 años, es probable que el primero reclame y quiera un trato distinto, que considere más sus opiniones, sus gustos y la sensación de que es mayor que su hermano. Cuando este tipo de trato, es decir, de formas de relacionarse, se prolongan en el tiempo y no son modificados de acuerdo a las circunstancias, pueden generarse problemas. La generalidad de las familias hace los ajustes necesarios y recurren flexiblemente a pautas de relación alternativas, haciendo uso de sus propios recursos personales y su creatividad, es decir, la madre aprende rápidamente a tratar a su hijo de 10 años como un niño de esa edad, lo que a su vez hace que éste se comporte como un niño de esa edad, lo que a su vez hace que la madre lo siga tratando como tal hasta que sea necesario. En algunas familias que presentan dificultades en estas transiciones uno o más de sus miembros pueden desarrollar diversos síntomas o trastornos, entre los que se cuenta el consumo de drogas y la adicción a sustancias.

Cuando surge un síntoma la familia tiene dos posibilidades:

- ✓ generar conductas (respuestas) alternativas funcionales, adaptativas, o
- ✓ opera en la disfuncionalidad, es decir, responder con rigidez manteniendo o cronificando el síntoma. Una familia disfuncional mantiene el síntoma.

3.- DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

La disfuncionalidad familiar se caracteriza por los siguientes patrones internacionales redundantes (Coddou y Chadwick; 1994:37).

- ✓ **Rigidez en la organización y funcionamiento familiar:** Ausencia de cambio cuando se requiere cambio y crecimiento. La familia no tiene la flexibilidad necesaria para acomodarse constructivamente a eventos externos e internos (roles y límites acordes a las demandas), lo que redundante en vulnerabilidad y dificultad en el cumplimiento de las funciones.
- ✓ **Falta de resolución de conflictos:** Se repiten los mismos comportamientos no solucionadores de los problemas o situaciones, y no se generan otras alternativas.
- ✓ **Aglutinamiento o desligamiento:** Formas de operar de las familias que van desde un alto grado de fusión e involucramiento entre los distintos miembros o subsistemas (límites interpersonales difusos, confusión de roles, baja autonomía, poca diferenciación entre los miembros, falta de privacidad), a una de máxima distancia y falta de involucración entre los mismos (límites firmemente delineados, rígidos e impermeables, roles definidos, corte afectivo-defensivo, pseudo autonomía, pseudo independencia y pseudo diferenciación, ausencia de intimidad compartida).

3.1- La familia con un miembro dependiente a drogas

La familia con un miembro dependiente a drogas presenta una serie de patrones interaccionales o formas recurrentes de relacionarse entre ellos que permiten la incorporación y mantención del comportamiento adictivo. La observación fundamental en estas familias dice relación con un "temor a la

separación". En términos generales, el miembro que se ha vuelto dependiente no puede darle curso a su proceso de individualización- diferenciación y la familia queda estancada en una fase del ciclo vital (familia con hijos adolescentes, disfuncional), dificultándose en sus miembros su propio desarrollo y crecimiento personal. (Ibid:35)

Generalmente, el consumo de drogas se inicia en la adolescencia, una etapa donde se exagera la ambivalencia de ser autónomo e independiente y, al mismo tiempo, el temor a ser adulto. En esta etapa, se espera que el adolescente y el joven después pueda crecer y desarrollarse de tal forma que pueda convertirse en adulto a cargo de su propia vida, de su cuidado y sobrevivencia, transformándose en una persona autosuficiente que trabaje ya suma responsablemente, forme su propia familia y se inserte en la vida social. Sin embargo, el adolescente que consume y entra en el proceso que finalmente lo conduce a la dependencia, queda enganchado a su familia de origen y se estanca en esta etapa del ciclo vital junto con su familia. La etapa que prevalece es la que precede el abandono del hogar por parte de los hijos. No es infrecuente encontrar personas dependientes a drogas de 30, 40 o más años de edad que siguen dependiendo de sus padres (y estos de él), y que llevan una vida que permite describirlos como "perpetuos adolescentes". Las interacciones producidas en el seno de la familia no han preparado a estas personas para insertarlas en la vida adulta.

3.2.- Apego a la Familia de Origen:

Según Stanton y Tood (1978:67), señalan en su obra "Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas", las siguientes características:

- ✓ Las personas dependientes a drogas viven con la familia de origen o presentan una frecuencia de contactos muchos mayor que otros grupos.
- ✓ El matrimonio o relación de pareja de la persona dependiente a drogas suele repetir los patrones de interacción de su familia de origen, con

roles y reglas similares a las vistos en los progenitores. Se casan menos a lo esperado, hay matrimonios múltiples y vuelven a la familia de origen después del fracaso matrimonial.

- ✓ La relación de pareja del dependiente a drogas suele ser modulada por la relación de pareja de los padres, es decir, los dos subsistemas siguen siendo interdependientes. A una crisis entre los padres le sigue una crisis en la pareja del dependiente.

3.3.- Modelo Familiar:

Las personas dependientes a drogas ilícitas tienden a mostrarse como personas dependientes, inadaptadas, no preparadas para asumir responsablemente, con temor a estar asilados o separados. Cuando la persona dependiente a drogas ilícitas comienza a tener logros (trabajo, tratamiento, etc.) se encamina en cierto modo al abandono de la familia, a lo que suele seguir una crisis familiar (peleas o separación de los padres, otro miembro hace síntomas o se convierte en un problema). Luego el dependiente recae o vuelve a fracasar, mientras el nuevo problema que había aparecido desaparece. Ello se interpreta como que no sólo el dependiente tiene temores o dificultades para separarse de su familia de origen, sino que ésta también presenta las mismas dificultades. De este modo, el fracaso podría cumplir una función protectora para mantener la cercanía familiar (homeostasis). La familia necesita al dependiente con su adicción, tanto como éste necesita a su familia. La amenaza de abandono, y el pánico a la disolución de la triada rígida que dejaría a los padres frente a frente, hace a la familia soportar situaciones límites (robo, detenciones, violencia, prostitución de la adicta, etc.). De allí que suelen presentarse movimientos familiares que apuntan a bloquear los intentos del consumidor de drogas a superar su adicción. Si no hace frente a estos aspectos dentro del tratamiento, pueden producirse sanciones vinculadas a la recuperación, se lo puede retirar de un programa de tratamiento, o la familia hasta puede introducir algún tipo de drogas en el mismo.

El síntoma de la dependencia a las drogas ilícitas suministra una forma de “pseudoindividualización” a la persona dependiente. La “*volada*” le permite irse, separarse y distanciarse, estando físicamente presente, sin irse realmente. Se sienten más autoafirmados, asertivos, agresivos, autónomos, “*libres*”, pero estas sensaciones y sus conductas concomitantes son juzgados (as) por la familia como producto de los efectos de la droga, sin la cual ellos (as) no son así.

La cultura de la droga le dispone de amigos (as), dinero, poder, la sensación de ser adulto, independiente y exitoso en la relación a otros consumidores. De este modo soluciona su dilema de querer separarse, diferenciarse, pues parece estar fuera de la familia cuando en realidad cada vez va dependiendo más, requiriendo más atención y preocupación de su familia, siguiendo en su rol asignado. La diferenciación se presiona por fuerzas biológicas y socioculturales: se espera que el o la joven se independice y forme su propia familia.

3.4.- Estructura Familiar

Desde un punto de vista estructural sistémico, se encuentran estas redundancias relacionales, que definen la proximidad y distancia entre sus miembros:

- a) Una falta de diferenciación entre el subsistema parental y el subsistema fraterno.
- b) Una incongruencia jerárquica: los padres no detentan el poder necesario para desempeñar su autoridad sobre los hijos (funciones ejecutivas débiles).
- c) Existe un patrón triádico de relación: Una débil alianza de la pareja parental, que lleva a la inclusión de los hijos como terceros en el conflicto. Ello da origen a coaliciones de un padre con el hijo contra el otro cónyuge. Estas alianzas transgeneracionales son manifiestas en un nivel y negadas en el otro, constituyéndose un mensaje contradictorio.

- d) El subsistema fraterno presenta rivalidades entre sí y no hay alianzas entre ellos.
- e) Cuando la configuración de la familia es con más hijos, suele haber un hermano mayor que desempeña funciones de padre o madre (hijo parentalizado aliado con la madre o padre) con respecto al hijo sintomático, involucrándose activamente en las decisiones respecto a éste. En este caso, *el padre o madre se ve aliado de sus deberes parentales de toma de decisiones*, eliminándose así una fuente de quejas entre los esposos, al mismo tiempo que el hijo parentalizado se ubica en una posición jerárquica difícil: pierde paridad o fraternalidad con su hermano y no dispone de figuras parentales propias, no se le reconoce autoridad suficiente y pueden ignorarse sus propios errores para mantener la definición de adulto que de él hacen los padres. Está sobrecargado de responsabilidad, dentro de otro triángulo.

4. - ESTILOS EDUCATIVOS EN LA FAMILIA

La mayoría de los autores que han estudiado los estilos educativos al interior de la familia, han encontrado que la educación parental está determinada por dos variables principales, según Campos (1983):

El apoyo: Se refiere al grado de afecto o valoración. Puede ir desde una conducta cariñosa, afectuosa, responsiva centrada en el hijo(a), hasta una conducta de rechazo, hostilidad y poco centrada en el hijo (a).

El control: Se refiere el grado de influencia que los padres ejercen en los hijos. Esta variable se puede subdividir en 2 subvariables:

- ✓ Control externo: Iría desde el refuerzo y control externo a la disciplina inconsciente, autonomía externa, falta de refuerzo y disciplina laxa.
- ✓ Control psicológico: Iría desde la institución, control vía culpabilidad, control hostil y posesividad hasta la retirada de la relación.

Las normas que estable la familia y su refuerzo expresado en premios y castigos, es parte del control que los padres deben tener sobre la conducta de sus hijos. El control debe ser entendido en relación con una autoridad legítima de los padres, es decir, basado en la "cercanía" y de la "identificación" de los hijos con sus padres como modelos.

El control afectivo se basa en el respeto a los hijos, no es autoritario ni arbitrario, ni se basa en la fuerza, el miedo o el castigo indiscriminado. No implica una restricción innecesaria de la libertad de los hijos; al contrario, la autoridad de los padres actúa, principalmente, a través del estímulo y el reconocimiento a las conductas positivas, en una valoración de su persona y sus capacidades. El control que se basa en una autoridad legítima es mayor es porque va acompañado de un grado suficiente de identificación de los hijos con los padres, es decir, porque la relación se apoya en el afecto, en la comunicación, en la aplicación de las normas claras y consistentes. Con ello, la influencia paterna es mayor en comparación con otras fuentes de influencia, como lo son por ejemplo, los amigos. De esta manera, los padres, la familia contribuye indirectamente a la selección adecuada de los amigos.

4.1.- Normas claras

Los hijos no son simples copias de los padres o de quienes tomen como modelos. En este sentido, es importante la familia por que también influye la conducta de los hijos a través de sus normas, definiendo qué conductas son adecuadas y cuáles no. Con ello, transmite sus valores, las normas definen lo que es bueno y malo, lo que es justo e injusto, etc.

Las normas expresan en expectativas de conductas, es decir, en lo que los padres esperan de los hijos. Es importante que los padres establezcan normas claras, que pongan límites respecto a lo que está permitido y lo que no. Es también importante señalar las razones, que los hijos entiendan el porqué de esas normas y la necesidad de respetarlas, ya que estas no son arbitrarias.

Las normas familiares y su aplicación son una expresión de atención y cuidado por los hijos; en definitiva, es una expresión de afecto. Una familia que no impone reglas, que consiente todo lo que los hijos reclaman es una familia donde no hay verdadera preocupación, donde no hay afecto verdadero. (Ibid:43)

4.2.- Esfuerzo-estímulo

Las normas, las conductas que ellas establecen y los valores que representan, pueden ser reforzadas a través de la utilización del estímulo o premios a conductas apropiadas y del rechazo o castigo a conductas inadecuadas, por ejemplo, respecto a los horarios, el rendimiento escolar, los hábitos, las responsabilidades y deberes, etc. Este sistema de refuerzo y rechazo aplicado con regularidad, llega a transformarse en pautas de comportamiento que el niño o el joven internaliza como propias, se transforman en hábitos de conductas, por lo cual a lo largo no es necesaria la aplicación de premios y castigos. Estos últimos donde desgraciadamente ocurre el castigo físico, pueden incluir gestos, palabras y actitudes. Es importante que las expectativas de los padres se adecuen a las capacidades de los hijos en forma tal que no produzca una frustración permanente. (Ibid:57)

5.- CODEPENDENCIA EN EL CONTEXTO FAMILIAR

El concepto de codependencia es usado por algunos autores para referirse tanto a una enfermedad familiar, como a una condición que puede ser identificada en sólo un miembro de la familia.

Mendenhall (1989:64) afirma que, "cualquiera que aprende a ajustarse al ambiente que se da en un sistema familiar adicto debe adoptar un comportamiento desadaptativo para poder sobrevivir". La resultante es que la

familia se vuelve funcional al proceso disfuncional que conlleva la dependencia química.

En la familia se van desarrollando dinámicas resultantes del estrés de una vida irracional e impredecible con el dependiente. A medida que cada miembro se va adaptando a situaciones estresantes, el sistema familiar se va enfermando y el ambiente familiar, a su vez, va induciendo cambios emocionales en todos los integrantes de la familia (Muldry; 1987:130).

Características y reglas de Funcionamiento de Familias Codependientes:

Las características de una familia disfuncional como lo es la familia codependiente-, serían:

- ✓ Uno o más adultos necesitan más tiempo y atención que otros
- ✓ Las creencias y tradiciones de la familia son más importantes que las necesidades individuales
- ✓ Un miembro se transforma en el punto focal de la familia y todos los otros miembros deben sacrificar sus necesidades para cuidar o apoyar al dependiente
- ✓ A los niños se les pide que asuman responsabilidades adultas y se les impide actuar como niños
- ✓ No se discute abiertamente lo que ocurre en la familia
- ✓ A los niños se les enseña a postergar sus necesidades para cuidar a otros
- ✓ La estructura de la familia disfuncional es rígida e inflexible; su estructura se mantiene sin importar la situación. (Ibid:135)

Las reglas que subyacen al comportamiento descrito giran en torno al control, al perfeccionismo, a la culpa, al no hablar y a la desconfianza. Muldry acota que, independientemente de las circunstancias causantes, la resultante es un sistema familiar patológico que adhiere en forma rígida a las "reglas clásicas de mantención de un sistema familiar enfermo: no hables, no sientas,

no confíes, no pierdas el control y no busques ayuda fuera de la familia" (Muldry; 1987:91)

5.1.- Organización Familiar y Funcionamiento de una Familia Disfuncional

El enfoque sistémico contempla diversos modelos intermedios (interaccional, estructural, estratégico, etc.). Cada uno de estos modelos propone una descripción de "familia disfuncional" que, a pesar de plantear ciertas diferencias entre sí, básicamente coinciden en la descripción de los patrones redundantes, que serían los siguientes: rigidez en la organización, y funcionamiento familiar, falta de resolución de conflictos y desligamiento o su opuesto, aglutinamiento.

La Familia disfuncional frente a la enfermedad generan estilos de respuestas marcados, el autor Kornblit (1984:46) sostiene que en la disfuncionalidad, a groso modo, se pueden identificar dos patrones de respuesta en relación al estilo desarrollado por una familia frente a la emergencia de una enfermedad crónica o aguda. Estos patrones representan dos polos opuestos, existiendo entre ambos una infinidad de respuestas posibles.

Los patrones de respuesta son:

- ✓ **Tendencia Centrípetas:** Se caracteriza por una extrema cohesión interna que gira en torno al enfermo. Este absorbe la energía, monopoliza la atención y le reduce las posibilidades de desarrollo y crecimiento a los demás miembros.
- ✓ **Tendencia Centrífuga:** Se caracteriza por conductas evitativas de los miembros de la familia en torno a la enfermedad, exceptuando a uno de ellos, quien le dedica todas sus energías al enfermo.

Desde el contexto de la dependencia como una enfermedad familiar, los autores han descrito roles específicos para las familias dependientes (y, por consiguiente, familias codependientes). Los roles mencionados son: facilitador principal, cuando el dependiente químico es uno de los miembros de la pareja parental (rol usualmente asumido por el adulto), y los roles de héroe, rebelde o chivo expiatorio, niño perdido, payaso o mascota, para cada uno de los hijos.

“La codependencia como una enfermedad familiar no es un constructo viable, debido a que los fenómenos descritos como tales equivalen al fenómeno familiar más general de disfuncionalidad”. (Ibid)

El concepto de codependencia sería usado entonces, para describir a uno o más miembros de una familia que asumen características específicas que configuran su identidad en su rol de facilitador con el otro. Desde el punto de vista anterior, el hacer la distinción del rol de facilitador principal para diferenciarlo de los otros roles familiares posibles, no sería necesario, ya que la codependencia, al no considerarla una enfermedad familiar, no contempla otros roles en su operar.

El contexto que con mayor probabilidad genera codependencia es aquel donde una familia disfuncional adopta una respuesta centrífuga. Para que se genere codependencia, es condición necesaria que el trastorno o enfermedad frente al que surge la respuesta familiar disfuncional, cumpla con la condición de cronicidad en el tiempo. Sin embargo, esta sola variable, como variable única hace poco probable la configuración de un codependiente; las probabilidades irán aumentando a medida que se vaya produciendo un intercruce de la variable anteriormente mencionada con las siguientes: esperanza de curabilidad asociada, negación de carácter de enfermedad y/o rechazo moral asociado.

Según la obra “Padres Tóxicos” (Forward y Buck, 1991) las Familias Disfuncionales requieren necesariamente estar en relación directa con los demás miembros para que se genere una dinámica anómala. Dicha relación,

propiciará un clima psicológico o psicopatológico que los afecte de manera específica o inespecífica.

Para que se constituya como disfuncional requiere el patrón de características; tener permanencia en su membrecía. Hay que recordar, sin embargo, "que en una Familia Disfuncional neurotígenica pueden surgir uno o varios adictos a sustancias químicas, como también en una Familia Disfuncional Adictogénica pueden surgir neuróticos. Lo importante para que una familia se constituya como Disfuncional "es que uno o varios de sus integrantes presenten un patrón de conductas inadaptativas indeterminadas de manera constante y que mediante una relación directa afecte a los demás miembros generando una atmósfera no saludable propicia para la aparición de patologías no específicas". Posteriormente, en su clima se van a ir perfilando y acentuando una serie de elementos que condicionarán patologías específicas de tal manera que un profesional en este campo mediante el estudio de la atmósfera familiar puede elaborar pronósticos referentes a la aparición de tal o cual patología entre sus integrantes o en su defecto explicarse la etiología de ellas". (Ibid:43)

5.2.- Proceso de "disfunción familiar genérica"

Existen familias en que por una defectuosa concepción de los elementos de su entorno y por ende equivocado desempeño de roles complementarios, impiden en sus integrantes el entrenamiento y ejercicio de conductas y funciones. Esto torna a estas personas en dependientes de otras situándolas en condiciones de riesgo para la instalación de conductas patológicas afines. Estas conductas pueden ir desde un trastorno de conducta hasta una alteración psiquiátrica severa. Bien es sabido, que una relación deficitaria y no saludable de un integrante de la familia con otro de su membrecía no solamente los afecta a ambos, sino que también alcanza a los demás integrantes de la familia afectándolos de una manera específica o inespecífica pudiendo originar la aparición de formas anómalas del comportamiento. Puede ser que una persona que detente un factor predictivo adictógeno y que se empareje con otra de

características psicológicas compatibles, paulatinamente vaya estableciendo un nexo que al asociarse fortuitamente a un factor de riesgo de manera y forma permanente, puede ir condicionando lo que ulteriormente será una adicción. Si dicho emparejamiento da origen posteriormente a una familia, se va formar un clima donde la relación entre la pareja y esta con los hijos necesariamente vaya a desarrollar de manera disfuncional en un tiempo no determinado, características posiblemente orientadas a determinada patología.

Se puede plantear entonces que existen sistemas familiares disfuncionales que generan una atmósfera patológica para la inserción de cuadros neurotigénicos, psicopatogénicos, psicotigénicos y por último que se presenta en el siguiente párrafo: Adictogénicos.

¿Que significa esto?, Que depende de las características de las familias, en lo referente a patrones de crianza, formas de ejercer la autoridad, de circular la información, de distribuir la administración del hogar, de la relación que establezcan con el entorno social, etc., para que una familia ingrese a una disfunción sin tener previamente a ninguna personalidad anormal en sus filas y que ésta conduzca a sus integrantes a la instalación de características psicológicas de riesgo o en su defecto patológicas del tipo: psicosis, neurosis, psicopatía o adicción. Puede también, que se generen las condiciones de diversa complejidad para que establezca en el repertorio somático de uno o varios de sus integrantes un "Factor Predictivo" y que permanezca inactivo hasta que tome contacto con un "Factor de Riesgo". La disfuncionabilidad familiar así conceptuada puede ocasionar- de manera genérica el siguiente tipo de familias:

- ✓ Familias disfuncionales / neurotigénicas
- ✓ Familias disfuncionales / psicotigénicas
- ✓ Familias disfuncionales / psicopatogénicas
- ✓ Familias disfuncionales / adictogénicas (Ibid)

6. -TIPOS DE FAMILIAS DISFUNCIONALES

Cada una de ellas y en contacto con los factores de riesgo compatibles, con cada uno de sus miembros y/o su factor predictivo correspondiente pueden incubar y hasta desencadenar los cuadros psicopatológicos respectivos ya mencionados. Cuando una persona recurre a consulta psicológica o psiquiátrica por algún problema referido a la especialidad rara vez asiste toda la familia, y para ello es necesario involucrar a todos los miembros del sistema familiar, de no ser así el tratamiento se efectúa de forma personal o dirigido únicamente a un familiar. Cuando el psicoterapeuta u otro profesional abordan al sistema familiar para iniciar una psicoterapia, a la familia en su totalidad se le considera como «el paciente», siendo a la vez que en un miembro de la familia sea en quien recae de manera más profusa la patología. En éste se condensa la sintomatología que en algunos casos puede tornarse imposibilitante. Se le denomina Paciente Identificado (PI). Este se constituye en el miembro enfermo, la expresión de la patología familiar, (el efecto-síntoma), cuya función es obtener un equilibrio-desequilibrio y que ésta se acomode y aprenda a comportarse de manera específica frente a su familiar (PI).

Ante esta situación con el transcurrir del tiempo aprenden a desempeñar roles complementarios enmarcados en alguna patología, los demás integrantes del grupo familiar que permiten mantener el equilibrio e impedir que la familia se desintegre. A través del desarrollo de esta patología los comportamientos que se venían presentando en los diferentes aspectos de la vida familiar se van modificando como también sus roles y funciones tornándose paulatinamente -y de manera tal vez para sus integrantes imperceptible- disfuncionales. Ahora no solamente han variado las conductas abiertas que hasta hace un tiempo podían observar a diario entre sus miembros sino también una serie de aspectos encubiertos de ésta como la forma de circular la comunicación, los horarios de ausencia, presencia y permanencia en casa, la manera cómo se distribuye o redistribuye las funciones de autoridad, el estilo de cautelar o administrar las *pertenencias personales o patrimonio de la familia* (si existe un adicto a drogas se diseñan una serie de mecanismos de autoprotección para preservar sus

bienes). La forma de sancionar a sus integrantes ante la trasgresión de las normas familiares, la manera como expresan sus afectos, la proximidad de sus miembros, la kinética de sus individualidades, las alianzas, triadas, micro grupos en su interior, la forma de pensar o sentir acerca de este reacomodo familiar, de ser inadecuadas se constituyen en el perfil de la disfuncionabilidad. Es importante observar en una familia la forma en que se constituyen los roles complementarios y en que momento aparecen los disfuncionales, ¿quiénes los asumen?, la caracterización de su manejo, etc. El tipo de patología que aparezca entre sus integrantes depende también de los «Factores predictivos».

Según Cartwright (1986), cuando existe una familia disfuncional-adictogénica, significa que cualquier tipo de adicción puede surgir entre sus integrantes. La sumatoria de la familia disfuncional-adictogénica, como factor de riesgo y el factor predictor específico o inespecífico hacen que inevitablemente se constituya determinado tipo de adicción, por lo tanto debido a estos dos elementos se puede encontrar en el campo de las adicciones dos modalidades de presentarse las adictogenia en la disfuncionabilidad familiar, de la siguiente manera:

a. Familias disfuncionales adictogénicas prodrogadependientes: Es decir, que promueven la aparición de casos de adicciones a sustancias químicas, que promueven el brote de casos de adicciones atípicas o adicciones no convencionales, entre sus integrantes.

b. Familias disfuncionales adictogénicas pro/adicciones atípicas: En lo que concierne a las familias disfuncionales que promueven el consumo de sustancias químicas, puede tratarse de productos químicos que están fuera de la ley o sustancias legales de la siguiente manera:

- ✓ Familias disfuncionales adictogénicas que promueven el consumo o adicciones a sustancias químicas legales, alcohol, tabaco, medicamentos, azúcares.

- ✓ Familias disfuncionales adictogénicas que promueven el consumo de drogas y tráfico de éstas, es blando permisivo y poco crítico e inclusive alguno de ellos puede ser consumidor activo de alguna sustancia psicoactiva, de esta composición.

En lo referente a las familias disfuncionales sus características perfilan patologías específicas compatibles la mayoría de las veces a su atmósfera familiar pero no siempre suele suceder esta compatibilidad. Las familias disfuncionales generan, micro climas de la siguiente manera:

a) Las familias referidas al uso de sustancias de tipo medicantoso. Una de las características en este tipo de familias es que sus botiquines familiares están atiborrados de medicamentos y sustancias afines, desarrollando los progenitores en relación con los hijos la autoprescripción y autoadministración de medicamentos sin consultar al especialista. Manifestándose una baja tolerancia al dolor físico o psicológico, la incapacidad para controlar los periodos de insomnio, depresión, manejar la ansiedad son en estas familias consecuencia de esta habituación.

b) También, esta considerado en este rubro a las familias que tienen por hábito el consumo del alcohol o tabaco *promoviendo el abuso o adicciones a este tipo de drogas legales.*

c) El otro grupo está referido a las familias Disfuncionales-Adictogénicas, cuyas conductas de parte de los padres o familiares mayores promueven en los hijos menores u otros miembros el consumo o adicciones a sustancias químicas ilegales (cocaínicos, opiáceos, cannabinoles, etc.). (Ibid:97-98)

7.- CLASIFICACIÓN ESPECÍFICA DE LAS FAMILIAS

La disfuncionabilidad dependiendo de las características de esta para perfilar determinada patología familiar o individual. No existe una Disfuncionabilidad transitoria, es decir, que una familia no puede ser funcional en un determinado momento y disfuncional posteriormente, dado que para que sea considerada como tal es necesario que permanezcan las pautas disfuncionales un tiempo indefinido produciendo trastornos específicos o inespecíficos en sus integrantes.

La confusión puede surgir en los trastornos transitorios de las familias causadas por los conflictos intrafamiliares, crisis accidentales o naturales y que producen reacciones inadecuadas en su membresía. Existen casos en que una pareja al unirse uno de sus miembros conlleva una serie de características psicológicas inadecuadas y psicopatológicas las cuales van a ocasionar que inevitablemente desarrollen una patología en la pareja.

Así tenemos que un adicto a sustancias químicas se empareja con una mujer la cual antes de emparejarse presentaba cierta estabilidad emocional y un repertorio de conductas adaptativas, pero que al conocer accidentalmente a su pareja de quien se enamora y posteriormente convive va a estar en elevado riesgo de que ella desarrolle alguna patología específica. El pronóstico es que si dicho adicto a drogas y su pareja, no ingresan a tratamiento desadictivo van a generar una atmósfera familiar en la cual se desarrollaran posteriormente los hijos con una alta tasa de probabilidad en disfuncionabilidad entre sus miembros. El perfil psicológico o psicopatológico de sus hijos probablemente se oriente a una adictogenia de algún tipo. Según el autor Moffat A. (1981) realiza una clasificación de la evolución familiar en situación disfuncional, en su obra Terapia de Crisis.

7.1.- Evolución hacia lo disfuncional en cuanto a los roles complementarios

Cada familia desempeña sus roles de acuerdo a lo previamente establecido por la sociedad y en compatibilidad con las necesidades y potencialidades de la propia familia. Cuando uno de los integrantes ejecuta sus actividades, roles y funciones puede suceder también que otro de sus miembros se abstenga de desempeñar su rol previamente establecido por el sistema familiar, lo realice de manera poco adecuada, o se inhiba de realizar dicha función por cuanto supone que éste miembro va a sustituirlo en la actividad y lo que es más, presupone que va a tener un mejor desempeño. Y es que muchas veces en el sistema familiar los roles o funciones de sus miembros requieren de uno opuesto o al menos complementario.

Cuando un hijo adolescente mantiene su dormitorio y habitación de estudio desorganizado y desaseado, el rol complementario disfuncional puede ser el que cumpla el hermano mayor o padre sobreprotector quien lo va a sustituir en dicha actividad «organizándole» o aseándole la habitación. El rol complementario funcional es el que puede cumplir la madre contradictoriamente al padre sobreprotector o hermano mayor y es quien será a que le fije los límites, y recuerde las funciones que le corresponden con el objetivo que vaya incorporando mecanismos de autocontrol en la autorganización de su medio ambiente. Los roles complementarios-disfuncionales se conciben entonces como el reemplazo en el desempeño del rol original establecido por la propia familia o la sociedad para uno de sus integrantes de parte de uno de sus miembros exonerándolo de dicha responsabilidad. La disfuncionabilidad en cuanto a roles complementarios le impide a su integrante el entrenamiento e incorporación de conductas saludables que le posibiliten -en etapas más avanzadas de su vida- la internalización de conductas mucho más complejas y útiles para su desarrollo personal. (Ibid:45)

7.2.- Evolución hacia lo disfuncional en lo concerniente al equilibrio familiar y la resistencia al cambio

Todo grupo familiar se estructura y genera una dinámica particular que le otorga un equilibrio armónico y persistente en su ciclo vital. Existen familias que son resistentes al cambio y/o modificaciones en su interior, pero a la vez cuando suceden las crisis naturales que éstas suelen vivir tienden a retornar a su habitual posición de armonía y de equilibrio, reestructurando sus roles o la estructura organizacional de sus miembros. La flexibilidad con que una familia modifica sus roles o se adapta a nuevos y numerosos cambios depende de sus recursos y las metas que ésta tenga, las cuales deben de ser compatibles a la vez con las metas y recursos de sus propios integrantes. No obstante existen ciertas familias que se resisten a las modificaciones que su ciclo vital y su propia historia les imponen, la no aceptación implícita del crecimiento de los hijos a quienes sobreprotegen y sustituyen en sus roles, impidiendo su desarrollo psicológico y/o social y a los cuales además continúan llamando por el diminutivo de su nombre: «*Luchito*», «*Anita*», a pesar de ser mayores de edad. Otra de las modalidades en la resistencia al cambio y el equilibrio familiar, son las «Alianzas Disfuncionales» que se producen en ciertas familias entre «la recién desposada y su madre» no existiendo flexibilidad y apertura para que una nueva persona (el yerno) se integre a la familia. En estas circunstancias la «Nueva Alianza» se cohesionan dejando al margen al otro miembro de la nueva pareja continuando la madre de la nueva esposa con el antiguo rol sobreprotectivo, invasivo, complementario y determinante en las decisiones internas de la nueva pareja interfiriendo en su adaptación no siendo considerada por la madre como una nueva pareja que da origen a una nueva familia. Esta situación es más aguda cuando la nueva pareja pasa a vivir a casa de los padres de ella, o en su defecto a casa de los padres de él. Por ello la imagen negativa y caricaturesca de la «suegra», definiéndola como la madre que no ha modificado su rol, el cual ha quedado estático en un determinado momento del ciclo vital de la familia y continúa desempeñando su rol original sobreprotectivo/disfuncional en contra de su devenir histórico. Y es que la

mayoría de los cambios en la familia producen crisis en su interior lo cual hace que sus integrantes movilicen sus propios recursos para retornar a su antiguo estado de equilibrio. De no existir flexibilidad para reacomodarse a las crisis naturales o accidentales y superarlas, surge una disfuncionabilidad que pone en peligro la salud mental de sus integrantes. (Ibid:67)

7.3.- Evolución hacia lo disfuncional en cuanto a la organización y la normatividad en la familia

Una familia se organiza de acuerdo a los roles que la comunidad ha propuesto para todas las familias y en compatibilidad con los proyectos, recursos y metas de ésta y de sus integrantes. La forma de organizarse y normar los comportamientos son en base a reglas explícitas, el horario de retorno a casa de parte de los hijos, la organización del dormitorio o los aportes individuales dentro de lo que vienen a ser las tareas domésticas, hasta las implícitas matizadas de valores, creencias y mitos, o heredadas por los padres y transferidas a los hijos con el objetivo de conservar la unidad y armonía de sus integrantes la información súbita de la existencia de una hermana fuera de la familia formal e hijo del padre de dicha familia con otra señora, suele no tratarse de manera abierta y hasta se oculta convirtiéndose en un tabú familiar por que de hacerlo se concibe como infidencia. Así suele suceder en múltiples familias ante el nacimiento del hermano con algún tipo de retraso mental, al cual ocultan como una norma organizándose la familia para cumplir dicho rol. O el surgimiento de un "adicto a drogas en el interior de la familia lo cual se calla, oculta y protege para que no sea sancionado por la sociedad ante la comisión de sus faltas, llegando inclusive a postergar indefinidamente la búsqueda de ayuda especializada para abordar su enfermedad". (Moffat; 1981:54).

Esto explica el por qué en ciertos grupos familiares los enfrentamientos con la norma social de parte de uno de sus integrantes no son debatidos soterrando dicha conducta promoviendo su perpetuación. Esto se observa

comúnmente en los casos de adicciones a sustancias químicas cuando el adicto comienza a desarrollar comportamientos típicamente disociales (si es menor de edad) o antisociales o psicopáticos (de ser adulto), como el consabido robo de accesorios de autos en la vía pública, o su ingreso en la micro-comercialización de drogas ilícitas. Cuando a la familia le informan de tales conductas a veces la reacción de ésta es cerrarse y negar el hecho para proteger al adicto y de ésta ingenua manera creen cuidar "*el buen nombre de la familia*" no tratando el asunto de manera directa para abordarlo adecuadamente.

De la misma manera suele suceder cuando a ciertos padres les informan acerca de las relaciones nada adecuadas ni saludables que están teniendo sus hijos y que los pueden conducir a situaciones de riesgo. Ciertos padres reaccionan de manera violenta negando el hecho y no dando información al respecto, sin tratar tampoco el caso de manera directa entre sus miembros o con el personaje identificado. (Ibid:82)

7.4.- Evolución hacia lo disfuncional referente a la herencia y el ciclo vital familiar

"Los miembros de la familia en base a los lazos de consanguinidad, afectivos y a su historia, se cohesionan, unen e identifican. Ante la amenaza de agentes externos que ponen en riesgo alguna información «secreta» patrimonio exclusivo de la familia, ésta se une y cohesionan con mayor fortaleza para protegerse del desequilibrio que pueda causarle y del trastoque de la imagen de la familia" Cartwright (1986:69).

Referente a la identidad familiar su membresía puede cumplir un doble rol: el funcional por que los protege y fomenta la identidad de sus integrantes.

Toda familia consta de dos elementos intrínsecos: el **aspecto biológico** donde está situado lo genético y el **aspecto antropológico/cultural** donde

está situado el devenir de sus individualidades, es decir, con sus usos, costumbres, y sistemas de creencias, los cuales después de cumplir su ciclo de vida, desaparecen, a esto se le denomina «Generaciones». La sumatoria de estos dos aspectos: "el genético más el generacional integran la historia de una familia esto es lo equivalente a la herencia de los cuales no está exento ningún miembro del sistema integrantes de la familia aprenden a distorsionar los hechos de esta familia"(Moffat:1981:104). Su historia consta de una serie de eventos no otorgarles el valor real que les corresponde.

7.4.1.- Padres con Patrón de crianza disfuncional-autoritario

Bajo este patrón comportamental de crianza disfuncional los padres o las personas que asumen dicho rol se comportan de manera drástica, rígida e inflexible considerando que lo más relevante es el cumplimiento de la norma, el reglamento, la orden y la preservación de la autoridad. Los padres bajo este patrón de crianza generan un comportamiento de inmadurez, son insensibles y altamente exigentes con el cumplimiento de las funciones familiares, tareas encomendadas a los hijos o hijas y en su formación en general. La observación y cumplimiento de la normatividad y sus correspondientes sanciones a los transgresores es supervigilado y cumplido estrictamente como sinónimo de fidelidad, cariño, amor e identificación con la familia.

El cumplimiento de la normatividad y respeto a la autoridad es considerado como sinónimo de afecto y no como un elemento dentro del aprendizaje de la autorganización de su espacio o incorporación del autocontrol. Evitar el desorden la desorganización, la usurpación de funciones, la invasión de espacios socio-familiares y la transferencia de roles que no le corresponden a otros integrantes de la familia son los objetivos más relevantes en este patrón-disfuncional de crianza.

Referente a sus afectos: son fríos, distantes y drásticos. Mediante esta manera de abordar el manejo y formación de los hijos, se les limita el

desarrollo y crecimiento personal por cuanto a la vez se les impide la posibilidad de la incorporación de una serie de mecanismos de autocontrol para su posterior desarrollo. Por ello existen casos en que la conducta social que realizan los hijos, en la etapa adulta es cautelada mediante ciertos mecanismos *de control que externamente desempeñan aún los padres*, lo cual impide que los hijos logren incorporar definitivamente mecanismos de autocontrol que puedan ser aplicados en etapas posteriores de su vida.

Con el transcurrir del tiempo cuando están en la fase de la elección de pareja, existe una gran posibilidad que compatibilicen con personas que sustituyan a los padres en esta función, es decir, con alguna pareja que controle externamente su comportamiento por que ellos no han logrado incorporar sus mecanismos de control suficientes para constituirse en su «locus de control». La pareja entonces asume el rol del control externo, iniciándose una segunda dependencia psicológica que con el transcurrir del tiempo puede riesgosamente ser sustituida por la dependencia a alguna sustancia química que produzca adicción o desarrollar alguna adicción atípica.

7.4.2.- Padres con Patrón de crianza disfuncional-permisivo.

La crianza de los hijos bajo un sistema disfuncional/permisivo se caracteriza por la elevada laxitud en el cumplimiento o no de las normas y reglamentos familiares. Los padres se muestran permisivos y súper cuidadosos de no herir sensibilidades en los hijos e hijas; se esmeran en la manera de impartir los mensajes en cuanto a su contenido y forma. Para este tipo de padres es más relevante mantener una tranquila relación con los hijos, el evitar resentimientos, el no causar dolor psicológico en ellos, subordinando y sacrificando para ello el cumplimiento de las órdenes parentales y las funciones y roles que deben de ejercer los hijos y los padres. Lo característico radica en que las ordenes son impartidas pero ninguno de los padres se responsabiliza por cautelarlas y realizar el seguimiento para su cumplimiento de tal manera que los hijos tienen dificultad para incorporar las normas e instrucciones

imposibilitando que introyecten necesarios mecanismos de autocontrol. Los padres que ejercen este patrón de crianza se comportan desinteresados o impotentes para hacer que sus hijos se conduzcan de manera analítico-reflexiva ante sus propios errores o requerimientos y puedan postergar o manejar adecuadamente el placer que les genere determinado estímulo o circunstancia.

Uno de los comportamientos predominantes en la adolescencia es la movilización constante en base a sus emotividades, y búsqueda del placer y esta característica le es difícil manejar a este tipo de padres. Hijos que se forman en un clima familiar de este tipo se les considera de elevado riesgo para las adicciones.

7.4.3.- Padres con patrón de crianza disfuncional-negligente

La ausencia de un comportamiento parental de consejería, orientación, asesoramiento, o en su defecto de crítica y cuestionamiento ante las conductas inadecuadas de los hijos es lo característico en este patrón de crianza. La falta de sensibilización de parte de los padres para aportar ante los eventos que demandan orientación y conducción. El estar ausentes para apoyar con su afecto y consejo en las naturales etapas de crisis durante la evolución psicológica de sus integrantes hacen de estos hijos personas de riesgo. Los argumentos que los padres esgrimen o pretenden hacer que sustenten este patrón de crianza, pueden ser los siguientes: *"que aprendan solos...,yo he pasado por lo mismo y salí bien...,yo he aprendido de la vida, a mí nadie me ha enseñado..., para aprender uno tiene que sufrir..."* (Cartwright;1986:38).

En lo que concierne a los casos donde existe una adicción instalada en uno de los padres es donde con mayor continuidad se desarrolla este patrón de crianza porque estos no tienen tiempo para la crianza de los hijos pues se encuentran abstraídos e involucrados en su problemática personal o de pareja. La esposa intentando ayudarlo permanentemente y extraerlo de los problemas en que se involucra u origina, cumpliendo un típico rol coadictivo. Dentro de la

casuística de la disfuncionabilidad existen casos en que debido al comportamiento de la madre por poseer un diagnóstico de adicción a su pareja o de parte del padre, por estar desarrollando algún tipo de adicción, o poseer déficit en su conducta que lo hace meritorio de parte de su esposa a una constante ayuda hace que queden los hijos a su libre albedrío estando en constante riesgo -al menos uno de ellos- en llegar al uso de drogas y alguno de los otros a desencadenar una adicción no convencional.

En este tipo de hogares los hijos desempeñan roles complementarios disfuncionales que logran mantener el equilibrio de la familia y evitar su desintegración a costa de la salud mental de sus integrantes.

Segunda Parte:
MARCO REFERENCIAL

Capítulo 5

“Antecedentes Generales Comuna Lo Espejo y Caracterización PADEA”

1.- SITUACIÓN GEOGRÁFICA

La Comuna de Lo Espejo, se localiza en la Región Metropolitana, en el sector sur poniente de la ciudad de Santiago. Esta comuna surge de la división territorial de la Comuna de La Cisterna en 1991, de donde nace además Pedro Aguirre Cerda; ambas concentran las poblaciones de obreros y empleados, mientras que la Cisterna queda con lo que podría llamarse “barrio residencial”. Los límites comunales son: al sur con San Bernardo, al norte con Pedro Aguirre Cerda, al oeste con Cerrillos y al este con la comuna de La Cisterna.

Su superficie es de tan sólo de 8 Kms² (IGM, 1998) una de las más pequeñas de la región, presentando una densidad de 161,8 hab/há o 14.992 hab/km². Sus límites coinciden con grandes avenidas estructurales del sector sur de la capital tanto, en el ámbito nacional, regional y local, en este sentido, destacan “las grandes barreras internas” que dividen la comuna; la línea de ferrocarriles y la Circunvalación Américo Vespucio. Además de las Avdas. Jorge Alessandri Rodríguez, Av. General Velázquez, Av. Callejón Lo Ovalle y Av. Lo Espejo, las cuales constituyen hoy una intrincada red vial que excluye a los habitantes y muchas veces los margina interna como externamente, principalmente de servicios que la comuna no posee y que otra vecina podría ofrecer. Lo anterior, genera “una escasa integración territorial, agravando la situación la ausencia de un centro cívico comunal que articule su diversidad social y urbana” (Plan de Desarrollo Comunal de Lo Espejo; 2002:17). Debido a estas barreras internas se registran subsectores geográficos diferenciados principalmente por: el origen del poblamiento, los años de antigüedad, y diferencias socioeconómicas lo que genera diferentes identidades.

1.1.- Antecedentes Geográficos - Físicos

La Comuna de Lo Espejo, se inserta en el sector sur poniente del valle de Santiago, el cual posee un clima templado cálido con estación seca prolongada de 6 a 8 meses, el promedio de precipitaciones está en el rango de los 300 a 500 mm.

El sello característico del clima lo imprimen básicamente las precipitaciones, su irregularidad, ya que en año puede ser muy lluvioso y el siguiente muy seco, e incluso, puede ser muy variable su distribución a lo largo de las estaciones del año o concentrarse en períodos cortos de tiempo lo cual suele ser fuerte potencial de problemas de inundación en la comuna.

1.2.- Dinámica Poblacional

Según el Censo del 2002, la Comuna de Lo Espejo, cuenta con un total de población de 119.605 habitantes, de los cuales, 58.982 son de sexo masculino y 60.623 femenino.

Cuadro N°1
Población Comunal por grupos etéreos
Comuna Lo Espejo R.M. Chile.
2002

Categoría	Grupos de Edad	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
Niños	0-14	18.605	17.840	36.445	30,3
Jóvenes	15-29	16.474	16.707	33.183	27,6
Adulto/Joven	30-39	9.917	9.970	19.687	16,4
Adultos	40-59	8.989	10.230	19.219	16
Adultos Mayores	65 y más	2.880	3.463	6.343	5,3
Total Comunal		58.982	60.623	119.605	100

FUENTE: Instrumento Base de Planificación Comunal. Lo Espejo (IBPC, 2002).

Desde sus inicios Lo Espejo ha sido una comuna popular en donde se ubica una de las poblaciones históricamente más conocida: José María Caro. Dicha población comprende una serie de características que la constituyen como una localidad que contiene en su interior extensos bolsones de pobreza los cuales además, coinciden con espacios altamente caóticos en sus relaciones socio-espaciales, es decir, existe un gran deterioro medioambiental, así como una sub-utilización (o nula) de los espacios públicos, como los que hacen referencia a los problemas de accesibilidad y a las complejas dinámicas psicosociales que se instalan implícitamente en ciertos sectores, a partir de formas de control que determinados grupos ejercen respecto al resto de los pobladores.

2.-NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA COMUNA.

2.1.- Caracterización de la Pobreza

La encuesta CASEN 2002, señala que el porcentaje de población que se encuentra bajo la línea de la pobreza en la comuna es del 29,8 %, cifra que corresponde a 35.250 habitantes. Si este resultado es comparado con el alcanzado por el Gran Santiago, la comuna de Lo Espejo se encuentra 10 puntos más arriba, y si es comparado con la Región Metropolitana es superior en 9 puntos.

El siguiente cuadro muestra la proporción comunal de pobres e indigentes en la Comuna de Lo Espejo, respecto de la realidad que presenta la Región Metropolitana y el Gran Santiago.

Cuadro N°2
Población Comunal de pobres e indigentes
Comunas Lo Espejo, Gran Santiago y R.M.
2002.

	Población pobre (pobre+indigente)	%	Población no pobre	%	Total
Región Metropolitana	1.142.822	20,9	4.313.620	79,1	5.456.422
Gran Santiago	963.628	19,6	3.961.699	80,4	4.925.327
Lo Espejo	35.250	29,8	82.950	70,2	118.200

FUENTE: CASEN, 2002

Como se puede observar, el 29,8% del total de pobres de la comuna, se desglosa en dos estratos: los pobres no indigentes (23,2%) y los indigentes (6,6%). Esta situación realza aún más la complejidad del problema para las Autoridades de la Comuna, pues al existir categorías, se debe dividir los esfuerzos para satisfacer a dos sectores con necesidades distintas a pesar de la *calidad de urgente de ambos*.

2.2.- Nivel Educativo

La Encuesta CASEN (Op. Cit), se muestra una tasa de analfabetismo para la Región Metropolitana de 2,6%, mientras que para la comuna de Lo Espejo un 3,6%. Esta situación es desfavorable para la comuna pues proporcionalmente tiene más analfabetos que la región en la cual está inserta. Para una comuna contar con un porcentaje de población analfabeta significativo es un problema, pues los planes y proyectos que se desarrollen no tendrán la eficacia esperada ya que si no se tiene considerado este aspecto, un segmento de la comunidad quedará automáticamente marginado. La misma encuesta CASEN, muestra para la Región Metropolitana una tasa de escolaridad media de 10 años, mientras que para la comuna de Lo Espejo 8,6 años. Esto significa que en la comuna el promedio de la población mayor de 15 años, termina solamente la enseñanza básica. El problema que surge es que los habitantes que representan la fuerza de trabajo, no cuentan con una preparación completa, lo

cual disminuye sus posibilidades de surgir económicamente manteniendo y aumentando el círculo de la pobreza. Como se observa en los indicadores analizados, el nivel de escolaridad es deficiente. Potenciando el problema de la pobreza, las desigualdades sociales, el acceso a la información, es decir, limita las posibilidades de desarrollo de los habitantes de la comuna, tanto dentro como fuera de ella.

2.3.-Vivienda e Infraestructura de Urbanización

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE), señala que en el 2002 existe en la comuna de Lo Espejo, 25.637 viviendas particulares. Si se compara con las 21.776 viviendas que presentaba en 1992. Esta cifra resulta alentadora, pues significa que el acceso a la vivienda es posible para sectores de la población pobres, como lo es un sector importante de la Comuna de Lo Espejo. Esto se produce porque la política de vivienda de los últimos gobiernos de la concertación dirigida a los sectores más desvalidos de la ciudad, tiene que ver con la construcción de viviendas Sociales que tratan de solucionar los problemas de hacinamiento humano en los hogares (allegados) y con evitar los inconvenientes de la urbanización espontánea (tomas de terreno).

Con respecto a infraestructura de urbanización, la encuesta CASEN considera 3 aspectos fundamentales para caracterizar la situación de la comuna: disponibilidad de agua, de alcantarillado y de electricidad en cada uno de los hogares.

2.4.- Antecedentes de Ocupación de la Población.

En el 2002 la comuna de Lo Espejo cuenta con una fuerza total de trabajo 48.108 personas. De esta cifra, 32.550 son hombres y 15.450 son mujeres.

La Tasa General de Desocupación (2002), es de 3,8%, mientras que la tasa de desocupación juvenil (15-24 años) es de 8,6%, esta alta cifra indica que los jóvenes tienen menos oportunidad de trabajar que los adultos, lo que propicia en el corto plazo situaciones de riesgo Social como drogadicción, alcoholismo y delincuencia.

3.- CONTEXTUALIZACIÓN POLICLÍNICO DE ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN OBISPO ENRIQUE ALVEAR (PADEA).

3.1.- Antecedentes Históricos.

Para poder entender el nacimiento del Policlínico de Alcoholismo y Drogadicción Obispo Enrique Alvear (PADEA), que actualmente funciona en Calle Azteca Nº 6346, en la Población José María Caro, de la Comuna de Lo Espejo. Debemos remontarnos al año 1967, cuando el Presbítero Sergio Naser Japaz se presenta como diácono en la población de La Victoria.

Una vez, dimensionada la magnitud del problema en la población, el Padre Sergio empieza a capacitarse, primero como autodidacta y luego participando en diversos cursos, pero siempre con una acción inmediata, especialmente en cursos de abstemios, rehabilitación, prevención, programas de neurosis, dictando cursos, talleres terapéuticos (carpintería, fundición,

cerrajería, didáctico de sustentación), educación en la población, participando en consejo comunitario, salud paritario a nivel poblacional y zonal.

A finales del año 1968, lo invitan a participar como integrante en un Equipo de Psiquiatría y Salud Mental en la Escuela de la Universidad de Chile, que llega a la zona sur a aplicar un programa. Este equipo siguió recibiendo capacitación, participo en la docencia y en la confección de unidades para el alcoholismo. El director del programa fue el Dr. Juan Marconi.

Después de 1973, por conflictos socio-políticos que sufrió nuestro país, todo se envolvió en un clima de dificultades. El equipo se disolvió, hubo un cierre de 6 postas antialcohólicas en la zona Sur de Santiago. Por esta razón los enfermos que estaban en control quedaron sin atención, algunos acudieron al Padre Sergio, quien hablo con Monseñor Fernando Ariztía, del comité PROPAD y con una doctora recién titulada que en aquella época se encontraba cesante.

Y es así como en 1975, se abre un Policlínico parroquial que funcionaba en la Villa Sur, con un primer equipo que estaba integrado por: Padre Sergio, Dra. Estrella Gutiérrez y las esposas de los rehabilitados, el cual estaba abierto para toda la Comunidad, en donde posteriormente se integraran a tratamiento los drogadictos que poco a poco empiezan a aumentar en la comuna. Luego en el año 1983, orientados por el Vicario de la zona Monseñor Manuel Camilo Vial, se trasladan a la calle Azteca, por reunir mejores condiciones el edificio y desde aquel entonces pasó a llamarse *"Policlínico de Alcoholismo y Drogadicción Obispo Enrique Alvear"*.

Actualmente se cuenta con más de 1200 pacientes activos tanto por alcoholismo, drogas y poliadicción, de todo el gran Santiago, en donde a su vez la familia recibe atención psicológica y social. El Policlínico, es un programa sin fines de lucro, este depende del Arzobispado de Santiago, además cuenta con el apoyo del Estado a través de Proyectos del CONACE.

4.- CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN

El Policlínico de Alcoholismo y drogadicción Obispo Enrique Alvear (PADEA), cuenta con un programa ambulatorio básico, es decir, atiende personas que presentan abuso o dependencia, con compromiso biopsicosocial moderado a severo, y con un programa de contención terapéutica.

La Institución tiene por finalidad “devolver la condición digna de Ser persona única y valiosa la cual tiene cada uno como Hijos de Dios” (Boletín informativo PADEA Nº 73, “ser persona es ser digno”). Las problemáticas que aborda esta institución son las drogas y el alcohol, cuando el paciente toma la decisión de tratarse porque esto se le está haciendo un problema.

Este proceso se desarrolla a través del tratamiento y rehabilitación integral (paciente-familia) que se caracteriza por la acogida y motivación constante a la recuperación. Además, el programa comprende de la asesoría de un grupo de autoayuda, permitiendo crear una red afectiva en coordinación con diferentes grupos que realizan su labor en variadas comunas de Santiago.

Actualmente el equipo interdisciplinario lo conforman: Médico, Psicólogos, Asistentes Sociales, Técnico Social, Psiquiatras y administrativos. Contando además con el trabajo voluntario de Enfermeras, Psicólogos, Doctora de medicina general y numerosos monitores voluntarios de programas pastorales de prevención y rehabilitación de distintos sectores. En el mismo Policlínico, funciona la Sede de la Pastoral Nacional de Alcoholismo y Drogadicción, quienes se coordinan entre sí.

Por otra parte, el PADEA cuenta con 5 áreas de trabajo:

- ✓ **Tratamiento Integral:** Comprende el problema de la droga no como una situación aislada o unicausal, sino como una problemática social con variadas causas y consecuencias tanto personales, familiares y sociales.

En este sentido es que el solicitante debe manifestar de manera voluntaria, el deseo del tratamiento, y además acudir a la primera entrevista con un familiar que haya decidido apoyarlo. Si el paciente concurre sólo, el Policlínico le designa un monitor-padrino que lo acompañará durante el proceso.

- ✓ **Asistencia Social:** Es la atención preliminar, donde el paciente y su familiar o acompañante es orientado al tratamiento y reforzado en su decisión de dejar de beber o consumir drogas. Durante el proceso, en ésta área se refuerza, orienta y apoya el tratamiento, tanto a nivel individual como familiar. Por otra parte, se realiza asistencia social si el paciente así lo requiere, tales como informes sociales, contactos con redes y/o derivaciones.
- ✓ **Capacitación:** Es el área de trabajo que se encarga constante entrega de conocimientos acerca del uso indebido de drogas y alcohol, especialmente a la familia va orientado y a la comunidad en general.
- ✓ **Educación:** Está encargada a la formación de monitores y educadores comunitarios que permitan potenciar líderes al interior de la misma comunidad. También desarrolla talleres y cursos en colegios, instituciones y empresas.
- ✓ **Difusión:** Su trabajo tiene por finalidad crear y diseñar boletines, revistas, afiches, trípticos, murales y videos, que puedan ser utilizados como medios de comunicación que sensibilicen de la problemática del alcoholismo y la drogadicción, así como también difundir la labor realizada por el Policlínico y dar a conocer testimonios de vida de los propios pacientes.

4.1.- Política Institucional

La Política Social que sustenta al PADEA está basada en la "Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas" vigente desde Mayo de 1993, el cual tiene por objetivo general; "Desarrollar una acción sistemática, integral, coherente, concertada y de largo plazo, que posibilite la prevención del uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y la reducción de la

demanda, el control de la oferta, la eliminación o disminución significativa del tráfico ilícito y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por la drogadicción, con el propósito de contribuir a elevar sostenidamente la calidad de vida a nivel individual, familiar y social" (Ibid:18).

En cuanto a las políticas generales que se establecen según dicha regulación, la Nº 5 "Definir y ejecutar programas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción procurando la activa participación de la comunidad" dirige y define el accionar del Policlínico puesto que sus cinco áreas están en directa relación con lo anterior.

En este sentido la Política y Plan Nacional considera que los procesos de tratamiento, rehabilitación y reinserción de los afectados constituye una preocupación de las instituciones de salud y de la comunidad. Será recién con la elaboración y presentación de la "Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008", cuando se le otorga a la familia un rol primordial en este aspecto, de hecho "se funda en la capacidad de cada familia chilena, como base insustituible para prevenir el consumo de drogas (...), como la principal aliada de los programas de rehabilitación y reinserción de personas consumidoras", asumiendo así una mirada protagónica del rol familiar. Por otra parte, la estrategia tiende al desarrollo comuna como un espacio natural e inmediato de participación ciudadana y de vida cotidiana.

Los principios orientadores de la Estrategia, y que a su vez, permiten perfilar los lineamientos institucionales son:

- 1.- Integralidad de la respuesta. Implica una mirada amplia multidimensional de la problemática de la adicción, por lo que su solución también requiere un bordaje sistémico.
- 2.- Corresponsabilidad. Implica una cooperación y coordinación entre los actores de la sociedad, familia, instituciones públicas y privadas, etc.
- 3.- Participación Social.

Sin embargo, la estrategia sólo hace alusión a drogas ilícitas y el PADEA también atiende problemas relacionados con el abuso de alcohol y de acuerdo con la política y plan nacional de 1993, se estableció que el control del consumo de esta sustancia es primordial para el país. En 1998 el Ministerio de Salud creó la Unidad de Tabaco, Alcohol y drogas, la cual pretende “destacar y coordinar esfuerzos que permitan contribuir y aportar al aumento de la cantidad y el acceso de las personas a acciones de salud en esta área” (Programa de Alcohol y drogas, MINSAL, 2002), incorporando además la temática del tabaco como una adicción. En este sentido, el PADEA articula su accionar con el Modelo de Medicina Social, el cual reconoce que la salud es un hecho colectivo y social, apuntando a una postura ética de compromiso con la justicia y la equidad.

5.- ¿EN QUE CONSISTE EL TRATAMIENTO?

Se define rehabilitación como un cambio funcional, significativo y estable en el patrón de consumo de sustancias, junto a una disminución o desaparición de las consecuencias familiares y sociales asociadas a él, es decir, a un cambio bio-psico-social y espiritual de las personas que consumen sustancias psicoactivas de modo abusivo. Esto significa definir el patrón de consumo que está siendo disfuncional para el sujeto y sus consecuencias sociales. Para llegar a la rehabilitación se estima que deben cumplirse tres objetivos:

a) Programa de Rehabilitación de Alcoholismo, Drogadicción y Poliadicción.

“Aumentar el locus de control interno (autocontrol). Esto implicar entregar herramientas que permitan discriminar y manejar adecuadamente estímulos de alto riesgo (EAR), *enfrentar las ansias de consumir, controlar las conductas de búsqueda y consumo de sustancias*”. (Documento Proyecto PADEA, Marzo 2000).

El tratamiento consta de:

- ✓ **Entrevista de Ingreso:** El paciente debe llegar acompañado por un familiar que viva con él y que esté dispuesto a ayudarlo. La Asistente Social realiza una evaluación general de la persona que ingresa (motivación, condiciones generales, etc.), se aplica ficha y se explica la modalidad de tratamiento. Si el paciente presenta enfermedades psiquiátricas es derivado a otros centros. Si queda en el programa es enviado a:
- ✓ **Entrevista Motivacional:** Realizado por la Psicóloga y permite conocer la disposición hacia el tratamiento y permite descartar casos patológicos.
- ✓ **Evaluación Médica:** Revisión médica general, realización de exámenes si fuese necesario y receta de medicamentos.
- ✓ **Grupo de Acogida:** Consta de 3 sesiones y es por donde pasa todo paciente nuevo apenas comienza su tratamiento. Permite una educación inicial respecto al tema además de entregar contención inicial a los pacientes.

Tanto la entrevista Motivacional, evaluación médica y el grupo de acogida, se pueden llevar a cabo de manera simultánea o en distinto orden. En la primera etapa se pueden detectar casos conflictivos o posibles alteraciones de salud mental que requieran de una evaluación psiquiátrica (puede llevarse a cabo en cualquier etapa del tratamiento) o de algún tipo de atención especializada e incluso derivación. Finalizado el grupo de acogida pasa al siguiente nivel:

- ✓ **Grupo Terapéutico:** Consta de 10 sesiones las cuales se basan en el modelo de intervención cognitivo conductual. Está a cargo de una terapeuta, el énfasis está dado en el aprendizaje de técnicas de manejo de ansiedad, discriminación de EAR, afrontar la recaída como proceso terapéutico, entre otros.

- ✓ **Grupo de Acompañamiento:** Grupo abierto, de frecuencia quincenal, destinado a las personas que han terminado el grupo terapéutico. Su objetivo es acompañar en el periodo de transición post grupo terapéutico. Su duración es de 3 meses.
- ✓ **Seguimiento:** se hace a través de controles individuales al término del grupo terapéutico y a los 3,6, 9 y 12 meses, a cargo de la doctora.
- ✓ **Grupos de Autoayuda de la Comunidad:** desde el ingreso del/la paciente al tratamiento se le incentiva a que asista a los grupos de la comunidad, como un apoyo a su proceso de tratamiento, estos son realizados por monitores preparados en el Equipo Intracomunitario.
- ✓ **Psicoterapias de pequeño grupo:** está dirigido a pacientes recién ingresados y su objetivo es sensibilizar y profundizar en el conocimiento del daño bio-psico-social y espiritual provocado por el alcohol y otras drogas e incentivar la rehabilitación integral. (Ibid:26)

b) Programa de Capacitación de Familiares

El objetivo de este programa es "disminuir las consecuencias familiares y sociales asociadas al consumo; se pretende que la persona en tratamiento se reinsera en su familia y se logre una mejoría del ambiente psíquico familiar, un aumento de la contribución económica al hogar y la conformidad de la familia con el paciente" (Ibid:30). Para lo cual divide su trabajo en dos áreas: comprensión y apoyo por parte de la familia acerca de la enfermedad; y promoción del autocuidado y desarrollo personal del propio familiar. De esta manera es como el programa articula la rehabilitación de los pacientes dentro de una mirada sistémica de la problemática, pues entiende que el apoyo familiar es fundamental en el éxito del tratamiento.

En este sentido, dentro del Policlínico se desarrolla la Capacitación de Familiares, están a cargo de una Trabajadora Social, constan de 10 sesiones y pretende educar en torno a la adicción, conocer y distinguir EAR, reflexionar acerca de la dinámica familiar, encauzar la descarga de emociones, contener, pasando por una terapia familiar.

c) Programa Intracomunitario

Este programa tiene como finalidad fortalecer la propuesta de prevención y rehabilitación de los grupos de apoyo o autoayuda que se coordinan dentro del Policlínico y que están presentes en distintas comunas de la Región Metropolitana. Suman alrededor de 20 grupos formados por pacientes activos e inactivos del PADEA y sus respectivos familiares; además cuentan con un monitor que intenciona la participación de sus miembros para que aporten con su propia experiencia con el objetivo de ayudar y compartir con otros el camino de la rehabilitación; de esta forma, los participantes del grupo crecen en su desarrollo personal, familiar y social. Estos grupos funcionan al interior de capillas y Parroquias insertas en el ambiente social y comunitario de los propios miembros.

5.1.- Evaluación del Tratamiento.

La evaluación del tratamiento, se realiza en función de los 2 programas anteriores, pues se determinan los resultados según el logro de los objetivos: aumentar el autocontrol y disminuir las consecuencias familiares y sociales asociadas al consumo. En este sentido se verifican los resultados de acuerdo a ciertos indicadores:

- ✓ Reinserción familiar
- ✓ Inserción escolar y/o laboral
- ✓ Conductas de riesgo o daño relacionado con el consumo
- ✓ Autoestima y salud mental
- ✓ Problemas legales y transgresiones de la ley.

Finalmente se establece el tipo de rehabilitación alcanzado por el paciente:

TOTAL: el paciente se encuentra en abstinencia absoluta o moderación permanente del consumo de sustancias problemáticas, no existen problemas familiares y sociales asociados al consumo.

SUFICIENTE: el paciente a disminuido en forma significativa la cantidad y frecuencia del consumo de sustancias problemáticas, problemas familiares y sociales son poco significativos tanto para el usuario como para su familia.

INSUFICIENTE: el paciente ha mantenido esencialmente invariable la cantidad y frecuencia del consumo de sustancias, existen más o menos los mismos problemas familiares o sociales asociados a la droga o alcohol.

FRACASADA: el usuario ha aumentado de modo significativo la cantidad y frecuencia del consumo de sustancias problemáticas, problemas familiares y sociales han aumentado en gravedad. (Ibid:43)

5.2.- Características de los Sujetos de Atención.

Las características de la población atendida en el Policlínico son: personas de ambos sexos, con problemas de alcoholismo y/o drogadicción, de escasos recursos de la región Metropolitana, pero principalmente de la zona Sur de Santiago, entre los rangos de 16 y 75 años de edad, generalmente son trabajadores, estos cuentan con un grupo familiar y con educación básica o media incompleta.

Dentro del perfil de los usuarios, se destacan obreros de la construcción, comerciantes ambulantes y trabajadores del terminal Sur Lo Valledor; dentro de los jóvenes, estudiantes de enseñanza básica y media, así como también desertores del sistema escolar, en las mujeres la mayoría son dueñas de casa o temporeras.

Un dato importante entregado en el Policlínico en su último estudio en colaboración con el Departamento de Medicina de la U. de Chile es que el 59,5% de los pacientes están en tratamiento por el abuso excesivo del alcohol, mientras que el 40,5% restante por drogas.

Tercera Parte:
"ANALISIS DE DATOS"

Capítulo 6:

“Autopercepción de la Mujer Drogadicta”

1.- DESARROLLO TRABAJO DE CAMPO

El presente capítulo, muestra una descripción del trabajo de campo realizado, desde el inicio de las entrevistas en profundidad, desglosando los respectivos hallazgos del estudio, propuestas tentativas para una mejor intervención y aquellas dificultades con que se ha encontrado la tesista.

El trabajo de Campo se efectuó durante los meses de Septiembre a Diciembre del 2003. El contacto con las personas entrevistadas se hizo mediante la Institución Policlínico Obispo Enrique Alvear, donde ellas asisten regularmente. Las entrevistas se realizaron en la Institución como también en los domicilios de las pacientes, acordándose previamente el lugar. Cabe señalar que estas mujeres viven en la Comuna de Lo Espejo.

Una de las desventajas que se presentaron en la aplicación de dicho instrumento, fue que muchas mujeres no iban el día en que eran citadas, lo cual implicaba reestructurar el calendario de control (entrevista) tanto para ellas como para algunos familiares, esto produjo el retraso en la ejecución del instrumento. Y fue necesario cambiar algunas preguntas para que sonaran más sencillas y de fácil comprensión, esto se observó en la entrevista realizada la paciente M. D. (Prueba Piloto).

2.-INTRODUCCIÓN

Una de las preguntas que esta investigación pretende abordar es la referida a la autopercepción que tienen las mujeres consumidoras de drogas ilícitas de sí mismas. Si bien es cierto que este fenómeno se asocia con el estereotipo de la mujer "*perdida*", a quien se le considera como una mala mujer, esposa, madre, etc. Ellas mantienen un estilo de vida caótico, participan de microtráfico o prostitución, se manifiestan enfermedades y daños, como la mala alimentación y una desgastada imagen física.

Los efectos mentales y emocionales producidos por el abuso de las drogas provocan en reiteradas ocasiones la incapacidad de aprender de sus errores y no aceptar consejo alguno. La depresión y la ansiedad son comunes en las mujeres adictas, la primera puede resultar de la abstinencia de la sustancia de abuso, el estrés y las pérdidas que acompañan el estilo de vida que llevan. La vida de ellas está sujeta al sufrimiento por una gran cantidad de traumas, la mayor parte de las mujeres adictas ha sido violada, golpeada y aterrorizada, lo que les causa un desorden post-traumático y depresión. Para evitar el darse cuenta y ver la imagen de una mujer deteriorada, las adictas usan mecanismo de defensa. El principal mecanismo es la negación, impiden que la información relevante entre al área del consciente de la mente (Lawson; 1996:48). Para las adictas, la negación adquiere un estado de desilusión: a pesar de la enorme evidencia de lo contrario y las repetidas confrontaciones, ellas primero niegan el abuso o lo admiten de muy leve.

A continuación, se presentará el análisis de los datos de la Investigación a través de cada una de los objetivos propuestos anteriormente siguiendo el orden establecido. En este capítulo se describe cómo se autoperciben las mujeres consumidoras de drogas adscritas al PADEA y cómo la familia se ha visto afectada por la alteración o ausencia de los roles de las entrevistadas.

3.- CARACTERISTICAS DE LA MUJER DROGADICTA.

3.1.- Análisis General de las Entrevistas

En términos generales, las 15 mujeres entrevistadas están adheridas al programa de tratamiento del Policlínico de Alcoholismo y Drogadicción Obispo Enrique Alvear (PADEA), modalidad ambulatoria básica, en la comuna de Lo Espejo. Las familias de las 15 mujeres entrevistadas se caracterizan por tener un número promedio de 6 miembros; el tipo de familia predominante es simultánea o reconstituida (7), ya que en ellas se observa uniones con otras parejas anteriores y haber disuelto su vínculo marital, en este tipo de familia es frecuente que los hijos sean de diferentes padres o madres y por lo general, la segunda unión es de hecho, son las mujeres quienes tienden a asumir la jefatura del hogar sin un compañero estable o permanente y por último está asociada con las uniones libres, los cambios de valores y de ética cultural; otro tipo de familia observable es la extensa o conjunta (5), la cual es entendida por una pareja con o sin hijos y por otros miembros como sus parientes consanguíneos ascendentes, descendentes y/o colaterales, recogiendo a varias generaciones que comparten habitación y función. En minoría se observa la familia nuclear (2), entendida como dos generaciones, padres e hijos; unidos por lazos de consanguinidad, conviven en un mismo techo y desarrollan sentimientos más profundos de afecto e identificación. Y por último, un caso de una paciente que se encuentra actualmente sin pareja, por abandono del marido y con 3 hijos varones, denominada como familia monoparental.

Un punto importante a destacar es que sus primeras parejas formales (marido) o aquellas uniones sin algún compromiso, se muestra que ellos también son actualmente consumidores abusivos de drogas, microtráficoantes y/o delincuentes, en donde esté es quién en la mayor parte de las mujeres entrevistadas fomentó el uso y abuso de las drogas en ellas, siendo considerado como un factor de riesgo (11 mujeres).

El nivel educacional presentado en las entrevistadas, priman las de Enseñanza Básica incompleta (7), cursando sus estudios no más allá del 5º año básico (provocándose la deserción escolar debido al trabajo infantil que ellas debieron de realizar); la enseñanza básica completa se destacan sólo 3 mujeres; en la enseñanza media incompleta 3 pacientes han cursado hasta 1 medio, y por último de esta muestra sólo 2 mujeres han logrado terminar su enseñanza media, una de ellas recientemente el año pasado en la nivelación de estudios ofrecido por la Institución Caleta Sur.

La actividad desarrollada actualmente por las mujeres, se centra en trabajos informales (8), ya sea, como comerciantes ambulantes (cabe destacar que son trabajos esporádicos y no hay una permanencia en dicha actividad), vendedoras en las ferias ambulante, entre otros; trabajo formal dependiente (3) en centros comerciales; dueñas de casa (3), cabe destacar un caso de una mujer que trabaja como **"mechera"** (entendida en la jerga callejera y delictiva como asaltante de supermercados, tiendas comerciales y otros). De la mano con este punto las condiciones económicas generadas al interior del hogar de las mujeres entrevistadas son de un nivel socioeconómico bajo, agudizado por las condiciones que se desarrollan en el propio sector donde éstas viven, marcados fuertemente por el microtráfico, la delincuencia y la violencia.

En cuanto a la pertenencia de la vivienda, un número importante viven de allegada en la casa de sus padres o la de su pareja (6), cedida por padres u otro familiar (3), arrendada (3), y propia (3).

Un dato importante a resaltar es el tema de la previsión de salud, 12 mujeres cuentan con tarjeta de gratuidad, lo cual de muestra la baja condición de vida que ellas llevan y la poca accesibilidad a los servicios básicos. La mayoría se atiende en el nivel primario de los consultorios instalados en el sector, como Lo Valledor III y el Consultorio Julio Acuña Pinzón. Sólo 3 mujeres poseen previsión de Fonasa, lo cual les permite tener un acceso mayor a dichos servicios de salud y la realización oportuna de sus exámenes.

Siguiendo en el tema de la Salud, un número no menor señaló haber estado en tratamiento de rehabilitación en otras instituciones (3), en la Fundación Credho y la Casa de Acogida Esperanza, con un tiempo de permanencia de más de 6 meses en dicho lugares y en estado de abstinencia. El resto señala, nunca haberse realizado ningún tratamiento en otras organizaciones, pero si llama la atención que por su propia voluntad (12) han estado en abstinencia, por distintas motivaciones, la principal está dada por la petición de sus propios hijos y un promedio de tiempo máximo los 3 meses, considerando que siempre han permanecido en sus hogares, y lugares de trabajo.

Otro punto a destacar se relaciona con la situación legal de las mujeres entrevistadas, sin antecedentes penales se observan 8 mujeres; con antecedentes penales se desprende lo siguiente: 5 mujeres con antecedentes por microtráfico, labor que realizaban junto a su ex parejas, bajo esta circunstancia estas mujeres cuentan con antecedentes penales excluyéndolas de la posibilidad de un trabajo formal, y a su vez de un proceso de reclutamiento en la cárcel de Mujeres de Santiago por un período de más de 3 años, provocando el abandono del hogar y de sus hijos a temprana edad razón por la cual la relación madre e hijo se ve deteriorada y 2 mujeres arrestadas por robo y/o hurto en supermercados y centros comerciales, ellas también estuvieron recluidas por un período más corto de tiempo alrededor de los 6 meses, pero de igual medida afectando al entorno más cercano de su familia.

Predomina como droga principal la Marihuana y la Pasta base, son muy pocas las que tienen acceso a la Cocaína, un dato importante es el consumo de anfetaminas, antidepresivos y medicamentos legales (tranquilizantes) en forma abusiva. El primer consumo se da en los años de la adolescencia entre los 12 a 14 años en el grupo de pares, y en función de la presión social. La mayoría de las mujeres que presentaron dependencia a la droga, comenzaron con un uso ocasional y casual, luego pasa a una compulsión y total involucramiento con la droga, una serie de factores externos llevan a aumentar la potencia y la frecuencia del uso de la droga. Las mujeres por lo general mantienen estilos de

vidas caóticos, en donde la participación en prostitución, robo y microtráfico de drogas suele ser fuente de orgullo para algunas mujeres adictas. En tanto, para otras significa pena y culpabilidad.

La adicción se mantiene gracias a familiares o amigos algunos concientes de la adicción. Al encontrarse bajo el rol de madres prefieren el consumo de drogas que el cuidar de sus hijos, ya que ellas mismas no se encuentran lo suficientemente calificadas para asumir dicho rol. El uso de sustancias puede causar directamente enfermedades y daños, la mala alimentación, las infecciones y otras condiciones relacionadas con una mal higiene, ocurren regularmente en estas mujeres.

Otras características clínicas más relevantes, es el miedo intenso a quedarse sola, a ser abandonada, postergada por algo (la droga, aparato y/o actividad) o por alguien (otra persona sujeto de su adicción). Al establecer un vínculo de pareja con otro adicto, las coadictas se explican las penalidades que viven de la siguiente manera: *"que el sufrimiento derivado de dicha relación es porque ellas se lo merecen y porque inevitablemente ese es el rol que deben de desempeñar en la vida"* (Burin, Mabel; 1993:38). Los sufrimientos, el dolor, los padecimientos que vivencian diariamente en su relación con el adicto, la aceptan estoicamente porque de esa manera conciben el amor, su expresión es el autosacrificio. Esto mismo provoca en ellas crisis emocionales traducidas en depresiones, estrés e intento de suicidio reiterativos. Este punto se desarrolla más adelante en lo referido a la autopercepción.

4.- IMAGEN DE SÍ MISMAS

En general, las mujeres entrevistadas les resulta difícil e incómodo conceptuar su propia autoimagen; suelen utilizar pocas palabras para describirse, generalmente son calificativos negativos de sí misma. Se podría suponer que sólo expresan lo que otros (especialmente la familia) ha dicho de ellas; en este sentido les cuesta elaborar una autoimagen independiente de la imagen de sus padres u otro familiar. Sólo algunas expresan tener una imagen positiva respecto de sí mismas, referida a su capacidad de trabajar o para salir adelante, su abstinencia resulta ser un gran logro y motiva su día a día. A continuación, se señalan algunos ejemplos de esta autoimagen negativa y conceptualmente pobre que poseen las mujeres adictas y se compara con las positivas:

"Imagen que proyecta durante el consumo v/s Imagen que proyecta actualmente en el Tratamiento"

LO MALO DURANTE EL CONSUMO	<i>"Tengo mi conciencia sucia, soy mala mujer..." (C.G;21;MH-COCA)</i> <i>"A mí me gustaría cambiar por completo.... Ser otra mujer o nacer de nuevo.." (C.M;38; PB.C)</i> <i>"Es que toda mi vida he sido rebelde... yo soy la oveja negra de la familia... siempre tuve problemas..." (P.F; 36:COCA-ANF).</i> <i>"Soy alegre de repente triste,....mmmm no sé... me deprimó sola... (M.J;34;MH-PBC).</i> <i>"Dios me mando así pobre, y pobre tengo que ser " (O.A;25;COCA-MH).</i> <i>"Me siento fea, gorda y vieja me siento culpable" (M.D;41;PBC-MH-ANFE).</i>
--	--

LO MALO DURANTE EL CONSUMO	<i>"Soy una mujer mala porque hice muchas cosas malas, robe y más de una vez yo me prostituí pa' conseguir drogas... y este es mi castigo..." (L.A;35;PBC)</i> <i>"Siempre he sido rebelde de cabra chica y sigo siéndolo..." (Y.N;29;COCA-MH)</i> <i>"Como pasábamos hartoo tiempo solos con mis hermanos yo salía a la calle, me sentía libre.. hacia lo que quería.." (K.L;22;PBC-MH)</i> <i>"Era desordenada en la casa y en el colegio no hacía caso... me pasaban puro retando, mi viejo me pegaba hartoo..." (M.S;31;PBC-MH)</i> <i>"Cada vez que mi papi llegaba curao'... al otro día me portaba mal no le hacía caso... tenía que defender a mis hermanos chicos" (C.M;38;PBC)</i> <i>"Sí, sí pensé en matarme... hartas veces, pero me detenían mis hijos.." (C.R;25;PBC-MH)</i> <i>"Pienso que la vida es bonita, pero cuando estaba en la vola' nada tenía sentido quería matarme, desaparecer y terminar con todos mis problemas..." (P.V;28;PBC-MH)</i> <i>"por culpa de la droga, estuve presa... pensaba que el microtráfico sería una ayuda económica en mi familia" (C.M.:38; PBC)</i> <i>"Una madrugada me tome muchas pastillas que tenía, ya no quería vivir, incluso llegué a pescar el cuchillo pa' cortarme.... Pero no pude" (C.G;21;MH-COCA)</i>
LO BUENO DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN	<i>"Soy una mujer que se ha sacado la cresta, trabajando y creo ser buena persona, por algo que tengo una nueva oportunidad en mi vida para cambiar"(J.N;24 COCA-MH.)</i> <i>"Creo que todo pasa por algo, yo ya aprendí de esta lección y para mejor, me siento bien y segura de mí, hoy día sé que consumir me daña a mí a al resto de mi familia" (K.L,22;MH-PBC)</i> <i>"Me siento muy orgullosa de mí por haber dado el paso, muchas veces intente dejar de consumir, pero siempre fallaba, hasta que no sé si Dios me dio la fuerza y ahora me estoy recuperando" (C.G;21;MH-COCA)</i>

LO BUENO DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN	<i>"Salí de la droga solita y pucha que es difícil.... Sé que tengo la fuerza para salir y cambiar, además con las terapias me podido ser más tolerante"(C.M.;38:PBC)</i> <i>"Ahora me siento bonita, mi pareja me lo dice, y eso hace que me quiera cada día más"(A.P.;26;COCA)</i> <i>"Aunque igual a veces me dan ganas de fumar, tengo que ser fuerte, he ganado muchas cosas, el respeto de mi familia y sobre todo... es que ahora mi vida tiene un sentido, dan ganas de levantarse y vivir"</i> (O.A;25;COCA-MH)
--	---

Como se puede observar los calificativos son negativos, tales como: mala, delincuente, rebelde, entre otros. Por otro lado, se evidencian sentimientos de soledad, de percibirse solas frente al problema de abuso de drogas. Además, son varias las entrevistadas que tienen una autoimagen clara de cómo eran cuando niñas, que también refleja lo que sus padres u otros significativos han dicho de ellas. La mayoría cree haber sido "malas" desde pequeñas, situación que en cierta medida las ha marcado desde la infancia.

En síntesis, es posible señalar que la mayoría de las mujeres consumidoras de drogas entrevistadas poseen una autoimagen claramente negativa y deteriorada, utilizando sólo unas palabras para describirse, lo cual refleja la pobreza conceptual de sí mismas, la falta de elaboración de su imagen y la fuerte incidencia que aún poseen de los otros. Se expresan sentimientos de soledad, lo que probablemente refleja el sentimiento de abandono de sus padres en lo afectivo en su niñez y en el abandono sufrido en su juventud por sus parejas y lo emocional. Respecto a esto último, algunas señalaron haber pensado en suicidarse en algún momento de su vida o incluso haberlo intentado.

Bajo este prisma se confirma lo mencionado por los autores Becerra y Bazo (Op. cit:71) "las mujeres adictas son perfectamente conscientes de estos estigmas, de ahí provienen dos sentimientos muy generalizados entre ellas «culpa y vergüenza» que deben superar durante los tratamientos. Las mujeres no cuentan con la misma disponibilidad de ayuda y acompañamiento familiar, diversos obstáculos se presentan en la mujer a la hora de solicitar tratamiento, y en muchos casos hay oposición explícita por parte de la pareja o de los padres, generalmente minimizando la importancia o cantidad del consumo". Esta frase se vuelve latente ante las afirmaciones de las mujeres, ya que toma tiempo dar el paso hacia el tratamiento, al autodescalificarse constantemente ante su problemática de consumo abusivo de drogas. Al parecer se sienten poco dignas de recibir la ayuda de algún centro especializado y prefieren seguir con el círculo del consumo, allí desaparecen problemas, penas y angustias.

A partir de la teoría entregada por Lagaral Marcela (2001), es necesario abordar la temática género en conjunto con la autopercepción, ya que de la variable género se hace referencia a la construcción cultural de lo femenino y lo masculino. De este modo, es femenino todo lo relativo a la reproducción, la crianza de los hijos, las tareas del hogar, el mundo afectivo y el desempeño en el ámbito privado; y es masculino cumplir las funciones de jefes de hogar y proveedor económico, pertenecer al mundo público y ocupar posiciones de conquista y jerarquía en la sociedad. También se considera terreno de lo masculino la transgresión a ciertas normas lo que va aparejado a la posibilidad de innovar, descubrir y cambiar el mundo.

Así, las mujeres preponderantemente aprenden a ser afectivas, intuitivas, sumisas, maternales, preocupadas por los otros, y los hombres racionales, dominantes, fuertes e independientes. Estos roles estereotipados determinan que la estructura de poder favorezca al género masculino y que cualquier intento de cambiarla desencadene sanciones que pueden llegar a incluir conductas agresivas.

De acuerdo a lo señalado anteriormente, ser mujer y presentar un consumo problemático de drogas constituye un desafío a los estereotipos sociales y culturales de nuestra sociedad y por lo tanto, las consecuencias de este consumo pueden ser más dramáticas para las mujeres que para los hombres.

5.- PERCEPCIÓN DEL ROL MATERNO.

En este punto, se pretende exponer el concepto de rol materno que tienen las entrevistadas y la familia, basándose en su experiencia de vida y el entorno en donde se desenvuelven.

Según el planteamiento de Minuchin y Fishman, "la familia favorece el procesos de individualización y el sentido de pertenencia" (Minuchin; op cit: 72). En el proceso de conformar la red familiar se genera el "apego emocional" a la familia de origen, en donde se alcanza la identidad y autoafirmación. Este sentido de vuelve disfuncional debido a que uno de sus miembros se ve afectada ante el consumo. La figura materna por lo general, es nuestro referente para la vida en el futuro, pero el rol materno se ve trastocado cuando ella tiene un consumo abusivo de drogas. Las funciones básicas no logran desarrollarse completamente y otro es el que toma el rol materno. La función de socialización, transmite deficientemente la cultura, las creencias, valores y normas al grupo social.

Desde la perspectiva de la Mujer en el consumo	"No he sido una buena madre, ya que descuide a mis hijos, imagínate que cuando ellos dormían por las noches yo me escapaba y no volvía hasta al otro día, ... y si les hubieses pasado algo yo no me hubiera perdonado..." (L.A,35;PBC) "Abandone muchos a los niños, yo no iba a el colegio a sus reuniones, menos a las presentaciones, eso me da rabia de mi vida pasada, porque sé que a ellos les afecta, todos los otros niñitos estaban con sus mamás, menos ellos..." (M.J,34;PBC-MH) "Cuando andaba lúcida creo que era buena mamá yo quería ser lo mismo que la mía, pero con está cochina (la pasta y marihuana) se me olvidaba todo, si una vez con mi marido nos fuimos a vender los juguetes de las niñas por conseguir droga..." (MG,45;PBC) "Me he mandado hartos porrazos, fui una madre ausente, mi hija debe tener malos recuerdos conmigo, además estuve 1 año y medio en la cárcel y mi mamá cuidó de ella. Cuando uno esta vola' no piensa en hijos, en familia ni en uno si te puede pasar algo..." (M.G,45;PBC)
Desde la perspectiva de la mujer en tratamiento	"Para mi la familia es lo más grande y sagrado que tengo, es por eso, que ahora paso más tiempo con ella, quiero reparar el daño.. no quiero que mis hijos digan que su madre fue mala con ellos..." (C.M,38;PBC) "Tengo todo lo que quiero, con el cariño que me entregan me basta, ya no necesito la droga pa' sentirme bien, ellos jamás me han fallado,... incluso cuando andaba drogada, mis hijos se me acercaban para darme cariño... me decían mamita.. mamita... no consumas más, ellos me trajeron hasta acá" (K.L,22; MH-PBC) "Me gusta sentarme al lado de ellos y ayudarlos en sus tareas, antes eso yo no lo hacia, y disfruto más ahora de mamá..."(OA,25;COCA-MH)

**Desde la perspectiva
de la Familia
(hijos/parejas)**

"Mi mami estuvo mucho tiempo lejos de nosotros, pasaba horas enteras consumiendo, la ponía de mal genio sino consumía, yo tenía que cuidar a mis hermanos, porque mis padres pasaban volaos, gracias a Dios a hora es distinto ella se acerca más a mi, creo que empieza a ser más mamá " (hijo; M,17)

"Me cuesta hablar y acercarme a ella, porque recuerdo que antes nos gritaba, nos pegaba es difícil olvidar y pensar que todo va a cambiar, nos dejo mucho tiempo sólo, teníamos que cuidarnos nosotros, ella se le olvido que tenía hijos, me cuesta abrazarla porque antes no estaba presente o si estaba era vola " (hijo; D,16)

"Por mi trabajo me costaba pasar más tiempo con los niños, yo hice hasta donde podía, pero veía que ella no los cuidaba a veces cuando llegaba de noche los niños no habían comido, pasaban largas horas en la calle...Creo que también yo fui culpable porque yo también consumía de vez en cuando, no pensé que ella estaba enferma " (pareja;J)

"Ambos consumíamos juntos nos encerrábamos en el dormitorio (coca), fuimos malos padres, muy irresponsables, me daba pena verlos, a veces decía ahora si que dejamos la droga pero las ganas eran mayor.... Menos mal que encontramos este lugar. Aunque estamos en proceso nos hemos a cercado más como familia, nos apoyamos y los hijos nos han motivado para no caer.." (pareja;A)

"Ella no estuvo a mi lado a enseñarme a ser hija, o en mi adolescencia, yo no sabía que era la menstruación, tuve que apoyarme en compañeras del colegio" (hija; I, 17)

Un punto importante a analizar es del estigma asociado a ser "mujer adicta", desde su espacio privado, ya que es mal juzgada en el ejercicio de su rol materno (no brinda el cuidado socialmente esperado a sus hijos), y desde lo público, es vista como alguien que no es capaz de controlar su situación

familiar, por tanto alguien en quien no se puede confiar desde otros ámbitos, como el laboral por ejemplo.

Es así que, en lo referido al periodo de su consumo se observa una opinión negativa de sí mismas refiriéndose a ellas mismas como "malas madres", al no estar pendiente del cuidado de sus hijos. El consumo a provocado en ellas el desapego de su familia, lo cual se traduce en pasar pocas horas o nulas con sus hijos o en sus actividades extraescolares. Desde la inserción al tratamiento hasta la fecha el reacomodo de la familia pareciera pasar por sus fases normales. La adicta empieza a valorar y generar espacios a sus hijos y sus labores propias de madre, tomando conciencia de que ellas son un factor protector de sus hijos para prevenir un posible consumo de drogas.

En el caso de las percepciones de las familias hacia la adicta, se observa en los hijos temores e inseguridades debido a que dicha situación es una de tantas en que ha señalado que va a cambiar, ya que la desilusión ha sido constante y en cierta medida han sido sus propios hijos un factor protector hoy en día para su tratamiento, han sido ellos y el resto de la familia quienes han motivado al proceso de rehabilitación. Las parejas que han sido a su vez consumidoras y factor de riesgo, tienen a comprometerse a ayudarlas en la formación de la familia. Y apoyarlas en dicho tratamiento, aunque algunas mujeres continúan viviendo con parejas que en la actualidad son consumidoras y potencialmente significa una recaída para la mujer, éstas continúan con él por un sentido de orfandad, sienten carencias afectivas y necesitan de él para desarrollar la codependencia.

Según la autora Kornbilt A. (1984), se presentan algunas características críticas al interior de la familia, en donde el rol de madre se ve entorpecido en el momento del consumo continuando durante el proceso de rehabilitación, los cuales aparecen en esta investigación. Dentro de la familia se desarrollan y mantienen roles familiares contradictorios, es decir, toda familia se instaura y constituye en un determinado momento histórico y les otorga a sus integrantes elementos propicios para su autorrealización. Pero también de manera

contradictoria puede desarrollar roles que de manera impropia complementan en ellos conductas inadecuadas propiciando un clima no saludable que de mantenerse por un tiempo indefinido en la vida de relación de su membrecía les afectaría con una serie de pautas no funcionales causando perjuicios a sus integrantes convirtiendo a una familia funcional en disfuncional, es decir, nociva para el desarrollo saludable de sus integrantes.

Además, impide al interior de la familia el entrenamiento de conductas recurrentes, en donde todo sistema familiar evoluciona en un constante devenir, pero coincidentemente a veces aparecen en determinado momentos de su historia, crisis y contradicciones lo cual posibilitará -paradójicamente- el crecimiento de sus integrantes dado que promueve la movilización y emergencia de los recursos personales de su membrecía. El entrenamiento en el manejo de las crisis familiares o personales al interior de la familia les permite a sus integrantes instaurarse conductas recurrentes, en base a las cuales se van a insertar otras más complejas para cuando en la etapa adulta surjan situaciones similares estén en condiciones eficientes para su abordaje y manejo. Pero en estas familias disfuncionales se despliegan una serie de conductas que van desde la sobreprotección, usurpación de roles, invasión de límites, abuso de autoridad, indiferencia en la crianza, sanciones impropias o ausencias de estas, entre otras, hasta la inacción, es decir, conductas que al ser reforzadas por algunos de sus integrantes van a impedir el entrenamiento de conductas recurrentes alternativas y por ende el desarrollo saludable e independiente del manejo de los problemas personales los cuales son propios de la vida diaria.

6.- PERCEPCIÓN ROL DE PAREJA

Percepción rol de pareja	<i>"Creo que no he sido una buena pareja, porque se que tengo a mi lado un hombre bueno, pero las ganas de consumir muchas veces fueron más fuerte, él desconfía aún de mi porque le sacaba dinero.... Creo que no es grato estar con alguien que en la noche está tira en la cama, en vuelta en su propia vola'" (Y.N, 29; COCA-MH)</i> <i>"Desde el plano sexual no estábamos bien, porque yo a veces tenía relaciones drogada.. creo que él se daba cuenta, pero no ha de ser grato..." (M.D, 42; PBC-MH-ANFE.)</i> <i>"No me siento una buena compañera... ya que manipulé mucho a mi marido.. Haciéndole creer que yo no tenía un problema.." (A.P, 26; COCA))</i> <i>"Hemos ido de a poco entendiéndonos y dándonos tiempo, sé que todavía no estoy bien, con mis otras ex parejas tengo trancas en lo sexual, es difícil y duro ser violada (durante época de consumo)... me da miedo ser rechazada..." (CR,25; MH-PBC)</i> <i>"Nos ha costado mucho volver a ser pareja, como me sentía fea, yo no quería estar con mi esposo, y hasta ahora me cuesta, porque antes lo principal era la droga, no un hombre, yo no me comportaba como esposa de él.. si quería le tenía la comida, o la ropa estaba sucia y él tenía que lavarla " (K.L, 22;MH-PBC)</i>
--	---

Este ha sido uno de los ítems, en donde se observan que las mujeres están más dañadas psicológicamente, la imagen de mujer deteriorada, abusadora de drogas y casi libertina, hace que en la percepción de pareja existan inseguridades y temores, aún es un proceso largo que les quedan a estas mujeres como para estar seguras de una rehabilitación integral, que les asegure ser capaces de valerse por ellas mismas más adelante.

Una de las características de la disfunción familiar es aquella que desarrolla y mantiene roles familiares contradictorios toda familia se instaura y constituye en un determinado momento histórico y les otorga a sus integrantes elementos propicios para su autorrealización. Pero también de manera contradictoria puede desarrollar roles que de manera impropia complementan en ellos conductas inadecuadas propiciando un clima no saludable que de mantenerse por un tiempo indefinido en la vida de relación de su membresía les afectaría con una serie de pautas no funcionales causando perjuicios a sus integrantes convirtiendo a una familia funcional en disfuncional, es decir, nociva para el desarrollo saludable de sus integrantes.

Es interesante analizar que, para una mujer con consumo problemático de drogas, algunos temas tales como las tensiones al interior del hogar, la violencia en la familia, la no valoración de su aporte social, la tendencia a ubicarse en un lugar secundario y/o postergado, conflictos en su mayoría, derivados de su rol sexual, son aspectos que adquieren una importancia central en el proceso de su dependencia y generalmente no son considerados en su proceso de tratamiento.

Por otra parte, las mujeres normalmente no cuentan con la misma comprensión, oferta de ayuda y acompañamiento familiar que los hombres, incluso en algunos casos hay oposición explícita de sus familiares y/o pareja, para que reciba algún tipo de atención. Lo anterior se ve reforzado por el hecho que las mujeres con dependencia están mucho más expuestas a ser sancionadas y criticadas socialmente, porque de acuerdo con la socialización, consumir drogas y otras conductas transgresoras y/o disruptivas están más asociados con lo masculino. Lo anterior agrava el aislamiento de estas mujeres, quienes para evitar ser estigmatizadas tienden a ocultar su problema, no pedir ayuda o postergarla.

Según plantea Mabel Burin (1993), "la importancia de las relaciones para la identidad femenina, la necesidad de conexión y el miedo a la desconexión (en especial respecto a la pareja) es un factor de riesgo para el uso de

sustancias. La tendencia a sostener y cuidar los vínculos (extensión del rol materno) persiste en las mujeres adictas, mientras que los varones en esa situación en general "se van" o delegan el cuidado y acompañamiento en otros familiares (en general otras mujeres)".

Otra diferencia se observa en la forma de respuesta del otro/a en la relación de pareja. Habitualmente cuando el consumidor es hombre, su pareja (mujer) a menudo permanece a su lado, haciéndose cargo de los hijos e incluso participando en su proceso de rehabilitación. Una mujer que consume drogas, en cambio, frecuentemente es abandonada por su pareja y los hijos quedan al cuidado de terceros.

7.- PERCEPCIÓN DEL ROL LABORAL O EDUCACIONAL

Ante la consulta de retomar los estudios un número significativo de las entrevistadas desean volver a estudiar o se encuentran realizando los trámites correspondientes, a pesar de la experiencia de fracaso escolar que todas las entrevistadas han experimentado. Sin embargo, ellas ven en el estudio un medio para obtener mejores empleos; por lo tanto, su proyecto de vida futura se orienta claramente al área laboral, y sustentar mejor a su familia:

ROL EDUCACIONAL O LABORAL INMEDIATO	<i>"Mi sueño ahora es poder terminar mis estudios, así podré trabajar mejor"(P.F,36; COCA-ANFE)</i> <i>"Hasta para lavar el baño hay que tener el 4º medio, así que es lo primordial, quiero empezar de nuevo mi vida.. terminando mi educación" (O.A,25;COCA-MH)</i> <i>"Me da pena pensar que me farrie mis estudios, ha sido duro trabajar por unos pocos pesos, si tuviera más estudios no me harían lesa" (M.G,45;PBC).</i> <i>"Para ser alguien en la vida hay que estudiar, es lo que le digo a mi hijo, pero también se que yo tengo que hacer lo mismo... en la Caleta Sur me dan dado la oportunidad de retomar mis estudios... así que tengo un nuevo desafío" (L.A,35;PBC)</i> <i>"Actualmente estoy trabajando en una tienda de un Moll, igual a veces te va bien, pero es muy sacrificado, tener que trabajar para la Navidad, o cuando es el cumpleaños de alguno de mis hijos, pero que se le va hacer, si mi ex pareja se fue y estoy a cargo de los niños hay que mantenerlos... es re sacrificado estay todo el día de pie, pero este es un trabajo que me lo he ganado, ahora no vendo droga, sino que ropa... y me siento feliz porque es un trabajo en donde me escogieron y sé que lo hago bien.." (P.V,28;MH-PBC.)</i>
---	--

ROL EDUCACIONAL O LABORAL A LARGO PLAZO	<i>"Me gustaría arreglar mi casita, que se vea linda.... Pero falta plata, necesito un trabajo para lograrlo" (C.M,38;PBC.)</i> <i>"Pagar todas mis deudas, salir de viaje... acá en Chile, no conozco el Sur, me gustaría salir.... Unas vacaciones merecidas "</i> (A..P,26;COCA) <i>"No lo tengo claro, sólo estar bien y contenta con mi familia... que mis hijos sean buenas personas y que no caigan en está cachina de la droga" (M.D,42;MH-PBC-ANFE)</i> <i>"Me gustaría tener mi negocito propio, he tomado algunos talleres, en la Muni, así que porque no ponerme con un negocio para la Navidad, y así tengo plata para los chiquillos o salir de vacaciones"</i> (M.G,45;PBC)
---	--

Relacionado con está temática, se puede afirmar que las mujeres no asignan un valor al estudio en sí mismo, por el conocimiento o el aprendizaje de nuevas cosas, sino que sólo es valorado en la medida que aumenta sus posibilidades de inserción laboral futura.

La mayoría de ellas tiende a ser optimista respecto al futuro, ya que pueden visualizar una posibilidad distinta a la actual como sistema de vida. Sin embargo, conociendo las historias de vida de las entrevistadas, es necesario replantearse un proyecto a largo plazo (estudiar para después trabajar) además estas mujeres están relacionadas con una situación de pobreza y vulnerabilidad. Este proyecto de vida involucra a la familia, poder adquirir nuevas herramientas que puedan cambiar el rumbo que sus propios hijos.

Además, que dentro de este proyecto de vida, continuamente el cambio tiene una connotación positiva *"ahora soy una buena mujer.... Una buena madre, etc."*, lo cual como se ha observado en la teoría por el sólo hecho de transgredir "normas previamente establecidas" por la sociedad, el abuso de drogas ilícitas, las ha marcado como mujeres malas. Afectando directamente su autoimagen y su autoestima.

Considerando que las mujeres entrevistadas provienen de contexto de pobreza, esta situación agudiza más las posibilidades de desarrollarse educacional y profesionalmente, concientes de la situación que las coloca en desventaja ante otra mujer de mejor situación socioeconómica. La paulatina pérdida de los espacios de afecto y pertenencia se conjugan con una crisis educacional y laboral que se hace crónica y cada vez más marginal. Las mujeres se van quedando solas, sumergida en un mundo en donde la evitación del dolor es la única motivación que moviliza a la acción. Acción que entra en decidido conflicto con la sociedad, que atemoriza y conmueve a las instituciones, movilizando a los organismos de represión y control, a quienes se les designa la imposible tarea de resolver el problema. Esta realidad indica una dilución de los puntos de referencia que expresa una pérdida de la identidad social. Constituye una respuesta desesperada a una situación de ruptura, mutación, cambio que puede desembocar en prácticas de auto - exclusión, simbólica o física (suicidio).

Capítulo 7:

“Características de la Familia y el entorno de la Mujer Drogadicta”

1.- Análisis Temporal Cualitativo: “Características de la familia de la Mujer consumidora de drogas ilícitas”

A continuación mediante un cuadro de análisis temporal, se mostraran los momentos “gratos y difíciles” que han vivido dos mujeres consumidoras de drogas ilícitas adscritas al PADEA, a lo largo de su ciclo de vida. La primera de ellas es la paciente **M.D.**, 42 años consumidora de Marihuana, P.B.C., y anfetaminas, lleva 3 años en proceso de rehabilitación en el PADEA de los cuales 2 años y 2 meses en abstinencia, actualmente casada por segunda vez con 3 hijos y un nieto. Y la segunda es la paciente **Y.N.**; 29 años, consumidora de Marihuana y Cocaína (en ocasiones ha abusado de medicamentos antidepresivos), 1 año y 7 meses en tratamiento en el PADEA, 9 meses en abstinencia y con 3 períodos de recaída leve; convive y con dos hijos (de su matrimonio anterior).

A través de estas dos narraciones es posible observar y describir los sucesos más característicos que se dan en las familias de origen de las mujeres consumidoras de drogas ilícitas adscritas al PADEA, ya que éstas son historias que fueron repetidas por muchas mujeres entrevistadas en diversos momentos de su vida.

CICLO DE VIDA	Momentos Gratos	Momentos Difíciles
INFANCIA (M.D. 42)	- Bueno tengo hermanos son hartos, con ellos yo no tengo malos recuerdos, éramos súper hermanables, yo era la que los defendía, era la líder de ellos. -El mejor recuerdo que tengo es que jugaba a las bolitas con mi papi y mi mami, pero con unos bolones como piedra y como el patio era grande jugábamos a las bolitas, porque era casa esquina grande, y jugábamos a las bolitas con ella y me gustaba como sonaban las piedras era divertido, era rico!!	-Mi madre nunca se preocupó de mandarnos al colegio. - Mis papás no tenían para comer yo lloraba a escondidas, le llevaba pan a mis hermanos. - Mi papi era alcohólico no más, él tomaba todos los días... todos los días llegaba curao' y yo como vivía atrás lo veía y veía que mis hermanos pasaban hambre y pobreza y yo... yo no hallaba como ayudarlos y mi abuela no dejaba que nosotros le dijéramos a mi mami mamá, teníamos que decirle Maira, por su nombre la llamábamos y a mi papi Segundo.... ella no nos dejaba decirle mamá.
INFANCIA (Y.N. 29)	-Cuando cabra chica, mi mami nos hizo unas muñecas de trapo, pa' una Navidad, pa' mi fue lo mejor, porque hace tiempo que el viejito no pasaba por la casa. -En el colegio una vez nos llevaron de paseo y fuimos a conocer el Cerro no me acuerdo si era el San Cristóbal, pa' mi todo era tan grande y bonito, tenía hartos pasto pa' correr y saltar, jugamos hartos. - Me conformaba con estar con mi mamita, mi viejita me cuidaba hartos y yo la quería mucho. - Cuando chica jugaba con mis hermanos que teníamos hartas cosas, una casa grande, soñábamos con ser felices, yo siempre hacía de la mamá porque tenía que cuidar a mis hermanos más chicos, así que lo pasábamos súper bien, bueno hasta que crecimos... nos duro la cosa.	- Mi abuela siempre nos castigaba, nos pasaba retando y diciendo que no servíamos pa' na'... eso me daba tanto rabia, parece que yo aun le tengo mala, porque aun recuerdo las palizas, me daba miedo . - Mi papá siempre llegaba curao', y a veces veía como le pegaba a mi mami, yo no sabía que hacer y me daba pena verla, pero a veces tenía tantas ganas de matar a mi papi. - Bueno.... casi todos mis recuerdo de cabra chica me causan dolor y pena, porque fueron malos recuerdos, vivíamos muy pobres, siempre nos faltaba pa' la comía, o no teníamos luz o agua, siempre faltaba algo. A veces yo pase hambre, porque no alcanzaba... imagínese con 5 críos re poco se hace cuando el papá trabajaba vendiendo en la calle. - Mi mamá me saco del colegio porque tenía que ayudarle a vender en la feria yo parece que tenía como 8 años, estaba parece en 2º básico, a mi me gustaba tenía amigas y compartía. Pero después me quede sola ayudando pa' parar la olla y nunca más fui al colegio.

		- Una vez mi mamá y mi papá estaban curados y uno de mis hermanos no les hizo caso y mi papi le iba a sacar la cresta.... así que no di más y me puse chora..... mi mami me reto y me grito... pero fue mi papi quien me pego, de pura rabia que tenía me hice la fuerte y no llore yo me sentía roja, y él más fuerte me pegaba me llevo a sacar sangre de la narices, yo tenía 10 años. (Llora)
--	--	---

Una buena infancia por lo general resulta ser para cualquier persona el pilar fundamental y una proyección de lo que seremos más adelante en nuestra vida adulta, desde los distintos roles que podamos asumir en ella. Entendida la buena infancia, como aquella en que la familia resulta ser un factor protector, en donde los valores, la comunicación constante y fluida puede motivarnos a ser personas de bien; además de formarnos en nuestra personalidad y en las relaciones sociales que mantenemos con el mundo externo.

En las entrevistas realizadas a las mujeres consumidoras de drogas ilícitas, se observó que los **"momentos gratos de su infancia"**, resultaban ser pocos, casi olvidados, dejados de lado, parecían ser recuerdos puestos en el baúl cerrado con candado. Los momentos gratos están relacionados con la figura materna con una mamá cercana, una mujer abnegada y luchadora no sólo por sacar adelante a sus hijos, sino que además por cumplir roles de padre de un ser protector. La sencillez y la pobreza en que estás vivan parecía ser el patrón reiterado en que se desarrollaron las entrevistadas, los hermanos y los juegos infantiles elaborados muchas veces de manera artesanal resultan ser la vía de escape para olvidar los problemas y vivir en un mundo de fantasía y alegría.

		- Una vez mi mamá y mi papá estaban curados y uno de mis hermanos no les hizo caso y mi papi le iba a sacar la cresta.... así que no di más y me puse chora..... mi mami me reto y me grito... pero fue mi papi quien me pego, de pura rabia que tenía me hice la fuerte y no llore yo me sentía roja, y él más fuerte me pegaba me llevo a sacar sangre de la narices, yo tenía 10 años. (Llora)
--	--	---

Una buena infancia por lo general resulta ser para cualquier persona el pilar fundamental y una proyección de lo que seremos más adelante en nuestra vida adulta, desde los distintos roles que podamos asumir en ella. Entendida la buena infancia, como aquella en que la familia resulta ser un factor protector, en donde los valores, la comunicación constante y fluida puede motivarnos a ser personas de bien; además de formarnos en nuestra personalidad y en las relaciones sociales que mantenemos con el mundo externo.

En las entrevistas realizadas a las mujeres consumidoras de drogas ilícitas, se observó que los **"momentos gratos de su infancia"**, resultaban ser pocos, casi olvidados, dejados de lado, parecían ser recuerdos puestos en el baúl cerrado con candado. Los momentos gratos están relacionados con la figura materna con una mamá cercana, una mujer abnegada y luchadora no sólo por sacar adelante a sus hijos, sino que además por cumplir roles de padre de un ser protector. La sencillez y la pobreza en que estás vivan parecía ser el patrón reiterado en que se desarrollaron las entrevistadas, los hermanos y los juegos infantiles elaborados muchas veces de manera artesanal resultan ser la vía de escape para olvidar los problemas y vivir en un mundo de fantasía y alegría.

		- Una vez mi mamá y mi papá estaban curados y uno de mis hermanos no les hizo caso y mi papi le iba a sacar la cresta.... así que no di más y me puse chora..... mi mami me reto y me grito... pero fue mi papi quien me pego, de pura rabia que tenía me hice la fuerte y no llore yo me sentía roja, y él más fuerte me pegaba me llevo a sacar sangre de la narices, yo tenía 10 años. (Llora)
--	--	---

Una buena infancia por lo general resulta ser para cualquier persona el pilar fundamental y una proyección de lo que seremos más adelante en nuestra vida adulta, desde los distintos roles que podamos asumir en ella. Entendida la buena infancia, como aquella en que la familia resulta ser un factor protector, en donde los valores, la comunicación constante y fluida puede motivarnos a ser personas de bien; además de formarnos en nuestra personalidad y en las relaciones sociales que mantenemos con el mundo externo.

En las entrevistas realizadas a las mujeres consumidoras de drogas ilícitas, se observó que los **"momentos gratos de su infancia"**, resultaban ser pocos, casi olvidados, dejados de lado, parecían ser recuerdos puestos en el baúl cerrado con candado. Los momentos gratos están relacionados con la figura materna con una mamá cercana, una mujer abnegada y luchadora no sólo por sacar adelante a sus hijos, sino que además por cumplir roles de padre de un ser protector. La sencillez y la pobreza en que estás vivan parecía ser el patrón reiterado en que se desarrollaron las entrevistadas, los hermanos y los juegos infantiles elaborados muchas veces de manera artesanal resultan ser la vía de escape para olvidar los problemas y vivir en un mundo de fantasía y alegría.

Ahora bien, esta alegría es narrada en pequeños fragmentos de tiempo, son los **"momentos difíciles en la infancia"**. La dimensión familiar, se observa que el origen en la vida de estas mujeres corresponde con características familiares complejas en cuanto a salud mental, tales como altos índices de violencia intrafamiliar, alcoholismo del padre marcan la vida de las mujeres, quienes viven con temor a que el padre "llegue curado", y de carencias materiales importantes.

Otro punto importante, es el referido a la dimensión educacional, el patrón común de las familias de origen de las mujeres es muy bajo, así como también el de ellas ya que por fuerza mayor sus propios padres son quienes las retiran del colegio para ponerlas a trabajar a temprana edad en comercio ambulante o al cuidado de hermanos menores. Un obstaculizador en la familia resulta ser en muchas ocasiones las propias abuelas las cuales continuamente apocan y castigan a sus nietas de manera abusiva, provocando probablemente un trastorno en lo emocional, se detecta un intercambio en los roles de la familia.

Los autores Hidalgo y Carrasco (1999:34) señalan que la familia ha de cumplir con las funciones de satisfacer las necesidades biológicas, las psicológicas, las funciones de socialización, las económicas y las mediadoras con diferentes estructuras sociales. Estas cinco parecieran ser escasas o nulas en la vida de las entrevistadas; ya que obstaculizan su proceso en la infancia, las carencias alimenticias, de salud, vivienda, aquellas que forman los lazos afectivos, de responsabilidades mutuas y sentimientos de pertenencia que son tan importantes para hacernos sentir bajo el amparo de la familia, al impedir el normal desenvolvimiento de las mujeres en su vida educacional impiden un buen desarrollo en las funciones de socialización y de educación. La imagen de ciertas situaciones de crisis, como por ejemplo, del padre alcohólico implica tensiones, ansiedad y estrés, la familia presenta dificultades en estas transiciones y el miembro desarrolla diversos síntomas o trastornos, provocando en la familia conductas disfuncionales, implicando que cada uno de sus miembros seguirá patrones inestables. La infancia marcada por el miedo, la

angustia con lleva a repetir conductas o también ante una situación de crisis esquivarla por medio de sustancias químicas, que bloquean recuerdos amargos.

CICLO DE VIDA	Momentos Gratos	Momentos Difíciles
ADOLESCENCIA (M.D. 42)	- Cuando tuve a mi primera guaguita la estefanie me sentía tan contenta y realizada, porque veía como mi guatita crecía y se movía, era como estar jugando con las muñecas pero ahora de verdad.	-Yo tenía como 15 años y en ese tiempo uno esta débil pienso, además yo estaba pololeando a escondidas y lo primero que hice fue irme donde mi pololo, me fui y me quede con él, él me violó porque no hicimos el amor... él me violó, yo lo tengo más que claro que él me violó, y pasaron 4 días y mi mami no me iba a buscar. -A los 17 años empecé a trabajar, de emplea trabajaba 15 días y me salía, era pa' tener plata no más, pa' tener pa' el consumo, 15 días y me salía, siempre trabajaba intermitente
ADOLESCENCIA (Y.N 29)	- Cuando me fugue de mi casa, me sentía libre, me fui con unas amigas del barrio, estuve como 3 días fuera, pero luego mi mami me trajo de nuevo pa' la casa. -Me puse a trabajar como a los 16 años ayudando a una tía para hacer el aseo en una casa, me ganaba mi plata, me sentía más responsable, además conocí a un chiquillo lo quise hartito... pero el me enseñó la droga	- Me acuerdo que un día me fui con unas amigas a carretear, la pasamos super bien, nos juntamos con unos chiquillos y compramos yerba, un poco de coca y unas pastillas. Yo la estaba pasando re' bien pero después me vino la pálida, me sentía re' mal, parecía que el corazón se me salía, estaba con taquicardia y sudando. Llegaron los pacos y yo no me podía parar, después desperté en la comisaría y me dejaron un par de días. No tenía plata, estaba sola, nadie me ayudaba. - Empecé a robar como a los 15 años, todo era pa' el consumo, primero fue en mi casa con cosas chicas, pero después en casa de la vecina y un día termine robando en una tienda, creo que era el tiempo más crítico mío, ya no comía, solo quería consumir. -llegue a prostituirme por la droga, era la manera más fácil de ganar plata, rápido, además, mis viejos me habían echado de la casa, no tenía a quien acudir, así que por las noches trabajaba por sexo, igual iba al barrio alto hay tenía asegurado al menos trago y comida y al amanecer me iba al Hogar de Cristo a dormir, si estaba muy vola' me quedaba durmiendo en la calle.

JUVENTUD (M.D. 42)	- Creo que no tengo recuerdos gratos, desde chica mi vida fue dura..... no no' tengo nada	- Mi primer marido empezó a mostrar la hilacha empezó a golpearme a tratarme mal, después empecé yo a trabajar y él empezó a robar, a usar pistola, hacia asaltos, puras cosas así. -Perdí a mi otra guaguita estuve toda la noche con hemorragia, y él no me llevaba al médico, y no alcance a llegar al Barros Luco me desmaye en la entrada del hospital, yo perdí mi guaguita por los golpes, sufría mucho, no tenía a mi mami a mi lado estaba tan sola, nadie me protegía y él me pegaba estando embarazada a demás que yo hacía trabajos de hombre. (se detiene la conversación se produce catarsis por parte de la entrevistada, después de unos minutos continuamos...)
JUVENTUD (Y.N. 29)	-Cuando supe que estaba embarazada, me sentía dichosa era una nueva oportunidad y deseaba dejar la droga, quería tener a mi guaguita sanita. - El día en que me fui a vivir con mi ex pareja, creía que mi vida iba a mejorar. Sentía que ahora si iba a tener una familia. - Cuando tuve unas piezas, media agua y me fui a vivir con mi pareja, pa' mi era tremendo tener algo mío, propio.	- Las drogas me provocaron un aborto espontáneo, yo me sentía re mal, pienso que yo mate a mi hijo, tenía como 3 meses, sabía que tenía que dejar la cochina' (droga), pero no podía era más fuerte que yo, eso siempre me remuerde la conciencia, fui egoísta y mala (Llora) -Con mi pareja nos consumíamos toda plata vendíamos cosas del hogar, o robábamos, lo que pillábamos se vendía. A veces yo quería parar de consumir pero, Héctor me decía que pa' otro día y llegaba a la casa con más mercadería. - Con los cabros chicos, y sin plata, tuve que vender droga, era fácil unos amigos me daban y yo vendía a un precio más alto, me iba re' bien, me dejaba, pero mi pareja se comía las ganancias, me robaba la droga. Una vez estuve a punto de que me pillaran los pacos, una vecina me aviso que andaban hace días rondando, así que pesque los cabros y me fui donde unos tíos por casi un mes. Nunca más volvieron, yo me asuste y no vendí más. -Cuando se murió mi mamá, yo creo que se murió porque mi papi de joven que le pegaba cada vez que llegaba curao', pude ver a mi viejita antes que se muriera y tuve que prometerle que

		no iba a drogarme más, pero me duro re poco la promesa y consumí más tenía mucha pena ella era la única que me entendía y me sentía protegida con ella. Siento que la he traicionado (Llora)
--	--	---

En los **"momentos gratos de la adolescencia y juventud"**, se ve postergado el estudio a cambio del trabajo remunerado, el cual representa para ellas poder manejar con cierta libertad su vida, y también significa apartarse de la casa de sus padres, como todo proceso en la adolescencia, el proyecto de vida no está claro, sino más bien se guían por los impulsos que cada una tiene, el "pasarlos bien" representa huir del hogar, los problemas, la miseria el hambre y los golpes. Sintiendo que con los "amigos/as" forman su verdadera familia, en términos de afectividad y motivación.

Un punto importante de mencionar es que un número significativo de las mujeres antes de los 18 años ya estaba embarazada o ya tenía un hijo; la maternidad en ellas significa esperanza, sienten que pueden cambiar las cosas, formar una familia estable. Con el transcurso del tiempo, se piensa en lograr metas y sueños, como obtener un hogar propio, en donde el sentido a la pertenencia es más fuerte, debido a que trae consigo el símbolo del esfuerzo. Se encuentran constantemente intentando cambiar el rumbo de su vida, desde formar familia propia, alejarse de la familia de origen, y continuar con parejas consumidoras, los cuales fomentan en ellas la adicción y la codependencia.

En los **"momentos difíciles de la adolescencia y juventud"**, se observan conductas transgresoras, en donde predominan los factores asociados al consumo de droga, el sujeto se ve presionado ante los estímulos internos como externos, el consumo experimental se da ante la curiosidad estimulada por el grupo de pares que en ocasiones ejercen la presión social así son aceptados dentro del grupo. En lo personal se aprecian despreocupadas por sus proyectos de vida, más bien busca desesperada los efectos placenteros y

pasajeros de la droga, sus capacidades cognitivas de concentración y memoria se ve deteriorada, se notan inseguras en la toma de decisiones y una autoimagen empobrecida. Se muestra apática e indiferente con su entorno familiar y social. En cuanto a su sexualidad, se aprecia irresponsabilidad, promiscuidad y embarazo precoz. El consumo pasa de experimental a un poli consumo habitual, es decir, consume más de una droga, además sustancias prescriptas como lo son los fármacos.

Es preciso señalar, que la influencia de la pareja o el esposo en el consumo de drogas ilícitas en la mujer acarrearán consecuencias negativas para ellas, su conducta coactiva le genera el temor a la soledad, por tanto, les urge mantener a alguien a su lado sin interesarles el encuadre de dicha relación ni el dolor psicológico que les cause. La soledad está directamente relacionada a la autoestima y tienen una urgente necesidad de sentir que su pareja las ama y por eso que está a su lado. Interpretan su compañía como sinónimo de amor y cariño; son capaces de soportar los abusos, golpes, aceptarlos como son y amarlos hasta el dolor.

Se muestran antecedentes de maltrato físico y sexual, teniendo en cuenta que el abuso sexual temprano ha sido asociado no sólo al consumo de drogas sino a otras condiciones como son la prostitución, prácticas sexuales inseguras, trastornos depresivos, trastornos alimenticios. Además, un punto recurrente está dado en los abortos espontáneos, ya sea, por el abuso de la droga que implique una alteración en la gestación, o bien, abortos provocados por golpes de terceros, especialmente de la pareja quien actúa con violencia al interior del hogar.

En el análisis de la Edad Actual, hay que tener en consideración que se habla de los momentos en que se encuentran en el proceso de rehabilitación en el PADEA, y que un número significativo ya tiene más de 1 año en tratamiento y en abstinencia, aun que algunas han tenido más de una recaída la cual se puede catalogar como mínima o esperada.

CICLO DE VIDA	Momentos Gratos	Momentos Difíciles
EDAD ACTUAL (M.D. 42)	Bueno ahora creo que sí porque he aprendido a ver que tengo hartas cosas que entregar a los demás, que soy útil, ahora si estoy consciente de que he fallado en hartas cosas, como la crianza de mis hijos, pienso que no estuve siempre con ellos, siento que ellos en cualquier momento me van a sacar en cara el tema de la droga, no se tal vez la estefanie, ahora que va ser mamita me lo puede decir, cachay. - Mmmmmm... creo que sirvo pa' algo, no se bien, pero como decía antes se que no me expreso bien, pero tengo llega con los cabros o señoras que están metidos en las drogas, los motivos a que cambien de vida, en las cosas que pierden, porque les doy mi testimonio. Otra cosa positiva es que me considero buena mamá, más preocupada y estoy aprendiendo a disfrutar la familia. - Otra cosa que me pone contenta es que ahora mi experiencia de vida vale, es bueno trabajar como monitora en prevención con los niños/as, en el colegio de mi hija chica he podido mostrarme como soy y así ayudar a otros para que no pasen por lo mismo y si ya están en la droga poder al menos guiar... porque uno ha de ser muy weón como pa meterse en esto.... Menos mal que yo los encontré a ustedes.	-En mi vida de volada, al principio fue súper conflictiva la relación con mis vecinas, tuvimos hartos tropiezos, como antes yo estaba en la droga no se sabían las cosas... pero como después empecé a ver ya la vida, porque a mi hijo en un principio le hacían desaires, mis hijos no se podían juntar con nadie porque eran hijos de drogadictos. - Antes intente 3 veces en matarme, fue bajo los efectos de la droga, estaba en lo mejor vacilando, cuando escucho una voz que me decía que me matara y me levantaba y buscaba la manera de hacerlo, una vez trate de tomarme unas pastillas pero pensé en los niños y no pude ser mala mamá, pensé que iban a sufrir. Eso me da rabia de mí, por lo tonta que he sido y más encima soy vieja como para hacer cosas de cabra chica. Me recuerdo que me daba la depre' re' fuerte, veía todo negro, me sentía tan sola, mi vida no tenía sentido, sufría tanto.... Porque quería que alguien me quisiera y me protegiera, (devuelta a la catarsis... se entrega contención)
EDAD ACTUAL (Y.N. 29)	- Me siento contenta conmigo por el tiempo en abstinencia que llevo acá en el Poli. He venido a las terapias, me gusta, aprendo a controlarme mejor, a descubrir que tengo cosas buenas y a descubrirme a mi como persona. Además me gusta ahora mi aspecto, hasta me tiran piropos, cuando llegue estaba re' flaca en los huesos, ahora hasta tengo "poto y pechugas", me gusta verme bien ... creo que estoy más bonita -Mi familia me esta respetando más, mis hijos me hacen caso, además me gusta estar en mi hogar. Aunque recién estoy a preniendo a ser más tolerante y dar espacios	-Mis hijos me veían cuando yo estaba volada o al fumarme una pipa, recuerdo cuando me decían que no lo hiciera, ellos estaba chicos como de 6 a 8 años, a veces tenía la pieza pasada a humo como yo cerraba las ventanas porque no quería que los otros me vieran. - Cuando pille a mi ex marido en mi casa con otra mujer, estaban los dos drogados, metidos en mi cama, me dio tanta rabia, que pesca a la mina y la tire pa' fuera pal' patio, quería sacarle la cresta y matarla ahí mismo. Mis vecinos vinieron porque tenía el escándalo y me calmaron, me llevaron pa su casa, hasta que la galla se fue, después le pedí a él (ex pareja)

	para la vida familiar. -He podido hacer algunos cursos en el Municipio, de repostería, antes yo no sabía hacer casi nada en la casa. Esto me hace ver se soy capaz y que no soy tonta como pensaba antes. -Tengo ya mi casa propia, una nueva pareja, que me cuida y quiere a mi mis hijos. Él siempre se preocupa de que este bien, es cierto que peleamos, pero me ayuda a que no consuma, cuando me nota rara o ansiosa, me saca de la casa, paseamos me cuida y eso me gusta, creo que es la primer vez que siento tanto cariño de alguien.	que se fuera. Yo ya no quería esa vida. - Una noche me dio la locura, había tomado unas pastillas que me había dado el médico, estaba en depresión y lo único que quería era matarme, no tenía sentido la vida, mi familia, ni mis hijos, no me importaba nada más. Tenía un cuchillo en la cocina así que pensé que los más rápido era con eso, así que me tagie las muñecas, veía como salía la sangre, creo que lo disfrutaba, estaba profundizando la heridas cuando mi pareja se despertó y me quito el cuchillo a forcejeo, yo lloraba de rabia, pero igual deje que me lo quitara creo que no quería morir, me llevaron a la posta y me saturaron estuve unos día, fui a un psiquiatra a tratarme (hace 2 años del episodio) (Llora, momento de catarsis)
--	---	--

Por último, en los **"momentos gratos de la edad actual"**, está relacionada a lo que ha sido su proceso de rehabilitación, en donde han podido compartir con otras personas y también con otras mujeres, hoy está más claro el proyecto de vida que desean tener junto a su familia e hijos, colocando el énfasis en los factores protectores al interior de su vida y en la de sus hijos, se observa una nula conducta de riesgo en estas mujeres que señala el Dr. Ramón Florenzano, en donde se ven minimizadas, las carencias de valores, la falta de relaciones afectuosas, la falta de interés de sus familias por ellas, la baja autoestima, entre otras conductas. El trabajo realizado por el PADEA, siendo una institución de atención ambulatoria, implica la intervención de un conjunto de profesionales que se preocupan día a día por controlar aquellos estímulos de alto riesgo para las pacientes, existe todo un trabajo de por medio, pero sobre todo de ellas mismas quienes son las que se motivan a producir el cambio en sus vidas, en donde afloran sus propias capacidades y habilidades. El hacer cosas para sí mismas y para elevar su nivel educacional influyen como un factor protector y a la vez favorecer una buena autoestima.

“en los momentos difíciles de la edad actual”, se obtuvieron datos que están relacionados a los 3 primeros meses en tratamiento, el reconocerse como consumidora de drogas, resulta para ellas un paso difícil de aceptar, debido a que toman conciencia del abandono que se ha producido en el hogar, especialmente con sus hijos ya que son ellos quienes sufren directamente las consecuencias, desde castigos abusivos, maltrato, mala alimentación, desprotegidos en sus vestuario y falta de cariño; ya que ellas se preocupaban por tener la droga y consumir tranquila, antes de gastar el dinero para otros fines. Son sus propios hijos quienes la ven constantemente en su volada, e incluso son ellos quienes en variadas ocasiones auxilian a la madre.

La idea suicida ronda en la mente constantemente, y este es un punto difícil de superar, debido a que la depresión se ha instalado como un nulo sentido de la vida, sumado a los problemas económicos que ellas enfrenta. Por su parte, los trastornos depresivos se convierten en el principal síntoma, en el cual la mujer se ve a sí misma en forma negativa, como perdedora y sin posibilidades de operar en forma adecuada; asimismo tiende a refugiarse en el pasado: «cuando era joven», «cuando era soltera», «si hubiera sido», y a efectuarse reproches y culpas. Esto lleva en algunos casos a una imposibilidad de tomar en cuenta la realidad en forma operativa y visualizar apropiadamente el futuro. La percepción de sus limitaciones y la falta de perspectivas llevan, en muchas ocasiones a intentos de autoeliminación, a conductas autodestructivas y, en los casos más graves, al suicidio (Wills y Hirky;2001: 112; Orte; 1998:98). Dentro de los comportamientos autoagresivos y autodestructivos, se puede observar la adopción de la conducta adictiva (frecuentemente como una copia del alcoholismo/drogadicción del cónyuge), como un intento de liberación y evitación de la realidad.

2.- RELACIONES SOCIALES Y VÍNCULOS EXTERNOS PRÓXIMOS A LA MUJER CONSUMIDORA DE DROGAS ILÍCITAS.

2.1.- Relaciones Sociales con las Vecinas y Amigas

Como se ha mencionado anteriormente las mujeres tienden a consumir de manera oculta, se excluye de sus amistades y de vida social prácticamente, sólo mantiene contacto con el mundo exterior con un grupo muy reducido de amigas de su mismo sexo, así logran desarrollar vínculos de "amistad" y con ellas sostienen un proceso de comunicación relativas a las problemáticas que enfrentan y a "cosas personales", es decir, desde hablar de alguna situación específica del barrio, de las noticias, o de los hijos; son estas amigas quienes asumen muchas veces la labor afectiva que la familia por distintos motivos ha descuidado:

ANTES DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN	<i>"Cuando andaba vola' mis vecinas eran re' malas conmigo, me insultaban, no querían que mis hijos estuvieran con los de ellos. Ahora, bueno no conversamos mucho, a penas nos saludamos y nada más"(P.F,36;COCA-ANFE)</i> <i>"Más de una vez me pelie con la vecina porque tenia ganas de gritarle a alguien, me sentía sola, y me descargada con ella, igual eran más pelaoras"(M.G,45;PBC)</i> <i>"Siempre teníamos problemas con los vecinos, por la música, o los niños que se iban para allá, o cuando me peliaba con mi pareja a gritos. Varias veces nos llamaron a los pacos y yo0 me enojaba con ellas"(C.M,28;PBC)</i> <i>"Los vecinos eran desconfiados con nosotros, aunque era yo la de los problemas, pensaban que talvez le íbamos a robar pa' consumir... no nos hablaban"(P.V,28;MH-PBC)</i>
---	---

	"Una vez un vecino vino a casa cuando yo aún estaba drogada, me acuerdo de algo que me gritaba y me decía que me iba a denunciar con los pacos, para que me quitaran a los niños, yo lo subí y lo baje a garabatos, estaba tan enojada que lo pesque y lo saque lejos de la casa" (A.P,26;COCA)
INCORPORADAS AL PROCESO DE REHABILITACIÓN	"... Sí, tengo mi vecina de al lado que es mi mejor amiga, con ella converso de la tele, los niños, ella me escucha y me da consejos.." (P.V,28;MH-PBC) "...Cuando estuve enferma, vino mi vecina a cuidarme, ella es como mi comadre, me hizo las cosas de la casa y teníamos tiempo para hablar, ella me conoce tal como soy..." (C.R,25;MH-PBC) "Ahora tengo dos amigas... amigas son mis vecinas, ellas siempre están conmigo, me apoyan, ellas no toman , no fuman, son jóvenes, pero son re' sanas, trabajan... una vez salimos las tres de vacaciones fue por tres días acá cerca pero me sentí bien con ellas y sus familias. Ellas me dan buenos consejos, no nada de cosas malas, incluso me han acompañado para mis terapias..." (L.A,35;PBC) "Lo importante que siempre estamos juntas pa' la Pascua y Año Nuevo, sabemos cuando estamos de cumpleaños y nos hacemos algún regalito por chiquitito que sea...y como si fuésemos hermanas (ríe) pasamos hartos tiempo juntas, nos ayudamos mucho" (L.A,35;PBC) "Con mi prima y otra amiga andamos juntas, salimos a las discos, la pasamos bien...." (O.A,25;MH-COCA) "Una de mis amigas me ayudo a salir del consumo de la Pasta ella me trajo hasta acá, a veces me retaba cuanto yo no me portaba bien, a mi me daba rabia, pero sabia que estaba bien...." (M.S,31;MH-PBC)

Durante el consumo se muestra a una familia con caos en los vínculos externos, específicamente con los vecinos, ya que estos evidencian el consumo de la madre, y a su vez son quienes estigmatizan más a la mujer por el incumplimiento de sus roles, se señalan en reiteradas ocasiones las llamadas a carabineros, como signo del control social.

Es así que Lamnek (1967:52) señala que, "el acto desviado era el que provocaba el control social, por el contrario, acentúa que el control social provoca la conducta desviada". Acento en las normas sociales y en los rótulos, la reacción social que provocan son relativistas. El intento de impedir, castigar y prevenir la desviación puede en realidad crear la desviación misma.

Ahora bien, en la actualidad las vecinas han evidenciado el cambio de la adicta y la vuelta a las normas sociales, que dichas mujeres notan la presencia de una amiga cercana o "yunta, comadre", que acompaña a la mujer, con un fuerte compromiso afectivo entre ellas, de manera que incluso podría constituirse en una especie de "pariente ficticio", además de ser consideradas como un factor protector. Por otra parte, las amigas también pueden estar ligadas por parentesco, siendo habitual la amistad entre primas y hermanas, estos también ejercen la función de control sobre el consumo.

2.2.-Organizaciones Sociales y Grupos de Autoayuda.

Actualmente un número significativo de mujeres (6) que están en tratamiento en el PADEA, se han podido relacionar de mejor manera con los servicios que ofrece la Municipalidad, a través de cursos o talleres. En donde predominan aquellos que están enfocados al autocuidado, capacitación y nivelación de estudios. Dichos grupos y organizaciones son vistos como un factor protector en donde además potencializan las habilidades y promueven en ellas un espíritu de superación. Se sienten capaces de realizar tareas importantes, fomentado en ellas la capacidad emprendedora, generando

ingresos para su familia y cierto grado de estabilidad. Satisfaciendo necesidades básicas día a día.

RED DE APOYO ORGANIZACIONES SOCIALES	<i>"Ahora estoy contenta el año pasado termine mi enseñanza básica y ahora estoy en 1º medio, LA CALETA SUR (org.soc.) me brindo el apoyo, igual tenia miedo porque pensaba que estaba vieja para esas cosas, pero me daba rabia no poder ayudar a mis niños en sus tareas, ahora puedo sentarme a su lado y entender y hasta opinar... (RIE)..." (M.D,42;MH-PBC-ANFE)</i> <i>"Tome un curso en la Muni, de peluquería y con las gestiones que me hicieron acá en el poli, pude estar en mi tratamiento y a la vez ir al curso, estoy pronto a terminar y quiero asociarme con una amiga y poner una peluquería, me gusta sentir que sirvo pa' algo... Recuerdo que antes no me gustaba salir a ningún lado, me daba lata que me vieran" (M.G,45;PBC)</i> <i>"Voy todos los martes y jueves a mi clase de relajación, allí me enseñan a ser más equilibrada, ya que antes me daban los 5 minutos y todo ardía, además la Pasta me dejo algo nerviosa, esto me sirve porque he podido conocerme más.." (M.S,31;MH-PBC)</i>
GRUPOS DE AUTOAYUDA	<i>"Al principio tenia lata de ir al grupo, porque creía que no me iban a entender, después me di cuenta que todos vamos por lo mismo... uno da consejos, pero a la vez ellos/as también te dan uno y te sirve..." (C.G,21;MH-COCA)</i> <i>"Voy todos los sábados con mi marido vamos al grupo, nos gusta, porque nos enseñan y también lo pasamos bien desde lo sanos, ya no necesito andar fumado para sentir que los otros me quieren, acá sé que soy importante y cuando he faltado por alguna enfermedad me van a ver la casa, eso es súper rico.... Y los monitores son bacanes..." (A.P,26;COCA)</i> <i>"Cuando he tenido una recaída el grupo, me ha enfrentado... por mi bien, y me han hecho ver que soy capaz de mejorar mi vida, por mis hijos y por mi, cuando tengo ansías les comunico que estoy mal y ellos entonces me apoyan... me siento protegida..." (M.J,34;MH-PBC)</i>

Uno de los pilares dentro de la Institución PADEA son los grupos de autoayuda externos que trabajan en conjunto con el equipo, son monitores formados desde la propia institución implementándolos técnicamente, a estos grupos asisten una vez por semana junto algún familiar. En ellos se promueve la ayuda mutua, se fortalece la vida familiar y factores protectores, guiando a la familia al cuidado y proceso en el tratamiento. Se distingue que estos grupos son cohesionados, generando pertenencia, además son mixtos y todos van bajo una misma problemática como lo es la droga, habiendo más comprensión y apoyo, así como también en ocasiones confrontación ante un estímulo de alto riesgo.

El trabajo que se realiza en los Grupos de Autoayuda tiene como principio el compartir las experiencias para que éstas sirvan al crecimiento del otro/a; y al mismo tiempo practicando continuamente la reflexión sobre las prácticas propias y las de los otros/as; aceptando con humildad las correcciones, las órdenes y las palabras duras, cuando se requiere. Existen algunos conceptos esenciales de trabajo como: participación, compromiso y responsabilidad compartida, uso de roles modelos, uso de normas y valores compartidos, régimen de trabajo, comunicación abierta, relaciones sociales y desarrollo por etapas o fases. En este sentido, estas pueden ser definidas como un proceso continuo de autoconocimiento y desarrollo que tiene como fin la integración o reintegración social de estas mujeres; así, a medida que ellas avanzan en este proceso adquieren mayores responsabilidades al interior de la Comunidad y se convierten en un modelo para otras mujeres que están en una etapa de inicio.

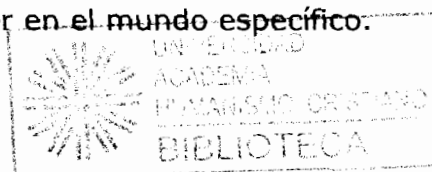
En este momento, se produce un reconocimiento se identifica el consumo de drogas como un mecanismo que la persona eligió para evadir sus vivencias dolorosas. Transformándolas en un compromiso de cambio y la voluntad de asumir y hacer propio un nuevo estilo de vida, identificado principalmente con valores como: amor responsable, honestidad, responsabilidad, solidaridad, sentido de vida y libertad.

Una vez que la mujeres está inserta plenamente en el tratamiento ambulatorio del PADEA y paralelamente en los grupos de autoayuda, se produce un estado en que la paciente se siente ya más tranquila consigo misma, una vez que ha identificado y trabajado sus aristas más oscuras; su compromiso con un nuevo estilo de vida se ha cristalizado en la recuperación de vínculos afectivos que se habían roto y en la recuperación de un proyecto personal que corresponde a los que socioculturalmente se espera. De esta forma, luego de pasar por un profundo proceso de revisión y de identificación de los hechos que llevaban al consumo y como aquello que afectaba la relación con las personas y el resto de la sociedad, se encuentra en condiciones de volver al mundo y participar positivamente en él.

Así, lo que antes se veía como un lugar hostil y amenazante, donde sus expectativas y necesidades no se encontraban satisfechas, se convierte en un lugar de posibilidades, visión que se ha transformado por el propio proceso cambio. Ella que era ya no existe, sólo queda para el testimonio; lo marginado, excluido y crítico, queda para compartir la experiencia con aquellos que quieren empezar el proceso. El mundo se vuelve en un lugar de interés, y un espacio más amigable para la vida y la realización de los sueños; se recupera el sentido, en algunos casos a través de la fe y la trascendencia.

Para las mujeres consumidoras de drogas, esta falta al mandato cultural, ha significado para ellas una estigmatización y automarginación, así como una autorepresentación de mala mujer, lo que asociado a las características personales, familiares y sociales mencionadas, las convierten en la peor de todas.

Así entonces, el proceso de rehabilitación puede ser visto no sólo como un proceso psicológico, donde la mujer trabaja problemáticas específicas que se encontraban asociadas a su consumo; sino que también como un proceso de cambio cultural, donde la visión de mundo y de sí mismo se modifica. Además de esto, de pasar de una situación de marginación social, se busca la integración a través de la adopción de un modo de ser en el mundo específico.



Ambos vínculos sociales externos a la familia, cumplen con la función de promover en ellas y estimular estilos de vida saludables, que sirvan para reparar tanto en ellas como en sus familias situaciones problemáticas. El buen uso del tiempo de ocio, es fundamental para que estas mujeres se sientan seguras de sí mismas y sepan manejar situaciones de estrés y resolución de conflictos, ya que se ven enfrentadas día a día a la realidad en distintos ámbitos.

3.- TIPO DE COMUNICACIÓN

3.1.- Perspectiva Familiar

Para poder comprender y describir cómo afecta el consumo de drogas ilícitas en la mujer, es necesario adentrarse en el campo de la propia familia en donde cada uno de sus integrantes sufre algunos desajustes. Según Minuchin y Fishman (1979); la familia pasa por distintas etapas en el ciclo vital y desde el punto de vista teórico sistémico, lo que cambia es la organización y la estructura de ella, a su vez los roles y funciones se van modificando según las necesidades de cada uno de los demandantes.

Según Campos (1983) en aquellas familias con un integrante dependiente a las drogas, la organización y la estructura familiar puede verse desajustadas en: los límites, no hay reglas claras, los roles son difusos o son modificados; alineación y el poder o jerarquía. Por lo general, las familias se ven desorganizadas y con ciertos desajustes en su funcionalidad.

Para tener un prisma más amplio se entrevistaron a 15 familiares de las mujeres, desglosado en lo siguiente: hijos/as mayores de 15 años y 7 parejas o maridos de las entrevistadas.

HIJOS/AS	<i>"Mi mamá siempre me grita, ahora está un poco más suave... pero de repente se le olvida, peleamos hartos... me da rabia que ella este metida en esto... aunque sé que está en tratamiento, es difícil pensar que todo está bien... porque siempre vuelven los recuerdos, cuando éramos más chicos y no la tuvimos cerca, la droga la tenía muy mal.... Tengo pocos recuerdos de ella haciéndome cariño, como todas las otras mamás "</i> (hijo; D. 16) <i>"De chica yo tuve que ser la mamá de mis hermanos, cuidarlos, ayudarles en las tareas, mientras mi vieja pitiaba, mis hermanos me pedían después a mí los permisos, yo iba a dejarlos a la escuela... mi mami ha sido muy irresponsable con nosotros y con ella misma, además ha tenido muchas parejas y todos volaos, cómo no darse cuenta que necesitamos y papá... nosotros somos 3 hijos de distintos padres, yo a mi viejo no lo veo hace muchos años.... me cuesta creer que está bien mi mami... siempre pienso que nos está engañando.." (hija; M 17).</i> <i>"Yo no le hago caso a mi vieja porque ahora se la da de mamá, con mi tía la relación es distinta, porque ella nos cuida y fue como mamá. Con ella converso, pero con mi vieja no... me cuesta creer en ella, no converso de mis cosas con ella, ya que tiene que ganarse nuestro cariño" (hijo; E 16)</i>
PAREJAS	<i>"Hay momentos en que no habla, es como una ostra... no la entiendo y después a los cinco minutos quiere hacer las cosas a su modo... me cuesta hablarle" (esposo; J)</i> <i>"Tenemos 4 años de pareja, y me ha tocado ser madre y padre de los chiquillos, a ella le cuesta expresar sentimientos, emociones, si hasta con los crios es fría, llega a ser pesada y le digo que sea más amorosa, cariñosa con ellos... pero parece que le cuesta" (pareja; S)</i> <i>"A pesar de su abstinencia, aún tenemos problemas nosotros, porque es irresponsable, desconfiada y además celosa, me hace escándalo por todo y después se hace la víctima, a veces siento que no es sincera conmigo, no dice las cosas que siente.."(esposo; L).</i>

MUJERES EN REHABILITACIÓN	<i>"Con mis hijos nunca hemos podido conversar tranquilos, siempre hay algo que nos hace terminar peliando... me cuesta hablar tranquila.. siento que ellos aún no me perdonan" (P.F,36;COCA-ANFE)</i> <i>"Hace un par de meses, recuerdo que hablaba mirando hacia el suelo, tenia una cara de demacrada, estoy trabajando para soltarme más con la psicóloga, igual me ha costado, pero al menos hoy miro de frente..." (C.M,38;PBC)</i> <i>"Me cuesta expresar lo que siento, por ejemplo, la rabia, me cuesta reírme. Aunque estoy trabajando esos rasgos de mi persona. Eso a veces provoca que en la familia no sea muy comunicativa, me cuesta decirles que los quiero, porque no sé si me lo merezco" (A.P,26;COCA)</i>
---	--

En las entrevistadas, se observan patrones de comportamientos más retraídos, desde el escaso grado comunicacional, no reconocen formas de expresar sentimientos, como la ira, la rabia, la frustraciones, ni tampoco aquellos que les producen fuente de alegría y orgullo. A nivel psicológico se presentan desgastadas y vulnerables, por está imagen que sienten proyectar de *"mala mujer y madre"*, imposibilitando la expresión que sus sentimientos.

Se puede desprender que aún que estás mujeres estén en tratamiento, abstinencia o con un consumo leve, la dinámica familiar y especialmente el nivel comunicacional aún sigue deteriorado, talvez en menor grado, pero ha sido uno de los puntos que ellas no han podido reparar, especialmente con sus hijos quienes temen y especulan que sus madres volverán a consumir, ellas en el hogar son el *"chivo expiatorio"*, que en cierta medida provoca está disfuncionalidad, debido a la constante manipulación que la adicta ejerce aún estando en abstinencia, lo cual significa que su reinserción a la familia también se vea complicada, ya que internamente los roles han sido cambiados y asumidos por otros. Imposibilitando el ejercicio propio de ellas.

Las historias de vida de las mujeres que llegan a *"tocar fondo"* a través de la droga, están marcadas por experiencias traumáticas de dolor y deterioro en ámbitos que involucran la totalidad de su existencia. El progresivo deterioro de la salud física, se ve acompañado por profundos quiebres en la estabilidad psicológica de la persona. La presencia crónica de la angustia, los recurrentes períodos de depresión, la paulatina pérdida de la propositividad ante la propia existencia, dan paso a un colapso generalizado de los recursos psicológicos con que la persona cuenta para sustentar su identidad y solidificar su personalidad. La pérdida de los límites morales de autoprotección y su consecuente deterioro valórico, facilitan el surgimiento de un estilo de vida de alto riesgo, cargado de experiencias que concluyen en daño a la personalidad del individuo. El *"tocar fondo"* se vivencia como una experiencia crítica en la vida de las entrevistadas. Se entiende como el límite de lo soportable, de lo tolerable, más allá del cual ya no hay sentido, sólo dolor y vacío ante una existencia sin razón. Se genera una frustración existencial crónica que lleva a evidenciar el abismo del término de la existencia, pero sin haber renunciado totalmente al deseo de vivir.

De la mano a lo referido al rol materno, la comunicación en el interior de la familia, especialmente el de los hijos cobra un significado especial, ya que, por lo general, se observa que el hijo/a mayor de la adicta compite con la autoridad de los padres. Después de haber estado en el nivel que le corresponde, es decir, con sus hermanos, se ubica encima de ellos y teniendo además poder sobre sus hermanos. El régimen que impone, es la protección, seguridad, el confort, entre otros ya que asume los deberes y roles que la madre ha abandonado.

La familia en esta etapa se organiza y estructura en base al comportamiento adictivo del miembro enfermo, es decir, se modifica en función de la madre, modificando sus horarios familiares y normas para cautelar sus bienes personales y de la familia. Esta caracterización se presenta en la fase de adicción asociada a personalidad psicopática o pueden también establecer alianzas con él extrayéndolo de los problemas en que se involucra.

La mujer consumidora está fuera de sus roles como madre, esposa, mujer, etc. Los hijos están desvinculados de la relación materno-filial. El esposo se involucra en controlar la conducta autodestructiva y destructiva de su pareja descuida las funciones de padre y los hijos tienen que desempeñar roles coactivos.

Se puede concluir que la relación que existe entre la familia de origen y la actual de estas mujeres, ha continuado reproduciendo patrones de crianza que en cierta medida han sido una de las tantas causantes del consumo abusivo de drogas. La crianza de los hijos, durante el período de consumo de la madre se encontraba bajo un sistema disfuncional/permisivo, el cual se caracteriza, según Moffat, (Op. Cit:38) por la elevada laxitud en el cumplimiento o no de las normas y reglamentos familiares. Los padres se muestran permisivos y súper cuidadosos de no herir sensibilidades en los hijos e hijas; se esmeran en la manera de impartir los mensajes en cuanto a su contenido y forma. Lo característico radica en que las ordenes son impartidas, pero ninguno de los padres se responsabiliza por cautelarlas y realizar el seguimiento para su cumplimiento de tal manera que los hijos tienen dificultad para incorporar las normas e instrucciones imposibilitando que introyecten necesarios mecanismos de autocontrol.

Sumando además, con un patrón de crianza negligente, es decir, la ausencia de un comportamiento parental de consejería, orientación, asesoramiento, o en su defecto de crítica y cuestionamiento ante las conductas inadecuadas de los hijos es lo característico en este patrón de crianza. El hecho de estar largos periodos ausentes para apoyar con su afecto y consejo a sus hijos, provoca que ellos guarden rencor, tristeza, dolor, y sentimientos de abandono.

Esta situación provoca al interior del grupo familiar desequilibrio y fomenta aún más el consumo en la mujeres, con la excusa de evadir los problemas y la falta de manejar la resolución de conflictos.

CONCLUSIONES

A partir de la Investigación realizada, de la recogida de los datos y posterior análisis de estos, se obtienen los resultados que permiten analizar mejor la pregunta a investigar: ¿Cómo se autoperciben las Mujeres con problemas de consumo abusivo de drogas ilícitas, referido a sus roles de mujer, madre, pareja, en el plano laboral, educacional y familiar entre los 21 a 45 años de edad, que están insertas en el programa de tratamiento del Policlínico de alcoholismo y Drogadicción Obispo Enrique Alvear (PADEA)?, y a su vez ¿Cómo se ve afectada la Dinámica Familiar, en aquellas mujeres con problemas de consumo abusivo de drogas ilícitas entre 21 a 45 años de edad, que están insertas en el programa de tratamiento del Policlínico de alcoholismo y Drogadicción Obispo Enrique Alvear (PADEA)?.

Estos resultados se comprueban y verifican con los contenidos expuestos en el Marco Teórico.

La metodología cualitativa supone un proceso de autoconciencia, por lo que no solo la investigadora reflexiona sobre las potencialidades de las mujeres consumidoras de drogas ilícitas, sino que estas mismas mediante la reconstrucción conjunta de sus historias de vida reconocieron sus habilidades, destrezas, planes y metas futuras y se autovaloraron como seres humanos productivos.

En base a las preguntas realizadas anteriormente descritas se concluye que, de acuerdo a lo comprobado durante la investigación, las experiencias de socialización de género de las mujeres consumidoras de drogas ilícitas estudiadas la subordinación se hace presente en todos los casos analizados, esta se manifiesta de diferente manera de acuerdo al estatus socio-económico.

Al adentrarnos en el consumo de drogas femenino, se hace necesario reconocer la especificidad del mundo de la mujer, y sus características; mundo en el cual la maternidad ha sido tradicionalmente definida como fundamento del rol de la mujer.

En efecto, la maternidad ha brindado históricamente a la mujer un espacio social que opera como un fuerte "*modelo genérico*" de actuación para ésta, aportando con ello determinados significados que construyen lo femenino y lo materno en un espacio social indivisible. De este modo, tanto la maternidad como el abuso de drogas son portadores de constructos semánticos que poseen una inscripción social con implicancias en sus formas de actuación, esto es; se relacionan a diversos mitos y significaciones que le dan sentido, validan o invalidan, reconocen o desconocen sus prácticas, delimitando e imponiendo ciertos patrones de comportamiento.

Es así como la mujer que abusa de drogas, se inserta en una red de significados y mitos que se revelan como opuestas a las no menos mitificante red de significaciones de la maternidad, lo que influirá en la relación madre e hijo y en la propia mujer. Dicha influencia se entiende en la medida que los constructos edificados a partir de ambas experiencias, consumo y maternidad, encontrarán su eco en la forma que la mujer se define a si misma, se autopercibe y asume a la madre con conductas de abuso de drogas dentro del sistema materno-filial, a partir de lo cual se destacarán significados que se centran en las limitaciones y en el no asumir el rol de madre.

La investigación estuvo abocada a conocer en profundidad las redes de significaciones que poseen las madres que presentan conductas de abuso de drogas, mediante las propias narraciones de las mujeres respecto de sí mismas y del mundo que las rodea. Por lo tanto, fue necesario un análisis de la construcción de significados implicados en los relatos de la mujer en la sociedad actual, es decir, los sistemas de creencias, símbolos y discursos particulares del "ser mujer" en el contexto local en el que están inmersas, situándose esto en un momento social y cultural específico.

A continuación, se presentarán algunas características observadas en las mujeres consumidoras de drogas ilícitas, que se encuentran en proceso de rehabilitación en el PADEA:

Conclusiones generales, propias de las Mujeres consumidoras de Drogas Ilícitas.

- Se observan modelos parentales en donde el padre desvaloriza a la madre explícita o implícitamente, la madre tolera el maltrato físico y /o psicológico y se comporta inmaduramente, siendo incapaz de defenderse y de defender a los hijos. La hija empieza a ver la fragilidad de la figura materna y comienza a desarrollar un rol de madre, de su propia madre.
- Se observan dificultades de integración a grupos desde la infancia, sin amigas significativas y la amistad se conoce a través del consumo. Tienden a ser responsables de la crianza de los hermanos menores, especialmente en la población de sectores más vulnerables.
- La adolescencia se vive con angustia y desorientación. Con actividad sexual precoz, habitualmente con embarazo no deseado.
- El proceso de identificación se realiza con los pares y la droga. Además, el inicio de consumo durante la adolescencia con el grupo de pares, en donde habitualmente un amigo, en particular con quien mantenían algún vínculo afectivo, las provee.
- La construcción de identidad sexual, se realiza a partir de modelos deficitarios (historia de abandono parental, separaciones, peleas, golpes, ausencia de diálogo afectivo entre la pareja parental). El inicio sexual precoz generalmente está asociado a la búsqueda de afecto, a modelos sexuales poco claros y contradictorios y a experiencias dolorosas. Esto las lleva a tener una opinión o percepciones muy malas relacionadas con el sexo.

- Estas experiencias traumáticas quedan en un vacío impune, dado que no se atreven a contarlo por amenazas del abusador, o cuando logran hacer público el secreto, la madre suele no creerles y por tanto difícilmente puede apoyarlas.
- Las parejas generalmente también consumen drogas, ellos las iniciaron o ellas se involucraron con la intención de acompañarlos.
- Forman pareja con la intención de formar familia, con la ilusión de que encontraran solución a sus problemas de soledad, falta de afecto, valoración, etc.
- Alto porcentaje de trastornos de la alimentación. Pareciera interferida la capacidad de autosostenerse a sí mismas (auto cuidado).
- En estas mujeres de sectores socio - económicos más vulnerables, es posible observar que las madres son percibidas como "sufridas". La madre es *la que lo aguanta y perdona todo, especialmente al marido o al hombre de la casa*. Esta situación no se da en relación a sus hijas mujeres porque, por el contrario, más bien les cargan responsabilidades tempranamente haciéndolas parte del sistema en el cual las mujeres resisten y aceptan las situaciones que les tocó vivir. Las mujeres sienten que la madre les ha dedicado poco tiempo, privilegiando otras cosas tales como las labores de la casa u otras.
- El padre, habitualmente consumidor excesivo de alcohol, suele comportarse con abuso de autoridad, con violencia y autoritarismo, expresando el afecto bajo los efectos del alcohol porque en lucidez lo que aparece suele ser maltrato. Esto se traduce muchas veces en que las normas y castigos son inconsistentes, con abuso de autoridad o con un "dejar hacer total".

- Las familias presentan distanciamiento afectivo, con poca expresión de los sentimientos. Proviene de familias desintegradas que no han fomentado el apego. Las relaciones familiares son tensas, frías, agresivas, en donde los miembros se han visto impelidos a buscar afecto fuera del sistema, a menudo en la calle.
- Las mujeres se han sentido "poco aceptadas" por su familia, ignoradas por los padres, no reconocidas, emitiendo conductas para lograr cariño o aprobación, llegando inclusive a dañarse a sí mismas con tal de llamar la atención y ser consideradas.
- Proviene de familias que se caracterizan por poseer estructuras rígidas, que generalmente están "fijadas" en la etapa de la separación-individuación, creando ambientes con mucha carga emocional y donde pueden darse conductas de sospecha, incestos, engaños, que impiden un adecuado manejo de los afectos e impulsos.
- Sentimiento de sobreexigencia frente al desempeño de una doble jornada laboral, sin contar con apoyo suficiente. Sentimiento de que su trabajo en el hogar no es reconocido.
- Falta de oportunidades para capacitarse y desarrollarse. Realizar actividades frustrantes y de escaso prestigio.
- Aislamiento de actividades sociales y recreativas sanas, utilización inadecuada del tiempo libre.
- En relación a la maternidad, se observa que así como no han recibido contención y sostén de su propia madre, ellas tampoco pueden contener y sostener a su propio hijo/a.

- Ser madre es una responsabilidad que no han podido cumplir, el contactarse con su maternidad les ha hecho sentirse importantes, pero al no poder cumplir, se sienten "malas madres", desvalorizadas, descalificadas.
- La idea de tener un hijo se inscribe en el deseo de tener algo propio, un hijo para suplir carencias, para que las "saque " de sus problemas, poniendo en un otro la "salvación". de sus vidas.
- Se observa en la gran mayoría de las mujeres en tratamiento, el profundo temor de dañar al hijo que viene o que va a venir, como resultado de su historia adictiva. Las mujeres que presentan más temores llegan incluso a suspender el consumo durante el embarazo. Algunas continúan abstinentes, pero la mayoría reincide una vez que el hijo ha nacido,
- Durante los primeros meses del hijo, logran establecer vínculos de apego, atendiéndolos y cuidándolos, pero en el momento en que la "guagua" comienza a demandar más atención y exigencias, las mujeres desarrollan conductas de desapego.
- El agobio las lleva de nuevo al consumo, llegando inclusive a utilizar a ese hijo, para obtener droga. En este período se produce un franco abandono, dejándolos al cuidado de parientes, vecinas o cediéndolos a instituciones.
- En el proceso de tratamiento, es bastante frecuente observar el fuerte sentimiento de culpa de estas mujeres, la urgente necesidad de reparar el daño, el deseo de hacer propósitos de vida con los hijos y al mismo tiempo, el temor a no poder hacerlo.

Conclusiones en relación a la temática de autopercepción y el abuso de drogas

Las construcciones de significados instaladas socialmente acerca de la temática Drogadicción reflejadas en lo que plantea CONACE (2002); involucran creencias, premisas y prejuicios acerca de cómo se comportan las drogadictas (mintiendo, robando, prostituyéndose, etc.) que suelen ser vivenciados por las mujeres de éste estudio, como mandatos prescritos en los cuales estarían atrapadas, en tanto estos aparecen como totalizantes e irreversibles, definiéndose el ser *drogadicta* como incompatible con cualquier rol socialmente aceptado y que suponga características de competencia, voluntad y responsabilidad.

El entrar en el mundo de la droga implicaría una relativización de sus significaciones, respecto de lo que consideran bueno, malo, permitido, o prohibido; ya que el ajustarse a lo que este "mundo" demanda, requiere de la legitimación de conductas delictivas (robo, tráfico de drogas, prostitución, etc.) como una adecuada vía para la obtención y mantención del consumo.

A pesar que en las narraciones de las mujeres surgieron constructos con connotaciones positivas referentes al consumo de drogas (desconexión y pseudo- solución de problemas, droga como objeto de compañía etc.), estos aparecieron dificultosamente referidos, sin poder explicar con ello el porque del abuso de drogas. Por el contrario, los significados de connotación negativa asociados al ser *drogadicta* colmaron todo el relato de éstas, sustentándose significaciones devaluadoras e hipercríticas asociadas a tal condición. Dichas construcciones adquieren sentido por la pertenencia a instancias de rehabilitación, en las que se enfatizaría el daño y la pérdida que traería la drogadicción. Todo lo cual constituiría un referente del como las redes de significados son construidas y adquieren sentido en el marco de la localidad y temporalidad de la que emergen.

En éstas mujeres aparece una vivencia de pérdida del "ser mujer" asociada a su condición de "drogadicta"; esto por el descuido excesivo a nivel de la imagen corporal y por el no cumplimiento de las funciones prescritas al rol femenino, a decir de las perspectivas socioculturales acerca del rol de la mujer sostenedora de relaciones, fuente de cuidados de otros, suaves, ordenadas, tranquilas, buenas madres y esposas. Todo lo cual, suscita en las mujeres entrevistadas fuertes juicios devaluatorios frente a sí mismas; como también sentimientos de culpa y falta de dignidad frente a los otros. Lo que las sumerge en una automarginación y vivencia de estigma y exclusión, operando todo a modo de círculo vicioso que refuerza el consumo. En la mayoría de las mujeres sus experiencias de vida están unidas a la pobreza, es así como el incorporarse al mercado laboral desde temprana edad para contribuir a la economía familiar con lo que disminuyeron sus oportunidades educativas, mismas que no fueron consideradas importantes por las demás personas que las rodeaban para que ellas las iniciaran o continuaran. Frente al análisis de los datos, una característica primordial en las entrevistadas, es el pobre autoconcepto que tienen de sí mismas, con sentimientos de desvalorización y poco desarrollo de la confianza básica, lo que las hace inseguras, poco autónomas y con dificultad para enfrentar con sus "propios recursos" los conflictos personales.

Las mujeres han sido socializadas en sus hogares para asumir responsabilidades propias del ámbito privado de la casa, esta asignación exclusiva a las mujeres de las actividades domésticas y la responsabilidad de la crianza y cuidado de sus hijos e hijas, las ha afectado y empobrecido más, dado que se les dificulta asumir empleos estables por lo que se dedican a labores informales, principalmente como vendedoras ambulantes, trabajadoras domésticas, e incluso trabajadoras del sexo (durante el período del consumo), y actividades que les generan bajos ingresos económicos.

Por otro lado, estas mujeres han sufrido experiencias de abuso y violencia doméstica, incluso algunas desde niñas, haciéndoseles difícil romper el ciclo de agresión al que estaban sometidas, y cuando lo hacen se convierten en

mujeres jefas de hogar asumiendo solas las responsabilidades de sus casas y de sus hijos e hijas.

Ellas vivencian una mayor discriminación y estigmatización de parte del medio social, definiendo esto a partir de una comparación directa con la realidad de los hombres "drogadictos"- frente a quienes la sociedad sería más permisiva y flexible- esto incidiría en un mayor ocultamiento de su problemática de drogas y una mayor dificultad para acceder a programas de rehabilitación y por ende a situaciones que propicien un cambio. Las mujeres adictas experimentan un mayor estigma que los hombres, más estresante y más destructivo (Goffman; 1993). Asimismo se entiende que un gran número de mujeres que consumen drogas de manera abusiva, son también sexualmente más promiscuas. Estos estigmas guardan relación con el rol que la sociedad ha asignado a las mujeres de ser las guardianas de la moral y los valores sociales, se espera que sea controlada y sumisa; por lo tanto, las mujeres no deben de consumir drogas lícitas y menos las ilícitas.

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

A partir de estas experiencias algunas mujeres se consideran fracasadas al no haber culminado su educación primaria y secundaria, con lo que se saben en desventaja para acceder a mejores oportunidades laborales. Este sentimiento es acompañado por la culpabilidad que sienten al haber quebrantado los roles asignados a su género por la sociedad patriarcal en el momento de transgredir la ley y ser privadas de libertad algunas de ellas, pero además el peso y el estigma social de ser consideradas "*drogadictas*", cargando a costas con sinónimos de delincuentes, malas madres, prostitutas y otros.

Si bien de acuerdo a lo planteado por diversos autores, el campo de accionar de la mujer se ha ampliado a nuevas características, funciones y roles, las mujeres estudiadas, se mantiene adscritas a las tradicionales prescripciones construidas para ellas. Esto podría relacionarse con su contexto social de pobreza, el que no brinda un adecuado acceso a la información, educación y campo laboral. Lo que haría que el flujo de redes y su construcción sean menos dinámicos y se apegue por tanto a los antiguos esquemas culturalmente asignados a la mujer.

El factor gatillante de un proceso de rehabilitación en este grupo de mujeres se asocia a la percepción de deterioro a nivel de la propia corporalidad e imagen física. Esto demuestra tangencialmente la importancia social que se le confiere a la imagen física de la mujer, es así como al perder la percepción de una imagen positiva surgiría la visualización de magnitud de daño asociado al consumo de drogas

Un número importante de estas mujeres se involucró sentimentalmente con microtráficoantes como forma de "agredir" a sus familiares al sentirse poco apreciadas en sus hogares, así como también buscando lucrarse y ser una fuente de ingreso en su familia de origen, ellas acceden al saber las premuras económicas por las que atraviesan para satisfacer las necesidades básicas en sus hogares. La dependencia afectiva y la dificultad para decir "no" o exigir condiciones, el miedo a la soledad y la desconexión afectiva, lleva a muchas mujeres a tolerar abusos o violencia por parte de la pareja.

Conclusión en relación a la temática de la maternidad

Las entrevistadas presentan significados, ideas, creencias que reflejan una fuerte idealización de la maternidad, lo que la define como el arquetipo más poderoso de identificación femenino. La construcción del rol materno se realiza a partir de creencias del todo o nada en donde o se es "buena madre" o se es "mala madre". Así desde sus significaciones de "mala madre" respecto de lo cual hay coherencia conductual, se dificulta comenzar a tener cambios paulatinos y positivos en sus conductas maternas, lo que sumado a intensos sentimientos de culpa, las mantiene "atrapadas" en una actitud pasiva frente a sus propias significaciones de "malas madres".

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

En cuanto a la relación madre-hijo. Los relatos muestran que existiría una desjerarquización en tal relación, ya que es el hijo quien asume la autoridad frente a la madre, quedando ella como una figura sin credibilidad ni autoridad alguna frente al hijo, lo cual produce en el grupo de mujeres sentimientos de rabia, frustración y sentimientos de incompetencia frente al rol materno.

Las mujeres realizan frente a sus hijos demandas explícitas de protección y cuidado, lo cual evidencia una inversión inadecuada de los roles madre-hijo. La mujer adicta es vista como *"mala madre y como una esposa irresponsable"*. Esta realidad crea problemas particulares en dichas mujeres para solicitar tratamiento, siente vergüenza, sentimientos de culpa por entender que ha fracasado en su rol femenino. Las conductas de transgresión, socialmente disruptivas, son más severamente sancionadas en las mujeres, porque de acuerdo con el patrón cultural, están asociadas con lo masculino. Esto determina sentimientos de vergüenza e incapacidad que pueden llevar a las

mujeres a ocultar su adicción o bien no solicitar tratamiento para no ser estigmatizadas como "adictas".

Se puede desprender, por medio de los relatos, que no existiría continuidad en la entrega de afectos ni en la alerta hacia las necesidades del hijo, siendo estos entregados de manera intermitente. A su vez que en momentos de conexión con el hijo, intentan sobrecompensar el abandono en el rol, siendo invasoras al intentar satisfacer todas las necesidades que suponen este tiene en un solo momento.

El estigma social de "mujer drogadicta", percibido por las entrevistadas, como radicalmente opuesto a las expectativas construidas respecto del género femenino, incluyéndose de manera particular en esto, el rol materno. En el que tal estigma enfatiza la imposibilidad de la mujer "drogadicta" de ejercer el rol materno, lo que se hace extensivo incluso en fases posteriores a la rehabilitación.

Las mujeres expresan que sus necesidades inmediatas no son las materiales sino las afectivas, las referidas a sus relaciones familiares, específicamente al bienestar de sus hijos e hijas y el no poder brindarles apoyo emocional ni material. Esta situación crea en ellas sentimientos de impotencia, culpabilidad y angustia que las paraliza para tomar decisiones importantes de cambio personal.

La maternidad, estaría construida casi exclusivamente a partir de significados, creencias y mitos tendientes a enaltecerla, sin embargo, al asociársele la "drogadicción" como práctica simultánea a esta, las que serían ejercidas por las entrevistadas a través de conductas de abandono y negligencia del rol materno, estableciéndose un encaje con las significaciones que circulan alrededor de la maternidad- drogadicción. Dificultando con ello la construcción de nuevas redes acerca del rol materno.

La maternidad confiere a las mujeres de la muestra, un contrapeso a la invalidante y estática identidad de drogadicta, en tanto aún cuando el rol materno no sea adecuadamente ejercido y sostenga el rótulo de ser una "mala madre", brinda una identidad distinta más sana y positiva que confiere además cierta proyección futura.

Otro factor que incide sustancialmente en el inicio de un proceso de rehabilitación, además de la percepción de deterioro de la imagen física, es el rol materno, el que al aparecer como rol ideal de la mujer se asocia a significados de curación y salvación. Además, esto opera como un aliciente para abandonar el consumo de drogas, en la medida en que existe una demanda explícita del hijo(s) de cambio; lo que les devuelve importancia y competencia, facilitando el significante de manera más positiva.

La situación económica por la que atraviesan las mujeres insertas en la Comuna de Lo Espejo, ha repercutido en el aumento de la pobreza y de los problemas sociales que aquejan a este sector que es uno más desprotegidos y vulnerables, en donde las mujeres crean y formulan estrategias de sobrevivencia con las cuales solventar sus necesidades básicas. Una de estas estrategias la constituye el involucramiento en el narcotráfico o en otros delitos, y el otro es simplemente hacer de oídos sordos y esquivar los problemas a base del consumo de drogas ilícitas, creando así una realidad en donde ellas manejan la realidad de la fantasía, evadiendo las problemáticas sociales y psicológicas.

Ahora bien, desde el marco de referencia de la Terapia Familiar Sistémica se sabe que una conducta singular expresada por un individuo, realmente forma parte de una cadena más amplias de otras interacciones que ocurren dentro del sistema familiar donde él o ella se desenvuelve. El síntoma, como conducta singular puede tener sus orígenes en aspectos particulares del "sí mismo" o en el tejido del sistema familiar.

“La droga” es un síntoma, es una metáfora cuando se convierte en un “Regulador” o amortiguador en las transacciones familiares, se transforma en una secuencia o pauta con otros miembros significativos del sistema (ocurre en el seno familiar: las recaídas ante el trabajo de conflictos en Psicoterapia o ante la inminencia del egreso; tendencia a hacerse daño para mostrar desacuerdos o demandar atenciones). A su vez el sistema utiliza a la paciente identificada o sintomática tanto para mantener a parte, “oculto” el conflicto familiar o de parejas subyacente y desvía la atención hacia el paciente identificado ó “chivo expiatorio”. Como también para retenerlo en el hogar manteniendo la “unión familiar” pero a la vez lo señala como incompetente, “débil”, incapaz de dejar el hogar: ambos obtienen así su beneficio secundario. La familia es un sistema donde hay jerarquías y diferenciación y en su estructura según Minuchin, hay 3 componentes fundamentales: los límites, las alianzas (o las coaliciones) y el poder (o liderazgo).

Una familia sana o funcional es aquella que tiene una estructura flexible, es capaz de modificar sus patrones de interrelación, adaptarse a los cambios y asumir nuevas funciones en correspondencia con la evolución de su ciclo vital: son creativas, gratificantes, formativas y nutritivas.

La disfunción familiar no nace con la aparición de la droga en la familia de las entrevistadas, sino que, la adicción se desarrolla en un contexto familiar donde se establecen “*conflictos no resueltos*” que conllevan estados tensionales que afectan el clima y la estructura familiar y en forma progresiva aparece la disfuncionalidad. Esta se caracteriza por un “*estancamiento*”, un ciclo perpetuamente de infelicidad, lucha por el poder, distorsión de la comunicación, mal manejo de la agresión poca afectividad familiar, crisis de autoridad, presencia de coaliciones estables, difusión de los límites, triangulaciones en los subsistemas familiares, procesos deficientes de individuación y diferenciación.

Las familias de las mujeres drogadictas adscritas al PADEA, actualmente se encuentran en una etapa de transición, es decir, en una etapa de adaptación paciente-familia. En donde durante el periodo del consumo hasta la fecha aún

quedan indicios de familias de estructuras rígidas, aglutinadas con límites difusos que permiten poco desarrollo de la autonomía e individuación y las familias desarticuladas que no permiten el intercambio de afecto, comunicación y apoyo. Han sido casos aislados los que se encuentran en pleno proceso de adaptación, en donde las familias pueden clasificarse como estructuras flexibles, permeables al cambio. Y este avance se debe al apoyo brindado por todos sus integrantes y a la intervención psicosocial que se ha podido realizar con cada uno de ellos.

Es importante resaltar el tema de los hijos: es allí en donde se observa el hijo parentalizado, quien asume el rol de la madre ausente. El hijo bueno que esta lleno de logros y reconocimientos; el sintomático o "chivo negro" que todo lo hace mal y el "lleva y trae" que sirve de intermediario entre los padres en conflicto. Esta subdivisión torna incompetente y no gratificante el subsistema de los hijos, generando difuncionalidad y patología.

Un dato a destacar está dado por la relación madre e hijo, es decir, los hijos de las mujeres drogadictas están consientes de la problemática de la madre y en reiteradas ocasiones han observado desde lejos e incluso confrontándolas en el momento de consumo. Provocando en ellas de manera interna dar el paso al proceso de rehabilitación. Dentro del proceso evolutivo de los hijos, se observan pocas tendencias a situaciones de riesgo como, deserción escolar, fracaso escolar, consumo de drogas, delincuencia, entre otros, siendo estos últimos claves, ya que frente a un ambiente de consumo y/o tráfico de drogas, los menores tienen a repetir el ciclo de sus padres, pero esta característica hasta el momento no ha sido repetida por ellos. Muy por el contrario al parecer con la experiencia desde el propio hogar estos menores muestran mayor resistencia a las situaciones de crisis. En los adolescentes entrevistados, la experiencia de la madre es vista como un factor protector para sus propias vidas en el futuro. Estos menores no adoptan postura "paternalista" ante la madre, es más, la relación se denota algo rígida, sentimientos de desconfianzas y situaciones traumáticas que ellos aún no pueden olvidar, como

ausencia de la madre en el período escolar, ausencia de la madre en el hogar, y carencia de sentimientos afectivos.

En lo referido a las características predominantes en las familias de las entrevistadas, se observan desde las familias de origen hasta las familias actuales un constante choque de fuerzas y tendencias que pretenden mantener el equilibrio generan un estado de "estancamiento" impregnado de "tensión" (un elemento que desgasta a los miembros del sistema). Nadie se atreve a generar cambios, para no sufrir, pero de igual manera sufren.

El clima familiar esta cargado de impotencia, rabia, frustración, miedo, incertidumbre. Algunos padecen de somatizaciones, otros como el padre o hermanos varones evaden, se ausentan o tienden a tener descargas autoritarias. Aparecen fantasías de muerte en los padres, como una manera de que todo acabe. Todo pasa, todos saben aunque nadie habla acerca del consumo de drogas por parte de la madre, el cual es percibido como una fuerza todopoderosa que la adicta no puede resistir. Una situación especial se plantea, ante la presencia de ambos padres ante el consumo de alcoholismo y drogas, el cual con lleva la ausencia física o enfermedad crónica; al igual que en situaciones de violencia intrafamiliar sostenida. Cuando la pareja son consumidores se está presente ante una gran situación de estrés y de riesgo, ya que ante el consumo de cualquiera de las partes, el otro de inmediato recae y esto entorpece la labor del proceso de rehabilitación, provocando al interior del grupo familiar, angustia, miedo y sobre todo desconfianza.

Es así, que los problemas de las mujeres consumidoras no son menores, iguales o superiores al de los hombres consumidores, sino que estos deben ser entendidos como propios de las consumidoras y que requieren de una explicación desde su propio marco de referencia. Por ello, el problema del consumo de las diversas sustancias psicoactivas en la mujer se constituye en un problema complejo, debiendo ser abordado desde distintas dimensiones, como son: la epidemiología de los trastornos adictivos en la mujer, las diferencias en la presentación clínica de las adicciones en la mujer, para luego

revisar las diferencias relacionadas a algunos aspectos farmacocinéticos con respecto al varón, las influencias socioculturales, los efectos de la adicción en la función sexual y reproductiva en la mujer, para finalmente tratar algunos aspectos sobre la identificación de los trastornos adictivos en la mujer y algunas generalidades a considerar en cuanto a su intervención y rehabilitación.

Al comienzo de esta investigación se plantea a modo de hipótesis, la deteriorada autoestima y sensación de incumplimiento de roles de las mujeres drogadictas adscrita al PADEA, la cual al ser analizada permite ser aprobada, ya que efectivamente se desprende de los resultados obtenidos en las entrevistas cómo aun se perciben estas mujeres a pesar de estar en tratamiento y en abstinencia, ya que su función de madre no está consolidada totalmente, un factor determinante a que este sentimiento continúe presente es la culpa, el resentimiento y lo que proyectan los hijos hacia sus propias madres, es así como incide la relación directa de consumo de drogas ilícitas y el incumplimiento de sus roles como mujer y madre y estos rasgos se manifiestan en una baja autoestima, desvalorización como mujer, mujer perdida y pensamientos suicidas.

Un punto a parte a destacar, está dado por el proceso de rehabilitación en el PADEA, las mujeres fueron diagnosticadas con un consumo de uso experimental o casual, a un consumo abusivo, provocando dependencia y otras alteraciones psíquicas. Por lo tanto, cuando las mujeres comenzaron a recibir tratamiento, ya venían con consecuencia serias que comprenden problemas a la salud física y la salud mental. Los riesgos de salud asociados con el abuso de droga en la mujer que fueron identificados son:

Mala nutrición y peso por debajo de la media; problemas de autoestima; depresión; maltrato físico y psicológico; en caso de embarazo parto inmaduro o prematuro, asociación con otras enfermedades como hipertensión, problemas cardíacos, enfermedades de transmisión sexual, etc.

Los cuales han sido minimizados por la labor oportuna de equipo del PADEA, conjuntamente a una re-educaciones de las mismas mujeres. Con el fin que aprendan a manejar por sí mismas las situaciones de riesgos de su salud en general, involucrando también al resto de la familia como un factor protector.

El estudio indica que las mujeres que consumen en principio, lo hacen por curiosidad, placer, imitación, necesidad de aceptación y de sensaciones nuevas; esta experiencia, en general, está asociada condiciones facilitadoras como influencia de los pares (factor microsocial); precariedad socioeconómica, publicidad, modelos, acceso fácil (factores macrosociales); características de la etapa vital (rebeldía, necesidad de experimentar, identidad, etc); factores familiares (conflictos, consumo en la familia); factores personales (inseguridad, vivencia de estrés, insatisfacción, etc).

Es necesario resaltar que los motivos para la mantención del consumo habitual se asocian a: la búsqueda de estados placenteros (sentirse bien), sentirse diferentes, aceptación social, búsqueda de espacio propio, de armonía, mejorar el desempeño (laboral, académico, psicológico y social), evasión o

escape, etc. Y, entre las condicionantes que facilitan el consumo mantenido habitual están los: **personales** (problemas psicológicos o de salud mental como cuadros depresivos, trastornos de personalidad, inseguridad, ansiedad, insatisfacción); **familiares** (familias sobreprotectoras, familias desvinculadas, familias en conflicto); **microsociales** (pares, escuela); macrosociales (situación socioeconómica, acceso a drogas, modelos negativos del mundo adulto, características culturales de la sociedad actual).

Dentro de la multicausalidad del problema, en el marco del enfoque biopsicosocial. No es fácil establecer las condiciones específicas por las que una mujer consume drogas; se trata de una realidad que surge de la articulación de una serie de condiciones desde lo individual, lo micro y lo macrosocial. Como ya ha sido establecido, las mujeres, tal como otros actores en una comunidad, están expuestas a un amplio conjunto de estímulos, presentes en su "ecosistema", que en interacción con sus propias demandas (mundo interno), tienen como producto un cierto tipo de comportamiento.

Lo saludable o no de este comportamiento, entonces, es función de esta complejidad de condiciones o factores del individuo y de su entorno. De aquí que las acciones orientadas a mejorar, proteger y/o fomentar la salud se vinculan a una visión de la salud como realidad integradora que reconoce las características y condiciones (positivas y negativas) de los sujetos y su medioambiente.

Y para ello se hace necesario destacar el tema referido a los asuntos prácticos como la escasez de programas para la recuperación de la adicción que incluyan mujeres. Si hay algo que casi todas las mujeres comparten, es que sus adicciones no han cedido ante los tratamientos. A pesar de las buenas intenciones, de la culpa y la vergüenza impuesta por la sociedad o autoimpuesta, las mujeres han sido empujadas hacia la marginalidad. Además, dicha problemática igual que otros problemas psicosociales, tiene características particulares en la mujer; sin embargo, pocos esfuerzos se han

hecho para abordarla desde una perspectiva de género; encontrándose que las investigaciones sobre este tema se han realizado, por lo general, no toman en cuenta las especificidades en la mujer. Los casos más frecuentes son los estudios que enfocan los efectos de las drogas en el proceso de embarazo y nacimiento.

De los 28 centros mixtos que en nuestro país que ofrecen asistencia para las personas afectadas por el uso indebido de drogas, sólo 7 intervienen según las necesidades propias del género, incorporando la variable de género en la atención terapéutica, en tanto el resto de centros, hogares y comunidades terapéuticas trabajamos bajo la óptica de programas realizados por hombres y para hombres, sin tomar en cuenta dichas especificidades, en donde los patrones y cánones del consumo son opuestos a los que generan el inicio en la mujer. Como la presencia de las mujeres es menor que el hombre en estos programas tienen poco peso, para influir sobre valores tradicionales masculinos. Otro elemento que obstaculiza la demanda de tratamiento en la mujer adicta, es el cuidado de los hijos y el hogar por su nivel de responsabilidad en este ámbito.

En nuestro país tenemos carencia de programas para el tratamiento de la adicción que sean realmente eficaces para las mujeres, las instituciones que existen reciben demandas por encima de sus posibilidades de asistencia, por tanto es necesario crear más centros de tratamiento con modalidades de abordaje diversas ajustadas a las características particulares de los consumidores; por supuesto integrar una visión de género.

La concientización de género debe comenzar por el equipo encargado del tratamiento; programado con actividades específicas e incorporadas permanentemente en el abordaje. El equipo tratante debe, permanecer alerta para distinguir situaciones y condiciones que no se adaptan al sexo femenino. En los grupos de mujeres en tratamiento es necesario trabajar con ellas para que adquieran conciencia de que la gran parte de los malestares que las aquejan son comunes a ellas ligados a la marginalidad que han sido sometidas

como mujer y no a factores individuales que las estigmatizan. Trabajar la vergüenza y el sentimiento de culpa. Y además los centros que ofrezcan atención a madres adictas deben presentar alternativas para el cuidado de los hijos.

En cuanto a la segunda hipótesis, las mujeres no rompen en su totalidad los lazos con aquellos vínculos sociales externos a la familia, cuando están en el proceso de tratamiento, muy por el contrario buscan precisamente estos lazos para compartir su aflicción, sus penas y sentimientos, a pesar que los problemas de comunicación interfieren en el desenvolvimiento total de las mujeres entrevistadas, les cuesta manifestar y expresar a través de palabras sus sentimientos, ya sean, penas o alegrías. Ahora bien, cuando están en consumo, si se genera una perdida total o parcial de los vínculos externos a la familia, el deseo de ellas de mantenerse a escondidas del resto de las demás personas, tiene relación directa con el estigma social que ellas conllevan. Por lo tanto, se puede determinar que la hipótesis en su primera fase (consumo) contiene todos los elementos para ser aprobada, por lo mencionado anteriormente, pero cabe destacar y señalar, que las entrevistadas actualmente pasan por un proceso de rehabilitación, en donde la intervención apunta a re-establecer los vínculos con la comunidad, fomentando en ellas la reinserción social.

Finalmente a partir de la investigación realizada surgen nuevas inquietudes y cuestionamientos acerca de la temática de las drogas en las mujeres y que intenta contribuir y profundizar en el conocimiento y comprensión de esta población.

- **¿Las familias disfuncionales pueden incidir a futuro en el consumo de drogas de sus hijos/as?**
- **¿A caso, la no resolución de conflictos, situación de estrés, y traumas de infancia, son los desencadenantes del consumo abusivo de drogas en las Mujeres?**
- **¿La drogodependencia femenina parece estar relacionada con la experiencia afectiva en el sistema familiar y en especial con la figura materna?**
- **¿Los programas de rehabilitación están aptos para brindar una intervención acorde a la perspectiva de género?**
- **¿Están consideradas las mujeres como un grupo de alto riesgo ante el consumo de drogas ilícitas, frente a las políticas de Salud mental en nuestro país?**
- **¿Por qué no llegan todas las Mujeres a pedir tratamiento en el momento oportuno o porqué lo hacen tardíamente?**

MIRADA DESDE EL TRABAJO SOCIAL EN LA INTERVENCION CON MUJERES CONSUMIDORAS DE DROGAS ILICITAS.

El Trabajo social se plantea el bienestar social y contribuir que las personas tengan una calidad de vida lo mejor posible. Ahora bien, con los antecedentes desprendidos de la Investigación, una mujer que consume drogas los hace de manera silenciosa y no es capaz de reconocer los daños físicos y psicológicos que acarrea la problemática. A diferencia de los hombres, cuando llegan por primera vez a una Institución o programa de rehabilitación, por lo general, presentan una progresiva inhabilitación para la realización de sus tareas cotidianas, situación que sobrepasa los límites familiares y alcanza el ámbito social, donde sólo recibe un sostenido rechazo. Este comportamiento postfáctico de la mujer drogadicta en relación a su salud, es de suma importancia por cuanto destacar el carácter negador de la enfermedad, a nivel individual, familiar y social. Esto contribuye a que el tipo de relación que la mujer con problemas de droga mantiene con la institución, sea fluctuante, ambivalente y con tendencia a la deserción.

En este contexto es fundamental reconsiderar la especificidad de la problemática, junto con la implementación de condiciones institucionales, humanas y técnicas adecuadas, en función de propender a la internalización de hábitos profesionales contenedores de la mujer, así como asumir prioridades tales como:

Brindar una adecuada y oportuna información a la mujer afectada y a su grupo de contención; evitar que el primer contacto con el sistema de salud se convierta en una experiencia traumática; contemplar las necesidades de afecto, identidad y participación, que en las mujeres habitualmente aparecen como carencias.

Promover la formación integral de los profesionales que intervienen en el proceso (desde lo interdisciplinario), para evitar que consideren a la mujer como la "drogadicta", que sólo requiere de asistencia técnica.

Es imprescindible incorporar el concepto de comorbilidad, el cual es entendida como la asociación entre dos entidades psiquiátricas, es también conocida como diagnóstico dual, y dependencia química con enfermedad mental severa, que sin duda, individualiza el proceso psicoterapéutico y confirma la contención ante una eventual recaída, u otra necesidad ajena al consumo que deba ser atendida. La combinación drogas y depresión van de la mano y genera una situación de alto riesgo para la conducta suicida. Durante la entrevista de ingreso a estas mujeres se les pregunta a cerca de sus razones para buscar ayuda, la razón citada con más frecuencia es depresión. Es por eso, que se hace necesario colocar el mayor énfasis en la prevención secundaria, entendida ésta como el momento en que se efectúa el diagnóstico, el tratamiento y aquellas acciones tendientes a detener la progresión de la enfermedad, prevenir complicaciones, acortar el período de incapacidad o evitar la muerte.

Las instituciones ligadas al tema deben de contar con Trabajadores Sociales, capaces de elaborar y desarrollar diagnósticos clínicos, que estén asociados al consumo de sustancias y que cuente con variables no sólo médicas, sino que tengan en consideración variables bio-psico-social. Es decir, mientras que el problema del consumo de drogas en la mujer no pase a ser considerado un verdadero problema médico, social y político, se seguirán favoreciendo conductas adictivas y seguirá encontrando un espacio donde asirse. De allí la importancia de la toma de conciencia en promover espacios conjuntos de sectores políticos, técnicos, económicos y de profesionales de la salud, que involucren a la mujer con una participación orgánica y sistematizada. "Una sociedad que niega sus problemas, lleva a sus miembros a la adicción o al suicidio...lo callado se hace síntoma, destruyendo al individuo y a las redes sociales" (Moise, Cecilia;1998:34).

Es sabido que a los terapeutas que tratan adicciones sólo les llegan las pacientes dependientes "difíciles". Debido al diagnóstico tardío y sobretodo a los aspectos sociopolíticos antes analizados, la consulta sobreviene característicamente en situaciones críticas. No cualquier mujer consulta a un especialista en adicciones, y no cualquier esposo trae esa queja tardía del problema de su mujer. Han pasado años de consumo oculto o encubierto por la psicopatología de esa mujer. Mientras tanto las relaciones se han deteriorado catastróficamente, con ausencias prolongadas del cónyuge. A su vez la mujer puede encerrarse en su casa por años, con un perfil bajo, pero con derechos formales de esposa, que reclama a la vez que omite sus derechos a no ser maltratada.

Desde mi propia experiencia, interviniendo en el PADEA por más de cuatro años, el espacio que se le otorga al Trabajador Social ha sido escaso, en la mayor parte de los programas e instituciones que trabajamos en la temática de adicción en drogas, el rol del Trabajador Social se ha centrado en el Modelo de Intervención de Crisis, el cual pone el énfasis en afrontar las situaciones de catástrofe o de extrema tensión. Según Payne (1987:32), la intervención en crisis es *"una acción clásica que consiste en interrumpir una serie de acontecimientos que provocan anomalías en el funcionamiento normal de las personas"*. Este modelo se basa en la psicología del yo, en la teoría del estrés, la teoría del aprendizaje, la teoría del rol y la teoría de la homeostasis, entre otras. Nuestro aporte como profesionales específicamente en esta área es todo un acierto, ya que contamos con las herramientas teóricas para realizar un trabajo en conjunto con las familias de dichas mujeres consumidoras de drogas, por todos los antecedentes recogidos anteriormente, se da cuenta que la familia es la más afectada. Como Trabajadores Sociales, siempre hemos tenido una credibilidad y cercanía con las personas a diferencia de muchos otros profesionales, ante la intervención de crisis el primer paso a dar es una relación de confianza, tenemos la capacidad de escucha empática, la paciente necesita recobrar la esperanza en la posibilidad de mejorar su situación y su capacidad de llevar a cabo las tareas necesarias para ello. Y una vez que la tensión a

disminuido, el trabajador social se concentra en el aquí y el ahora, de esta manera vamos guiando conjuntamente con ellas.

Por lo general, nuestra labor llega hasta acá damos sólo un paso, y esto da paso a mi crítica, sostengo que tenemos la capacidad de dar más que una intervención de crisis, en el PADEA se ha podido abrir aunque con dificultades como en todo ámbito, nuevos caminos, es decir, ahora la labor del Trabajador social también está dirigida al trabajo de grupos terapéuticos con adictos/as y a la vez con grupos en intervención familiar. Abriendo de así nuevos horizontes, aunque a mi parecer son horizontes que nosotros mismos hemos dejado abandonados y hemos delegado funciones a otros profesionales, reduciendo nuestras propias intervenciones. Ya que por lo general estos grupos en otras instituciones y antiguamente en el PADEA todos eran realizados por Psicólogos y Técnicos en adicciones. Lo cual había provocado la disminución de las labores del propio Trabajador social, ahora hemos aprendido realizar un trabajo en conjunto desde distintas miradas y disciplinas. Es necesario rescatar los aportes teóricos, prácticos y metodológicos que como profesionales podemos contribuir. Ya sea para el trabajo que desarrollamos día a día con nuestros pacientes, como a así también para las futuras investigaciones que se deben realizar ante el consumo abusivo de drogas en las mujeres.

El segundo paso del Trabajador social, es aportar desde el trabajo grupal; el trabajador social transforma el sistema familiar en un sistema terapéutico incluyéndose en él para hacerlo cambiar. Se une a la familia para ayudarla a reparar y modificar su funcionamiento de manera que pueda desempeñar mejor sus tareas con relación a sus miembros. Se trabaja conjuntamente con la familia, un diagnóstico, hipótesis y un plan de trabajo con el fin de desarrollar en ellos estrategias para la resolución de conflictos, contención, confrontación, entre otros.

En este sentido es necesario tener presente que las mujeres con hijos menores y/o que requieren cuidado permanente, difícilmente encuentran espacios terapéuticos donde poder internarse con ellos, en caso de ser

necesario, considerando que es poco habitual que la mujer reciba un apoyo explícito de su red social más cercana, que posibilite el cuidado de los hijos, por un período mayor de seis meses. Los programas de tratamiento para consumidores problemáticos con compromiso biopsicosocial severo son de larga estadía, lo que significa que el cuidado de los hijos debe estar en manos de terceros, muchas veces por un largo período de tiempo. Esto se suma además, al hecho de que sería altamente censurable que la mujer delegue el cuidado de sus hijos. Por otro lado, en el proceso de recuperación la relación vincular madre - hijo es un elemento altamente significativo, para lo cual los Trabajadores Sociales hemos de estar preparados con herramientas desde el área de la Psicología infantil, por lo que se requiere un trabajo terapéutico que vaya entrenando una nueva relación y fortaleciendo de lazos afectivos deteriorados por la historia de abandono. Esto último hace imprescindible que la mujer-madre en programa de tratamiento, mantenga un contacto permanente con los hijos.

Todo lo anterior evidencia la necesidad de contar con estructuras adicionales al programa de tratamiento, que articuladas en una red de apoyo social eficiente posibiliten la adherencia de las mujeres a los programas. Es decir, resulta imprescindible establecer coordinaciones con salas cuna, jardines infantiles, hogares de cuidado diario (Integra, Junji, Fundación de la familia), escuelas, centros de atención primaria de salud, dentistas o sistemas de control de la salud bucal, etc. Y este es un rol que como profesionales nos compete, la coordinación con las redes de apoyo.

En lo que se refiere a la etapa de reinserción social, se observa la urgente necesidad de coordinar acciones con organismos del estado y del sector privado solidario para favorecer el entrenamiento en oficios calificados, regularización de estudios y capacitación laboral, pues no es poco frecuente observar que las mujeres tienen menos años de estudios regulares y menor calificación laboral, lo que dificulta el acceso a ofertas laborales competitivas que les permita la autosustentación. Si consideramos que un número

importante de mujeres en tratamiento post-alta, deben ser jefas de hogar, la situación de falta de calificación, se convierte en un factor predisponente a la frustración social y con ello se suma un factor de riesgo a la recaída.

En el abordaje de los procesos terapéuticos de mujeres con problemas de drogas el Trabajador social debe de incluir algunos aspectos fundamentales, en su quehacer diario, tales como: la pertinencia de un enfoque más comprensivo que confrontacional, especialmente en el inicio del proceso terapéutico; flexibilidad en la etapa de acogida (más prolongado y personalizado) para el establecimiento del vínculo y adherencia terapéutica; al menos en la primera etapa de un programa de tratamiento, para las mujeres es muy importante que el profesional sea acogedor, empático, que la mire a los ojos, que establezca un clima de confianza; la confidencialidad y el mantenimiento del "secreto", también se relaciona con un espacio que garantice la privacidad y que permita que la mujer se apropie de él; la necesidad de propiciar espacios de intimidad para trabajar experiencias traumáticas ligadas a abuso y maltrato; en el trabajo relacional - familiar la orientación es hacia el rescate de redes sociales; es necesario la incorporación de servicios adicionales (atención ginecobstétrica, asistencia judicial, asistencia a hijos/as); fomentar la formación de redes de mujeres en el tema, los espacios terapéuticos con grupos de mujeres, son un instrumento válido para aumentar la valoración personal y fomentar climas de confianza y sobre todo crear espacios de capacitación para los Trabajadores sociales que trabajan en rehabilitación, ya que según sea el modo de pensar la problemática de las mujeres, se desarrollarán distintas acciones en el tratamiento.

Por otra parte, otras de mis críticas esta dado a las políticas desarrolladas por CONACE, Ministerio del Interior, Comuna Segura, Ministerio de Salud y FONASA, las cuales apuntan a distintas intervenciones que son un aporte fragmentado a la temática de las drogas, tanto en varones, mujeres y niños. Fundamentado en lo siguiente; CONACE actualmente está enfocado en el tema de la prevención, dirigiendo programas y focalizando sus esfuerzo en sectores vulnerables y de alto riesgo, con población objetivo infanto-juvenil, lo

cual significa que la población que ya cuenta con algún grado de dependencia a las drogas se encuentra desprotegida, actualmente solamente un 15% de los recursos totales destinados a CONACE, son repartidos a las distintas instituciones de rehabilitación y tratamiento en drogas de todo el país, ya sea ambulatorio básico, ambulatorio intensivo y residencial. Entonces, como Trabajadores Sociales, debemos preguntarnos ¿Qué pasa actualmente con aquella población que se encuentra fuera del financiamiento?, ¿Tienen algún tipo de intervención profesional?. En tanto el Ministerio del Interior y Comuna Segura, colocan sus énfasis y su financiamiento en programas de índole más "represivos", más dotación de carabineros, cabinas de seguridad, leyes más duras para micro-traficantes y consumidores de drogas, sin que tampoco existan en las cárceles programas de rehabilitación y reinserción social. Y por último, el Ministerio de Salud en conjunto con FONASA, a partir de unos años atrás ha intervenido con financiamiento por medio de cupos, los cuales hasta el momento no han sido evaluados, pero lo observado en el quehacer diario, no son del todo óptimos, ya que todas las instituciones debemos de cumplir con los mismos "pisos" para cada paciente de consumo de drogas, para recibir un cupo, es decir, tratamientos ambulatorios básicos (como el caso del PADEA) debe de cumplir como los mismos pisos y un residencial. Y esto en la práctica no es comparable uno con el otro, ya que el "piso", por ejemplo, señala 8 atenciones psicológicas al mes, un residencial puede lograrlo ya que pasa en el centro todo el día y la noche durante el mes; pero en cambio los ambulatorios sólo van una vez por semana, lo cual se traduce a 4 veces por mes y esto hace que no se pueda cumplir con el piso exigido. Dichas exigencias debiesen de estudiarse con mayor detenimiento para que efectivamente las instituciones puedan obtener el financiamiento según su realidad como programa y sobre todo la realidad local, ya que los pacientes del PADEA un gran número proviene de la Comuna y sus alrededores, las drogas por lo general deterioran aún más la situación socioeconómica y con suerte tienen para movilizarse hasta el PADEA.

Todas estas Instituciones orgánicas del estado, debiesen de replantear la formula de trabajo y los lineamientos de las políticas pública, somos los propios profesiones quienes debemos de ejercer nuestro rol transformador, y conscientizador, en virtud de la readecuación de las políticas sociales a la realidad local, a fin de responder a los verdaderos intereses y necesidades de la población consumidora de drogas ilícitas, debemos de cuestionar constantemente dichas políticas, ya que por lo visto cada vez más son los jóvenes que tienen dependencia con algún tipo de droga; entonces ¿Cómo el estado se hace cargo de ellos?, ¿A caso, no todos tienen el mismo derecho a la rehabilitación?. Es por eso, que nuestra labor apunta a la reestructuración y reformulación de las éstas políticas por medio de la elaboración de diagnósticos locales y regionales acordes a la realidad.

Como comentario final, creo que es necesario que también desde la propia Universidad reflexionemos en el tema de la formación específica, desde la perspectivas de las adicciones tenemos un escaso conocimiento en el tema de la prevención y la rehabilitación. Se necesitan profesionales con conocimiento teórico y práctico desde los diversos enfoques para tratamiento y rehabilitación en adicciones. Ya que las drogas son variables que están presentes cotidianamente en nuestro quehacer, como he señalado anteriormente tengo la fortuna de estar 4 años en el PADEA, y creo que aún me falta tanto por aprender. Debemos de ser profesionales informados y al día en materia de tratamiento, rehabilitación y reducción del daño. Y siento que desde nuestra formación aún hay un vacío desde cómo contener a estas mujeres que llegan fragmentadas por la vida así como también a sus familias y cómo entregarles un programa de tratamiento mejorado acorde con su propia realidad.

BIBLIOGRAFÍA.

Ander-Egg, Ezequiel (1995)

Diccionario de Trabajo Social. Ediciones Lumen; Buenos Aires, Argentina.

Alfaro, Javier; Alvarado, Roberto y Morales, Gabriel (1995)

Drogas, Juventud y Exclusión Social. Edición Universidad Diego Portales; Santiago, Chile.

Avilés, Betancourt K. (1991)

Factores familiares de riesgo en el intento suicida. Medicina General Integral. Cuba.

Barbieri, Teresita (1997)

"Género, educación y desarrollo en América Latina y el Caribe". Capítulo I, **Epistemología y Estudios de Género.** Editorial Coordinación Regional para América Latina y El Caribe Servicio Universitario Mundial.

Becerra, Mauricio y Bazo Antonio (1999)

La adicción a la cocaína: Tratamiento, recuperación y prevención. Editorial Paidós; Barcelona, España.

Beck Aaron (1970)

Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad. Editorial Alianza; España.

Becker Ernest (1971)

Los extraños. Sociología de la desviación. Editorial Tiempo Contemporáneo; Buenos Aires, Argentina.

Bengoa, José (1995)

"La pobreza de los modernos", Temas Sociales, Boletín, Centro de Estudios Sociales y Educación SUR, Marzo. Santiago, Chile.

Bengoa, José; Márquez A. (2000)

"La desigualdad. Testimonios de la Sociedad Chilena en la última década del siglo XX". Colección Estudios Sociales. Ediciones Sur; Santiago, Chile.

Benjamin, L. (1993)

Interpersonal diagnosis and the treatment of personality disorders. Editorial Guilford Press; New Cork. USA.

Berger, Paul y

Luckman, Theresa (1972)

La construcción social de la realidad Editorial Amorrortú; Buenos Aires, Argentina.

Boltvinik, Julio (2001)

Opciones metodológicas para medir la pobreza. En Comercio Exterior. El calculo de la pobreza. Alimentación y nutrición. Vol. 51, Núm. 10, México D.F.

Bowen, Macarena (1987)

De la Familia al Individuo. Editorial Paidós; Barcelona, España.

- Burin, Mabel (1993) "Mujeres y Salud Mental". **Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y Salud Mental.** Grupo Editorial Latinoamericana; Buenos Aires, Argentina.
- Burguess, Robert (1992) **La entrevista no estructurada como una conversación.** Investigación de Campo: Un libro fuente y manual de Campo. Londres, George Allen & Unwin.
- Caleta Sur (2002) **Primer Estudio de Evaluación y Respuesta rápida Población José María Caro.** Comuna de Lo Espejo. Editorial Caleta Sur; Santiago, Chile.
- Campos, Samuel (1983) **Terapia Familiar en el enfoque Estructural.** Apunte del Instituto Chileno de Terapia Familiar.
- Campos, Julieta (1995) **¿Qué hacemos con los pobres?** Editorial Aguilar; México D.F.
- Cartwright, Alice (1986) **"La familia".** Concepto, funciones, estructura, ciclo de vida familiar, crisis de la familia, ambiente familiar y APGAR familiar. Editorial Aguilar; México D.F.
- CASEN (2002) **Información Nacional para el Diagnóstico y análisis de proyección socioeconómica.** Santiago, Chile.

- Chávez de Sánchez y cols.;(1994) **Drogas y Pobreza.** Editorial Trillas; España.
- Cleckley, H. (1976) **The mask of insanity**(5th ed.). Editorial Casell; London, Inglaterra.
- Cloninger, R. C. (1987) **A systematic method for clinical description and classification of personality variants.** Archives of General Psychiatry; London.
- Coddou, M y ChadwickL.M. (1994) **Evolución del concepto de codependencia.** Escuela de Cs. Sociales, Depto. De Psicología, U. de Chile; Santiago, Chile.
- Cohen, Andrés y Sutherland, Edwin (1987) **Enciclopedia internacional de las Ciencias Sociales.** Volumen 10. Editorial Aguilar; Madrid, España.
- CONACE (2002) **¿De qué hablamos cuando hablamos de drogas?.** Programa área Salud Mental; Santiago, Chile.
- CONACE (2002) **"Informe Ejecutivo, Quinto Estudio Nacional de Drogas, en la población general de Chile".** 10 de Abril del 2002; Santiago, Chile.

- CONACE (2003) **Diagnóstico, Motivación y alianza Terapéutica.** Curso taller para ejecutores de programas de tratamiento. Área Capacitación; Santiago, Chile.
- Comisión Nacional de la Familia (1994) Documento de trabajo. **"La Modernidad en las Familias Chilenas"**. Santiago, Chile.
- Cornejo, M.L. y Baranda, Benito (1999) **Dimensiones de la Pobreza. Seminario "Superación de la Pobreza en Chile"**. Conferencia Episcopal de Chile. Área de Pastoral Social; Santiago, Chile.
- Correa y Vío (1999) **Pasos hacia una Ecología de la Mente.** Editorial Carlos Lohle; Sevilla, España.
- Cuellar, Oscar (1995) **Perspectivas en el estudio de la Pobreza.** Editorial UAM; México D.F.
- Dávalos, C. y Listón M. (1996) **Drogas y Prostitución. Los laberintos de la violencia.** Editorial Latinoamericana; Buenos Aires, Argentina.
- Durkheim, Emile. (1976) **Educación como socialización.** Ediciones Sígueme; Salamanca, España.
- Egenau, Paulo (1997) **¿Solución química de los dolores humanos?** Revista Mensaje, Octubre 1997, N° 34, Santiago, Chile.

- El Mercurio (2003)
- Revista **"El Sábado del Mercurio"**. Entrevista a Jaime Orpis B. Pdte. Directorio Corporación La Esperanza. 07 de Julio 2003. Edición 1087; Santiago, Chile.
- El Mercurio (2001)
- Revista **"El Sábado del Mercurio"**. Entrevista a Mujeres procesadas por tráfico ilícito de Drogas. 23 de Noviembre 2001. Edición 975; Santiago, Chile.
- Estrada, M. y Hernández, Roberto (2002)
- La construcción social de la pobreza rural en el marco de la globalización.** Departamento de Sociología, Editorial UAM-Iztapalapa. México. D.F.
- Ferracuti, Franco (1982)
- La subcultura de la violencia.** Editorial UAM; México D.F.
- Florenzano, Ramón (1992)
- Alcoholismo y farmacodependencias juveniles en Chile.** CPU, Santiago, Chile.
- Flores, Patricia (2003)
- Juventud entre la maldad y la pureza. **"Las Drogas un fenómeno multidimensional"**. Revista Erial, N° 10 Primavera 2003. Editorial "Caleta Sur"; Santiago, Chile.
- Forward, Susan y Buck, C. (1991)
- Padres Tóxicos. A un paso del abismo.** Editorial Herder; Barcelona, España.

- Forselledo, Gustavo (1986) **Familia y Riesgo de Farmacodependencia. Aspectos funcionales y disfuncionales.** Editorial Amorrortu; Buenos Aires, Argentina.
- Franco, Javier (1996) **Apología de la pobreza.:**
<http://www.cs.unb.ca/~alopez-o/politics/apologia.html>
- Frankl, Víctor (1993) **Ante el vacío Existencial.** Editorial Herder; Barcelona, España.
- García Canclini, N (1999) **La globalización imaginada.** Editorial Paidós; México D.F.
- Geertz, C. (1994) **Conocimiento local: ensayos sobre la interpretación de las culturas.** Editorial Piados; España.
- Giddens, Anthony (1992) "Sociología" . Capítulo 5: **Conformidad y Desviación.** Editorial Alianza; España.
- Gissi, Javier (1996) **"Psicosociología de la Pobreza"**
 Publicaciones Universidad Católica,
 Escuela de Psicología. Santiago, Chile.
- Glaser, Robert (1980) **Categorization and representation of physics problems by experts and novices. Cognitive Science.** Editorial Wolberg & Aaron; New York, USA.

Glaserfeld, E.Von (1995)

"Despedida de la objetividad". **El ojo del observador**. Editorial Gedisa; Barcelona, España.

Goffman, David (1980)

"Estigma". **La identidad deteriorada**. Editorial Amorrortu; Buenos Aires, Argentina.

González, Andrés y

Ossa Luis (2000)

"Mujeres populares y pasta base". **Descripción y análisis de algunas repercusiones personales y sociales asociadas a la modalidad de consumo**. Psicología y Sociedad, nº 2, boletín Fundación Credho; Santiago, Chile.

Hernández, Roberto;

Fernández Carlos y Baptista, Pilar (1991)

Metodología de la Investigación. Edit. Mc Graw Hill; México.

Hernández, E. (2001)

"Retos para la medición de la pobreza en México". En Comercio Exterior. El calculo de la pobreza. Alimentación y nutrición. Vol. 51, Núm. 10. México D.F.

Hidalgo, D. y Carrasco J. (1999)

Ser Padres en el Tercer Milenio. Editorial Icaria; Barcelona, España.

- Hopenhayn, Martín (1997) **"La grieta de las Drogas", desintegración social y políticas públicas en América Latina, Naciones Unidas.** Comisión económica para América Latina y el Caribe, Santiago, Chile.
- Imbert, Gabriel (1992) **Los Escenarios de la Violencia.** Editorial Icaria; Barcelona, España.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2002) **Estudios Nacionales de la población, en relación a la pobreza.** Santiago, Chile.
- Kornbilt, Analía (1984) **Nuevos Paradigmas de las Ciencias Humanas.** Acta de Psiquiatría. Editorial Wolberg & Aaron; New York, USA.
- Lagaral, Marcela (1999) **"Identidad de Género"** Curso ofrecido del 25 al 30 de abril de 1998 en el Centro Juvenil "Olaf Palme" Managua, Nicaragua.
- Lamnek, Simón (1967) **Teorías de la Criminalidad.** Edit. Siglo XXI; México.
- Lawson, Erick (1996) **Detrás de la Máscara Familiar.** Ed. Amorrortu; Buenos Aires, Argentina.
- Lindesmith, A; Gagnon, J. (1967) **Anomia y Toxicomanía.** Europea. Editorial Hispano; España.

- Lewis, Oscar (1961) **Antropología de la pobreza.** Fondo de Cultura Económica, México D.F.
- Matza, David (1981) **El proceso de la desviación.** Editorial Taurus; Madrid, España.
- Mendenhall, G; Muldry F (1989) **El Sí mismo en proceso.** Ediciones Paidós; Barcelona, España.
- Merton, Thomas (1978) **Teoría y estructura social.** Editorial Paidós; Barcelona, España.
- MINSAL (1998) **Orientaciones técnica para el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogas.** Publicaciones de Salud Mental Nº 10. República de Chile, Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (1999) **Manual de Apoyo para Intervenciones Psicosociales de Mujeres Adictas con VIH/SIDA.** Servicio de Salud Metropolitano Norte. Documento de trabajo Nº 12. Santiago, Chile.
- MINSAL (2002) **Programa de Alcohol y Drogas.** Servicio de Salud Metropolitano Norte. Documento de trabajo Nº 23. Santiago, Chile.
- Minuchin, Salvador; Fishman H. (1979) **Técnicas de Terapia Familiar.** Editorial Gedisa SA.; Barcelona, España.

- Moffat, Alfredo (1981) **Terapia de Crisis: Teoría temporal del psiquismo.** Ediciones Búsqueda; Buenos Aires, Argentina.
- Moise, Cecilia (1998) **Prevención y Psicoanálisis, una propuesta en Salud Comunitaria.** Ediciones Paidós; España.
- Moscovici, Serge (1986) **Psicología Social.** Volumen II, Editorial Paidós. España.
- Moser, Caroline (1994) **Confronting crisis.** Documento de trabajo Banco Mundial.
- Muldry, Oscar (1987) **Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.** Editorial Wolberg & Aaron; New York. USA.
- Municipalidad Lo Espejo (2002) **"Plan de Desarrollo Comunal 2002".** Documento de trabajo N°6. Santiago, Chile.
- Organización Mundial de la Salud (2003) **Estrategia Quinquenal de la OMS para la prevención del tráfico.** Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza.
<http://www.who.int/world.pdf>
- Orte, Carla (1998) **Sexualidad, mujeres y drogodependencia.** Proyecto, n°26, págs. 7-12. Boletín Fundación Credho; Santiago, Chile.

- Ortiz, Antonio (1996) "La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo". **El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación**. Editorial Alianza; España.
- PADEA (2000) **Informe Histórico Institucional y Programa de tratamiento para personas drogodependientes del PADEA**. Documento Proyecto PADEA. Marzo 2000; Santiago, Chile.
- Payne, Malcolm (1987) **Teorías Contemporáneas del Trabajo Social**. Editorial Paidós. Barcelona, España.
- Pérez, Gloria (1998) **Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes**. Editorial La Muralla; Madrid. España.
- Programa Cambio (2001) **Los nuevos escenarios de la dependencia**. Buenos Aires. Argentina.
<http://www.programacambio.org>
- Quintero, Ángela (1997) **Trabajo Social y Procesos familiares**. Edit. Lumen
- Rabotnikof, Nora (1999) **La caracterización de la Sociedad Civil en la perspectiva del Banco Mundial y del BID**, Junio del 2000.

- Revista PANAD (2003) "Mujer y Drogas: ¿Hacia dónde nos lleva la Pasta Base?" Boletín N° 3906, **Pastoral Nacional de Alcoholismo y Drogadicción-Área Pastoral Social**, Marzo-Abril 2003. Santiago de Chile.
- Sadler, Gabriella (1998) **Problemas del embarazo en mujeres Drogadictas.** Editorial Atlántida; Argentina.
- Segal, Luis (1994) **Soñar la realidad.** El constructivismo de Heinz von Foerster. Editorial Paidós; Barcelona, España.
- SERMAN (1998) Documentos de Trabajo N° 54, "**Pobreza, Género y Exclusión Social en Chile**" Santiago, Chile.
- SERMAN (2000) Encuesta sobre Mujer y Familia "**Sin distinción de género, el abuso de sustancias nocivas**". Santiago, Chile.
- Simon, Jhon (1998) "México en riesgo". **Un medio ambiente al borde del abismo.** Editorial Diana; México D.F.
- Stanton, M.D; Tood, T.C. (1978) **Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas.** Editorial Gedisa; Buenos Aires, Argentina.

- Stein, Jhon (1997) **Epidemia generalizada: la representación de las mujeres en la época del sida.** Editorial Diana; México.
- Szasz, Thomas (1993) **Nuestro derecho a las drogas.** Ed. Anagrama; Buenos Aires, Argentina.
- Taylor, Walton (1977) **La nueva Criminología.** Editorial Amorrortu; Buenos Aires, Argentina.
- Taylor, S.; Bogdan R. (1986) **Introducción a los Métodos cualitativos de investigación.** Editorial Paidós; Buenos Aires, Argentina.
- Torres, Gabriel (1995) **Pobreza rural, Exclusión y superación y políticas y actores sociales.** Editorial UAM; México D.F.
- Undurraga, Ignacio (1996) **Investigación: Factores incidentes en el consumo de cocaína y otras drogas, entre los estudiantes de enseñanza media y población juvenil no escolar de la comuna de La Granja.** Depto. de Sociología, U. de Chile. Documento de trabajo N° 10, Mayo 1996; Santiago, Chile.
- Velásquez, Elvia (1997) **La Mujer, las drogas y los grupos de riesgos.** Ponencia presentada en la Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. OEA. Doc. Centro Documentación Surgir; Montevideo, Uruguay.

Villegas, Luis (1991)

Perspectivas del fenómeno social de las drogas en Chile. Editorial Serpaj; Santiago, Chile.

Wills, Michelle y Hirky, E. (2001)

Psychiatric Disorders in Women and Women's. Health Care. Section II in Review of Psychiatry. Editorial Wolberg & Aaron; New York, USA.

Zegers, Carlos (1988)

Tipos de Familias habilidades sociales y autoestima en grupos de riesgo. Editorial CEPIF; Lima, Perú.

Otras Fuentes de Información:

- Documento de trabajo. "Proyecto PADEA 2000"
- "Política y Plan Nacional de Prevención y control de drogas". CONACE.
- Boletín Informativo PADEA N° 73. "Ser persona es ser digno".
- "Instrumento Base de Planificación Comunal 2002. Municipalidad Lo Espejo"

Fuentes Electrónicas:

- 1) www.censo2002.cl
- 2) www.programacambio.org
- 3) www.adicciones.org
- 4) www.conace.cl
- 5) www.ine.cl
- 6) www.minsal.cl
- 7) www.elmercurio.cl

Anexos

ANEXO Nº 1 : PAUTA DE ENTREVISTA GRABADA

"Esta será una de varias entrevistas que tendremos. Hoy nos enfocaremos en términos temporales al momento previo a tu tratamiento, en primer lugar quisiera que me hablaras de tu familia...

1. CONFIGURACIÓN FAMILIAR

- ¿con quiénes te criaste?, ¿en qué condiciones?, ¿cómo recuerdas tu niñez?
- ¿Qué antecedentes tienes acerca de las personas que te criaron? (migración, oficio, escolaridad, eventual vínculo con la delincuencia)
- ¿Tienes hermanos?, ¿a qué se dedican?
- Tienes algún recuerdo grato en tu familia? ¿Cuáles han sido los momentos más tristes de tu vida?
- En cuanto a tu familia, la propia: tus hijos y tu pareja ¿podrías contarme algo de ellos?, por ejemplo ¿cuántos hijos tienes?, ¿con quién vives? (familia nuclear o extendida), ¿cómo han sido tus relaciones de parejas? (años de estabilidad, existió consumo de drogas por parte de ambos, etc.).
- Cómo ves tu relación con tu pareja en los siguientes momentos: durante el consumo de drogas y después del proceso en el PADEA.

2. EDUCACIÓN

- ¿Hasta qué curso llegaste?, ¿en qué tipo de liceo? (humanista, técnico).
- ¿Qué recuerdos tienes respecto del colegio?
- ¿Qué razones tuviste para no continuar con tus estudios? (desmotivación, sanciones a propósito de problemas de conducta, problemas económicos familiares, bajo rendimiento). Actualmente has recontinuado con tus estudios?, has tomado algún curso o taller?

3. TRAYECTORIA LABORAL

- ¿a qué te dedicas, actualmente?(en caso de no estar trabajando, ¿cuál fue tu último trabajo?) , ¿dónde ?, ¿en qué condiciones ? (contrato dependiente, independiente, informal)

- En tu familia más cercana, tus hijos y tu pareja, ¿cuántas personas trabajaban?, ¿son suficientes?, ¿por qué?
- Cuál es tú proyecto de vida, qué deseas hacer más adelante, tienes algo pensado?

4. CONSUMO DE DROGAS ILICITAS

- ¿a que edad empezaste a consumir?, ¿qué tipo de drogas eran?
- ¿Cuáles fueron las circunstancias que te llevaron a consumir drogas ilícitas? (falta de recursos económicos, depresiones, incentivos de amigos y/o pareja etc.)
- ¿Has vendido enseres personales?, ¿has robado de tu casa?, ¿has gastado el sueldo- "pololo" destinado a tu familia?, ¿has cambiado sexo por sustancia?
- ¿alguna vez traficaste drogas?, porqué (si es respuesta positiva... ¿cuál fue el motivo que en el fondo te llevó a realizar este acto?)
- ¿Qué pensabas tú del consumo de drogas antes y qué piensas hoy?, ¿por qué?

5. AUTOESTIMA

- ¿Te sientes orgullosa de ti misma?, ¿te sientes satisfecha contigo misma?
- ¿dentro de tu hogar te sientes una persona útil?...porque... ¿sientes que tus hijos y familia en general respetan tu rol de madre?
- ¿Piensas que tienes cosas positivas?..... cómo cuales
- ¿te sientes importante para los demás?..... porque
- Cuando consumes (o consumías)... cómo te sentías contigo misma, cuál crees que era la imagen que tu familia veía.
- Alguna vez has tenido la idea de querer morir?, ¿alguna vez has hecho un intento suicida?, en relación a qué se produjo la situación...

6.- TRATAMIENTO/REDES SOCIALES

- Qué te incentivo para realizarte el tratamiento, fue voluntaria tu decisión?
- Qué cosas te han costado en el PADEA
- Participas de algún grupo de autoayuda? Te sientes motivada en el?, participas de otras organizaciones sociales? Crees que tus vecinos te han apoyado en el proceso?

ANEXO Nº 2: PAUTA DE ENTREVISTA GRABADA (2ª parte)

1. PARENTESCO

"En esta entrevista quisiera hablar un poco de tus hijos, tú ya me contaste que tienes hijos, pareja y familia. Me gustaría que me respondieras las siguientes preguntas, como por ejemplo,

- ¿Con quiénes se han criado tus hijos, durante tu consumo?
- ¿Cómo evalúas esta crianza?, como crees que desempeñaste el rol de madre?
- Si pudieras volver atrás, ¿qué cosas cambiarías de la crianza de tus hijos?
- ¿Qué recuerdas de tu(s) embarazo(s)?, ¿querías por ejemplo tener niña o niño?
- ¿Con quién están tus hijos actualmente?
- ¿Cómo crees que se sienten tus hijos con estas personas que los tienen a cargo?
- ¿Qué cosas negativas y positivas encuentras en el hecho que estén a cargo de esas personas?

2. COLEGIO

- ¿En qué curso están tus hijos?
- ¿Cómo es su rendimiento escolar?.... crees que el hecho de que tu seas consumidora de drogas afecte a tu hijos en el rendimiento escolar... se relaciona bien con sus pares y con sus profesores.
- En el colegio saben de tu consumo o que estás en tratamiento... porque
- Te preocupas de su enseñanza, compartes con ellos las tareas, las actividades de la escuela, vas a sus reuniones
- Conversas con tus hijos de sus necesidades, sueños y proyectos de vida
- Al interior de la familia la comunicación que se da es rígida, flexible, ¿se resuelven los problemas en el hogar?, ¿aplicas los castigos cuando corresponde?

ANEXO Nº 3 : PAUTA DE ENTREVISTA GRABADA (familiar)

"Quisiera que como hijo(a) de la paciente o familiar, puedas contarme la relación que se da en la familia. Para ello, es necesario que se ubique en el espacio que la paciente consumía...

1. FAMILIA

- Se hacia difícil para UD. o la familia pasar momentos juntos, disfrutando?
- Crees que te afecto el hecho de que la paciente, consuma drogas ilícitas, me podrías explicar?
- Cómo eran las conversaciones que se daban en la familia, se agredían verbalmente y que pasaba contigo en ese momento?
- En los momentos de recaída de la paciente... tu sabías donde estaba o con quienes
- El consumo se daba dentro del hogar, o con amigos
- Cuando te diste cuenta que la paciente consumía drogas
- Recuerdas algún momento en que la paciente allá agredido a alguien de la familia, ya sea verbal y físicamente..... ocurrió cuando estaba bajo los efectos de la droga?

2.- IMAGEN DE LA MADRE/ESPOSA

- Como ves a la paciente en su rol de esposa?, ha sido una buena relación de pareja, explícame por favor?
- Como ves a la paciente en su rol de madre? la has sentido preocupada por sus hijos; porqué?
- Como evalúas actualmente el rol de madre y esposa de la paciente?

3.-TRATAMIENTO

- Durante el tratamiento de la paciente en el PADEA, fue ella quien decidió ir a la Institución
- Tú y el resto de la familia ¿cómo la apoyo en el tratamiento?
- Que cosas crees tu que han mejorado en la familia (mejor comunicación, asume rol de madre, de esposa, etc.)
- Se preocupo de ti en el rendimiento escolar, te ayuda con las tareas, asiste a tus reuniones de padres.
- Se preocupa de su rol de esposa, ¿en la intimidad la paciente se desarrolla plenamente en el ámbito sexual?

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Ítems
Estructura Familiar	El modelo centrado en la estructura enfatiza los aspectos jerárquicos en la familia. Las reglas interaccionales son presentadas a través de fronteras entre miembros, que pueden formar subsistemas (parental, fraterno, etc.). Con la realización de mapas familiares se esquematiza la existencia de fronteras demasiado rígidas, laxas permeables, etc.	La estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de individuación.	Tipos de Familia	Tipologías tradicionales	Familia Nuclear Familia Extensa Familia Ampliada	Entrevista Grabada Anexo N°1 Ficha de Ingreso
				Familias de nuevo tipo	Familia simultanea, o reconstituida	Entrevista Grabada Anexo N°1 Ficha de Ingreso
					Familias con un solo progenitor o monoparentales	Entrevista Grabada Anexo N°1
			Estructura del Sistema	Funciones	Crianza de los hijos Educativa o	Entrevista Grabada Anexo N°2

Estructura Familiar			Modelos de Comunicación	Límites	socialización Económicas Afectiva o apoyo emocional Claros Rígidos Difusos Conciliador Recriminador Impertinente Superazonador	Entrevista Grabada Anexo N°2 Entrevista Grabada Anexo N°3 Entrevista Grabada Anexo N°3
Autopercepción	Es la aprehensión directa de una situación objetiva, basada en sensaciones y acompañada de representaciones y a veces de juicios, formando todo ello un acto único cuyo análisis hacemos al descomponer las partes. En sentido general se define percepción como al acto de aprehender, a través de la	La autopercepción es la imagen que se hace el individuo de él mismo cuando se trata de evaluar las propias fuerzas y autoestima. Nuestro comportamiento está determinado, en gran medida, por la idea que tenemos de nosotros mismos y, por lo	Vivencias Autoestima	Positivas Negativas Traumáticas Positiva Negativa		Entrevista Grabada Anexo N°1 Entrevista Grabada Anexo N°3

experiencia, los objetos, las esencias y las relaciones.	tanto, desempeña un rol importante en el stress personal, así como en dominio de este último.				
Género	El género se refiere a las relaciones entre mujeres y hombres basadas en roles definidos socialmente que se asignan a uno u otro sexo.	Rol Materno Rol de Mujer Rol de Pareja			Entrevista Grabada Anexo N°2 Entrevista Grabada Anexo N°3
	Las drogas ilícitas son aquellas sustancias cuyo consumo está prohibido por ley. Y que al ser introducidas al organismo por cualquier vía de administración, producen una alteración, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, y es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.	Tipos de Drogas	Estimulantes Depresoras Alucinógenas		Entrevista Grabada Anexo N°1
	Drogas ilícitas son: Cocaína, Pasta Base de Cocaína, Crack, L. S. D., Hachís, Éxtasis, Inhalantes, Neoprén, Marihuana Heroína, entre otros.	Tipo de tratamiento	Ambulatorio Residencial Mixto Grupos de autoayuda		Entrevista Grabada Anexo N°1
Drogas Ilícitas		Tipo de proceso de rehabilitación	Abstinencia Recaída leve Recaída grave a severa		Entrevista Grabada Anexo N°3

FICHA DE TRATAMIENTO

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Facultad de Medicina Sur
Universidad de Chile

Policlínico de Alcoholismo y Drogadicción
"Obispo Enrique Alvear"
Arzobispado de Santiago

Nombre _____ Fono _____

Fecha ingreso _____ CI paciente _____ Ficha N° _____ Sexo: H M

Domicilio _____

Fecha nacimiento _____ Edad _____ Problema Principal: _____

Nombre, fono y domicilio de contacto _____

Referencia 1 consultorio 2 colegio 3 municipio 4 otro paciente 5 club alcohólico 6 servicio alcoholismo 7 juzgado 8 hosp. o servicio de salud 9 monitor 10 familia 11 espontánea 12 otro	Actividad 1 trab. dependiente 2 trab. informal 3 trab. independiente 4 dueña de casa + trab. inf. 5 dueña de casa 6 estud. ante 7 pensionado (vejez o inval.) 8 cesante Profesión u. oficio Escolaridad 1 básica incompleta 2 básica completa 3 media incompleta 4 media completa 5 EM téc.-prof. completa 6 EM téc.-prof. incompleta 7 E. téc.-prof. post-sec. 8 universitaria 9 ed. diferencial	Estado civil 1 soltero 2 casado 3 casado iglesia 4 conviviente 5 separado 6 viudo Vive con 1 pareja-hijos 2 pareja 3 hijos 4 sus padres 5 familiares 6 solo 7 otro Vivienda 1 propia 2 arrendada 3 allegado 4 usufructuo 5 otro	Previsión de salud Situación legal 1 con ant. penales 2 sin ant. penales 3 narcotráfico Creencias Observaciones
---	---	--	---

Plan de trabajo

Acción	Fecha
Entrevista de ingreso	
Entrevista A social	
Entrevista motivacional	
Entrevista de evaluación 1	
Entrevista de evaluación 2	
Entrevista de evaluación 3	
Entrevista de evaluación 4	
Entrevista de evaluación 5	
Entrevista de evaluación 6	

Fecha último consumo:
Observaciones

Período-Acción	Peso	1. Control del consumo	2. Salud física	3. Familia	4. Escuela	5. Trabajo-economía	6. Conducta	7. Legal - delictual	8. Salud Mental	Promedio ISA	Autoestima	Hamilton
Ingreso												
Término												
6 meses												
12 meses												
18 meses												
24 meses												

Grupo terapia	Fecha	Grupo familiares	Fecha
1ª sesión		1ª sesión	
2ª sesión		2ª sesión	
3ª sesión		3ª sesión	
4ª sesión		4ª sesión	
5ª sesión		5ª sesión	
6ª sesión		6ª sesión	
7ª sesión			
8ª sesión			
9ª sesión			

Composición del grupo familiar

Nombre	Relación con paciente	Edad	Escolaridad	actividad

Breve historia y comentarios:

Uso de sustancias mes anterior al ingreso

	Cantidad por día	Días por mes	Tiempo total de uso antes de entrevista
Alcohol			
Marihuana			
PBC			
Cocaína			
Cigarrillos			
Benzodiazepinas			
Neopren			
Chicota			

Cantidad de **tragos** por episodio o día en último mes:

Máximo: Mínimo: Promedio:

Alcohol: 1 trago = 125 cc vino (1 vaso chico) = 300 cc
cerveza (1 schop chico) = 40 cc licor (un "dedo").
1 litro vino = 8 tragos; 1 litro cerveza = 3 tragos; 1
botella pisco 30°-35° = 18 tragos.

¿Alguna vez con síndrome de abstinencia? SI NO

¿Cuántas veces en los últimos meses?

¿Cuál droga es para Ud. el principal problema? Droga

principal:.....Droga

secundaria

Más de 2

(especificar).....

De esta droga, ¿cuánto tiempo duró su última abstinencia
voluntaria?..... ¿Cuánto tiempo hace
de eso?.....

¿Qué tan confiable le parece la información dada?

Nada_ Poco_ Regular_ Bastante_ Mucho_

Síndrome de privación

SPL: malestar general ____ sed ____ angustia ____ irritabilidad ____ temblor ligero ____

SPM: náuseas ____ vómitos ____ diarrea ____ insomnio ____ temblor intenso ____

SPG: compromiso de conciencia ____ ED ____ alucinosis ____ crisis convulsiva ____ celotipia ____ paranoia ____

1. Control del consumo

¿Qué nota le pone al grado de control que tiene
sobre su consumo? (Escala de 1 a 7)

¿Cuánto empeño le puso en controlar su consumo los últimos 6 meses?	nada	poco	más o menos	bastante	mucho
¿Cuánto cree que le resultó?	nada	poco	más o menos	bastante	mucho
¿Cree usted que sea capaz de controlarlo a futuro?	nada	poco	más o menos	bastante	mucho

Nota del paciente	Nota del entrevistador	Promedio
-------------------	------------------------	----------

Pacientes entrevistadas pertenecientes al tratamiento Policlínico O. Enrique Alvear.

	Paciente	Edad	Consumo	Tiempo de Consumo	Tiempo en Abstinencia	Nº Ficha	Estado Civil
1	L. A.	35	P.B.C.	4 años	8 meses	3604	Casada c/ hijos
2	O. A.	25	Coca; Marihuana	6 años	8 meses	5840	Soltera c/ hijo
3	M. D.	42	P.B.C.; Marihuana; Anfetaminas	16 años	3 años y medio	3026	Casada c/ hijos
4	P. F.	36	Coca; Anfetamina	10 años	1 año y 2 meses	5503	Casada c/ hijos
5	C. G.	21	Marihuana; Coca	3 años	7 meses	5478	Convive s/hijos
6	M. G.	45	P.B.C.	12 años	6 meses	5973	Separada c/hijos
7	J. N.	24	Coca; Marihuana	5 años	1 año y 4 meses	5894	Soltera s/hijos
8	M. J.	34	P.B.C.; Marihuana	19 años	8 meses	5967	Casada c/ hijos
9	K. L.	22	Marihuana; P.B.C.	5 años	7 meses	5431	Soltera c/hijos
10	P. V.	28	Marihuana; P.B.C.	4 años	1 año	5926	Convive c/hijos
11	A. P.	26	Coca	8 años	9 meses	5908	Convive s/hijos
12	C. R.	25	Marihuana; P.B.C.	3 años	1 año y 1 mes	5953	Soltera s/hijos
13	Y. N.	29	P.B.C.; Marihuana	6 años	7 meses	5117	Convive c/hijos
14	M. S.	31	Marihuana; P.B.C.	11 años	2 años y 1 mes	4624	Casada c/ hijos
15	C. M.	38	P.B.C.	13 años	1 año y 3 meses	5623	Convive c/hijos

