



*“FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-  
CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO CONTRA LAS DROGAS EN HOMBRES Y  
MUJERES ENTRE 20-50 AÑOS, DEL ESPACIO TERAPÉUTICO TOBALABA SEDE  
LYON”*

Tesis para optar al grado académico Licenciada/o en Trabajo social.

Autores: Maida Millaray Menares Mora - Juan Pablo Torres Venegas

Profesor Guía: Julio Paredes

Santiago, Chile.

2021.

## **AGRADECIMIENTOS.**

*Primero que todo, queremos dar gracias a todas las personas que a lo largo y ancho de nuestra historia en la universidad hicieron posible que hoy en día nos encontremos en el último periodo universitario, ad portas de ser profesionales del área de Trabajo Social, una carrera muy linda, con muchos aprendizajes y enseñanzas que demuestran que nuestro camino está en constante crecimiento. Quiero agradecer a mi compañera Rominna, por toda su entrega, por todo su amor al momento de enfrentar estos desafíos. Agradecer a mi familia que sin ellos, no sería nada en estos momentos. Agradecer a toda la gente que participó de esta investigación*

*Juan Pablo Torres Venegas.*

*A mi hijo León, quien me acompañó en este proyecto desde que compartimos el mismo cuerpo, a mi compañero Cristóbal, por estar siempre a mi lado, con su apoyo y amor incondicional, ambos pilares fundamentales y motivación para avanzar día a día. A mi Madre, gracias a su ayuda y apoyo es que hoy me encuentro terminando este proceso, también mi Padre y hermanos, sin ellos nada sería posible y desde el primer momento me han apoyado en cada decisión que he tomado y que hoy ha hecho posible esto. Eternamente agradecida de tenerlos a ustedes como padres.*

*Maida Millaray Menares Mora.*

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.</b>	6
<b>CAPÍTULO I: PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</b>	8
1.1 Antecedentes del problema	9
1.2 Justificación de la Investigación	12
1.3 Planteamiento del problema	14
1.4 Preguntas de Investigación	17
1.5 Objetivos de Investigación	17
1.5.1 Objetivo General	17
1.5.2 Objetivos Específicos	17
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	19
2.1 Definición clínica de las drogas	20
2.1.1 Tipos de drogas	20
2.1.1.1 Alcohol	23
2.1.1.2 Cocaína	24
2.1.1.3 Marihuana	25
2.1.1.4 Pasta Base	26
2.1.2 Consumo y tipos de consumo	27
2.1.2.1 Consumo abusivo	27
2.1.2.2 Consumo controlado	27
2.1.2.3 Consumo perjudicial	28
2.1.2.3 Consumo problemático	28
2.1.2.4 Consumo de riesgo	28
2.1.2.5 Consumo de bajo riesgo	29

2.1.3 Adicción y dependencia	29
2.2 Tratamientos contra drogas	30
2.2.1 Tratamiento de reparación de daños	31
2.2.2 Tratamiento ambulatorio	32
2.2.3 Tratamiento conductual	32
2.2.4 Tratamiento cognitivo-conductual	33
2.3 Personas en tratamiento	35
2.3.1 Proceso de avance en una terapia cognitivo-conductual	36
2.3.1.1 Modelo Transteórico	37
2.3.2 Redes de apoyo y daño familiar	39
2.3.3 Equipos clínicos	40
2.4 Intervenciones desde el trabajo social	43
<b>CAPÍTULO III: MARCO REFERENCIAL</b>	44
3.1 Historia de la droga	45
3.2 Consumo y dependencia	47
3.2.1 Antecedentes a nivel mundial	47
3.2.2 Antecedentes a nivel latinoamericano	48
3.2.3 Antecedentes en Chile	48
3.2.3.1 Alcohol	49
3.2.3.2 Cocaína	49
3.2.3.3 Marihuana	50
3.2.3.4 Pasta Base	51
3.3 Personas en tratamiento	51
3.4 Política Pública	53
3.3.1 Política Pública actual	53
3.3.1.1 Ley de drogas	56
3.4 Tratamientos privados	58
3.4.1 Espacio Terapéutico Tobalaba	60
<b>CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO</b>	61

4.1 Enfoque de Investigación	62
4.2 Enfoque epistemológico	63
4.3 Tipo de Investigación	64
4.4. Universo de Investigación	65
4.5 Muestra	65
4.6. Criterios de selección de la muestra	65
4.7 Técnicas De Recolección De Información	66
4.8 Técnica de análisis	67
4.8.1 Categorías de Análisis	68
4.9 Criterios de Validación	70
<b>CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y RESULTADOS</b>	<b>71</b>
5.1 Categoría Uno: Tratamiento cognitivo-conductual	73
5.2 Categoría Dos: Perfil usuarios	76
5.3 Categoría Tres: Proceso de avance	81
5.4 Categoría Cuatro: Redes de Apoyo	86
5.5 Categoría Cinco: Visión equipo clínico	89
5.6 Categoría Seis: Aportes del Trabajo Social	94
<b>VI: CONCLUSIONES</b>	<b>96</b>
<b>VII: HALLAZGOS</b>	<b>104</b>
<b>VIII: APORTES DEL TRABAJO SOCIAL.</b>	<b>109</b>
<b>IX: BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>113</b>
<b>X: ANEXOS</b>	<b>120</b>

## **INTRODUCCIÓN.**

La siguiente investigación, fue realizada durante la pandemia mundial de covid-19, y busca conocer las fortalezas y debilidades de la intervención cognitivo - conductual contra las drogas en hombres y mujeres entre 20 y 50 años del Espacio Terapéutico Tobalaba sede "LYON". La principal motivación para realizarla, nace desde las experiencias personales de los autores frente a los tratamientos contra las drogas y buscan poder conocer un poco más sobre las alternativas de tratamientos privados ante a una posible falta por parte del sistema de salud público que, frente a las cifras que lo respaldan, no han sabido dar una solución a un problema que es más frecuente de lo que se desearía.

Este estudio, se estructura en primera parte por la presentación a el problema de investigación, en donde fué posible evidenciar los antecedentes existentes de este tema, además de la justificación de esta, y de la definición de sus objetivos y preguntas que se esperan resolver. En segundo lugar, se presentan los aspectos referenciales que dan el sustento teórico a la investigación, partiendo por la definición de drogas y haciendo un paso por las sustancias que se trabajaron, de igual forma con el concepto de consumo y tipos de consumo, además del tratamiento, equipos clínicos y redes de apoyo.

Dando paso al marco referencial, se respaldan antecedentes que fundamentan esta investigación, abarcando desde la historia de las drogas, hasta los antecedentes a nivel mundial, latinoamericano y finalmente situándose en Chile. Finalmente trabaja las políticas públicas existentes y las respuestas de tratamientos privados frente al problema de consumo.

Tras eso, se presenta la metodología de esta investigación , encontrándose dentro de un marco cualitativo de carácter fenomenológico, ya que busca poner a los sujetos y sus experiencias como eje principal para partir desde ahí su análisis, utilizando como técnica de recolección de datos, una entrevista tipo semiestructurada.

Finalmente, llegar a conocer en qué consiste el tratamiento cognitivo-conductual en profundidad, desde el análisis de las entrevistas realizadas e identificar cómo éste se desarrolla desde los usuarios que residen en el programa hasta las miradas profesionales de quienes trabajan en él. Pasando por los procesos de avance y lo que este involucra, la importancia e impacto de las redes de apoyo de los usuarios y conocer un poco más el “perfil” de quienes residen en el espacio, y en una discusión final, abordar los aportes desde el trabajo social.

**CAPÍTULO I: PRESENTACIÓN PROBLEMA DE  
INVESTIGACIÓN.**



# CAPÍTULO I: PRESENTACIÓN PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

En el presente capítulo presentaremos el problema que se trató, justificando y dando antecedentes del mismo, con la finalidad de conocer el tema y tener el primer acercamiento sobre esta investigación.

## 1.1. Antecedentes del problema.

El consumo de drogas ha transcurrido a lo largo de la historia como unos de los problemas controversiales para la salud pública, cuyos efectos y consecuencias se relacionan con la calidad de vida y salud *“pareciera ser que el uso de drogas es tan antiguo como la humanidad. Es necesario indagar cómo fue variando la utilización de sustancias, qué significación se les atribuía y qué actores y prácticas sociales involucraban. De esta manera, podemos distinguir tres periodos que conviven, pero en los cuales la ingesta de drogas adquiere una significación peculiar: un momento de uso religioso, otro de índole medicinal, y otro de utilización social y cotidiana”* (Lucía Rossi, 2008, p.9), éstas se han ido modificando en su consumo, desde el acceso y uso para tratamientos medicinales, recreacionales y religiosos.

No deja de ser un problema para la sociedad, su uso recreativo está vinculado a conductas disruptivas que desencadenan problemas familiares, sociales, mentales, dentro de otras más que serán detalladas. Uno de sus usos es el “religioso” el cual se define como” (...) *que las antiguas culturas de Europa y América solían consumir hongos alucinógenos para provocar estados excepcionales, con fines adivinatorios* (Rossi, 2008, p9). Por otra parte, existen las drogas cuya finalidad es de uso social y/o recreativo, durante las fiestas que se daban en las distintas culturas occidentales se consumía alcohol en demasía, se tomaban la significación del culto de la ebriedad semejando ritos para vencer el miedo, desafiar al rival y lograr objetivos incapaces. Para esto que *“La popularización de las drogas generó nuevos usos culturales: para el amor, para resolver conflictos, para exploraciones subjetivas, como búsqueda deliberada de nuevos espacios sensoriales, alucinaciones, la avidez de provocar*

*estados especiales” (Rossi, 2008, p 20). Por último, la utilización de drogas con el propósito teológico-medicinal” En Egipto, medicina y teología también formaban un saber único, organizadas ambas en torno a la preocupación por la muerte, la que, concebida como viaje, obligaba a la momificación del cuerpo para el regreso. Vencer la muerte en el cuerpo(...) (Rossi,2008, p9). En Chile el uso de drogas medicinales era común y estas se encontraban reguladas por “Reglamento de Farmacia de 1905, que sólo prescribía cautelas con respecto al uso interno o externo de los medicamentos que incluían en su preparación alguno de los componentes antes nombrados”(Fernandez,2009.p 63) Es decir, drogas como la morfina o cocaína eran utilizadas mediante prescripción en tratamientos por sus propiedades para aliviar el dolor, por ejemplo, y en base a esta mismas propiedades es que rápidamente su uso exclusivamente médico fue escalando hacia un uso recreacional, ya que “para los adictos a la cocaína, la morfina y sus variados derivados, el mecanismo más seguro de acceder a dichas sustancias era la consulta médica primero, la farmacia después. En tal sentido, sólo la receta de un médico permitía la compra de los tóxicos deseados, y éstos sólo se distribuían por medio de las boticas” (Fernandez,2009, p.65) y de esta manera, con la facilidad de una receta médica es que se dio paso a la venta de drogas ilícitas de manera recreacional, abriendo así una puerta para el negocio, el consumo y posteriores adiciones a estas.*

El uso de drogas ilícitas se inicia desde muy temprana edad, donde los adolescentes empiezan a experimentar cambios en su identidad, que se asocian también, a culturas que promueven el uso de drogas como la marihuana, cocaína, entre otras más que van existiendo, esto se torna en un problema perjudicial para jóvenes, sobre todo si inician su consumo a corta edad, así lo demuestra el último estudio nacional del consumo de drogas en Chile donde queda al descubierto “*el uso de marihuana en adolescentes de 12 a 18 años presentaron una estabilización respecto al estudio anterior, llegando a un 10,1% en 2018; la variación observada respecto al estudio anterior (12,6%)*” (SENDA, 2019, p.28) es decir, que en 8 años solo se disminuyó un 2,16% el consumo de marihuana en adolescentes entre 12 y 18 años, por otro lado “*El uso de cocaína en adolescentes (12 a 18 años) y en el tramo de 45 a 64 años es*

*significativamente más bajo que en el resto de los tramos de edad” (SENDA, 2019, p.29) alcanzando el los adolescentes un 0,1% de consumo, finalmente la ingesta de alcohol en el mismo tramo etario es equivalente a un 18,7% (SENDA, 2019, p.30) Por esto se indica que “Una reciente revisión sobre cannabis concluye que el inicio precoz de consumo de esta sustancia y su uso regular en la adolescencia se asocia consumo problemático de cannabis y de otras drogas, con menor rendimiento escolar, deterioro de la salud mental, conductas sexuales de riesgo y delincuencia”(Hernández T., Jesús Roldán J., Jiménez A. Mora C, Escarpa D. y Pérez M, 2009, p.201). También podemos mencionar que el consumo de marihuana es la puerta de inicio del abuso de sustancias psicoactivas y nocivas para la salud en el desarrollo de la adolescencia.*

Desde el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), se plantea que *“Considerando que el consumo problemático de alcohol y otras drogas en niños, niñas y adolescentes es un problema que afecta tanto el sano desarrollo, como su calidad de vida y la de sus familias, aumenta la vulnerabilidad, empeora las condiciones de salud e integración de las personas, además, si la intervención no es oportuna y adecuada, puede derivar en otros problemas, como el inicio de vida de calle, procesos de desescolarización, infracción de ley, entre otros” (SENDA, 2020, p2).*

Es así como sucede en el plano internacional, que en Chile se producen las mismas situaciones de consumo de drogas en el que, las cifras son desalentadoras y muestras que es más común y “normal” de lo que desearíamos, por otro lado, es importante destacar que este consumo se inicia a temprana edad, cuando aún nos encontramos en pleno desarrollo, por lo cual, desencadena en otras conductas antisociales y es que, los programas de prevención o directamente el tratamiento de personas drogodependientes/as han sido insuficientes para la realidad que existe en el país y producto de esto, se identifica un problema de gran impacto tanto a nivel personal y familiar, como social. Que influye a todas las personas, que puede afectar a cualquier familia sin discriminar condición social. Las personas que sufren de adicciones, dejan por sí mismos de vivir y solo dependen del uso de sustancias para evadir su realidad

emocional. Así también, el trasfondo o consecuencias que está produciendo en su entorno, asimismo, la ruptura de los vínculos más cercanos (parejas) y el quiebre de todas las estructuras familiares.

## **1.2. Justificación de la Investigación.**

Siguiendo esta lógica, es que creemos que el problema del consumo problemático se puede abarcar de manera interdisciplinaria, ya que no solo afecta a la persona individualmente, sino que también se trata de familias y por sobre todo a un nivel social importante. Desde organizaciones gubernamentales es necesario investigar en el tema dado "*(...) que plantea hoy el abuso de drogas abarca todos los ámbitos de la convivencia social, pues su relación con la enfermedad, la violencia, la delincuencia, la pobreza es ampliamente reconocida. En este sentido la comunidad internacional desarrolla importantes esfuerzos por controlar su producción, comercialización y consumo, además de intentar contener las graves repercusiones que tiene en la salud y su consiguiente costo social* (Ortiz N, Costa M.C, 2005, p904). Dado que, es un problema a nivel mundial por las consecuencias que este genera en su entorno social, familiar y personal.

Por esta razón, es que nació la necesidad de haber realizado una investigación que pueda dar a conocer el aporte del Trabajo Social en la intervención cognitivo-conductual, entendiendo que las acciones a realizar sean transformadoras para el sujeto de atención y pueda mejorar su calidad de vida. Para esto se cree que la investigación debe ser una forma de orientación de los caminos de la intervención a seguir, motivando al sujeto al cambio.

Así mismo, desde el Trabajo Social, se puede identificar una situación de consumo de cualquier droga psicoactiva, dando paso a crear análisis de acuerdo a la observación de los problemas y de interpretación de la realidad, para así poder crear posibles mejoras en el control de los impulsos (este es el acto para la toma de decisión

de consumir) y no acceder a adquirir drogas. Por esto, es vital crear una investigación que dé cuenta cómo llevar un proceso terapéutico acorde a los modelos empleados por las diferentes instituciones que entregan el tratamiento cognitivo-conductual y en tanto, para el Trabajador Social que ejecute esta intervención *“Los procesos de condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social explican un abanico muy amplio de comportamientos sociales y brindan útiles herramientas para la mejora de las condiciones de vida. En especial, destaca la denominada ley del efecto de Thorndike que se basa en el reforzamiento de una conducta cuando es seguida de consecuencias agradables y que tiene un valor pedagógico y terapéutico indudable. En la actualidad, el modelo conductista se combina con el modelo cognitivo, multiplicando sus efectos beneficiosos en relación con distintos campos de actuación y problema”* (Gutiérrez C, 2011, p48).

Por todo lo anteriormente señalado, es que se cree que es de suma importancia poder seguir indagando en el tema de las drogas, el tratamiento y la rehabilitación, ya que es un problema que con los años ha aumentado y crecido en una magnitud que escapa de las manos no solo a nivel nacional, sino a nivel mundial, y que acaba con vidas de personas y familias completas, considerando además que es un problema de clase, ya que no es casualidad que afecte en mayor escala a los grupos más vulnerables de la sociedad, ya que sin importar la existencia de un tratamiento, muchas veces este no es un opción para todos, ya que se trata de una problemática que encuentra sus raíces en distintos motivos o razones.

Es importante destacar, además, que a su vez el Trabajo Social va incidiendo en las personas mediante el tratamiento, crea mecanismos de enseñanza para el autocuidado de las personas, tales como; identificación de situaciones de riesgo, identificación de factores de protección, entre otros. Para que el sujeto pueda definir sus límites frente a los sucesos que se pueden anteceder el consumo.

Los aportes principales que entrega el tratamiento, es que entrega herramientas a las personas drogodependientes, para que estas puedan enfrentar una vida sin consumo

y mantener su decisión de abstinencia por el mayor tiempo posible, y, a largo plazo, que sea para el resto de su vida. También, entrega beneficios en las necesidades personales, objetivos claros de cómo llevar este proceso de abstinencia. Así como a la ayuda en la búsqueda de estos objetivos que son planteados por el equipo multidisciplinar.

Las herramientas que se les entregan son para la vida, después del término del tratamiento el sujeto tendrá emplear todas estas herramientas para llevar una vida positiva y eliminar sus factores de riesgo para prevenir recaídas y el abandono de la decisión de la abstinencia, así mismo, aumentar su factores de protección bio-psico-sociales.

### **1.3. Planteamiento del problema.**

SENDA, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública es la entidad responsable de las políticas de prevención de drogas y alcohol, además de *“Impulsar, apoyar y ejecutar -técnica y financieramente- programas, proyectos y actividades de ministerios o servicios públicos destinados a la prevención del consumo de drogas y alcohol, así como el tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas” (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA], s.f)* es decir, son los encargados desde la creación de políticas públicas de prevención del uso y consumo de sustancias, hasta el proceso de integración social de quienes se vean afectados por estas.

Dentro de la oferta de tratamientos que cubran necesidades para las personas que tienen problemas de dependencia con algún tipo de drogas, existen diferentes modalidades que entrega SENDA en sus programas en rehabilitación, existe; Tratamiento ambulatorio básico, ambulatorio intensivo y residencia. Todos estos se encuentran en diferentes localidades a lo largo y ancho de Chile. Según detalla senda con *“Respecto a los tipos de planes de PG, el plan ambulatorio intensivo es el que registra una mayor cantidad de personas atendidas con el 53,3%, seguido de los*

*ambulatorios básicos con el 34,7%. En el PM el 32,4% de las personas se atendieron en modalidad residencial, el 67,6% en ambulatorios intensivos.”(SENDA, 2020, s.f).* La adherencia a estos programas es acorde a las necesidades de los pacientes y se puede inferir que los tratamientos elegidos en su mayoría fueron ambulatorios intensivos.

Por otra parte, existe un rango de edad en el cual se ingresan a estos centro de ayuda y rehabilitación, que no solo cuenta con el tratamiento, sino que además acompañan a los usuarios en el trayecto del tratamiento acorde a necesidades básicas, como; trabajo, vivienda, vinculación con familias que sufrieron las consecuencias de un integrante de la familia con problemas de adicción a alguna sustancia, según senda *“población según rangos, los mayores grupos se ubican en el rango de 30-39 y 40-49 años con el 32,7% y 24,8% respectivamente, seguido por el grupo entre 20-29 años con el 22,5%.” (SENDA, 2020, Caracterización de la población, párr. 7)*, Esto infiere que existe un margen de edad en cual se problematiza el consumo de cualquier tipo de sustancias lícitas o ilícitas, donde las personas toman la decisión de recibir un tratamiento, ya sea ambulatorio o residencial. Todo esto acorde a necesidades personales, pero que sí manifiestan tratar su adicción.

De esta forma, así como el gobierno entrega programas para la rehabilitación de mujeres y hombres, también existe una promoción de índole privado en el cual se entregan herramientas para la recuperación y la reeducación. Se habla de la reeducación por las temáticas a trabajar de índole cognitivo, desde que existe un problema central desde donde se origina el consumo de drogas lícitas e ilícitas, pero que, en algún momento de la historia de vida de hombres y mujeres, esta se vuelve problemática sistémica y abusan de las sustancias. Para esto es que se promueve el tratamiento cognitivo-conductual, ya que es *“un proceso de enseñanza que se dirige a las áreas de funcionamiento neuropsicológico involucradas en el aprendizaje y el funcionamiento básico cotidiano”, que tiene como objetivos específicos ‘reforzar las capacidades cognitivas deterioradas y enseñar estrategias de compensación’, entre las cuales enumera ‘atención y concentración, memoria, planificación, monitorización*

*del comportamiento y hacer ajustes basados en la retroalimentación'. (Eduardo J. Pedrero-Pérez, Gloria Rojo-Mota, José M. Ruiz-Sánchez de León, Marcos Llanero-Luque, Carmen Puerta-García, 2011, pág. 164)*

Dicho esto, es que nos planteamos un problema central en donde los tratamientos cognitivo-conductuales intervienen con resultados positivos en las personas que son pacientes de estos centros. En particular, aquellas personas que reciben un tratamiento de residencia ven resultados positivos en su persona, y se evidencian estos rasgos, ya que se trata de un tratamiento integral. Por otra parte, las personas que presentan problemas de consumo de drogas, sus dificultades no solo radican en el consumo, sino que también se enmarcan en aristas vinculadas con familiares que son afectados y su entorno social, además de problemas de salud a lo largo de la vida como consecuencia del mismo consumo. Considerando también, que las drogas lícitas e ilícitas tienen efectos secundarios, así como la depresión, ansiedad y hasta causar la muerte de las personas que la consumen. En tanto en lo social, el consumo y la facilidad para acceder a las drogas, evidencia un problema como sociedad que debemos saber enfrentar con capacidad. Por esto, es que las personas que son afectadas por esta enfermedad crónica, que por lo demás es de por vida, deben ser tratadas, para evitar que ese consumo se vaya elevando hasta producir problemas perjudiciales para salud, para la familia y para la sociedad, porque esta es la importancia de un cambio de vida rotundo que tome conciencia de sus factores de riesgo para que no se vuelva al estilo de vida que se estaba desarrollando antes de entrar a un tratamiento, en específico cognitivo-conductual

Este tratamiento cognitivo-conductual tiene consecuencias en la toma de decisiones de las personas por el buen control de los impulsos. Para esto, es vital que la familia y/o contención porque se vuelven un factor de protección. Por esto, queremos explorar las fortalezas y debilidades del tratamiento en cuanto a las personas que residen en la comunidad de "Espacio Terapéutico Tobalaba" y si este va modificando la conducta y el estilo de vida de las personas, comprendiendo la situación de riesgo por la cual estaba atravesando en su historia de vida, basándonos en sus



experiencias de vida. Principalmente, entre hombres y mujeres residentes de esta comunidad, indagando en su estado actual en el que está involucrado/a de este tratamiento cognitivo-conductual.

#### **1.4 Pregunta de investigación.**

- ❖ *¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de una intervención cognitivo-conductual en el tratamiento contra las drogas en hombres y mujeres entre 20-50 años, del espacio terapéutico Tobalaba?*
- ❖ *¿Existe un rango de edad donde las personas deciden tomar un tratamiento?*
- ❖ *¿Cómo se vive el proceso de avance para quienes reciben este tratamiento?*
- ❖ *¿Cómo se desarrolla el tratamiento cognitivo-conductual desde los profesionales que lo ejecutan?*
- ❖ *¿Cuál es la importancia e impacto de las redes de apoyo de las personas que reciben el tratamiento?*
- ❖ *¿Cuál sería el aporte desde el Trabajo Social para el tratamiento cognitivo-conductual?*

#### **1.5. Objetivos de Investigación.**

##### **1.5.1 Objetivo General.**

- ❖ Identificar fortalezas y debilidades de una intervención cognitivo-conductual en el tratamiento contra las drogas en hombres y mujeres entre 20-50 años, del Espacio Terapéutico Tobalaba sede Lyon.

##### **1.5.2 Objetivos Específicos.**

- ❖ Conocer en qué consiste el tratamiento cognitivo-conductual.
- ❖ Conocer el perfil de las personas en tratamiento cognitivo-conductual del Espacio Terapéutico Tobalaba, sede Lyon.
- ❖ Describir el proceso de avance de los usuarios que reciben un tratamiento cognitivo-conductual en centro Espacio Terapéutico Tobalaba, sede Lyon.

- ❖ Identificar cómo se desarrolla el tratamiento cognitivo-conductual desde los profesionales que lo ejecutan en Espacio Terapéutico Tobalaba, sede Lyon.
- ❖ Reconocer la importancia e impacto de las redes de apoyo de las personas que reciben el tratamiento en Espacio Terapéutico Tobalaba, sede Lyon.
- ❖ Determinar cuál es el aporte desde el Trabajo Social para el tratamiento cognitivo-conductual.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.**

En este capítulo, veremos la fundamentación teórica que sustentó esta investigación, enmarcada en los principales conceptos y teorías que nos aportan las respuestas a nuestro problema de investigación.

## **2.1 Definición clínica de las drogas.**

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su “Glosario de término de alcohol y drogas”, define las drogas como un *“término de uso variado”*. *En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, al menos en parte, por sus efectos psicoactivos.”* (OMS, 1994 p.33).

De esta forma, se entiende finalmente que, al hablar de drogas, se refiere a sustancias que pueden o no ser ilegales y que a su vez tienen efectos psicoactivos en el cuerpo, y que pueden, y han sido utilizadas a lo largo de la historia, con fines medicinales o recreativos.

### **2.1.1 Tipos de drogas.**

Para fines de esta investigación, y por lo que se mencionaba anteriormente, es importante entender la tipología de las drogas o sustancias. Son muchas y diversas las clasificaciones que se le pueden dar a las drogas, ya sea por peligrosidad, de procedencia natural o sintéticas, su estructura química, entre otros, sin embargo, se

siguió el criterio de clasificación brindado por la Organización Mundial de la Salud, la cual aborda los efectos sobre el sistema nervioso central.

Por esto, es que en primer lugar se encuentran *“Las drogas depresoras, son las sustancias que disminuyen la actividad del SNC. Lo hacen reprimiendo las estructuras presinápticas, consiguiendo que la cantidad de neurotransmisor sea menor, disminuyendo también la función de los receptores postsinápticos. Algunos ejemplos de drogas depresoras son:*

- *El alcohol*
- *El cannabis*
- *Los benzodiazepinas*
- *La heroína*

*Las drogas estimulantes son sustancias que estimulan la actividad del SNC. Lo hacen bloqueando la inhibición o excitando las neuronas directamente. La estimulación se explica por el aumento de la despolarización neuronal, el incremento de la cantidad de neurotransmisores (NT) disponibles, el largo de la acción de los NT, la debilidad de la membrana neuronal y la disminución del tiempo de recuperación sináptica. De esta manera, pueden provocar síntomas como taquicardia, dilatación pupilar, sudoración, aumento de la tensión arterial, etcétera. También se pueden llamar simpaticomiméticos. La cocaína*

- *La cafeína*
- *La teobromina y la teofilina*
- *La nicotina*

*Las drogas perturbadoras del SNC son aquellas sustancias capaces de **modificar la actividad psíquica** y producir alteraciones en la percepción como alucinaciones, así como alterar el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. Algunos ejemplos de drogas perturbadoras son:*

- *El LSD*
- *Los alucinógenos*

- *El cannabis*
- *El MDMA*
- *La ketamina*". Llobet, A. B. (2019, 21 marzo).

A pesar de esta clasificación, es importante mencionar la visión y tipología que se tiene a nivel nacional, es por esto que se menciona a continuación, la clasificación de drogas publicada por el SENDA en donde se le da una mirada con mayor perspectiva de legalidad, en donde parten mencionando que: *"Se entiende por **drogas ilícitas** aquellas cuya producción, porte, transporte y comercialización está legalmente prohibida o que son usadas sin prescripción médica. Se distinguen según su origen en **drogas naturales** (provenientes de alguna planta) o **sintéticas** (elaboradas a partir de sustancias químicas). **Drogas de síntesis**: Son drogas elaboradas y sintetizadas, a menudo para el uso ilegal, fabricadas en laboratorios clandestinos por modificación de la estructura de drogas existentes. **Drogas psicotrópicas**. Son sustancias que actúan sobre el sistema nervioso (estimulantes, sedantes, tranquilizantes, alucinógenos), cuyo uso puede crear hábito, provocar efectos de dependencia y un síndrome de abstinencia cuando se prescinde de ellas. **Drogas psicodélicas** Denominación popularizada durante la década de los 60, para denominar a las sustancias cuyo consumo produce alucinaciones, principalmente visuales. **Drogas legales e ilegales** este es uno de los criterios por los cuales se pueden clasificar o distinguir distintas sustancias para efectos de estudio. Son legales, en cuanto drogas, todas las sustancias cuyo uso no está penalizado por la ley, entre estas, el tabaco y el alcohol; también caben dentro de esta categoría todos los medicamentos y fármacos que tienen efectos sicotrópicos, pero que pueden ser usados ilegalmente, cuando se los emplea fuera de un contexto terapéutico."* (SENDA, s.f)

Teniendo ya en cuenta ambas clasificaciones, es de suma relevancia mencionar que son cuatro las drogas con las que se trabajó en esta investigación y a continuación se describirán cada una de ellas con la clasificación y características otorgadas por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

#### **2.1.1.1 Alcohol.**

En primer lugar, se encuentra el alcohol, sustancia bajo la categorización de legal, pero que sin duda puede llegar a producir efectos nocivos para la salud. Senda lo clasifica como un *“Depresor del sistema nervioso central”* (SENDA,sf) y menciona que su forma de consumo es *“por vía oral, aunque también puede inyectarse (...)”* (SENDA, sf).

Si bien, sus efectos dependen de la dosis que se consuma, algunos de los efectos inmediatos en el organismo pueden ser: *“Desinhibición y excitación, afecta la frecuencia cardíaca, irrita el sistema gastrointestinal, estimula la secreción de jugos gástricos y la producción de orina, los centros nerviosos superiores del cerebro se deprimen, afectando primero el habla, el pensamiento, el entendimiento y el juicio, merma el equilibrio, la coordinación motora fina, la visión y el audio, también se ven afectados los centros inferiores, alterando la respiración y los reflejos espinales (respuesta involuntaria a nivel de la médula espinal. Al llegar a la intoxicación alcohólica, puede provocar un estado de coma y alcanzar la muerte por depresión respiratoria (disminución de la función pulmonar).”* (SENDA,sf)

Mientras que, tras un consumo constante, a largo plazo puede llegar a producir *“gastritis” por la irritación del estómago, daña el hígado, pudiendo derivar en una cirrosis. Su abuso puede generar trastornos mentales, como pérdida de la memoria, deterioro del aprendizaje, inflamación de los nervios, e incluso el llamado síndrome de Korsakoff.”* (SENDA,sf)

Es importante destacar las alarmantes cifras de edades de consumo que se presentan en esta región “...en las Américas, la mayoría de los estudiantes encuestados tomaron la primera copa antes de los 14 años de edad (OPS, 2015)”

### **2.1.1.2 Cocaína.**

Continuando con la clasificación, figura la cocaína, droga que cuenta con *efectos estimulantes y que es inhalada, aunque también se absorbe a través de las mucosas (frotando la sustancia en las encías)* (SENDA, sf). Para comprender los efectos en el organismo, se hará una división para tratar los efectos inmediatos de un “consumo moderado u ocasional” en el cuerpo, y los efectos de un consumo con dosis altas.

Uno de los principales e inmediatos efectos que produce esta sustancia, es la *ausencia de fatiga, sueño y hambre, exaltación del estado de ánimo, mayor seguridad en sí mismo. La persona se percibe como alguien sumamente competente y capaz, disminuyen las inhibiciones, aceleración del ritmo cardíaco y aumento de la presión arterial, aumento de la temperatura corporal y la sudoración.*

*Reacción general de euforia e intenso bienestar (...) puede incrementar el deseo sexual y demorar la eyaculación, aunque es posible que dificulte la erección.* (SENDA, sf).

Además de estos efectos inmediatos, un consumo con altas dosis puede concluir en *ansiedad intensa, agresividad, ilusiones y alucinaciones. Temblores y movimientos convulsivos. La sensación de bienestar inicial suele ir seguida por una bajada que se caracteriza por cansancio, apatía, irritabilidad y conducta impulsiva.* (SENDA, sf) Aparte de los riesgos de alteraciones nutricionales, psicológicas y respiratorias entre otras, además de la facilidad con la que el cuerpo puede generar una dependencia.



### 2.1.1.3 Marihuana.

En el caso de la marihuana, se tiende a tener una mayor “aceptación social” por los atributos medicinales que esta puede llegar a tener, utilizándose para controlar ataques de epilepsia, por ejemplo, o en aceites para controlar dolores, entre otros. Es por esta misma razón que ya hace muchos años se encuentra en la palestra pública el debate de si debe legalizarse o no, ya que son varios también los países que cuentan con una regularización pública y estatal respecto a esta droga.

No obstante, en Chile aún se considera una droga ilegal y se encuentra penalizado, desde el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, entra en la clasificación de *Alucinógeno y Depresor (...)* *La marihuana generalmente se fuma, en cigarrillos hechos a mano o en pipas especialmente diseñadas (a veces con cañas largas o pequeños depósitos de agua para enfriar el humo, que suele alcanzar altas temperaturas). También se come (en queques o galletas). El “hachís” es la resina de cannabis y se fuma mezclado con tabaco.* (SENDA, sf)

Mientras que, algunos de los efectos inmediatos que puede producir en el organismo, se encuentran: “Inicialmente pueden producir sensaciones placenteras de calma y bienestar, aumento del apetito, desinhibición, pérdida de concentración, disminución de los reflejos, ganas de hablar y reír. Enrojecimiento de los ojos, aceleración del ritmo cardiaco, sequedad en la boca y garganta, ansiedad, percepción alterada de la realidad (...)” (SENDA,sf)

Es de suma importancia mencionar, que estos efectos pueden variar dependiendo del tipo de marihuana que se consuma y de la dosis que se ingiera, además, dejar establecido que, si bien la marihuana no puede generar una dependencia física en el organismo, sí puede “*crear una dependencia psicológica: el usuario apetece la droga por sus efectos.*” (SENDA, sf)

#### **2.1.1.4 Pasta Base.**

Al hablar de pasta base, se refiere a la pasta base de cocaína mezclada con sustancias de distinta y extrañas procedencias que pueden o no ser legales, o hasta consideradas como drogas, pero que sin duda tienen un efecto nocivo en las personas que los consumen.

Para Senda, la pasta base es una droga con efectos *estimulantes*, se fuma mezclada con tabaco (mono) o con marihuana (marciano). También se consume en pipas o en antenas de televisión ahuecadas. (SENDA, sf).

Sus efectos pueden ser variados, ya que dependen de distintos factores, así como la preparación, el tiempo de consumo, las dosis, frecuencias, entre otros. Es por esto que se han establecido cuatro etapas de consumo y efecto, en donde “*Las Etapas N°1 y 2 corresponden a efectos en el momento de consumo, mientras que la N°3 y 4 corresponden a la evolución del patrón de consumo:*

*Euforia: Sensación de placer, éxtasis, intensificación del estado de ánimo, cambios en los niveles de atención (...)*

*Etapas de disforia: sensación de angustia, depresión e inseguridad. Deseo incontenible de seguir fumando, tristeza. (...)*

*Etapas 3: Etapas en que la persona empieza a consumir ininterrumpidamente cuando aún tiene dosis en la sangre para evitar la disforia.*

*Etapas 4: Etapas de sicosis y alucinaciones*

*Las drogas estimulantes son las siguientes:*

- *Las anfetaminas*

*El consumo de PBC puede provocar sicosis o pérdida del contacto con la realidad, la que puede darse después de varios días o semanas de fumar con frecuencia y durar*

*semanas o meses. Las alucinaciones pueden ser visuales, auditivas, olfatorias o cutáneas.”* (SENDA, sf)

Entendiendo el efecto inmediato que genera esta droga en el cuerpo, es que se puede comenzar a entender el porqué de los niveles de dependencia hacia esta sustancia.

### **2.1.2 Consumo y tipos de consumo.**

Es importante hacer una distinción entre el consumo y el consumo problemático, por ejemplo, ya que son muchas las formas y los tipos de consumo. Según la OMS, en el Glosario de término de alcohol y drogas, el consumo, ya sea de alcohol o drogas, es la *“Autoadministración de una sustancia psicoactiva.”* (OMS, 1994 p.25).

A partir de ahí, se desglosan distintos tipos de consumo los cuales no diferencian si se trata de drogas o alcohol, por su parte, también es necesario mencionar la tipología de consumo establecido por el SENDA, para lograr tener visión local respecto al consumo, y en los párrafos siguientes, podrán encontrar los tipos de consumo que se estimaron convenientes para esta investigación.

#### **2.1.2.1 Consumo abusivo.**

Este tipo de consumo viene de la clasificación establecida por la OMS y es entendido como *“patrón de consumo que excede un estándar de consumo moderado o —de manera más ambigua— consumo social. Se define normalmente como el consumo que supera un volumen diario determinado(...)”* (OMS, 1994 p.25)

#### **2.1.2.2 Consumo controlado.**

Al igual que el anterior, el consumo controlado también es parte de la clasificación de la OMS y se trata de *“consumo que se modera para evitar la intoxicación o el consumo de riesgo “(...) Cuando se aplica al consumo de otras sustancias psicoactivas, el*

*término análogo “consumo controlado de sustancias” expresa un consumo regular y no compulsivo de la sustancia que no afecta a la función cotidiana, así como a los métodos de consumo que reducen al mínimo los efectos adversos de las drogas” (OMS, 1994 p.26).*

### **2.1.2.3 Consumo perjudicial.**

En este caso, el consumo perjudicial se encuentra tanto en SENDA, como en la OMS, donde el primero lo establece como *“forma de consumo que afecta la salud física o mental, suele dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos”* (SENDA, sf) Mientras que la organización mundial de la salud lo define como un *“Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud, el daño puede ser físico o mental. Comporta a menudo, aunque no siempre, consecuencias sociales adversas; sin embargo, estas consecuencias por sí solas no son suficientes para justificar un diagnóstico de consumo perjudicial.”* (OMS, 1994. p.27). Se puede observar a simple vista, las similitudes entre ambas.

### **2.1.2.3 Consumo problemático.**

Esta distinción también es parte de las establecidas por la OMS y la plantea como un *“Patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales.”* (OMS, 1994. p.27)

### **2.1.2.4 Consumo de riesgo o intenso.**

*“Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental (...) se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para*

*la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual” (OMS, 1994. p.26). Mientras que, en Chile, Senda lo menciona como consumo intenso o de riesgo y se refiere a él como “consumo que aumenta las probabilidades de padecer problemas relacionados con el alcohol o complica el manejo de otros problemas de salud, sin ser un trastorno (dependencia o consumo problema). Se relaciona con una cantidad de consumo en un corto período de tiempo: más de 5 tragos en un mismo día para hombres y más de 4 tragos en un mismo día para mujeres.” (SENDA, sf)*

#### **2.1.2.5 Consumo de bajo riesgo.**

*Esta última categoría también está establecida por SENDA, y la estipula como “un nivel que se considera “más seguro” o de “menor riesgo” respecto de consecuencias negativas o daños. Si una persona decide beber, para hacerlo con menores riesgos debe tomar sólo 1 trago estándar en un mismo día, medida recomendada tanto en hombres como en mujeres.” (SENDA, sf.)*

Para esta investigación, se centró en los tipos de consumo anteriormente mencionados, ya que son los más atingentes respecto a lo que se trabajará y son en parte, los primeros pasos para llegar, a lo que se trabajará en mayor profundidad, respecto a las dependencias y tratamientos.

#### **2.1.3 Adicción y Dependencia.**

Es pertinente comenzar diciendo que el término adicción es “antiguo y de uso variable, considerado por muchos expertos como una enfermedad con entidad propia, un trastorno debilitante arraigado en los efectos farmacológicos de la sustancia” (OMS, 1994. p.13) es por esto, que ya en la década de los ‘60, se sugiere por la propia Organización Mundial de la Salud que se utilice el término de dependencia, ya que,

además, este otorgaría distintos grados de severidad, siendo más específica y pertinente.

Por esta razón, es que es atingente utilizar el concepto de dependencia y los tipos de dependencia que existen, comprendiendo dependencia como *“una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal (...) un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. El término puede utilizarse en referencia a toda la gama de sustancias psicoactivas (farmacodependencia, drogodependencia, dependencia de sustancias químicas, dependencia del consumo de sustancias) o para referirse a una droga o a una clase de drogas concreta”* (OMS, 1994. p.30).

Por lo tanto, se observa que el término dependencia se utiliza para todas las sustancias psicoactivas, ya que todas pueden ocasionar un daño en el organismo, pero si se distinguen dos tipos de dependencia y estas son la dependencia física y la dependencia psíquica. Comprendiendo la dependencia física como *“un estado adaptativo caracterizado por la aparición de trastornos físicos intensos cuando suspendemos la administración de la droga. Tales trastornos forman un Síndrome de abstinencia que se compone de signos y síntomas somáticos y psíquicos que son característicos del tipo de droga de que se trate”* (Turet, 1991. p.7) Mientras que la dependencia psíquica trata de *“una condición por la que una droga produce una sensación de satisfacción y una pulsión psíquica que motiva al sujeto a repetir su consumo para inducir el placer o evitar el malestar.”* (Turet, 1991. p.7)

## **2.2 Tratamientos contra drogas.**

Se entiende que, las personas que sufren dependencia a algún tipo de droga nociva para la salud requieren de un tratamiento que sea efectivo para contraponer

situaciones de riesgo y lograr la abstinencia. Para esto, se proponen varios modelos para tratar la enfermedad, acorde a sus necesidades *“(...) reconocer la multicausalidad de estos, y que se mantiene como el enfoque de mayor referencia actual para el abordaje de los problemas de consumo de drogas, el peso específico de lo bio, lo psico y lo social claramente no es ecuánime. La prevalencia médica sigue siendo preponderante relegando lo psico y lo social a ampliar la mirada comprensiva, y desde el tratamiento, a brindarle acompañamiento y “apoyo” a lo bio``.* (Rojas, 2019, p117).

### **2.2.1 Tratamiento de reparación de daños.**

Uno de los modelos de intervención que se emplean es el de “reparación de daño”. Este propone su lineamiento en objetivos acorde se va reduciendo el consumo de drogas.

*“El concepto «reducción de daños» puede definirse como el conjunto de políticas, programas e intervenciones destinados a minimizar las consecuencias adversas que el consumo de sustancias psicoactivas legales o ilegales ocasionan sobre la salud del individuo o a la sociedad. Estas políticas se basan en un fuerte compromiso con la salud pública y los derechos humanos”* (Bosque-Proues&Bruga, M. M, 2016, p.100)

Por otra parte, es que *“(...) también como un acercamiento ético y pragmático a la problemática social de las drogas, que hace hincapié en reducir las consecuencias negativas del uso de sustancias más que en promover la abstinencia”* (Diez X, 2008, p.127). Dicho esto, es que el tratamiento de reducción daño, es una apuesta por la conciencia ética de los consumidores, en donde la prioridad es la salud.

### **2.2.2 Tratamiento ambulatorio.**

Se identifica un tratamiento alternativo, en el cual se puede continuar con la normalidad de la vida, estos son *“los tratamientos ambulatorios promueven la continuidad de la vida en el espacio habitado y el sostenimiento de los vínculos próximos. Con el propósito de aportar a su problematización, este artículo ronda sobre los dominios en los que despliega la tarea de acompañar”* (Candil, 2016, p. 181)

### **2.2.3 Tratamiento conductual.**

Dentro de los tratamientos que se entregan de índole privado, existe el modelo conductual, donde se refuerzan las conductas negativas e impulsivas que tienen las personas al acceder a consumir o tomar una decisión y se entiende que *“La evidencia empírica ha demostrado que las conductas de uso y abuso de drogas no dependen de un factor aislado, sino que están originadas y mantenidas por diversos factores de naturaleza multidimensional”*(R. Secades&O. García&J. Fernández&José Carballo, 2007, p 29)

*“(…) los trastornos por abuso de sustancias dentro del cuerpo de los principios psicológicos existentes, que permiten analizar dichas conductas como una variable dimensional dentro de un continuo que iría desde un patrón de uso esporádico, no problemático o con escasos problemas, hasta un patrón de uso severo con muchas consecuencias aversivas* (R. Secades&O. García&J. Fernández& Carballo, 2007, p30) puesto que, el reforzamiento del patrón de conducta modifica los deseos intensos de consumir, como un acto innato.

Por otra parte, se definió terapia conductual como *“el intento de cambiar el comportamiento humano y la emoción en forma benéfica según las leyes de la moderna teoría del aprendizaje”*(Aubrey J, 1970, p 119). El tratamiento conductual se fundamenta en la modificación de las conductas asociadas al consumo, por medio de



herramientas terapéuticas que construyendo la personales y el manejo de situaciones de riesgo.

#### **2.2.4 Tratamiento cognitivo-conductual.**

Por consiguiente, la terapia cognitivo conductual es una propuesta asertiva para el tratamiento efectivo contra el uso y abuso de sustancias, que nos entrega beneficios a corto, mediano y largo plazo. Este centra su modelo en *“La terapia breve cognitivo-conductual”, representa la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Supone el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que el paciente tiene sobre sí mismo”* (Sánchez H & Gradolí T, Olmo V & Reyes G & Molina N & Morales G, 2002, p22)

El tratamiento cognitivo-conductual se ejecuta bajo tres aristas fundamentales, estas son:

*En la primera fase (Evaluación) se realiza el análisis funcional del comportamiento de consumo de drogas, estableciendo las relaciones funcionales de cada uno de los elementos, y haciéndole entender al paciente la naturaleza de tales relaciones así como las consecuencias que para su vida tiene el consumo de sustancias. Se evalúan las actitudes hacia el consumo y hacia la abstinencia. Se valora la motivación al tratamiento y los niveles y procesos de cambio (...) Se evalúa la presencia de psicopatología a través de entrevista clínica y cuestionarios. Es conveniente en este momento determinar la elección del recurso terapéutico más adecuado para la desintoxicación (...). Finalmente se informa sobre las fases del tratamiento y del mecanismo de desintoxicación. Dar información sobre la experiencia de desintoxicación y de lo que puede ocurrir durante la misma, tiene el efecto de reducir la intensidad del distress (...).*

*La segunda fase (Desintoxicación) se inicia con una continuación del último paso de la fase anterior, ofreciendo información y estableciendo una previsión sobre el proceso farmacológico que va a realizarse, así como una valoración de los síntomas de intoxicación y/o abstinencia que presenta el paciente. Se valora la motivación y las expectativas del paciente y se realizan intervenciones motivadoras siguiendo a Miller y Rollnick (20). Algunos pacientes presentan dificultades en esta fase y precisan terapia de apoyo (...), (...). Vuelven a valorarse la presencia de síntomas psicopatológicos asociados.*

*La última fase (Deshabitación) comienza con la valoración de la desintoxicación y la evaluación psicopatológica tras el proceso farmacológico realizado. Se valoran los procesos de cambio en los que está inmerso el paciente (...) y se establece un proceso estructurado de prevención de recaídas (...). Finalmente se ponen en marcha los distintos programas específicos de intervención que requiera el paciente (ansiedad, depresión, habilidades sociales, etc.). (Sánchez H & Gradolí T, Olmo V & Reyes G & Molina N & Morales G, 2002, p22)*

Por otra parte, se plantea que "(...) la perspectiva cognitivo-conductual se considera que las personas con dificultades para regular las emociones son las más vulnerables al consumo. Se suele hablar de patología dual, cuando el abuso de sustancias se da en forma paralela, comórbida, con otra patología mental. Para los modelos cognitivo-conductuales la conducta de consumo es un intento disfuncional de lidiar con serias dificultades en la regulación emocional, unidas a creencias acerca del consumo, las sustancias, y sus consecuencias". (Cabariti S.&Delgado O& De Oliveira O.&Nasio J.&Kosovsky R.&Laurent E.&Perrotta G.&Rossi L.&Keegan E, 2012, p5)

La terapia cognitivo-conductual apuesta por implementar integralmente todos los conceptos que abarcan las adicciones, como una base propuesta en los traumas desde la infancia, hasta que se vuelve un hábito de consumo, en donde también de una manera de evadir ciertas emociones o síntomas como la: ansiedad, depresión,

etc. Principalmente, se va creando un estilo de vida ligado al consumo, en la cual, finalmente, esto crea las personas drogodependientes.

### **2.3 Personas en tratamiento.**

Al hablar de personas en tratamiento es necesario mencionar nuevamente el término dependencia, ya que se está hablando de personas drogodependientes que cuentan con un “perfil”, características o conductas similares que los han llevado a esta dependencia, y que posteriormente han decidido iniciar un tratamiento contra las drogas comprendiendo la complejidad que conlleva aquel proceso.

Para comprender esto con mayor precisión y profundidad, se tomará en cuenta la definición de drogodependencia-causas establecida por SENDA, en donde plantean que *“La conducta asociada al consumo de drogas está impulsada por múltiples factores, de forma que nunca puede identificarse una causa única o establecerse relaciones simples de causa efecto. Un análisis superficial puede llevarnos a pensar que el verdadero causante de la toxicomanía hay que buscarlo en las propiedades de la sustancia. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la sustancia adquiere importancia en la medida en que cumple una determinada función para el usuario. La capacidad de una droga de generar adicción puede explicar la persistencia del consumo, pero difícilmente pueda explicar el inicio a dicho consumo y la repetición del mismo. Así entonces, junto con las características de las drogas, también juegan un importante papel las características del consumidor y el entorno social en el que vive. En este origen multicausal de las drogodependencias, los factores de riesgo y protección adquieren un rol preponderante en el desarrollo de las mismas. Así en la drogodependencia intervienen factores que tienen que ver con:*

- ❖ *La Droga*
- ❖ *El Individuo*
- ❖ *El Ambiente*

(SENDA,sf)

### **2.3.1 Proceso de avance en una terapia cognitivo-conductual.**

El proceso de avance de las personas que reciben un tratamiento cognitivo-conductual tiene que ver con los cambios que se van realizando en este mismo proceso, en donde se va modificando y tomando conciencia de las conductas que llevaron al consumo y estas son de carácter impulsivo. Entonces, por una parte se crean nuevos objetivos según avance en el tratamiento (objetivos a corto, mediano y largo plazo), y por otro, se va problematizando el consumo de drogas lícitas o ilícitas. Se planteó que *“(...)las Terapias Comportamentales y Cognitivas representan la aplicación de la Psicología científica a la Psicoterapia, poniendo énfasis en el uso de una metodología experimental con el fin de comprender y modificar los trastornos psicológicos que perturban la vida del individuo y demandan del apoyo especializado en lo que concierne a la salud mental”.*(DEVIDA, 2004. p.92).

Por consiguiente, en el mismo proceso de avance se van cumpliendo etapas en el tratamiento, marcando hitos importantes que puedan entregar beneficios en la autoestima de las personas que reciben la terapia cognitivo conductual. Esto puede ser un refuerzo positivo para ellos/as. También, se van identificando las situaciones traumáticas que se van solucionando y las mismas que llevaron en algún momento de su vida a exceder el consumo.

Así mismo, *“(...)los pacientes que llegan a una Institución evidencian en primer lugar una serie de mecanismos y procesos psicológicos que funcionan como barreras que impiden temporalmente la decisión de cambio y en segundo lugar una serie de deficiencias en las diferentes áreas de su desarrollo personal, lo que influye significativamente en el deterioro de la imagen y valor que tiene la persona de sí mismo. Por lo tanto, creemos importante evaluar la revalorización de esta percepción(...)”*( DEVIDA, 2004. p.94)

### 2.3.1.1 Modelo Transteórico.

El proceso de avance, consta con un modelo teórico en el cual se van planteando los diferentes estadios que va pasando las personas que cuenta con alguna problemática que está en proceso de desarrollo para la recuperación, es así, como *“El modelo describe una serie de etapas por las que transcurre una persona en el proceso de cambio de un problema como en el caso del consumo de una sustancia psicoactiva. Dentro de este enfoque, la motivación se puede entender como el estado presente de una persona o la etapa de preparación para el cambio. Es un estado interno influido por varios factores externos”*(DEVIDA, 2004. P.96)

Así mismo, se irán superando etapas en función que la persona en tratamiento vaya identificando la modificación de su conducta, en paralelo con el análisis de su terapeuta y se propone para esto que *“La “rueda del cambio” que proponen los autores mencionados admite hasta cinco etapas en dicho proceso, etapas que irán superándose en función a la percepción que tenga el paciente de las consecuencias de su conducta problema. Dicha percepción puede estar influenciada por la retroalimentación que recibe la persona de su entorno o en el trabajo terapéutico.* (DEVIDA, 2004. P.94)

Para esto, se proponen cinco estadios de cambio, en donde la persona identifica en un tiempo definido la variación de su conducta, así como el reconocimiento de la enfermedad. Estos son:

#### a) Precontemplación

*Es el primer estadio de cambio. Las personas en esta etapa ignoran su problema de conducta o no están dispuestos o motivados a cambiarlo. Se someten a pequeñas actividades que podrían cambiar su perspectiva del problema de conducta y pueden estar un poco a la defensiva sobre el problema conductual fijado. Los pre contempladores no están convencidos de que los*

*aspectos negativos del problema de conducta superan los positivos. No consideran el cambio en un futuro inmediato.*

*b) Contemplación*

*En la etapa de contemplación, la persona reconoce que él tiene un problema y empieza a pensar seriamente en resolverlo. Los contempladores luchan para entender su problema, para ver sus causas y piensan en las posibles soluciones. Sin embargo, los contempladores pueden estar lejos de hacer realmente un compromiso para actuar.*

*c) Preparación*

*En la etapa de preparación, las personas están listas para cambiar integralmente en un futuro cercano. En ella, las personas posiblemente hayan tratado y fallado de cambiar antes, aprendiendo de ello valiosas lecciones de los intentos pasados. En esta etapa de cambio necesitan desarrollar un plan que trabaje de acuerdo con ellos. Luego, necesitan realizar firmes compromisos para seguir con el cometido que eligieron.*

*d) Acción*

*En esta etapa, las personas modifican más abiertamente sus conductas. Dejan la sustancia y evidencian una mejor disposición para ingresar a un programa de tratamiento. En resumidas cuentas, dan un paso y ponen en marcha el plan para el cual se han estado preparando.*

*e) Mantenimiento*

*Es la etapa final en el proceso de cambio. El cambio conductual sostenido es difícil. En esta etapa, la persona trabaja para consolidar los logros obtenidos durante la etapa de acción y lucha contra la recaída. Pese a que la terapia tradicional ve el mantenimiento como una etapa estática, el Modelo Transteórico lo ve como una continuación realmente importante que puede*

*durar desde un corto periodo de 6 meses hasta para toda la vida. (DEVIDA, 2004. P.96-98)*

Dicho esto, es que en el proceso de avance, las personas identifican estas cinco fases para tener la claridad y concepción acerca de su enfermedad. Además, de todas las situaciones previas que llevaron a este momento, por ejemplo: riesgo vital, dinámicas familiares disruptivas, violencia, etc. Todo estos factores provocados por los impulsivos al acceder a consumir cualquier tipo de drogas y eso sumado, al descontrol emocional.

### **2.3.2 Redes de apoyo**

Las drogas no solo afectan a las personas que consumen, sino que afectan en su entorno inmediato, siendo la familia un núcleo afectado cuando se tiene una persona que padece de esta enfermedad. Generalmente, las personas que sufren esta enfermedad, deciden alejarse de sus seres queridos, sólo por ser guiado en una especie de “piloto automático” que solo lo lleva a consumir, sin tomarle el sentido a la vida, ni una esperanza para las familias que sufren las consecuencias devastadoras de la drogodependencia. Por esto, se plantea que *“la familia es concebida desde dos dimensiones: (a) como el “causante” de las conductas adictivas, y (b) como la red de apoyo y motivación que necesita el paciente para continuar todo el tratamiento en el momento de extra-hospitalización”*(Pinzón A. & Calvo A. 2019. p157).

Por consiguiente, se considera a la familia como un ente fundamental en la rehabilitación de personas que sufren de este problema, ya sea, que estas se involucraron desde sus inicios del consumo de drogas en los pacientes, entonces, estas también necesitan del apoyo fundamental de sus familiares para la revinculación de lazos, optimismo en el proceso y confianza hacia la persona. Para esto se propone que:

1. *La familia debe convertirse en soporte importante para la atención del problema del consumo y adicción a las drogas, integrándose de manera decidida desde el inicio del tratamiento y participando de manera activa en las diferentes intervenciones terapéuticas que se realicen. Cuando la familia conoce del proceso de la adicción a las drogas y se involucra en el tratamiento, el individuo con problemas de abuso de drogas tiene un mejor pronóstico de recuperación. Por ello, las intervenciones terapéuticas que se realicen deben estar orientadas al restablecimiento de la armonía en las relaciones de la familia. Esta armonía se logra a través de intervenciones individuales y grupales que buscan, entre otras:*
- a) *Desarrollar capacidades para enfrentar las dificultades, trabajando en los sentimientos de culpa y en la recuperación del optimismo.*
  - b) *Favorecer la restauración de jerarquías, incrementando la autoridad positiva de las figuras paternas.*
  - c) *Identificar en la familia formas adecuadas de comunicación que fomenten la recuperación de la confianza entre sus miembros.*
  - d) *Incrementar en la familia las habilidades afectivas, para que se puedan expresar adecuadamente tanto los sentimientos positivos como los negativos.*(M. Zapata, 2009. p89)

### **2.3.3 Equipos clínicos.**

Los equipos clínicos en el tratamiento cognitivo-conductual son fundamentales para el desarrollo positivo del paciente. Estos se constituyen a través de las necesidades de cada comunidad terapéutica, entendiendo también, que los estadios donde se va adquiriendo la conciencia de enfermedad del paciente a la comunidad terapéutica.

Se distinguen entre ellos, un área multidisciplinar que aporta herramientas a las personas drogodependientes, desde diferentes áreas afectadas por la enfermedad. Desde la persona misma, su entorno social y familia.



Área multidisciplinar:

- **Psicólogos:** Los psicólogos cumplen un rol fundamental dentro del proceso de cambios de las personas, sobre todo si está viviendo un cambio oportuno para su vida, en donde se fijan objetivos. Se puede proponer que *“El objetivo de este proceso interpersonal es ejercer una influencia positiva por parte del experto para mejorar el comportamiento y el desempeño del cliente o coachee. Pero, el experto debe mantener una posición de neutralidad a lo largo de todo el proceso para no interferir en la toma de decisiones del cliente, pues su papel no es el de consultor, tutor o mentor. El experto no aconseja de modo directivo sobre cómo hacer las cosas.”* (Gil-Monte P. 2014. P36)
- **Psiquiatras:** Los roles que cumplen los psiquiatras en el tratamiento. Cognitivo-conductual, tiene fines de diagnosticar el proceso de dependencia que tiene el sujeto drogodependiente.  
Se propone que la medicina cuenta con un área de especialización de sus profesionales en el área de la drogodependencia, así es como: *“(…) formación de médicos psiquiatras en esta subespecialidad médica.*  
*La Adicciónología se basa en los siguientes principios:*
  1. *La adicción es una enfermedad crónica que afecta a todas las etapas de la vida y no únicamente a la adolescencia. Si bien tiene una alta prevalencia durante esta etapa de la vida, es una enfermedad compleja por su multicausalidad y elevada tasa de comorbilidad. Sin intervención médica especializada la historia natural puede tener un desenlace tanático. El abordaje de esta enfermedad es de amplio espectro. Comprende aspectos de políticas públicas de salud que modulen y articulen la intra e intersectorialidad, con la intervención de equipos interdisciplinarios especializados en Adicciónología.*
  2. *Actualmente en el ámbito internacional se reconoce la especialidad de Adicciónología, por tanto el tratamiento en esta área, más aún en las instituciones de salud con cobertura de atención de alta complejidad, es*

*competencia de los profesionales de salud especializados en esta patología volitiva.*

3. *El perfil del médico Adiccionólogo es el de un especialista con las siguientes competencias.*

- *Poseer conocimientos sólidos y suficientes de los factores biológicos, psíquicos y socioculturales que le permitan comprender a cabalidad el fenómeno adictivo en su integridad y variabilidad, como son las adicciones químicas, adicción digital, ludopatía y adicciones sociales.*
- *Aplicar conocimientos actuales, investigar e innovar estrategias preventivas promocionales para liderar y asesorar las políticas públicas orientadas a detener y reducir la incidencia.*
- *Aplicar los conocimientos actuales, innovar e investigar estrategias diagnósticas y terapéuticas en individuos con adicción en los diversos grupos etarios y de género.*
- *Conocer a profundidad la farmacocinética, farmacodinamia, reacciones adversas y toxicología de las drogas de abuso en el ser humano (con sus variantes según género y grupo etario), para manejar con idoneidad los fenómenos propios de la patología adictiva: intoxicación aguda y crónica, síndrome de abstinencia, craving, consecuencias a largo plazo del uso de las mismas, entre otros.(...)*
- *Manejar la multidimensionalidad de la patología adictiva en sus componentes psicofisiológico, orgánico, psíquico, comorbilidad y anomia familiar patológica; así como la desintoxicación, deshabitación y rehabilitación, cuyo manejo con experticia posibilita la curación y el desarrollo humano integral, individual y familiar".(Nizama-Valladolid M.& Luna F.& Cachay C. 2019. P.92)*

Dicho esto, es que la psiquiatría busca emplear nuevos cambios en las adicciones, comprendiendo que los nuevos estadios de la globalización propician un nuevo de drogas con otros efectos, por esto que en el área de la adiccionología se emplean nuevas investigaciones para contrarrestar estos fenómenos de la salud mental.

Por otra parte, es importante tratar la adicción y tener conocimiento científico de los efectos secundarios que esta pueda producir en las personas, para que estas mismas tengan control sobre sí mismo cuando vengan estas consecuencias. Ya que, se interrumpe el proceso de consumo y se procede a la abstinencia.

#### **2.4 Intervenciones desde el trabajo social.**

El trabajo social es una disciplina que influye directamente en la necesidades de las personas, y en *“Las intervenciones terapéuticas realizadas por los trabajadores sociales también constituyen un aporte en distintos contextos de atención directa a personas, familias y grupos, siendo evidente su colaboración en los equipos interdisciplinarios(...)”*(González K. & Castro C. 2019. p161)

Es así, como el trabajo social clínico interviene en comunidades terapéuticas, formando parte de un equipo multidisciplinar que atienda las necesidades de personas que residen en un tratamiento de drogodependencia, identificando las necesidades de los usuarios para emplear soluciones a corto, mediano y largo plazo. Entrega las herramientas necesarias para que el sujeto se mantenga abstinentemente por el mayor plazo posible, hasta que ya estas herramientas sean empleadas por la mismas personas, es así que se plantea *“el trabajo social clínico es contribuir a la identificación de aquellos aspectos que causan un malestar subjetivo en la persona consultante y su entorno, para así emplear estrategias terapéuticas que le permitan afrontar aquella situación y centrarse en la búsqueda de soluciones que permitan resituar el problema”* (González K. & Castro C. 2019. p161)

## **CAPÍTULO III: MARCO REFERENCIAL.**

## CAPÍTULO III: MARCO REFERENCIAL.

### 3.1 Historia de la droga.

Si bien, es totalmente comprensible que se tenga una visión más penalizada respecto a las drogas, debido a su nivel de nocividad y daño que pueden llegar a causar tanto a nivel personal como social, es relevante destacar que esto no siempre ha sido así. Para ello, se dará un pequeño recorrido en la historicidad del consumo de drogas, sus orígenes, su comercialización y cómo se ha llegado al punto en el que se encuentra hoy en día.

Es pertinente partir mencionando, que desde los comienzos de la humanidad se han consumido sustancias de orígenes naturales, que producían efectos psicoactivos en las personas, *salvo comunidades que viven en zonas árticas, desprovistas por completo de vegetación, no hay un solo grupo humano donde no se haya detectado el uso de varios psicofármacos, y si algo salta a la vista en este terreno es que constituye un fenómeno plural en sí, que se manifiesta en una diversidad de tiempos, cubre una amplia variedad de lugares y obedece a una multitud de motivos.* (Escohotado, 2004, p.23) Motivos que van desde rituales religiosos, hasta medicina propiamente tal. Y esto a su vez dio paso para que con el paso de los años se abriera un camino hacia la comercialización, *el comercio global de sustancias psicoactivas como el tabaco, el café, el opio y el alcohol comenzó a desarrollarse en el mundo occidental a finales del siglo XVIII y principios del XIX* (Luna-Fabritius, 2014. p.24)

Comercio que rápidamente fue escalando a causa de los efectos propios de estas sustancias, y esto se puede estudiar y observar no solo desde una visión económica, sino, que desde su comienzo se puede destacar el sesgo social que hasta el día de hoy se observa, (...) *el consumo de aquellas sustancias se popularizó a lo largo de los siglos xviii y xix debido a su doble uso: por una parte, eran utilizadas para estimular y tranquilizar a sus nuevos consumidores, quienes venían de las áreas menos*

*favorecidas de la sociedad; por otra, habían establecido una relación de dependencia entre estos consumidores y los distinguidos miembros de la élite colonial, encargados de adquirirlas en sus lugares de origen, transportarlas y comercializarlas. (Luna-Fabritius, 2014. p.24).*

Por otro lado, y saliéndose un poco de la mirada comercializadora de las sustancias, en América, el cultivo de marihuana data del siglo XVI, hasta principios del XIX (...) *al principio del XX, cuando se dio una gran demanda de mano de obra barata en las plantaciones azucareras de las Islas Británicas Occidentales (1838). Hacia mediados del siglo pasado, el consumo del ganja en Jamaica llegó a ser de 60% entre el total de la población masculina adulta. (Luna-Fabritius, 2014. p.25),* esto provocó que la marihuana se popularizara en países hispanoamericanos, así como Costa Rica o Cuba.

Ahora bien, otro punto desde el que se debe estudiar la historicidad de la droga es desde la farmacéutica y el cómo fue cambiando y transformándose con el paso de los años, para esto es necesario mencionar que *durante las primeras décadas del siglo XX comenzó la masificación del consumo de drogas en Europa, a partir de la industrialización de sustancias medicinales. (Luna-Fabritius, 2014. p.27)* y a causa de sus efectos fue que alcanzaron tal popularidad tan rápidamente, vinculando también a que la llamada “Revolución de los narcóticos o revolución farmacéutica” había comenzado a finales de siglo XIX, vale destacar que no fue, sino, hasta comienzos del siglo XX, *y precisamente en el contexto de esta revolución farmacológica, cuando la palabra “droga” se asoció por primera vez con “adicción”, a la vez que ambos términos fueron mencionados en referencia con sustancias químicas. (Luna-Fabritius, 2014. p.28)* y esto se dio, debido a la necesidad de encontrar un término para poder asociar los problemas surgidos por la proliferación de la droga en sí.

Ya para aproximarse un poco más a lo que fueron los comienzos de la realidad que se vive hoy en día, para ello se tomará el ejemplo de Estados Unidos y su proceso político en torno a las drogas, en donde a principios del *siglo XX, los usuarios eran*

*vistos como enfermos y la adicción era considerada un problema de salud. (...) ya para 1937, se inició la criminalización de la marihuana (Luna-Fabritius, 2014. P.37). Sin embargo, no fue hasta finales del siglo XX cuando entre 1972 y 1997 buscó una política basada en la prohibición de las drogas y en la aplicación de sanciones criminales a su uso y venta ilícita. (Luna-Fabritius, 2014. P.37). Esto se entiende dado por el alto consumo y tráfico que se generó sobre todo en la década de los ´70 en este país, por eso es que hace sentido que, en la actualidad, las políticas de drogas son entendidas como expresión de una parte de las comunidades que desean hacer que el daño causado por la producción, tráfico y consumo de sustancias ilícitas desaparezca legislando su prohibición. (Luna-Fabritius, 2014. P.37)*

Respondiendo también, a lo que se partió estipulando en este punto respecto al daño que pueden llegar a generar tanto a nivel personal, como social.

### **3.2 Consumo y dependencia.**

En este punto, se mencionaron con mayor profundidad las cifras y datos sobre el consumo y dependencia de sustancias psicoactivas en tres niveles: mundial, latinoamericano y en específico Chile, que es donde está centrada esta investigación, con el objetivo de poder tener una visión más amplia y específica, desde lo macro a lo micro respecto al consumo.

#### **3.2.1 Antecedentes a nivel mundial.**

En este punto, se trabajará con mayor profundidad los datos que se conocen respecto a el consumo de drogas a un nivel más macro, tomándolo desde una perspectiva mundial.

Para esto, se trabajará con el Informe Mundial sobre las drogas del año 2018 de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas, en donde, se estipula que *unos 275 millones de personas en todo el mundo, es decir, aproximadamente el 5,6% de la población mundial de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión en 2016. Unos 31 millones de personas que consumen drogas padecen trastornos derivados de ello (...) 13,8 millones de jóvenes de 15 y 16 años consumieron cannabis en el año anterior en todo el mundo, lo que equivale a una proporción del 5,6%.* (UNODC, 2018, p.1)

### **3.2.2 Antecedentes a nivel latinoamericano.**

En el caso de Latinoamérica y el Caribe, se guiará por el informe de la Organización Panamericana de Salud, en donde se establece que *37,6 millones de personas son consumidoras de cannabis, 8,6 millones es consumidora de cocaína, 8,4 millones consumen estimulantes de tipo anfetamínico y 3,6 millones consumen opiáceos en general incluida la heroína.* (Organización Panamericana de Salud, 2009, p. 9)

También es importante destacar las consecuencias de estos altos niveles de consumo, ya que se estima que ... *Por lo menos 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres de América Latina y el Caribe sufren trastornos causados por el uso de drogas —como dependencia y otros padecimientos— en algún momento de su vida. Anualmente, son afectados 1,7 millones de hombres y 400.000 mujeres.* (Organización Panamericana de Salud, 2009, p. ix)

Tal como se menciona en el párrafo anterior, la principal consecuencia de estos altos consumos de drogas radica en una dependencia a las sustancias.

### **3.2.3 Antecedentes en Chile.**



*(...) los resultados de este estudio muestran estabilidad en los indicadores para las drogas consideradas en la encuesta (marihuana, cocaína y pasta base) al medir dependencia, abuso y consumo problemático; solamente la presencia de síntomas de dependencia de marihuana muestra una variación estadísticamente significativa respecto al estudio anterior, pasando de 14,8% en 2016 a 20,3% en 2018, volviendo así a los niveles observados en 2012.*(SENDA, 2018. P43)

Se evidencia, una variación en el consumo de marihuana, respecto del último estudio. También, se evidencia una estabilidad respecto al último estudio de SENDA.

### **3.2.3.1 Alcohol**

Tal como se pudo observar en el punto 2.1.1.1, en donde se profundizó el término alcohol, en este punto se entregarán mayores antecedentes en torno a las cifras de consumo y al patrón de consumo de alcohol en Chile.

*Según la última encuesta realizada por Senda, “la prevalencia mes de consumo de alcohol asciende a un 48,9% de la población (...) En base a este dato se estima que 4.801.318 personas entre 12 y 64 años consumieron alcohol el último mes en nuestro país (...) 2.097.615 personas declaran haber tenido a lo menos un episodio de embriaguez en el último mes, lo que corresponde a un 43.6% de la población consumidora. (...) La edad de inicio de consumo de alcohol en nuestro país se sitúa en promedio a los 13 años. Se estima que el volumen de alcohol ya mencionado se consume en sólo 1,6 días promedio a la semana, es decir, el consumo de alcohol se focaliza en cortos periodos de tiempo.”* (SENDA & MISAL, 2016)

En conclusión, se puede observar, que los niveles de consumo que se presentan en la población son bastante elevados y más preocupante aún es la edad en que se inicia este consumo y que se sintetiza en un corto periodo de tiempo.

### **3.2.3.2 Cocaína.**

Al igual que con las otras sustancias psicoactivas, se han mantenido constantemente actualizadas las cifras tras informes y estudios anuales, por lo tanto, se tiende a hacer una comparación de la baja o el incremento de consumo, ya que como se mencionó anteriormente Chile se posiciona como uno de los mayores países consumidores de clorhidrato de cocaína.

En el Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile publicado el año 2018, se puede observar que un 5,5% de la población afirma haber consumido cocaína alguna vez en su vida, mientras que un 0,4% lo ha hecho en el último mes. (ENPEG, 2018, p.29) *“Las mayores prevalencias de consumo se observan en los grupos de 19 a 25 años (2,0%) y 26 a 34 años (1,9%). El uso de cocaína en adolescentes (12 a 18 años) y en el tramo de 45 a 64 años es significativamente más bajo que en el resto de los tramos de edad”* (ENPEG, 2018, p.29) Cifras que por lo demás, mantienen una prevalencia de constancia en el consumo a lo largo de los años.

### **3.2.3.3 Marihuana.**

Al hablar sobre las cifras de consumo de marihuana, *los reportes desde 2010 a la fecha mostraron un aumento sistemático del consumo de esta droga en el país estableciéndose en valores superiores al 10% (...) llegando a un 34,8% de prevalencia de consumo alguna vez en la vida, en el año 2018. Desde 2010, se reportaron tres variaciones significativas al alza, lo que se traduce en un aumento de la prevalencia de uso de esta droga en los últimos 8 años de 8,1 puntos porcentuales.* (ENPEG, 2018, p.27)

Cifras preocupantes, ya que se trata de una sustancia nociva e ilegal, pero que por lo demás, y teniendo en cuenta los efectos nocivos que puede llegar a ocasionar en el organismo, y más aún en un organismo que aún se encuentra en formación, concentra un 10,1% en un rango etario de 12 a 18 años (...) y un 32,1% entre las edades de 19

a 25 años (ENPEG, 2018, p.28) Encontrándose en esta última categoría etaria, los mayores consumidores de marihuana en el país.

#### **3.2.3.4 Pasta Base.**

Respecto a la pasta base, para el año 2018 un *2,4%* tiene una prevalencia de consumo “*alguna vez en la vida*” (ENPEG, 2018, p.30), mientras que, el rango etario en el que se concentra la mayor cantidad de consumidores en el año 2018 es *de 26 a 34 años, con un 0,8%* (ENPEG, 2018, p.30).

Si bien, las cifras de consumo de esta sustancia son considerablemente más bajas si se comparan con el alcohol o la marihuana, por ejemplo, no dejan de ser alarmantes, ya que es necesario comprender el nivel de nocividad y dependencia que esta genera en el organismo.

### **3.3 Personas en tratamiento.**

Al hablar de personas en tratamiento, se refiere al perfil de personas drogodependientes de alguna sustancia psicoactiva que han decidido iniciar un tratamiento, entendiendo la variedad de estas y las distintas motivaciones que los conducen.

Para lograr esto, se ha determinado utilizar el informe del año 2012 del Proyecto Asociación Hombre en donde tras realizar una investigación con alrededor de 2.910 pacientes de sus programas de tratamientos contra las drogas, han llegado a establecer cuatro perfiles de drogodependientes, tomando como variables: *edad, género, estado civil, núcleo de convivencia, problemas familiares, problemas de pareja, nivel de estudios, fuente de ingresos, deudas/ problemas económicos, uso de*

sustancias, vía de administración, tiempo de consumo, edad de inicio de consumo, tratamientos previos, enfermedades/ VIH, sobredosis/Delirium Tremens, situación legal, antecedentes penales. (Proyecto Asociación Hombre, 2012, p.12). Sin embargo, se dejaron de lado variables como enfermedades/ VIH, situación legal y antecedentes penales ya que no se consideran pertinentes para el objetivo de esta investigación.

El primer perfil que mencionan es el “*Perfil*” cuya sustancia de consumo principal es el **Alcohol**: Con una mayor edad media y un mayor tiempo de consumo, casados y con núcleos de convivencia estructurados, con problemas familiares y de pareja. Aunque está compuesto mayoritariamente por varones, cuenta con el mayor porcentaje de mujeres en tratamiento, tiene el empleo como fuente de ingresos más de un tercio de estos usuarios. Sus tratamientos anteriores han sido, fundamentalmente, ambulatorios (ya sea desintoxicación o libre de drogas).

*Perfil* cuya sustancia de consumo principal es la **Cocaína**: Sobre todo varones. Con empleo en un 50% de los casos. Solteros en su mayoría, con problemas familiares y de pareja, tienen una edad media más joven que los consumidores de alcohol. No son muy estables en el mantenimiento de la pareja, en esto se parecen más al resto de perfiles de consumo. *Perfil* cuya sustancia de consumo principal es el **Poli consumo y la Heroína**: Son mayoritariamente hombres, con mayor porcentaje de problemas familiares y de pareja. La mayor parte son solteros y no conviven apenas con los hijos antes del tratamiento. Son el perfil con mayor porcentaje de convivencia en medios protegidos e inestables, perciben sus ingresos de familia, pensiones y ayuda social. *Perfil* cuya sustancia de consumo principal es el **Cannabis**: Son mayoritariamente hombres, solteros en una inmensa mayoría. Su convivencia es con su familia de origen, con menor percepción de problemas familiares. Perciben sus ingresos de familia y compañeros. Son el perfil más joven en edad y con menor tiempo de consumo.” (Proyecto Asociación Hombre, 2012, p.28). Estas referencias son de suma importancia, ya que ayudan a ir estipulando el perfil de las personas con las que se trabajará más adelante.

### **3.4 Política Pública.**

*“Uno de los desafíos que como país hemos tenido que enfrentar por años es terminar con el consumo de alcohol y otras drogas, especialmente en niños, niñas y adolescentes. Es en razón de ello que SENDA ha desarrollado diversos estudios que, además de haber logrado posicionarse como instrumentos de vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias en nuestro país, han permitido determinar el uso de alcohol y otras drogas tanto en población escolar como en población general. Dichos estudios entregan la información necesaria para la adopción de políticas que sean efectivas y eficientes, y que logren no solamente disminuir la prevalencia de uso consumo de sustancias, sino también retrasar el uso de las mismas”(SENDA, 2021. p13)*

Es así, como SENDA, propone una política pública que no solo disminuye la prevalencia del consumo de drogas y alcohol, sino que también crea políticas para la prevención en edad precoz, donde se empieza el área experimental del consumo de sustancia, con la intención de incursionar en nuevas sensaciones.

Además, se plantea que el estudio de los nuevos estadios tiene que ser permanente, para enfrentar nuevos escenarios del uso y según tipos de drogas.

#### **3.4.2 Política Pública actual.**

Al hablar de la política pública actual, es que se cubran todas las necesidades de las personas que reciban estos tratamientos, ya sea de prevención o ya en consumo, en donde la experiencias de modelos empleados anteriores, le entreguen datos importantes en la formulación de nuevos escenarios, donde se planteen nuevas drogas y diferentes tipos de consumirlas, en la cual sus efectos también son desconocidos. Por esto, que se propone:

*“Los programas de prevención y tratamiento del consumo de sustancias de SENDA son los principales instrumentos de gestión para alcanzar los objetivos y metas de la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030. (...) las iniciativas de prevención asumirán en el período los siguientes desafíos, como parte del desarrollo del Sistema SENDA:*

- 1. Alineamiento entre diseño y propósito, atendiendo a la evidencia científica: El primer paso para cautelar las oportunidades de los programas preventivos para producir impacto social, consiste en verificar:*
  - a) Que el diseño de los programas defina claramente las variables (factores de riesgo y de protección) en las que pretende impactar;*
  - b) Que estas variables sean pertinentes y relevantes para producir efectos preventivos, y;*
  - c) Que las acciones del programa sean pertinentes y relevantes para producir efectos significativos sobre los factores de protección y de riesgo focalizados, de acuerdo con la evidencia científica nacional e internacional.*
- 2. Mejora progresiva de condiciones de implementación: Los responsables del diseño y control de gestión de los programas desde los niveles central y regional, y los responsables de la implementación desde el nivel local, deberán desarrollar un trabajo colaborativo con un enfoque de mejora continua, orientado por las siguientes tareas:*
  - a) Registrar en detalle las condiciones de implementación que sean susceptibles de mejora. Entre estas condiciones se incluyen condiciones financieras, administrativas, logísticas, de capacidad técnica, de cobertura, entre otras.*
  - b) Identificar alternativas de mejora de las condiciones de implementación, que sean viables y consistentes con el ordenamiento jurídico, con las normas generales que regulan la actividad del sector público, y con las restricciones presupuestarias que estén fuera del control de las instituciones asociadas en la implementación de la Estrategias*
  - c) Establecer un calendario de aplicación de mejoras de condiciones de implementación, a supervisar por el nivel regional de SENDA.*

- d) *Establecer un sistema digitalizado, en línea, con información en tiempo real, que permita monitorear la aplicación y los resultados de las mejoras de condiciones de implementación.*(SENDA. 2021. P80)
3. *Mejora progresiva de sistemas de información de gestión técnica: El nivel central de SENDA desarrollará mejoras o reformas en los sistemas de información para documentar la cantidad de personas atendidas por los programas, la trazabilidad de casos para monitorear procesos de tratamiento y de prevención y respuesta ante recaídas en consumo, la cantidad e intensidad de actividades de intervención preventiva y de tratamiento, entre otros parámetros para el monitoreo y control de gestión técnica del servicio. Este trabajo deberá tener en consideración la opinión de operadores del nivel local, quienes deberán alimentar los sistemas de información. Se buscará la automatización de procesos en este ámbito, si el marco presupuestario de SENDA lo permite.*
4. *Reforma de programas actuales y desarrollo de nuevos programas: La revisión del ajuste entre diseño y propósito, la mejora de la información disponible sobre las necesidades de la población, y el progreso del conocimiento científico, conllevarán la necesidad de aplicar reformas al diseño de programas actuales, o el desarrollo de programas nuevos que resuelvan brechas de servicios. La dirección nacional de SENDA y los equipos técnicos de nivel central tomarán decisiones sobre esta materia, atendiendo también a los criterios y prioridades asumidas por las distintas administraciones políticas que gobiernan el país en el periodo 2021-2030.*
5. *Capacitación de personal crítico: La calidad de la implementación de programas depende, entre otros factores, de la capacitación técnica de los profesionales y técnicos responsables de la implementación de programas de prevención y tratamiento. El nivel central de SENDA fortalecerá su agenda de capacitación, actualizará los contenidos de su base de conocimiento, y ampliará el rango de medios y estrategias pedagógicas para facilitar la transmisión de contenidos técnicos y ofrecer mayores oportunidades de entrenamiento y práctica en habilidades y competencias clínicas y de gestión*

*que mejoren la calidad de los servicios. Los niveles regionales de SENDA operarán como enlaces proactivos para promover el uso de contenidos y oportunidades de capacitación.*

- 6. Transferencia de competencias de gestión y monitoreo de procesos: Se transferirán progresivamente competencias de gestión y monitoreo de procesos a los niveles local y regional de SENDA, de manera que la administración, logística y control de gestión tenga mayores oportunidades de atender a particularidades locales.*
- 7. Asistencia técnica y control de calidad: El nivel central de SENDA aumentará progresivamente sus actividades de control de la calidad de la implementación de programas de prevención y tratamiento, definiendo estándares claros de valoración de calidad a tal efecto. Para apoyar a los niveles locales y regionales en el logro de estándares de calidad, el nivel central de SENDA ofrecerá servicios de asistencia técnica especializada. (SENDA, 2021. P81)*

#### **3.4.2.1 Ley de drogas.**

Existe una ley que rige al estado de Chile, está sanciona y rige el consumo de drogas, para todos los ciudadanos.

Esta ley se entiende por: *“Ley 20.000: Sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas” (SENDA, sf)*

*“De acuerdo a la Ley N° 20.000, el consumo de drogas es una falta (no un delito), por lo que no tiene penas privativas de libertad.*

*No obstante, su artículo 50 establece sanciones al que consume drogas en lugares públicos o abiertos al público (calles, plazas, pubs, estadios, cines, teatros, bares, entre otros) y a quienes lo hagan en lugares privados, siempre que exista acuerdo previo para hacerlo.*

**Sanciones**



- *Multa (de 1 a 10 Unidades Tributarias Mensuales)*
- *Asistencia obligatoria a programas de prevención (hasta por 60 días) o tratamiento y rehabilitación en instituciones autorizadas por el Servicio de Salud competente (hasta por 180 días)*
- *Trabajos en beneficio de la comunidad.*
- *Puede aplicarse, como pena accesoria, la suspensión de la licencia de conducir de vehículos motorizados por un plazo máximo de 6 meses. En caso de reincidencia, la suspensión será de hasta un año y, de reincidir nuevamente, podrá extenderse hasta por dos años.*

*Las mismas sanciones se aplicarán al que porta drogas en los lugares antes señalados, cuando se justifique que es para su uso o consumo personal exclusivo y próximo en el tiempo.(SENDA, sf)*

Dicho esto, es que SENDA en el ámbito judicial es tomado como una falta a quienes usen drogas en lugares públicos y privados, variando del hecho es que se proponen multas, trabajo comunitario y propuestas de tratamiento para evitar su consumo o en segundo parte, tratar el consumo por medio de programas de tratamiento.

Por otra parte, para el tráfico de drogas es penado por ley, estas pueden variar según el hecho (tráfico y microtráfico) y es condenado a pagar con cárcel.

1. *Para el tráfico de drogas: se refiere a los que trafiquen, bajo cualquier título, con drogas o sustancias estupefacientes o sicotrópicas o con las materias primas que sirvan para obtenerlas, y a quienes induzcan, promuevan o faciliten el consumo o tales sustancias. Se entenderá que trafican los que, sin contar con la competente autorización, importen, exporten, transporten, adquieran, transfieran, sustraigan, posean, suministren, guarden o porten tales sustancias o materias primas. **Pena:** 5 años y un día a 15 años de presidio, además de una multa de 40 a 400 UTM. Estas mismas penas se aplican a los que elaboren, fabriquen, transformen, preparen o extraigan sustancias o drogas estupefacientes o sicotrópicas.*

2. *Para el tráfico de pequeñas cantidades (microtráfico de drogas): se refiere a los que posean, transporten, guarden o porten o trafiquen pequeñas cantidades de droga. **Penas:** 541 días a 5 años de presidio, además de una multa (10 a 40 UTM), a menos que se acredite que éstas son para consumo personal, exclusivo y próximo en el tiempo, lo que debe ser determinado por el juez competente” (SENDA, sf)*

Esto se propone bajo las dos aristas principales sobre la ley de drogas en Chile. Siendo un hecho puntual para comprender la realidad en tema país.

### **3.5 Tratamientos privados.**

Siguiendo también la línea de las políticas públicas y las respuestas del estado frente al consumo, es que se da paso a los tratamientos que existen para abordar este problema social (ver punto 2.2 de marco teórico).

Se hace una parada especial en términos de tratamientos privados, ya que para fines de esta investigación se trabajará con un centro privado que trabaja un tratamiento contra las drogas, pero para trabajar esto en mayor profundidad, es necesario entender la manera en la que jurídicamente pueden funcionar estos centros privados, y para entender esto, se abordarán algunos puntos del REGLAMENTO DE CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA A ALCOHOL Y/O DROGAS, Decreto N°4 de 2009 con vigencia hasta la fecha, por el Ministerio de Salud y el Departamento de asesoría jurídica del mismo.

*“Artículo 1º.- Se entenderá por Centro de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas, a un establecimiento público o privado especializado, que brinda atención ambulatoria o residencial, a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia al alcohol o a sustancias psicoactivas, tales como estupefacientes o psicotrópicos, asociado o no con alcohol.*

*Artículo 2º.- Estos Centros sólo podrán admitir el ingreso de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas que voluntariamente, en forma espontánea o referida, se incorporen a un programa de tratamiento y rehabilitación ambulatoria y/o residencial.” (MINSAL, 2009)*

En este primer párrafo, se puede observar que no existe una distinción en ámbitos jurídicos respecto si se trata de un centro privado o público, es decir, la normativa y el reglamento es el mismo en ambos casos, y en todo momento se trata de un tratamiento voluntario, nadie puede ser partícipe de alguno de los tratamientos contra su propia voluntad.

El Artículo 3, plantea que se debe contar con un *Programa de Tratamiento y Rehabilitación del Centro que conste por escrito y esté disponible para el conocimiento de las personas que ingresan y sus familiares, así como para efectuar las acciones de supervisión y asesoría del Ministerio de Salud. (MINSAL, 2009)*

Además de contar con instalaciones básicas sanitarias o de recreación, entre otras, esto corre tanto para centros que ofrezcan tratamientos ambulatorios o residenciales, sin embargo, para los centros residenciales existen mayores requisitos lógicos por el servicio que ofrecen, como, por ejemplo: *Dormitorios con un máximo de cuatro camas con iluminación y ventilación natural. Cada dormitorio debe contar con un espacio mínimo de 1,5 metros entre cada borde de cama, con espacio para veladores individuales, que faciliten un tránsito expedito (...) Un baño con ducha, una taza y un lavamanos por cada cinco residentes. (MINSAL, 2009)* Así mismo, se debe contar con un equipo intersectorial y capacitado para todas las labores que se realicen, ya sea del tratamiento propiamente tal de los usuarios, así como también para el aseo y mantención del centro.

Si bien, el reglamento cuenta con 26 artículos, se han mencionado los más adecuados para los fines de esta investigación.

### 3.5.1 Espacio Terapéutico Tobalaba.

El espacio Terapéutico Tobalaba, es un centro privado de tratamiento contra las drogas, en donde se aplica una terapia de carácter cognitivo-conductual y que cuenta con distintas modalidades de programas para sus usuarios.

*“Nuestra misión y Filosofía del cambio se sustentan en terapias de rehabilitación que trabajan fundamentalmente con el refuerzo de la autoestima, así como el desarrollo de una adecuada Inteligencia emocional que le permita al individuo enfrentar con éxito los retos de la vida.”* (Centro Tobalaba, sf)

Para optar a una terapia y saber cuál es la más óptima para el usuario, se pasa previamente por una entrevista de evaluación con el equipo de trabajo. Entre los programas que ofrecen se encuentran las opciones: *Intensivo (de lunes a domingos), intermedio (de lunes a viernes), vespertino (lunes, miércoles y viernes de 18:00 hrs a 21:00) y Online vía Zoom (de lunes a viernes)*. El programa Intensivo, intermedio y vespertino cuentan con una entrevista inicial, coaching familiar, psicóloga, psiquiatra, rehabilitación individual, rehabilitación grupal y deporte. Mientras que la modalidad Online, solo con la entrevista inicial, coaching familiar, psicóloga, psiquiatra y rehabilitación individual. (Centro Tobalaba, sf)

Por otra parte, también se imparte el tratamiento ambulatorio en donde se trabaja *siempre considerando tus tiempos y necesidades, realizando un trabajo de apoyo por nuestros pacientes de forma integral y real. Fobias, depresión, bipolaridad, trastornos ansiosos, eventos traumáticos, miedos, preocupación excesiva, patrones relacionales dañinos, déficit atencional, insomnio, trastorno de la personalidad y adicciones.* (Centro Tobalaba, sf) Impartiendo cuatro modalidades de terapia, estas son dos modalidades Básicas con duración de un mes y dos modalidades intermedias con duración de dos meses, en donde las cuatro cuentan con una entrevista inicial, psicólogo clínico, psiquiatra y coaching familiar. (Centro Tobalaba, sf).

## **CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.**

## CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO.

En este capítulo, se profundiza en la estructura metodológica entregando el lineamiento, lógica y enfoques que se utilizaron para realizar y dar vida a esta investigación.

### 4.1 Enfoque de Investigación.

Esta investigación está orientada desde una perspectiva cualitativa, ya que pone a los sujetos, sus relatos y subjetividades como énfasis principal para luego poder interpretarlas y analizarlas.

*“El enfoque cualitativo se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad”.* (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, p. 364).

*Además de comprender que, el análisis cualitativo surge de aplicar una metodología específica orientada a captar el origen, el proceso y la naturaleza de estos significados que brotan de la interacción simbólica entre los individuos.* (Ruiz Olabuenaga, 2003, p.8)

Por estos motivos, es que se creyó preciso para fines de esta investigación, utilizar un enfoque cualitativo, ya que se centrará en los discursos y experiencias de los usuarios en un tratamiento cognitivo-conductual, las redes de apoyo de estos y los equipos clínicos, sus experiencias, vivencias y relatos de vida, para, a partir de ahí, establecer un análisis socio-cultural de lo vivido. De esta forma, el enfoque cualitativo permite entender la realidad desde los sujetos entregando las herramientas necesarias para dar respuesta a las preguntas de investigación y el cumplimiento de los objetivos desde la percepción de quienes participaron de esta investigación,

tomándose como sujetos activos y no solo como números y datos con fines pedagógicos.

#### **4.2 Enfoque epistemológico.**

La investigación será desarrollada bajo el enfoque epistemológico fenomenológico, ya que “(...)pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente” (Hernández, Fernández, Baptista, 2010, p515). Por esto, es que se describe a partir de la problemática social de las adicciones a algún tipo de sustancia nociva para el ser humano, en la cual se define una estructura significativa en donde la persona a través de hechos empíricos tiene la concepción de haber creado una patología adictiva, estas, fueron modificando su estado emocional, familiar y social. Lo más importante a destacar, es recoger las experiencias subjetivas de las personas que reciben tratamiento cognitivo-conductual, por otra parte, la experiencia subjetiva de su red de apoyo que en este caso pueden ser: familiares, amigos o parejas.

Dicho esto, es que la investigación se enfoca en las experiencias de las personas, entendiendo el contexto por el cual lleva al individuo el consumo de drogas lícitas e ilícitas, permaneciendo al margen de cualquier juicio frente a esta problemática. Así como se plantea “(...) en eliminar todo lo que no sea inmediato y originario. Eliminar todo lo que se ha insertado subrepticamente en la conciencia como forma de explicación, de especulación o de suposición”(Echeverría, 2016, p103) . Por otra parte, también se quiere indagar en la percepción del equipo clínico en cuanto al proceso del tratamiento. Asimismo, en una de las aristas relevantes del tratamiento que es la red de apoyo, en como estas van avanzando en su proceso de cambio y abstinencia, desde su experiencia subjetiva, como bien se plantea “El diseño fenomenológico se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados”(Hernández, Fernández, Baptista, 2010, p515).

### 4.3 Tipo de Investigación.

La investigación será exploratoria-descriptiva, ya que, *“se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes...”*(Sampieri et al., 2014, p91) para llevar a cabo este proceso de investigación es importante descubrir las características del fenómeno de consumo de drogas en Chile, por otra parte, que entregue conocimientos necesarios para poder describir la importancia del consumo de drogas, en cuanto esto afecta a personas, familias y a la sociedad, entendiéndolo así, como un fenómeno que impacta a miles de personas al no poder contar con un tratamiento que les permite recibir herramientas para promover la prevención del consumo a corta, mediana y larga edad. Es así que, el fenómeno de las adicciones cuenta con poco campo de investigación y de propuestas desde las políticas públicas, desde una mirada del trabajo social, por lo que, es una de las necesidades imprescindibles al momento de investigar. Entendiendo que las causas que originan el problema serán descubiertas por medio de relatos de las mismas personas que reciben el tratamiento en Espacio Terapéutico Tobalaba.

Asimismo, esta investigación sigue la lógica descriptiva ya que *“(...)busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.(...) o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren(...)”*(Sampieri et al., 2014, p 92) esto se ve reflejado en esta investigación, ya que se buscarán las características principales que confluyen entre las personas que residen en la comunidad y que demuestran un problema multidimensional poco investigado. Así es, que por medio de los relatos de los usuarios se entregarán cualidades que enfocarán la investigación.



#### **4.4. Universo de Investigación.**

Al hablar de universo de investigación, se refiere al total de las personas que fueron vitales para esta investigación, y que proporcionaron la información para esta misma.

En este caso, corresponde a los Usuarios del Centro Terapéutico Tobalaba sede Lyon, y también el equipo clínico de este.

#### **4.5 Muestra.**

La muestra es **homogénea** ya que *“(...) en éstas las unidades a seleccionar poseen un mismo perfil o características, o bien, comparten rasgos similares. Su propósito es centrarse en el tema a investigar o resaltar situaciones, procesos o episodios en un grupo social” (Hernández, Fernández, Baptista, 2010, p398)* Por esto que, el criterio de selección de muestra de la investigación se basa en una muestra homogénea, y es que, el fenómeno a investigar son adicciones o dependencias a sustancias lícitas o ilícitas. Entonces, esta muestra reúne todos los componentes que comparten y, además, se definen los criterios al momento de seleccionar a los participantes de la investigación.

Por lo tanto, para este estudio cualitativo, la muestra consta de 5 usuarios hombres y mujeres entre 20 y 40 años con diagnóstico de consumo de drogas (policonsumo), que reciben un tratamiento en el Centro Terapéutico Tobalaba sede Lyon y 1 persona del equipo clínico de la institución.

#### **4.6. Criterios de selección de la muestra.**

La muestra escogida, se divide en 2 grupos que aportan significativamente la realización de esta investigación estos son: los usuarios y el equipo clínico. Fueron

escogidos estos 2 grupos, ya que tienen un rol fundamental en el tratamiento cognitivo-conductual, puesto que es posible darle una mirada desde distintas perspectivas, por una parte en primera persona, y desde el área profesional y del quehacer clínico de un tratamiento cognitivo-conductual.

A su vez, para cada grupo muestral se seleccionaron criterios comunes entre ellos.

#### **Usuarios:**

- Diagnóstico de policonsumo de sustancias.
- Hombres y mujeres entre 20 y 40 años.
- Que se encuentren en un tratamiento residencial con más de 3 meses de vigencia.

Equipo clínico: se compone de quienes trabajan en Espacio Terapéutico Tobalaba, sede Lyon: Psicólogos/as.

- **Psicólogo/a** que trabaje en el área de tratamiento residencial: Profesionales dedicados a entregar su servicio en la atención de pacientes residentes en la comunidad, por otra parte, entregan material didáctico y teórico acerca de la adicciones y cómo estas afectan en los diferentes estadios de la vida de las personas.

#### **4.7 Técnicas De Recolección De Información.**

La técnica a utilizar en la investigación serán **entrevistas semiestructuradas** *“Las entrevistas semiestructuradas, por su parte, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas)”(Hernández, Fernández, Baptista, 2010, p418)*

Al tratarse de una conversación de tipo más “abierta”, puede otorgar elementos que no se logran captar en una entrevista cerrada, o un cuestionario por ejemplo, ya que cuenta con un carácter más amistoso y de conversación, enfocándose de esta forma en la interacción que se logre, el lenguaje no verbal y los relatos de cada entrevistado.

#### **4.8 Técnica de análisis.**

Para efectos de esta investigación, se trabajó con la técnica de análisis de contenido, ya que *“la acción esencial consiste en que recibimos datos no estructurados, a los cuales nosotros les proporcionamos una estructura.”* (Hernández, Fernández, Baptista, 2017, p.418).

Mientras que sus principales propósitos son *“1) explorar los datos, 2) imponerles una estructura (organizándose en unidades y categorías), 3) describir las experiencias de los participantes según su óptica, lenguaje y expresiones; 4) descubrir los conceptos, categorías, temas y patrones presentes en los datos, así como sus vínculos, a fin de otorgarles sentido, interpretarlos y explicarlos en función del planteamiento del problema; 5) comprender en profundidad el contexto que rodea a los datos, 6) reconstruir hechos e historias, 7) vincular los resultados con el conocimiento disponible y 8) generar una teoría fundamentada en los datos.”* (Hernández, Fernández, Baptista, 2017, p.418).

De esta forma, esta técnica permitirá un análisis cualitativo desde las experiencias de los usuarios y parte del equipo clínico del centro, participantes que viven en primera persona el tratamiento cognitivo conductual.

#### 4.8.1 Categorías de Análisis.

Categoría	Subcategoría
Tratamiento cognitivo-conductual (def: tratamiento enfocado en drogodependientes)	-Usuarios (def: personas que reciben el tratamiento)
Perfil de las personas (def: usuarios residentes en el espacio que reciben un tratamiento cognitivo-conductual)	<p>-Factores psicológicos: (def: todo lo vinculado problemas emocionales que puedan haber llevado al consumo)</p> <p>-Factores sociales (def: contextos sociales y familiares que puedan haber llevado al consumo)</p> <p>-Edad (def: edad de inicio de consumo )</p> <p>-Tiempo de consumo (def: prolongación del consumo antes de llegar al tratamiento)</p> <p>-Tipo de consumo (def: consumo de una o más sustancias lícitas o ilícitas)</p>
Proceso de avance (def: desarrollo del tratamiento en los usuarios)	<p>-Etapas (def: diferentes estados por los que se transita durante el tratamiento)</p> <p>-Objetivos(def: metas a mediano, corto y largo plazo que se esperan cumplir con el tratamiento)</p> <p>-Recaídas (def: interrupciones en el proceso de</p>

	<p>abstinencia)</p> <p>-Ambiente socio-familiar (def: reparación del daño familiar)</p>
<p>Importancia de las redes de apoyo (def: pertinencia y rol de las redes de apoyo en las personas en tratamiento)</p>	<p>-Vínculo (def: parentesco que se tiene con la persona en tratamiento).</p> <p>-Acompañamiento (def: la manera en la que aporta al usuario en el proceso del tratamiento, y la forma en la que esta se involucra en él.)</p>
<p>Visión equipo clínico (def: percepción de profesionales encargados de entregar el tratamiento, en este caso psicóloga)</p>	<p>-Perfil usuarios (def: percepción profesional de los residentes del tratamiento)</p> <p>-Avance (def: etapas y proceso del tratamiento)</p> <p>-Tratamiento Cognitivo-Conductual (def: visión profesional del tratamiento y de cómo se desarrolla este)</p> <p>-Redes de Apoyo (def: impacto que estas tienen para el desarrollo del usuario)</p>
<p>Importancia de la disciplina del trabajo social para el tratamiento (def: teoría vinculada al aporte del trabajo social)</p>	

*(Elaboración propia, 2021)*

#### 4.9 Criterios de Validación.

Se utilizará el método de **triangulación**, ya que *“es conveniente tener varias fuentes de información y métodos para recolectar los datos. En la indagación cualitativa poseemos una mayor riqueza, amplitud y profundidad en los datos, si éstos provienen de diferentes actores del proceso, de distintas fuentes y al utilizar una mayor variedad de formas de recolección de los datos”* (Hernández, Fernández, Baptista, 2017, p.438)

Por esto es que el proceso de recolección de datos debe ser visto desde diferentes fuentes que nos entreguen datos importantes al momento de las entrevistas, asimismo, es que se analiza el punto de vista de las personas que residen en el tratamiento día a día, al equipo clínico y por otra parte el acompañamiento de sus familiares o redes de apoyo desde la mirada en primera persona de los residentes. Como ya antes mencionado, es imprescindible al momento de contar sus relatos y cómo estos factores van interviniendo para entregar mayores detalles en la investigación.

## **CAPÍTULO V : ANÁLISIS Y RESULTADOS.**

## **CAPÍTULO V : ANÁLISIS Y RESULTADOS.**

En el siguiente capítulo, se analizarán con profundidad las entrevistas realizadas, para alcanzar los resultados de esta investigación y aproximarse a las conclusiones de la misma.

Las entrevistas fueron aplicadas en dos grupos, por una parte se encuentra el grupo USUARIOS que constó de 5 entrevistados, hombres y mujeres entre 27 y 45 años todos residentes del tratamiento cognitivo-conductual del espacio terapéutico Tobalaba sede Lyon, de esta forma, poder acercarse y conocer desde una perspectiva en primera persona las vivencias y experiencias de lo que abarca este tratamiento. Por otro parte, el segundo grupo se denomina EQUIPO CLÍNICO, y abarca al equipo profesional que trabaja en el centro, este grupo está compuesto por una Psicóloga clínica, en donde fue posible conocer en profundidad y en qué se enfoca el tratamiento desde una mirada clínica, laboral y profesional del tratamiento.

A su vez, para ambos grupos se utilizaron entrevistas semi-estructuradas, en el caso de entrevistas a USUARIOS, contaban con 17 preguntas (Ver Anexo 1) en donde fue posible abarcar desde lo más general de su experiencia de vida hasta sus objetivos y metas respecto a el tratamiento. La idea de estas entrevistas, fue poder dar un espacio de conversación en donde pudieran contar su relato y a partir de ahí, contar en qué consistía la terapia cognitivo-conductual, como ellos la veían, qué entendían, y cómo ha sido su propio proceso siendo usuarios de este tratamiento.

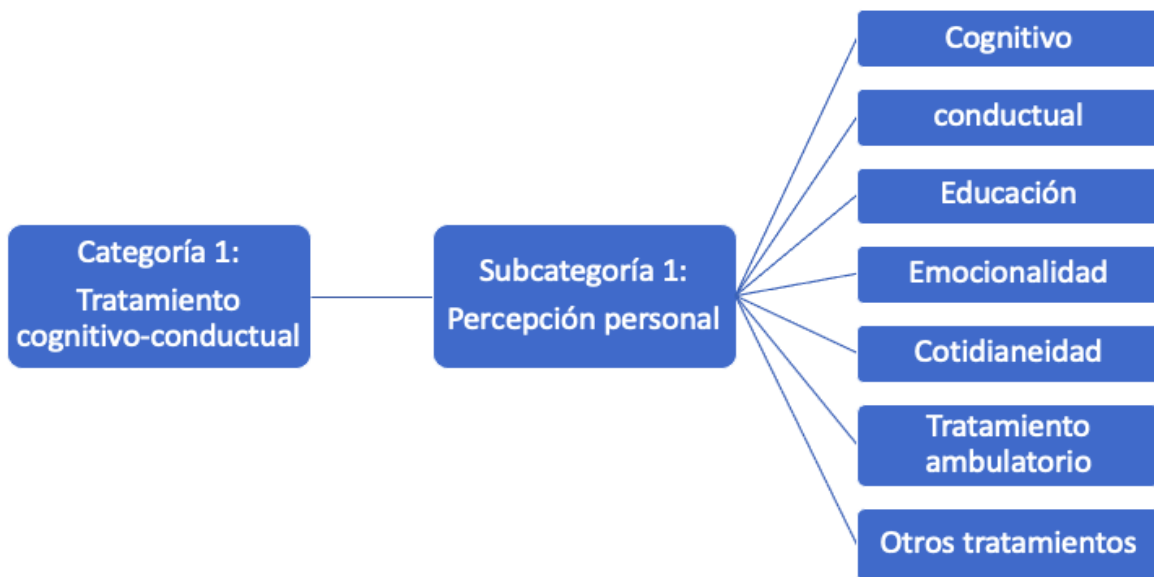
En el caso del equipo clínico, se contó con 8 preguntas por entrevista (Ver Anexo 2), en donde se pudo conocer con mayor profundidad en que se basa el tratamiento cognitivo-conductual y las experiencias de las y los usuarios desde una mirada disciplinar, esto a través de una conversación semi-estructurada.

Y para realizar este análisis, en esta investigación se trabajó con 6 categorías, que abarcan de la macro a lo micro en respuesta a los objetivos de esta, de las cuales



surgen subcategorías que permitirán responder las preguntas planteadas en un principio. Para poder otorgar un mayor orden y precisión al lector de esta investigación, se presentan los **Árboles de Categorías**:

### 5.1 Categoría Uno: Tratamiento cognitivo-conductual.



*(Elaboración propia, 2021)*

En esta categoría se buscaba conocer en profundidad en qué consistía el tratamiento cognitivo conductual en base a la experiencia de la personas que residen en el tratamiento, entendiendo que el área de atención es bajo la internación.

Por consiguiente, se indaga sobre el proceso que van comprendiendo los usuarios de su estado emocional, adicional y de alguna forma desde donde comenzaron sus problemas de consumo de alguna sustancia. Asimismo, se va aprendiendo cómo se desarrolla la enfermedad de la adicción que es una constante que se refuerza por medio de la educación hacia los usuarios del tratamiento.

Esta interpretación que tienen los usuarios del tratamiento cognitivo-conductual que ha sido un proceso de aprendizaje, donde se demuestra la experiencia personal que se vive en el día a día, en la cual los usuarios cuentan con psicoeducaciones que guían el desarrollo terapéutico de la conducta y a su vez, de lo cognitivo. Explicado en su propias palabras como una forma de re-aprender, así se menciona *“el cognitivo-conductual te enseña un poco... te cambia la manera de pensar. (E1, 2021, p1)*. Así mismo como se plantea en nuestro marco teórico que lo fundamental de la terapia cognitivo-conductual que se emplea en la residencia de “Lyon” es un enfoque comprensivo para tratar los problemas de uso de sustancias en donde se aumenta el control personal de las personas y las capacidades de auto conocerse a sí mismo para luego emplear herramientas efectivas para evitar recaídas (Sánchez H & Gradolí T, Olmo V & Reyes G & Molina N & Morales G, 2002, p22).

A su vez, el tratamiento cognitivo-conductual se realiza en un análisis que determinó que el consumo de drogas de los usuarios, centra su atención a cada uno de los múltiples componentes que influyen en la adicción, sobre todo las consecuencias que esta tiene para la vida de la personas si se permanece en el consumo de sustancias. Además, se evalúan condiciones para mantener la abstinencia (Sánchez H & Gradolí T, Olmo V & Reyes G & Molina N & Morales G, 2002, p22). Esto se demuestra en una de las entrevistas donde se explica lo siguiente: *“...nos explica y nos enseña cierto la enfermedad que tenemos, el problema que tenemos eeh cómo podemos sobrellevar durante la vida porque es una enfermedad que no tiene cura, siempre la vamos a cargar por el resto de la vida entonces cómo podemos vivir con ella digamos y controlarla (Entrevistado nº3, 2021, p10)*. Los pacientes de la sede Lyon, realizaban un constante análisis desde donde se produjo su “enfermedad” ellos/as la catalogan de esa forma porque es una condición patológica que permanecerá para toda su vida y ellos/as tienen que buscar las herramientas enseñadas en el tratamiento para mantenerse en abstinencia o a su vez, la conciencia que han ido construyendo en el desarrollo del tratamiento que les permita entender que el consumo de drogas no va en su nueva concepción de la vida, así se mencionó: *“...por eso también es que se*

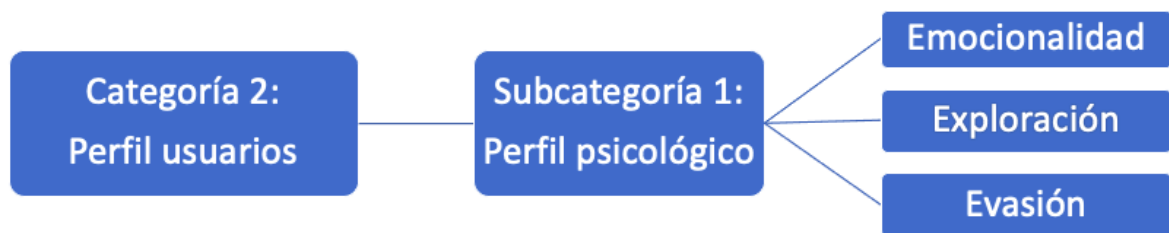
*le llama re-educación porque uno vuelve a educarse dado a que el consumo nos distorsiona esas capacidades del carácter...” (Entrevistado nº3, 2021, p11).*

Asimismo, existe un componente importante que hace que las personas sean más vulnerables al consumo y tiene que ver con sus problemas emocionales o la poca capacidad para regular las emociones. De tal forma, las personas que lidian con otro componente emocional ligado a su adicción se habla de una patología dual, esto se une a creencias del consumo, las sustancias y sus consecuencias (Cabariti S.&Delgado O.& De Oliveira O.&Nasio J.&Kosovsky R.&Laurent E.&Perrotta G.&Rossi L.&Keegan E, 2012, p5). Dicho esto, uno de los residentes afirma lo siguiente: “...lo que he visto en los demás compañeros hay un componente emocional super importante cachai...” (Entrevistado N°3, 2021, p11). Añadieron que el componente emocional es super importante al momento de entender la procedencia de los problemas de consumo, estos se toman como una patología dual en donde la persona tiene que lidiar con sus problemas emocionales y a la vez el abuso de sustancias psicoactivas que distorsionan el pensamiento.

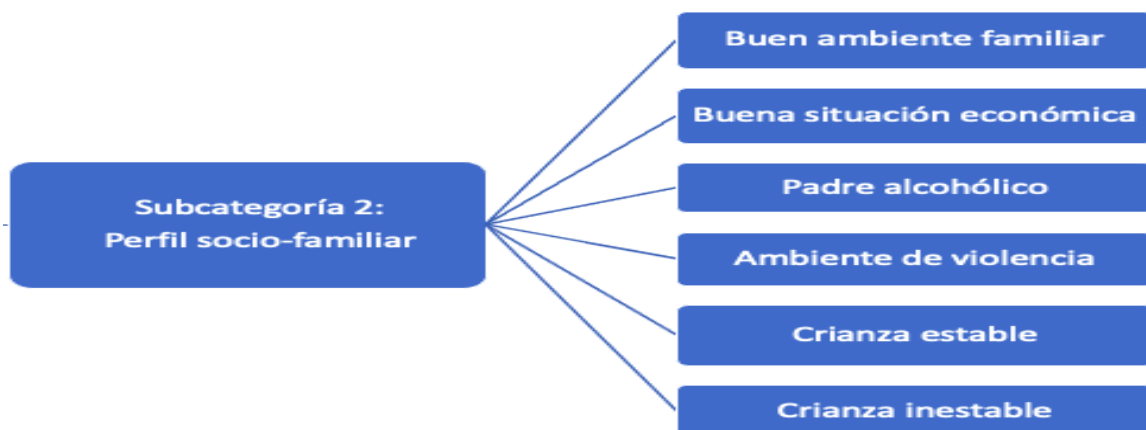
Otro factor de interés que fue posible observar, es que, en su mayoría, los residentes del centro ya habían tomado un tratamiento distinto al que se encontraban actualmente, tratándose de tratamientos ambulatorios y también un tratamiento de medicina alternativa. Es importante comprender que el tratamiento ambulatorio se desarrolla de manera voluntaria en donde se asiste a las sesiones que se realizan un par de veces por semana, es decir, no contempla una internación ni residencia como parte del tratamiento “los tratamientos ambulatorios promueven la continuidad de la vida en el espacio habitado y el sostenimiento de los vínculos próximos...” (Candil, 2016, p. 181). En palabras de los entrevistados, fue posible conocer que su paso por tratamientos ambulatorios no fue efectivo, ya que no se encontraban las condiciones adecuadas para una rehabilitación, por ejemplo “...yo estuve en un tratamiento anterior que era ambulatorio ...los tratamientos ambulatorios no sirven mucho porque ehmm.. claro te ve el psicólogo una vez a la semana ... te ve el psiquiatra una vez al mes pero despues te vai pa la casa poh ...y...te vai a la calle poh...entonces quien te

controla poh...cachai.. osea que podi hacer lo que querai...” (Entrevistado 5, 2021, párrafo 39) al igual que, “...ambulatorio es como si querí lo así, como que no no no no hay alguien cuidándote de las recaídas del consumo, porque claro yo nunca tuve abstinencia pos siempre iba al psicólogo y mentía y seguía consumiendo igual...” (Entrevistado 2, 2021, párrafo 31) Con esto es posible observar, que los usuarios son conscientes de su enfermedad, y manifiestan la necesidad de mantenerse en un espacio seguro y “vigilados” en donde no se encuentren con entes externos que aumenten sus ansias de consumo y les distraigan de su tratamiento.

## 5.2 Categoría Dos: Perfil usuarios.



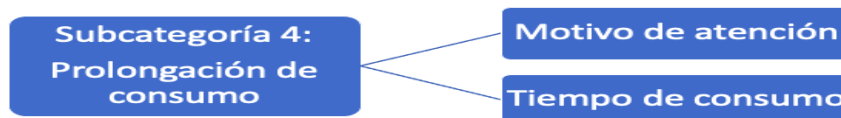
(Elaboración propia, 2021)



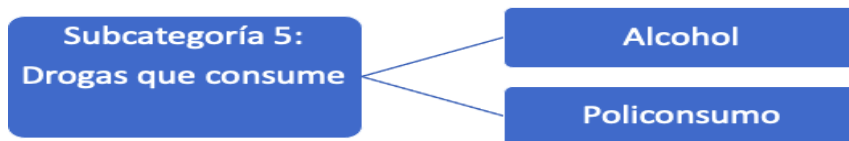
(Elaboración propia, 2021)



(Elaboración propia, 2021)



(Elaboración propia, 2021)



(Elaboración propia, 2021)

Respecto a la **categoría 2**, su objetivo era encontrar un “perfil” de los usuarios residentes del programa con el fin de establecer elementos comunes entre los entrevistados para, de esta forma, conocer y aproximarse a lo que podrían ser motivaciones de consumo, razones de consumo, entre otros. Para esto, se establecieron cinco subcategorías que fueron considerados como aspectos importantes para este análisis, entre ellas se encuentran: perfil psicológico, perfil sociofamiliar, inicio de consumo, prolongación de consumo antes de iniciar un tratamiento y el tipo de consumo (drogas que consume).

Es posible observar mediante lo establecido por SENDA, que no existe en sí un “perfil” de personas drogodependientes, sino que son múltiples los factores que llevan a una persona a la dependencia *“La conducta asociada al consumo de drogas está impulsada por múltiples factores, de forma que nunca puede identificarse una causa*

*única o establecerse relaciones simples de causa efecto...La capacidad de una droga de generar adicción puede explicar la persistencia del consumo, pero difícilmente pueda explicar el inicio a dicho consumo y la repetición del mismo. Así entonces, junto con las características de las drogas, también juegan un importante papel las características del consumidor y el entorno social en el que vive. ..” (SENDA, sf). De esta manera se pueden considerar 3 factores importantes para realizar un análisis del perfil de las personas consumidoras, y estos son: el individuo como tal, el ambiente socio-familiar ( su entorno) y la droga como tal (inicio de consumo, tipo de consumo y prolongación de este).*

Es por esto, que la **subcategoría 1** se define como “perfil psicológico” ya que pretendía buscar características psicológicas de los usuarios frente a la droga y al consumo, debido a que al hablar de dependencia de drogas se identifican dos ramas de estas, por una parte la dependencia física y por otro la dependencia psíquica comprendiendo esta última como *“una condición por la que una droga produce una sensación de satisfacción y una pulsión psíquica que motiva al sujeto a repetir su consumo para inducir el placer o evitar el malestar.”* (Turet, 1991. p.7) En palabras de los entrevistados, fue posible conocer que uno de las motivaciones de consumo que los llevó a consumir por primera vez y mantenerse en ese consumo es la “evasión” a la realidad que les permite la droga *“...comencé a consumir cocaína para olvidarme pa evadir ese dolor y todas esas cosas, mas el dolor de mi padre....”* (Entrevistado 2, 2021, p55), mientras que también fue posible conocer *“...bien en el sentido de que me liberaba un poco po wn, evadía como esas situaciones incómodas, lo encontraba como más que nada una evasión. como evasión...”* (Entrevistado 4, 2021, p57).

Es posible además, realizar un análisis ligandolo desde la subcategoría 3, en donde los entrevistados comentaban los inicios de consumo, en este caso, se puede observar que parte importante menciona que comenzaron su consumo por razones de “exploración” y “evasión” de la realidad.

Continuando con la **subcategoría 2**, se considera relevante para comprender la drogodependencia, el entorno o ambiente en el que se desarrollan las personas, y al momento de conocer la realidad sociofamiliar de los usuarios en cuestión, fue posible establecer que existen realidades diversas que pueden o no incidir en la enfermedad de los usuarios, estas características son importantes a la hora de pensar en el consumo como tal, en el caso de la familia, por ejemplo se plantea que *“la familia es concebida desde dos dimensiones: (a) como el “causante” de las conductas adictivas, y (b) como la red de apoyo y motivación que necesita el paciente para continuar todo el tratamiento en el momento de extra-hospitalización” (Pinzón A. & Calvo A. 2019. p157).*

Al preguntarles sobre su ambiente familiar, se pudo encontrar con que todos habían tenido un buen ambiente y entorno familiar además de una buena situación económica, en sus palabras: *“mi contexto familiar y social siempre fue muy bueno...buena nuestra situación socioeconómica siempre ha sido buena, nunca me ha faltado nada...” (Entrevistado 3, 2021, p 66)* En donde, solo 2 de los entrevistados mencionaron que contaban con antecedentes de dependencia de sustancias en su familia (padre alcohólico) y solo uno de ellos, menciona haber vivido violencia en su niñez, sin embargo, a pesar de esto considera: *“...como que mi entorno era relativamente mm.. era como maomeno (como de todo) claro... no viví nunca en una población era un barrio bien piola...” (Entrevistado 1, 2021, p 63).*

Continuando con lo que brevemente se mencionó antes respecto a la **subcategoría 3**, se pudo observar que al hablar de inicio de consumo los 5 entrevistados mencionaron que comenzaron con alcohol *“...yo probé por primera vez el alcohol a los 14 años...” (Entrevistado 1, 2021, p 69)* *“...A los 16 años eeeeh empecé con alcohol...” (Entrevistado 2, 2021, p 71)* *“...mi primer consumo fue a los 15 años aproximadamente, alcohol... (Entrevistado 3, 2021, p 72)* *“comencé a consumir a los 14 alcohol...” (Entrevistado 4, 2021, p 73)* *“...Yo empecé a consumir... alcohol a... los 14 años” (Entrevistado 5, 2021, p 74)* además de tener como factor común las cortas edades en que se inició ese consumo, por otro lado, manifestaron que al tiempo

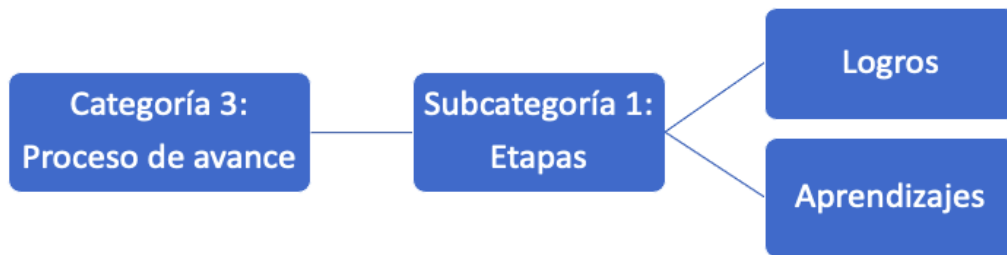
de comenzar con alcohol, se continuó con marihuana y posteriormente con cocaína, y a lo largo del consumo, también experimentaron con otras drogas, en donde solo un entrevistado manifiesta que no tiene policonsumo de drogas, y solo consume alcohol. Frente a este punto, es pertinente mencionar que según la organización panamericana de salud, *“la mayoría de los estudiantes encuestados tomaron la primera copa antes de los 14 años de edad (OPS, 2015)”* cifras que sin duda son alarmantes a la hora de considerar lo nocivo que son las drogas, sobretodo para un cuerpo que aún se encuentra en desarrollo.

Respecto a la **subcategoría 4**, al momento de hablar de tiempo de consumo, hace referencia a la prolongación de consumo que tuvieron los usuarios hasta antes de comenzar su tratamiento y las razones o motivación que tuvieron para inscribirse en este. Es importante destacar que los usuarios entrevistados, llevaban vidas de consumo, es decir, algunos de ellos cuentan con más de 20 años de consumo encima, por lo tanto existen diferentes lapsos de tiempo en los que se decidió la internación como opción terapéutica, en palabras de algunos de ellos: *“yo sabía que en algún momento tenía que dejarlo todo y llegó y estaba en un momento ya en que me estaban resultando mal las cosas, estaba aburrido de como llevaba mi vida...”* (Entrevistado 3, 2021, p 78) *“...así casi me muero un par de veces y ahí decidí ...decidí internarme ...”* (Entrevistado 5, 2021, p 80).

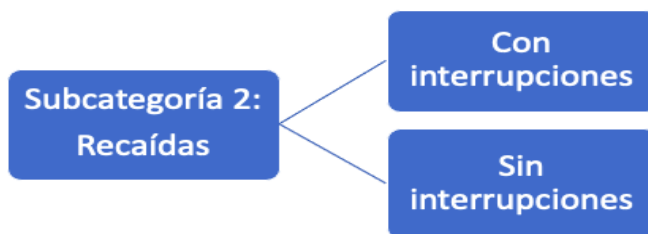
En el caso de la **subcategoría 4**, se buscaba establecer el tipo de consumo de los usuarios, ya sea si se trataba de un policonsumo o no, y fue posible llegar a conocer que 4 de los 5 entrevistados presentan policonsumo de sustancias y solo 1 usuario se encuentra en tratamiento solo por una sustancia.



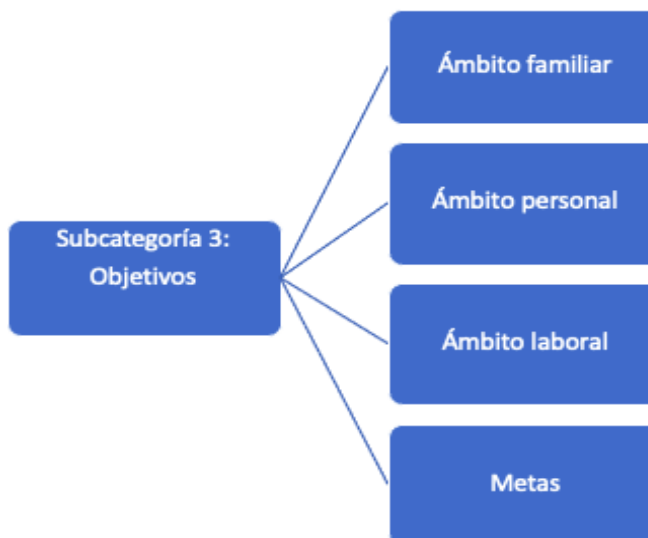
### 5.3 Categoría Tres: Proceso de avance.



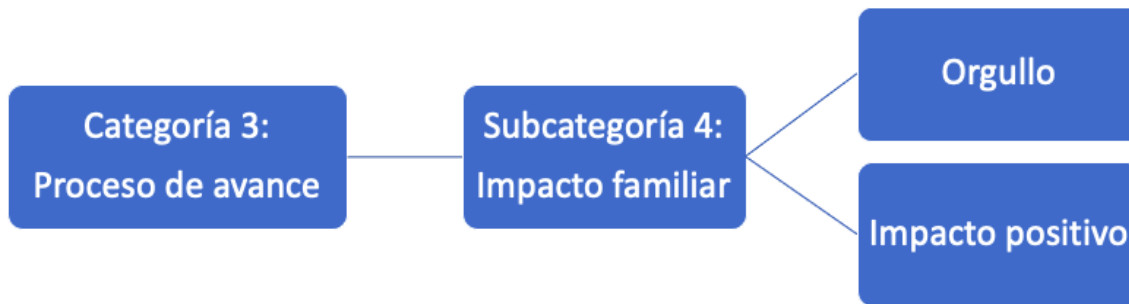
*(Elaboración propia, 2021)*



*(Elaboración propia, 2021)*



*(Elaboración propia, 2021)*



*(Elaboración propia, 2021)*

En esta categoría, se buscaba indagar en la percepción que tienen los usuarios en su proceso de avance, donde fue fundamental ver los cambios positivos que estos han tenido en el transcurso y desarrollo de su internación, tanto logros como aprendizajes constantes. Asimismo, estos/as analizaron la conducta que los motivó a consumir, que pueden ser variadas. En este proceso de avance, van formando habilidades de afrontamiento para un posible deseo de consumo, manejo de situaciones de riesgo, control de la ira, manejo de la frustración, entre otras.

A su vez, se puede considerar que es importante identificar si en el transcurso del tratamiento los pacientes experimentaron recaídas, considerado como parte del proceso del trastorno por uso o dependencia de sustancias.

Además, es necesario que los pacientes vayan cumpliendo objetivos que complementen su tratamiento de manera integral, así es que se indaga en los objetivos que estos tienen en cuatro aristas: ámbito familiar, ámbito laboral, ámbito personal y metas.

Por último, en la subcategoría 4, se persiguió identificar el impacto de residir en el tratamiento en sus redes de apoyo, que en su mayoría sentían orgullo e impacto positivo.

En la **subcategoría 1**, fue posible evidenciar que los usuarios estaban en un constante aprendizaje, donde les han cambiado su forma de pensar y en cómo ven a

nivel general toda su vida Asimismo, todos los fenómenos que se producen en los individuos y que ellos mismos puedan comprender para ir modificando sus estructuras, ya que por motivos de no saber asimilar estos fenómenos necesitaron del apoyo psicológico (DEVIDA, 2004. p.92).

Así queda demostrado en una de las evidencias lingüísticas que dejaron las entrevistas “...aquí ahora ya de momento a otro lo he cambiado, he cambiado mi forma de pensar que ya no quiero consumir...” (Entrevistado N°2, 2021, p93), a su vez se afirma que otro usuario piensa que “...tremendo, osea tremendo me siento casi como otra persona osea llegue con la autoestima super baja, mis capacidades cognitivas muy mermadas eeh un alto nivel de eeh de intolerancia de irritabilidad eeh impulsivo eehm intranquilo, sentía angustia, ansiedad mucha y hoy en dia me siento super tranquilo, me siento sereno.” (Entrevistado N°2, 2021, p94). Es posible identificar que hay un proceso de avance en los usuarios de Lyon, ya que muestran que hay cambios positivos en ellos/as y que rompen con sus patrones históricos, sobre todo en ámbitos conductuales donde se ve reflejada la ira, la impulsivo y estas son determinantes al momentos de evitar consumir sustancias porque ya tienen un control sobre sus emociones, sobre sus comportamientos que están ligados a su historia de consumo.

En la **subcategoría 2**, las recaídas configuran una interrupción en el desarrollo de abstinencia, ya que de alguna forma no fue efectivo el trabajo de ciertos meses en el tratamiento, a pesar de esto, los usuarios que recaen estando internos lo realizan estando fuera de la internación, ya que cuentan con pases de los fines de semana, una salida otorgada con autorización de la directora del centro y donde muchas veces están expuestos a situaciones de riesgo que no son prevenidas antes. De esta manera, fue posible identificar que en su mayoría los usuarios no han recaído, se menciona que: “No...nooo.. lo que pasa es que yo igual afuera siempre he estado consciente de lo mal que me hacía entonces yo igual me frenaba...”(Entrevistado N°1, 2021, p97), (...gracias a dios he estado con abstinencia los 3 meses, sin consumo, si he tenido sueños de consumo...)(Entrevistado N°2, 2021, p98), (no, (silencio) no en

los siete meses)(Entrevistado n°3, 2021, p99). Esto evidenció un antecedente importante que los usuarios no tengan recaídas, puesto que van encaminados en su recuperación y se han podido abrir con integridad a su tratamiento para evitar posibles recaídas que interrumpan su progreso terapéutico.

En la **subcategoría 3**, los pacientes que llegan a la internación presentan una serie de mecanismo negativos que impiden temporalmente la decisión de generar un cambio en sus hábitos de vida y por otro lado, presentan una devaluación constante en diferentes área de su desarrollo personal, esto influye de manera negativa en los pacientes ya que muestran baja autoestima y una imagen auto-destructiva sobre ellos/as, por lo que es vital formar nuevos valores sobre esta percepción que propicien un espacio de fortalecimiento y crecimiento ( DEVIDA, 2004. p.94).

A su vez, estas formas de crecimiento o, la construcción de nuevos valores que integren ejes fundamentales para los pacientes que son mencionadas en la subcategoría; Ámbito personal, ámbito familiar, ámbito laboral y metas, y que complementan el tratamiento en su efectividad, así se menciona que: “...seguir conociendome... seguir entendiendome ... seguir queriéndome todos los días un poco más ... a mediano plazo... reeducarme ... exitosamente... terminar bien el tratamiento... (Entrevistado N°1, 2021, p102) y también “...lo que quiero es viajar, quiero viajar porque me privé mucho de viajar y de recorrer porque me gastaba toda la plata en consumir” (Entrevistado N°4, 2021, p106). Esto indica que hay una postergación de objetivos entre los comunes de los pacientes, por la relación que tenían con el consumo ya que gastan todo sus ingresos en drogas. Esto es porque no se tiene control de lo que se consume, muy cegados por saciar esas ganas de ingerir, fumar o inhalar sustancias que bloquean el espíritu de la vida y al fin de esto, es que no ven ninguna otra alternativa fuera de este círculo vicioso.

En ámbitos familiares, “...ya mas a futuro tener familia poh(...)espero ser mamá .. espero algun día hacerlo y tener una familia bonita” (Entrevistado N°1, 2021, p102). “...espero tener una pareja, poder conformar una familia y llevar una vida plena...”

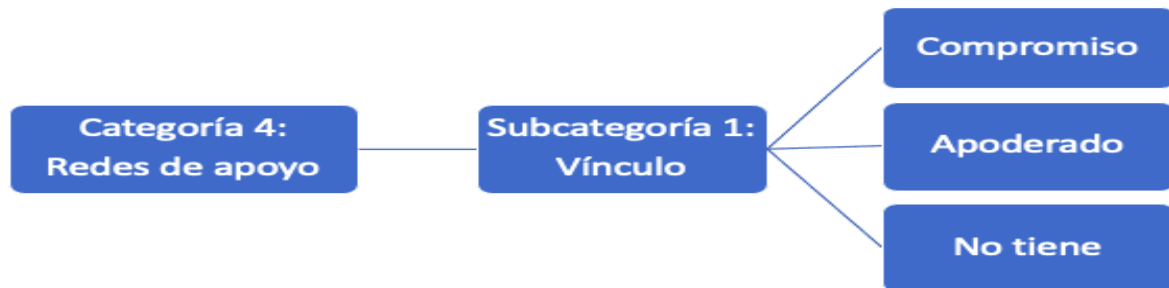
(Entrevistado N°4, 2021, p105). Como se evidenció en relatos, los pacientes de Lyon tienen objetivos en común que es formar familia, identificaron que es una de las alternativas a permanencia que acompañe sus nuevas formas de emplear la vida. En sus metas, “...eeh también viajar... me encanta viajar...”(Entrevistado N°1, 2021, p102), “...poder viajar...” (Entrevistado N°3, 2021, p105). “...quiero viajar.. eso sí quiero ... quiero viajar viajar harto...” (Entrevistado N°5, 2021, p107), Metas en común que tiene la mayoría de los usuarios de Lyon, comparten en su mayoría las ansias de viajar y poder disfrutar de esas cosas de la vida que una vez fueron arrebatadas por los problemas de consumo de drogas.

En la **subcategoría 4**, las redes de apoyo son fundamentales para los pacientes que se encuentran en tratamiento de residencia, sobre todo si se determina un acompañamiento para los usuarios.

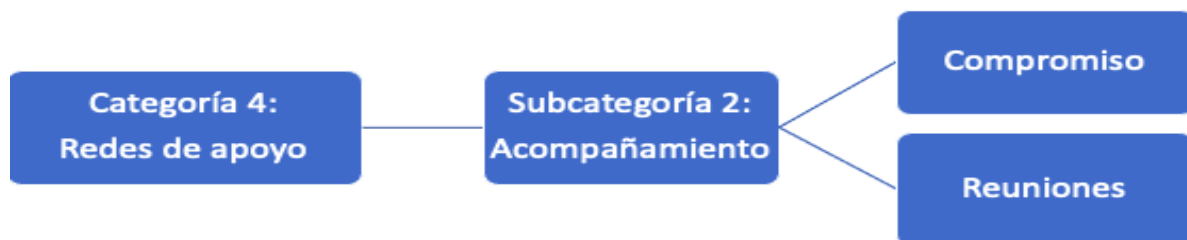
De esta manera, lo que las familias ven como proceso de avance en cuanto van modificando conductas disociativas o inadaptadas es lo que se determinó como producto del desarrollo de la internación y que es importante que los pacientes se retroalimentan de sus redes de apoyo en cuanto estas vean cambios positivos, así se menciona que “...mi mamá siempre me dice que está super orgullosa .. eeh.. mi papá también ... esta super feliz.. bueno en realidad todos están contentos porque en realidad es algo bueno poh...es algo bueno que estoy haciendo por mi...” (Entrevistado N°1, 2021, p108), “...ya con el tiempo he ido contándoles y he visto familiares y han estado super orgullosos se de mi y ellos me ven cambios, ellos ven cambios en mi, la forma de hablar, la forma de expresarme todas esas cosas, entonces como que han visto un cambio positivo y están como super felices, ahora están super felices confían en mi y están como orgullosos de mi...” (Entrevistado N°2, 2021, p109), “...yo creo que ha impactado positivamente incluso están más felices porque comparto más con ellos, cuando voy al sur me quedo en la casa de mi mamá entonces están super felices...” (Entrevistado N°3, 2021, p110). En su mayoría de las redes de apoyo notaron un cambio positivo en las personas y se sienten orgullosos de que estén haciendo estos cambios por el crecimiento personal, que todo

lo que les afectó afuera ya sea parte de la historia y ahora solo demuestra evolución y cambios positivos.

#### 5.4 Categoría Cuatro: Redes de Apoyo.



*(Elaboración propia, 2021)*



*(Elaboración propia, 2021)*

En esta categoría, se buscaba poder indagar en la importancia e impacto de las redes de apoyo para los usuarios del centro, sus vínculos y la manera en que se involucran en el tratamiento.

Tal como se plantea más arriba en el marco teórico, la redes de apoyo o entorno cercano de la persona drogodependiente también sufren las consecuencias y el impacto de esta enfermedad, así como también los logros y avances del tratamiento, es por esto que como primera subcategoría se encuentra el vínculo, en donde se buscaba conocer qué se parentesco tiene entre ambas partes y la manera en que se relacionan. Al realizar la entrevista, se pudo dar cuenta de que en el Tratamiento Cognitivo - conductual que se imparte en el centro terapéutico Tobalaba, se trabaja

con apoderados, es decir cada residente del tratamiento debe contar con un apoderado, responsable de él en sus salidas fuera del centro, así como también de reuniones dentro del. Así lo mencionan algunos de los entrevistados, donde manifiestan que : *“mi apoderado en este caso es mi hermana...”* (Entrevistado N°1, 2021, p 120), así como también: *“mi hermana Cecilia es mi apoderado y mi otros dos hermanos...”* (Entrevistado N°5, 2021, p 125) frente a esto es importante dar cuenta que es la familia la red de apoyo más significativa, y no solo como una red de apoyo, sino como un compromiso real e involucrado en el tratamiento, tal como se plantea en el marco teórico: *La familia debe convertirse en soporte importante para la atención del problema del consumo y adicción a las drogas, integrándose de manera decidida desde el inicio del tratamiento y participando de manera activa en las diferentes intervenciones terapéuticas que se realicen. Cuando la familia conoce del proceso de la adicción a las drogas y se involucra en el tratamiento, el individuo con problemas de abuso de drogas tiene un mejor pronóstico de recuperación. Por ello, las intervenciones terapéuticas que se realicen deben estar orientadas al restablecimiento de la armonía en las relaciones de la familia. Esta armonía se logra a través de intervenciones individuales y grupales que buscan, entre otras:*

- e) *Desarrollar capacidades para enfrentar las dificultades, trabajando en los sentimientos de culpa y en la recuperación del optimismo.*
- f) *Favorecer la restauración de jerarquías, incrementando la autoridad positiva de las figuras paternas.*
- g) *Identificar en la familia formas adecuadas de comunicación que fomenten la recuperación de la confianza entre sus miembros.*
- h) *Incrementar en la familia las habilidades afectivas, para que se puedan expresar adecuadamente tanto los sentimientos positivos como los negativos.*(M. Zapata, 2009. p89)

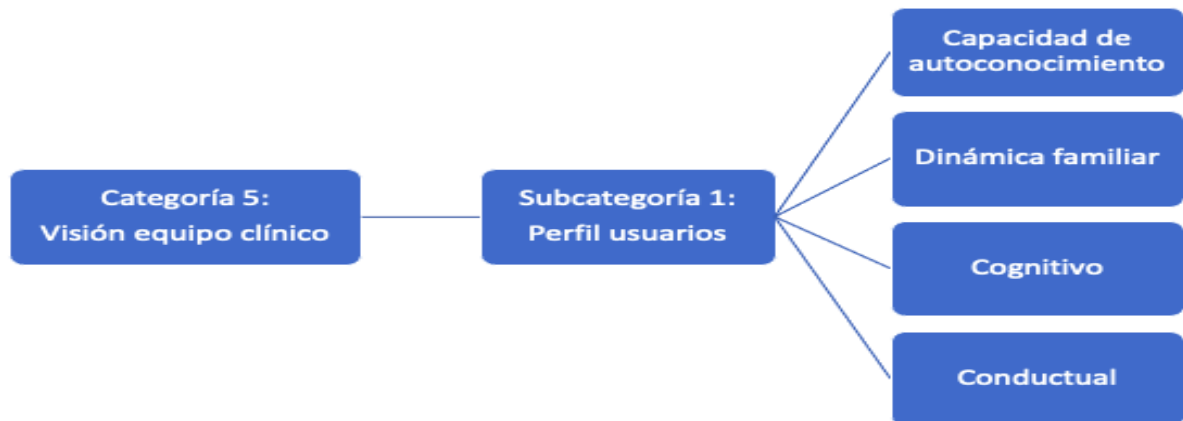
De igual manera con la subcategoría 2, fácilmente se pudieron encontrar ejemplos de este acompañamiento que se menciona, en donde los entrevistados plantean la manera en que sus apoderados se involucran y participan del tratamiento, siendo parte importante y significativa de este: *“...mi mamá se, bueno ella es más, ella está*

*como 100% al tratamiento, no infringe ni una norma, si por ejemplo se le dice a ella que no puedo salir, ella no no no sale conmigo, ella cumple todo lo que se le dice, se interioriza harto... bueno participa en todas las reuniones que se hacen en todas las cosas, actividades que se hacen participa, esta bien comprometida con el tratamiento y conmigo...” (Entrevistado N°2, 2021, p 127).* En este extracto, es posible visualizar dos de los códigos relacionados al vínculo, por una parte el compromiso que se debe tener al tratamiento de la persona, y el caso de las reuniones de apoderados que se realizan una vez por semana en el centro.

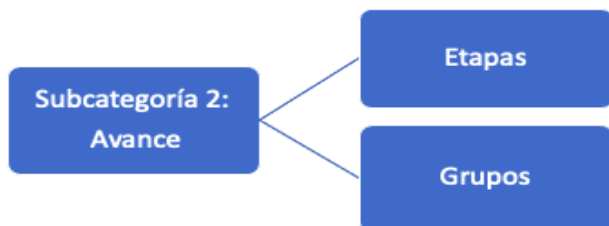
Al observar los resultados de las entrevistas, es posible dar cuenta de que solo 1 de los 5 entrevistados no cuenta con un apoderado inscrito como tal puesto que hizo la inscripción a el tratamiento por sí solo sin comentarlo a nadie, pero ahora que ya ha pasado un tiempo sí cuenta con una red de apoyo que lo respalda y acompaña en este. Viendo las demás entrevistas y tomando lo planteado por los usuarios, es posible ver que para ellos es muy importante el estar acompañado en este proceso, entendiendo la complejidad emocional y psicológica que esta conlleva, por lo que para que el proceso se pueda llevar a cabo de buena forma y obtener resultados positivos, es necesario que puedan involucrarse las redes de apoyo.



## 5.5 Categoría Cinco: Visión equipo clínico.



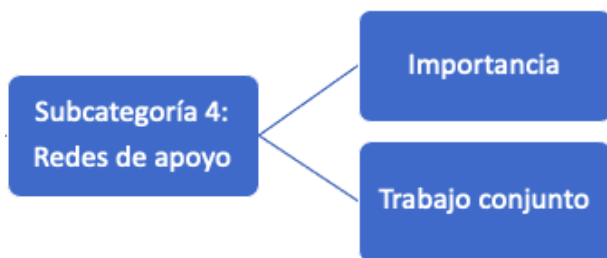
*(Elaboración propia, 2021)*



*(Elaboración propia, 2021)*



*(Elaboración propia, 2021)*



(Elaboración propia, 2021)

Esta categoría busca hacer una lectura general de lo abordado en las categorías anteriores, pero desde una mirada del equipo clínico del centro, en donde específicamente se trabajó con la Psicóloga del tratamiento. Se abarca desde el perfil de los usuarios, el avance del tratamiento, el tratamiento cognitivo - conductual por sí mismo, y las redes de apoyo.

En primer lugar, la **subcategoría número 1** abarca desde una mirada psicológica profesional el perfil de los usuarios en tratamiento, en donde fue posible observar que existen factores en común dentro de quienes residen en el tratamiento, uno de ellos fue la necesidad de que quienes tomen el tratamiento deben tener una capacidad de autoconocimiento, pues es base fundamental para la terapia cognitivo - conductual implementar todos los conceptos que abarcan las adicciones, desde traumas de infancia hasta hábitos de consumo *“representa la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Supone el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que el paciente tiene sobre sí mismo”* (Sánchez H & Gradolí T, Olmo V & Reyes G & Molina N & Morales G, 2002, p22) Así mismo lo plantea la Psicóloga al mencionar que *“para que el tratamiento cognitivo-conductual pueda ser eficiente en su metodología uno tiene que ir acotando perfiles de cierta forma ... osea ir buscando ciertos factores que quizá acomoden más... o propicien las condiciones para que el tratamiento sea efectivo... (Entrevistado N°6, párrafo 135) ...necesitamos pacientes que tengan la posibilidad de reflexionar... más apertura de conciencia y una ... las capacidades de autoconocimiento... (Entrevistado N°6, 2021, p 136).*

Otro punto importante, es la dinámica familiar, ya que se suele asumir que para que una persona tenga problemas de adicción de drogas o drogodependencia debe haberse formado o crecido en un ambiente vulnerable o de violencia, pero aquí pudo dar cuenta de que esa realidad no es así y es una realidad variada y múltiple, en donde es posible encontrar de todo, así como lo plantea la entrevistada “...en términos de factores familiares nos encontramos de todo un poco ... de todo un poco... es un poco un mito que hay disfunciones familiares siempre en los adictos ..em...si las hay.. hay familias em.. bien.. con muy poca estructura y al mismo tiempo también aspectos familiares en donde hay mucha conclusión afectiva por ejemplo... demasiado control con el sujeto .. o demasiado... condescendía con el sujeto...” (Entrevistado N°6, 2021, p 137) También se pudo corroborar con lo planteado por los demás entrevistados, (como se pudo ver en el análisis de la categoría 2) en donde fue posible encontrar dinámicas familiares buenas, en donde en escasos casos existen problemas de violencia y vulneración de derechos.

Así como se planteó con anterioridad, “La conducta asociada al consumo de drogas está impulsada por múltiples factores, de forma que nunca puede identificarse una causa única o establecerse relaciones simples de causa efecto (...) Un análisis superficial puede llevarnos a pensar que el verdadero causante de la toxicomanía hay que buscarlo en las propiedades de la sustancia...” (SENDA, sf)

De esta forma se entiende que, existe un origen multicausal que llevan a una persona a consumir y posteriormente depender de alguna sustancia psicoactiva en donde lo que se tiene como factores comunes son la droga en sí misma, el individuo y el ambiente en el que este haya crecido o se desenvuelva y no es posible, al menos en este caso, poder realizar un perfil homogéneo de consumidor.

Respecto a la **subcategoría dos**, se buscaba conocer el proceso de avance de los pacientes, la manera en que desarrollan su tratamiento. Con esto, fue posible conocer que existen etapas y grupos que los pacientes van atravesando desde que llegan al centro y a medida que avanza su tratamiento “... los grupos que tiene que ver con

*cuatro etapas importantes que se miden más o menos en que el paciente se comporta en la comunidad y ...emm...que tiene que ver con el desarrollo de los aspectos psicológicos ..ya... que el grupo 4.. la confianza y la autonomía ...que tiene relación con la capacidad de cada usuario de...bueno... sostener un poco así mismo.. de confiar un poco en lo que es el espacio ... después viene la iniciativa y la industriosisidad ... que tiene que ver con la capacidad de que el usuario ponga en marcha la voluntad una vez que ya confía en su ambiente ... ya confiar más en sí mismo ...el grupo 2 que tiene relación con los límites pero tiene otro nombre técnico .. que es la identidad que tiene que ver cómo el usuario se posiciona frente a los otros ... y... la última fase que tiene que ver con la generatividad y la trascendencia que es cuando ya más o menos la persona completa su proceso de individuación...” (Entrevistada N°5, 2021, p 139) Es posible reconocer, y tal como se planteaba en el párrafo anterior, la importancia del autoconocimiento de los usuarios, puesto que es indispensable para ellos mismos poder reconocer su enfermedad para desarrollar de manera positiva el tratamiento. Esto, debido a que se trabajan terapias cognitivas y conductuales y psicoeducativas en donde se pone como centro la reeducación del individuo y de su adicción, tal como se planteaba con anterioridad en el marco teórico “(...)las Terapias Comportamentales y Cognitivas representan la aplicación de la Psicología científica a la Psicoterapia, poniendo énfasis en el uso de una metodología experimental con el fin de comprender y modificar los trastornos psicológicos que perturban la vida del individuo y demandan del apoyo especializado en lo que concierne a la salud mental”.(DEVIDA, 2004. p.92).*

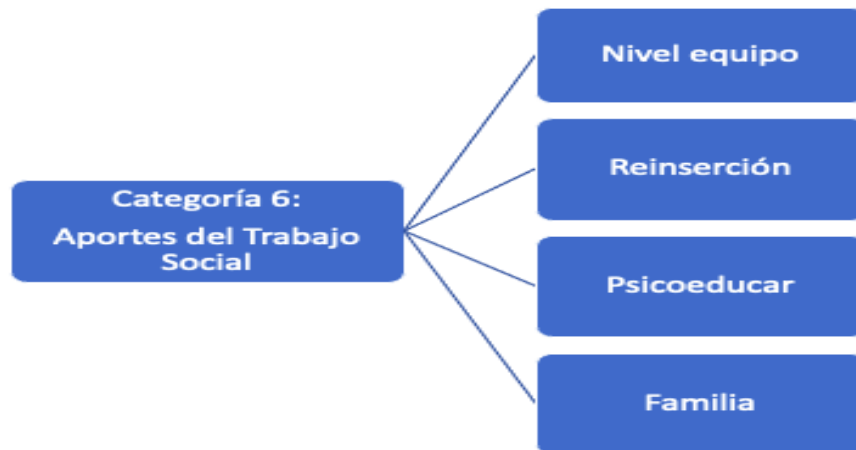
Continuando a la **subcategoría tres**, se logró reconocer los ejes de aplicación del tratamiento, complementando además lo que mencionaron los usuarios entrevistados respecto a cómo funciona el tratamiento y la manera en que se desarrolla, ahora se realizó la interpretación desde el área profesional, en donde se menciona que “... el tratamiento ha tenido dos ejes fundamentales ...emm... el eje grupal y el eje individual.. complementarios y super bidireccionales ambos...ehh... yo diría que parte de la construcción de este o la fundación de este lugar.. fue fomentar el área

*personal... la terapia personal sin disminuir la grupal pero que pesen más o menos las dos en lo mismo ...” (Entrevistada N°6, 2021, p 140)*

Es posible ver, cómo se relata la importancia de la terapia personal, así como la grupal tal como se pudo interpretar en lo relatado anteriormente, “... *yo creo que más funciona en este tratamiento es que viven en comunidad... ya... lo que más te sana acá...son los compañeros...* (Entrevistado N°5, 2021, p 38). Esto, debido al trabajo y a las terapias en conjunto que son parte del tratamiento.

Tal como se mencionó en la **categoría cuatro**, las redes de apoyo son importantes y parte del tratamiento cognitivo-conductual como tal, en este caso, se buscaba la opinión profesional del impacto de estas, y fue posible observar que “...*la red de apoyo impacta durante el proceso cuando la persona está en el régimen de internación en un 70% diría yo porque es en el fondo los que están aliados por así decirlo con nosotros... osea es lo que sostienen em... o ayudan a sostener también la abstinencia de la persona afuera .. es importantísimo...* (Entrevistada N°6, 2021, p 141) “...*trabajamos también con el eje familiar para un poquito cómo formar a la familias a que.. a que el apoyo que ellos puedan brindar sea el mismo que el apoyo que nosotros brindamos más o menos en la misma línea...* (Entrevistada N°6, 2021, p 142). Bajo esta línea entonces, es posible observar que existen dos ejes fundamentales que representan en lo que se desempeñan e impactan las redes de apoyo, por un lado se reafirma el concepto de la importancia que tienen para el tratamiento y por otro lado el trabajo en conjunto que estas realizan.

## 5.6 Categoría Seis: Aportes del Trabajo Social.



(Elaboración propia, 2021)

El objetivo de esta categoría, responde a poder encontrar parte importante que fundamenta esta investigación, se trata de indagar en palabras de un profesional de las ciencias sociales, cómo considera que podría aportar el trabajo social en el tratamiento cognitivo-conductual de personas drogodependientes.

En sus palabras, fue posible establecer cuatro elementos de la intervención en los que el trabajo social tiene una incidencia significativa, y si bien, en este centro específico no existen en la actualidad trabajadores sociales como parte del equipo clínico, fue posible destacar su importancia, estas serían: intervención a nivel equipo, reinserción, psicoeducar, y por supuesto, la intervención con familia.

Es importante destacar, que en términos de tratamientos contra drogas, las intervenciones se realizan desde el trabajo social clínico en donde puede *“...contribuir a la identificación de aquellos aspectos que causan un malestar subjetivo en la persona consultante y su entorno, para así emplear estrategias terapéuticas que le permitan afrontar aquella situación y centrarse en la búsqueda de soluciones que permitan resituar el problema”* (González K. & Castro C. 2019. p161).

Mientras que, en palabras de la entrevistada, considera pertinente mencionar que *“...puede trabajar a nivel del equipo ... en términos de ... de la mirada social que pueden tener las adicciones ...también puede irse por un lado más pragmático de trabajar ... bueno también con el equipo y con los usuarios en el fondo de ayudarlo a como ah... a reinsertarse también en el mmm...en lo que es el mundo de afuera, hacer como el proceso de transición ...ehhmm.. no se si .. no se si trabajador social trabaja con las competencias de cada persona ..o.. eso... un poco que cumple la función de... de..mm... de ver al sujeto pero en una cosa ... marcó también social... (Entrevistado N°6, 2021, p 143)*. Aquí por ejemplo, se le da un mayor reconocimiento a la labor social desde donde puede intervenir, comprendiendo así, que puede tomarse desde distintas ramas dependiendo de lo esperado ya sea por el centro donde se trabaje, o la labor en sí que se esté haciendo.

## **CAPITULO VI: CONCLUSIONES.**



## CAPITULO VI: CONCLUSIONES.

En conclusión, es posible decir que ha sido una investigación exitosa, donde efectivamente, se han logrado los objetivos y se han obtenido respuestas para las preguntas que se establecieron en un comienzo. En esta parte, se responderán las preguntas de investigación y sus respectivas conclusiones.

### ❖ ***¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de una intervención cognitivo-conductual en el tratamiento contra las drogas en hombres y mujeres entre 20-50 años, del espacio terapéutico Tobalaba?***

En primera parte, las fortalezas del tratamiento cognitivo-conductual que entregó Espacio Terapéutico Tobalaba, sede Lyon, son muy útiles para los usuarios que residen en ella, en su mayoría estos destacan un fortalecimiento y crecimiento en su personalidad, están más seguros de sí mismo y ya vislumbran ir construyendo su vida en abstinencia, por esto también es que buscan las alternativas complementarias a su tratamiento que sea de interés personal como por ej: el deporte, viajar, ceremonias familiares, entre otras preferencias. A su vez, las personas están en un proceso de autoconocimiento ya que muchas llegan sabiendo ni siquiera cuales son sus gustos personales, entonces el permanecer en tratamiento de tipo internación los hace estar en constante búsqueda, búsqueda de su propia identidad que fue desplazada por los excesos.

Asimismo, fue posible evidenciar que las personas le llaman una enfermedad crónica al abuso y dependencia de sustancias de la cual tienen que cuidarse para toda su vida y evitar posibles recaídas que sería un retroceso para ellos/as, ya que esta es una condicionante para su vida y tienen que buscar los mecanismos aprendidos en el desarrollo de su tratamiento.

Es pertinente mencionar que hay un concepto llamado “reeducación” que así fue expresado por los usuarios como una forma de educarse nuevamente y romper con

esos patrones históricos de consumo. Y por otro lado, se identificó como una fortaleza que la educación en torno a la adicción fue más allá del acto propio de consumir, sino que, hay historia hacia atrás que influyen y determinan a los sujetos a ser propensos a abusar de sustancias y a la vez su búsqueda de nuevas sensaciones, de evasión y del mal manejo emocional. Por esta razón, es que la educación gira en torno al manejo de situaciones de riesgo para que estas no dificulten el proceso de los pacientes y entiendan cómo las drogas afectan a su sistema emocional y de alguna forma como estas influenciaron en su estado actual y dependen de una intervención cognitivo-conductual para restituir el derecho a la vida saludable, fuera de cualquier alteración.

A su vez, existe en el tratamiento un apoyo permanente del equipo clínico que está las veinticuatro horas del día acompañando a los usuarios, en caso de que se produzcan episodios de crisis ligado a su abstinencia, ya que puede provocar malestares generales tanto a nivel físico como psicológico, así pueden contar con ellos en momentos cruciales donde el abandono del tratamiento es posible al no contar con los recursos personales que logren salir de estos estados limítrofes.

Por otra parte, se promueven los espacios de convivencia sana y una de esas alternativas es la práctica de deportes en donde ellos tienen la decisión de participar pero se recomienda mucho la búsqueda de este espacio como una forma de distracción. De esta forma, ellos practican fútbol, artes marciales, salidas recreativas, entre otras.

No se encontraron aspectos débiles dentro del tratamiento, todo lo que se ha podido evidenciar en esta investigación es que los usuarios tienen bastantes expectativas de lo que pueden lograr o las metas que se pueden ir cumpliendo, en un proceso de autoformación constante.

**❖ *¿Existe un rango de edad donde las personas deciden tomar un tratamiento?***

Respondiendo a la pregunta, de todas las personas que se entrevistaron y de lo que se pudo indagar es que, existe un rango de edad en donde las personas deciden tomar el tratamiento que cuenta con una madurez suficiente que propicie el espacio de crecimiento personal, de las cuales no todas están dispuestas a asumir, entendiendo que la duración del tratamiento es de un año. La mayoría de las personas entrevistadas tenían un rango de edad entre 27 a 45 años, lo que nos puede llegar a determinar que si existe un rango de edad, ya que la permanencia de esto, depende mucho de la forma en cómo llegan después de su último consumo.

**❖ *¿Cómo se vive el proceso de avance para quienes reciben este tratamiento?***

El proceso de avance es constante en los usuarios, ya que estos han visto cambios positivos en ellos/as, su manera de pensar, su manera de vivir la vida, compromiso con la abstinencia, todo esto puede inferir que la constancia o el avance es super necesario que lo vean día a día y de esto también se encarga el equipo clínico en cuanto a las retroalimentaciones que les hacen a sus pacientes. Estos hacen comparaciones a como eran en el pasado; personas con baja autoestima, sin seguridad, sin confianza, irritables, sin control de la ira, sin conciencia de la enfermedad, por lo que, esto se va trabajando poco a poco y logran una modificación de esos conceptos. Para esto es vital destacar que en la terapia cuentan con un libro llamado “la filosofía” que se usa en la mayoría de los centro terapéuticos y tiene su elaboración en las capacidades del carácter de Erikson, este pequeño libro es fundamental para los usuarios del tratamiento porque cuentan con un pequeño avance de ir superando etapas y una jerarquía imaginaria que es definida por grupos. En esto se demuestra que los usuarios van superando obstáculos preparados especialmente para enfrentar los embates de la vida.

Los usuarios van sintiendo la satisfacción que les entrega la abstinencia y el llevar meses internado en recuperación porque se muestran más serenos, con la recuperación de algunos proyectos personales.

Las recaídas se consideran importantes dentro del proceso de avance, de las cuales los usuarios no manifestaron haberlas tenido, solo uno experimentó una recaída lo cual lo llevó a repensar las cosas que no estaba viendo y que aún existía un vínculo con las drogas, sin embargo, él relata que esta experiencia fue de crecimiento y que el haber interrumpido su proceso de abstinencia le hizo aferrarse más a la necesidad de cumplir el tratamiento por su bienestar. Las recaídas se ocasionan fuera del espacio terapéutico, se originan cuando los usuarios optan por el beneficio de sus pases de fin de semana que son autorizados por la directora de “Espacio Terapéutico Tobalaba”, es ahí donde se exponen a situaciones de riesgo y que no son bien manejadas y ocurren estos fenómenos. Igualmente, las recaídas logran ser un proceso de avance porque se dan cuenta de los errores que se cometieron y que no se percataron a tiempo. Entonces, para la próxima vez no volverán a ocurrir o ya sabrán buscar las herramientas de afrontamiento.

**❖ *¿Cómo se desarrolla el tratamiento cognitivo-conductual desde los profesionales que lo ejecutan?***

El tratamiento entregado por los profesionales de “Espacio Terapéutico Tobalaba” es multidisciplinar, ya que cuenta con psicólogos y técnicos en rehabilitación, los cuales están preocupados las veinticuatro horas del día de los pacientes que residen en el centro, aspecto de carácter muy importante al hablar de un tratamiento de residencia. Además, se identifican dos ejes fundamentales para el desarrollo del tratamiento, los cuales son; eje grupal y eje individual, los cuales son bidireccionales y parte importante para la recuperación de los pacientes. Como se trata de una comunidad terapéutica, los usuarios están todo el día juntos en diferentes funciones o espacios determinados por los técnicos en rehabilitación. Asimismo, es importante destacar la posibilidad de tener otros compañeros/as en el tratamiento y que ellos vayan

formando vínculos identificando un problema en común como lo es el consumo de drogas.

En el eje grupal, existe el avance por grupos donde se trabajan diferentes capacidades del carácter, como antes mencionamos que era una teoría de Erikson que se trabaja en el área comunitaria por ej: grupo 1, grupo 2, grupo 3 y grupo 4, frente a esto es que se evoluciona el tratamiento y se logran pequeños avances.

Por otra parte, existe el lado individual, donde los sujetos van trabajando sus propias problemáticas que no son las mismas unos con otros, se avanza en un proceso llamado “conciencia de enfermedad” donde el paciente se sienta enfermo y cómo posiciona el consumo dentro de su vida (problematización del consumo), se logra que los pacientes puedan hacer estos ejercicios de reflexión y posicionarnos como vulnerables frente al consumo de drogas y como este se transforma en un agente dañino para ellos/as.

❖ ***¿Cuál es la importancia e impacto de las redes de apoyo de las personas que reciben el tratamiento?***

La importancia de las redes de apoyo son fundamentales en la recuperación y en el desarrollo del tratamiento, ya que son los aliados de los profesionales, entendiendo que estos salen los fin de semana a sus casas y tienen que cuidarse de la misma forma en cómo lo hacen dentro, es ahí donde juega un rol fundamental las redes de apoyo en cuanto lo que pueda afectar al paciente y que éste lo identifique como factor de riesgo. Es que de alguna manera se trabaja en la misma forma en cómo piensa el equipo clínico del tratamiento, por eso que se está en constante comunicación con ellos. Además, se realizan jornadas de psicoeducación familiar donde las redes de apoyo asisten a las dependencias de la sede Lyon a un encuentro que reúne a la mayoría de ellos para propiciar un espacio de aprendizaje y auto reflexión en relación con la problemática en común de los usuarios, esta beneficia mucho a las redes de apoyo que, en ocasiones, no tienen idea de como reaccionar frente a fenómenos

vinculados de la adicción y es aquí donde se le entregan herramientas para que puedan lidiar y complementar el trabajo de los profesionales.

A su vez, las redes de apoyo presentan daño emocional y en determinadas ocasiones no supieron reaccionar frente a los hechos de los internos que dominados por las ansias de consumir generaban este daño inconsciente.

❖ ***¿Cuál sería el aporte desde el Trabajo Social para el tratamiento cognitivo-conductual?***

En primer lugar, una de las funciones fundamentales del Trabajo Social en la terapia cognitivo-conductual es acompañar los procesos frente a las redes de apoyo, en este sentido existe una experticia de los trabajadores sociales y su vínculo con las redes familiares, psicoeducando a las familias en torno al fenómeno de la adicción, muchas veces estigmatizado por la sociedad al reunir condiciones vulnerables en las personas que la consumen. Dicho esto, es determinante trabajar en esta área y restablecer el daño causado inconscientemente por los usuarios que residen en el tratamiento, todo esto con el fin de restablecer la dinámicas familiares, convivencia sana, comunicación asertiva y contención hacia los pacientes que padecen de esta enfermedad y que los condiciona para toda la vida puesto que, de alguna forma se tienen que cuidar, entonces, estos procesos terapéuticos pueden ser ejecutados por trabajadores sociales.

Por consiguiente, puede vincularse directamente con usuarios residente del tratamiento guiando su proceso terapéutico y contar con una alternativa de contención, confianza y orientación, en cuanto se vayan presentando obstáculos que dificulten el avance de estos. Hay personas muy dañadas en estos espacios donde muchas necesitan contención emocional y a nivel de equipo se puede entregar la mirada desde el ámbito social del consumo de drogas. También, la construcción del vínculo con los usuarios puede generar cambios positivos en la personas que benefician el avance y recuperación de estos.

Y por último, en la reinserción de los usuarios más vulnerables, los que no cuenten con muchas redes institucionales al momento de ir definiendo su reinserción al ámbito laboral, personal y familiar. Ir conformando esas competencias y/o habilidades blandas que pueda aprovechar para su relación con la “reeducación”.

## **CAPITULO VII: HALLAZGOS.**



## **CAPITULO VII: HALLAZGOS.**

Para mencionar los hallazgos que se obtuvieron, se dará respuesta en orden a los objetivos, tanto el general como los específicos, ya que estos determinan los lineamientos de la investigación y fueron lo que se indagó específicamente, otorgando así, las respuestas de las interrogantes que se presentaron en un principio y permitieron descubrir nuevas temáticas no se conocían.

Al hablar de tratamiento cognitivo-conductual que se imparte en el centro terapéutico Tobalaba, un antecedente nuevo y relevante que se pudo conocer al momento de hablar con los residentes, fue el concepto de REEDUCACIÓN. Cuando ellos hacían referencia a su tratamiento, no mencionaban el concepto de rehabilitación, sino, que le llamaban reeducación, y es porque el tratamiento consta de enseñarles a los usuarios por lo que están pasando, es decir, que puedan tomar conciencia de su enfermedad y también de sí mismos, para que de esta forma, tomen lo que llegaron siendo en un principio del tratamiento y vayan aprendiendo en el proceso hasta finalizarlo. Por otro lado, este tratamiento busca poder darle un sentido pedagógico y de aprendizaje a todas las actividades que se realizan, ya que se trata de un tratamiento comunitario en donde también se aprende de el otro y sus experiencias, bajo esa misma línea, es que surge el concepto de PÓLIZAS, ligado a la terapia más conductual, y trata de la repartición de los quehaceres del hogar entre todos quienes residen, a su vez, también nace el concepto de URBANIDADES que son los momentos en que se comparte alimentos en el centro (desayunos, almuerzos y onces) que cuentan con sus propias reglas establecidas y que deben ser cumplidas ya que son parte del tratamiento. En conclusión, fue posible conocer que el tratamiento cognitivo-conductual consiste en un ambiente socio-comunitario donde los internos cuentan con diferentes tipos de actividades que se van complementando a sus funciones personales y son tomadas como parte de la terapia.

Indagando en el perfil de las personas que residen en el tratamiento, fue posible conocer que no existe un perfil homogéneo entre ellos, pero sí se pudo conocer que

las personas que deciden tomar el tratamiento de internación son personas que están muy dañadas emocionalmente producto de sus traumas personales que además, están directamente relacionados con su adicción, viendo esto como una forma de evasión a traumas de infancia o problemáticas que se presentaron, siendo este uno de los hechos principales que van originando dependencia o propician un espacio donde las drogas se transforman en la compañía para amenizar el dolor. Se puede determinar que hay múltiples factores que provocan la adicción pero está estrictamente ligada a un espectro emocional inestable. A su vez, muchos empiezan a experimentar otras sensaciones de satisfacción que provoca el consumir determinada sustancia, por su parte, todas las drogas tienen diferentes impactos a nivel cerebral entonces es muy complejo determinar un patrón en común unas con otras. En el caso de los pacientes entrevistados de Lyon, comenzaron su consumo a muy temprana edad, en su mayoría con alcohol acompañado de marihuana, lo cual determinó su consumo como el inicio de todos, posterior a eso, ya se comienza con el consumo de otro tipo de drogas llamadas “drogas duras” en su ejemplo está la cocaína que en su componente es una de las drogas más adictivas junto con la pasta base. De esta manera, se pudo hallar que son personas que vienen con variados problemas que les fue difícil lidiar sin consumir algún tipo de drogas, por eso se habla que son dependientes de ellas, ya que, formaron un estrecho vínculo con estas sustancias.

Respecto al proceso de avance de los usuarios, un aspecto importante inesperado que se presentó en la investigación, fueron las ansias o deseos de consumo como parte del proceso educativo de la enfermedad, al igual que las recaídas y las consecuencias de esta. Fue posible conocer en palabras de los entrevistados, que en su mayoría, a pesar de estar mentalizados en el tratamiento y con sus objetivos claros respecto a su reeducación, los deseos de consumo se presentaban de todas formas, pero tener las herramientas para saber actuar frente a esa situación marcaba una diferencia y era parte del tratamiento.

A la hora de hablar con la psicóloga encargada de terapias impartidas en el centro, se pudo conocer que existen 2 ejes en los que se fundamenta la intervención que se complementan el uno con el otro, y estos son las terapias grupales que se trabajan en modalidad de grupos, y las terapias individuales en donde se desarrolla un camino en el conocimiento propio con la conciencia de enfermedad y el proceso de esta.

Tal como se pudo conocer en la teoría, las redes de apoyo o la familia de los usuarios juegan un rol importante a la hora de desarrollar el tratamiento, puesto que son las personas con las que los usuarios cuentan fuera del centro. Fue posible conocer que en el espacio terapéutico Tobalaba, la red de apoyo se vincula al tratamiento siendo el “apoderado” de quienes residen, y estos cuentan con reuniones semanales en donde se realizan jornadas de psicoeducación familiar para poder educar y entregarles las herramientas necesarias a quienes decidieron asumir esta responsabilidad, ya que los apoderados son los principales aliados de los terapeutas y del tratamiento como tal, y deben saber cómo actuar frente a situaciones de crisis de abstinencia, por ejemplo, o a situaciones de riesgo en los fines de semana de salida. Además, existe la opción de optar por terapias individuales como apoderados, ya que muchas veces existe un desgaste emocional o un daño significativo a causa del consumo de la persona.

Lo que se pudo conocer del aporte desde el trabajo social para el tratamiento en palabras de la psicóloga del centro, fue que la intervención puede realizarse desde distintas aristas, ya sea desde el ámbito clínico donde se trabajaría en la terapia propiamente tal que se imparte, así como la psicoeducación de las familias o haciendo trabajo de redes en la reinserción de ellos en la sociedad o en el ámbito laboral.

Un aspecto importante a destacar, es que, en la actualidad, el centro no cuenta con trabajadores sociales dentro de su equipo de profesionales.

A modo general respecto al centro que se trabajó particularmente, fue posible evidenciar que no existe un programa de seguimiento para las personas que finalizaron su tratamiento y a la manera en cómo estos se han mantenido fuera del espacio comunitario de “espacio terapéutico Tobalaba” una vez que terminan y son dados de alta. Entonces, una de las opciones que se puede inferir, es saber qué pasa con las personas una vez que terminan, si todas las herramientas entregadas y el año que permanecieron internados logró un real impacto y cambio en ellos generando una reeducación efectiva y permanente en el tiempo principalmente, porque es un tratamiento y compromiso general que se mantiene para toda la vida.

En este sentido, sería importante efectuar una investigación post tratamiento para indagar el ámbito de la reinserción social y con las personas que se fueron parte del tratamiento.



## **CAPITULO VIII: APORTES AL TRABAJO SOCIAL.**

## **CAPITULO VIII: APORTES AL TRABAJO SOCIAL.**

Finalmente, tras haber realizado la investigación y concluir su análisis, fue posible conocer que el trabajo social juega un rol fundamental en los procesos de transformación social, a su vez, en mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, y constantemente busca un cambio social en los sujetos de intervención. De esta forma, esta investigación se realizó con el propósito de entregar nuevas herramientas y abrir nuevos campos de investigaciones en temática de adicciones, bajo la interrogante de cómo se deparan los nuevos desafíos que deben enfrentar los trabajadores/as sociales.

Es importante mencionar que para conocer el fenómeno de las adicciones, es necesario abordarlo como un problema social que involucra a varios agentes como: individuo, familia y sociedad, en consecuencia, es que la intervención no solo tiene que ir focalizada en el individuo como tal, ya que los familiares, por ejemplo, también sufren consecuencias del consumo de drogas de un miembro de la familia, además del impacto o daño que puede sufrirse a nivel comunitario/barrial.

En términos de intervención propiamente tal dentro de un tratamiento cognitivo-conductual, una de las funciones específicas que puede cumplir el trabajador social, es el trabajo con las redes de apoyo, conformar lineamientos teóricos en cómo guiar este proceso terapéutico y que, a la vez, tenga un constante chequeo a nivel a equipo. De esta forma, el equipo que se conforma en el área de adicciones sea complementario y multidisciplinar, donde se conformen todas las aristas vitales para el fortalecimiento de las personas y de las familias como el primer núcleo de apoyo.

Bajo esta misma línea de intervención, se puede trabajar en fortalecer el trabajo de cohesión grupal de la comunidad en tratamiento, identificando objetivos en común que puedan propiciar un espacio de fortalecimiento de las dinámicas internas de los grupos para lograr una mejor convivencia en la comunidad terapéutica y que estas

puedan contar con diferentes tipos de actividades vinculadas a la construcción de lazos fraternos en torno a funciones específicas.

La acción transformadora por su parte, un eje importante en la intervención familiar, grupal y comunitaria tiene que ir encaminada a cómo el sujeto se entiende en el contexto de vulnerabilidad y en su capacidad de adquirir sustancias que por una parte; afecta a su persona y por otra parte; es un tranquilizante para la gente del pueblo y, tiene muy dañada a las poblaciones. Dicho esto, es que la intervención y objetivo ético-político debe ir desarrollando la capacidad de reflexión en cuanto a estos dos problemas.

Por otra parte, se cree necesario indagar en los procesos de adicción de las personas, ya que se pueden cumplir otro tipo de funciones además de las ya mencionadas, una de ellas es, por ejemplo, en formación directa con las personas potenciando cambios positivos para su vida y a su vez, el compromiso con la abstinencia. Esto es vital al momento de entender el desarrollo del tratamiento, en las formas prácticas de qué y cómo intervenir con los sujetos que residen en estos espacios terapéuticos no sólo de la sede Lyon. Para esto, es necesario formar profesionales capacitados en el área de las adicciones y que estos puedan permanecer en una constante formación con los equipos clínicos multidisciplinarios, proponiendo desde la visión de profesionales con modelos transformativos para los usuarios.

Por lo demás, es importante mencionar que existen casos en donde los usuarios llegan a residir al tratamiento habiendo perdido totalmente sus capacidades conductuales, es decir, su nivel de consumo llegó a un punto en donde hasta pueden alcanzar conductas disociales, por tanto se requiere de un tratamiento de reeducación desde la base en adelante, en donde la reinserción social de los sujetos juega un rol muy significativo en torno a las consecuencias que estas puedan tener para su vida en un futuro, para no recaer en el consumo una vez el sujeto sea dado de alta y vuelva a su ambiente.

Dicho esto, es que la construcción de lazos comunitarios entre los centros de atención y la comunidad, es importante, ya que existe un estigma social frente a las personas consumidoras de drogas, donde estas son vinculadas a la delincuencia y vistas como riesgo social, sin embargo, muchas de estas personas ven una alternativa en la recuperación, una alternativa de reinserción por medio de la reeducación, donde estos van modificando sus conductas des-adaptativas y que los relaciona al mundo de la delincuencia. Entonces, es necesario abrirse campo en una intervención comunitaria y de aporte para la misma, de esta forma el trabajador/a social puede aportar en su teoría de cómo guiar este proceso y conducirlo hacia buen destino. De esta manera, se cumplirán dos funciones necesarias; por una parte, que las personas puedan poner en práctica los cambios de conductas, y, por otra parte, que la comunidad se abra a conocer a las personas que participan de determinada comunidad terapéutica.

Para finalizar, es necesario crear un proyecto de intervención social focalizado en la disciplina del trabajo, para especificar sus funciones dentro de los espacios de colaboración con los diferentes agentes que intervienen en esta problemática, entendiendo la necesidad de promover espacio de recuperación para estos mismos agentes. Sobre todo, en los individuos que dependen del uso de sustancias para sobrellevar su vida.



## **BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFÍA.

- Bosque-Proues&Bruga, M. M. (2016, 21 abril). *Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones*. ScienceDirect.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116300838>
- Candil, A. (2016, 10 mayo). *Acompañar a usuarios intensivos de drogas: el papel de las redes de proximidad en los tratamientos ambulatorios*. Revista Uniandes.  
<https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.7440/antipoda26.2016.08>
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas DEVIDA. (2004). *Revista Peruana de Drogodependencias. Análisis e investigación*, 2(1), 1–191.  
[https://www.researchgate.net/profile/Humberto-Trujillo-Mendoza/publication/281743869\\_Variables\\_de\\_proteccion\\_ante\\_el\\_consumo\\_de\\_drogas\\_legales\\_e\\_ilegales\\_en\\_alumnos\\_de\\_escuelas\\_taller/links/55f71c8a08aeafc8abf8f213/Variables-de-proteccion-ante-el-consumo-de-drogas-legales-e-ilegales-en-alumnos-de-escuelas-taller.pdf#page=93](https://www.researchgate.net/profile/Humberto-Trujillo-Mendoza/publication/281743869_Variables_de_proteccion_ante_el_consumo_de_drogas_legales_e_ilegales_en_alumnos_de_escuelas_taller/links/55f71c8a08aeafc8abf8f213/Variables-de-proteccion-ante-el-consumo-de-drogas-legales-e-ilegales-en-alumnos-de-escuelas-taller.pdf#page=93)
- Decreto. N° 4 DE 2009 [Ministerio de Salud]. *REGLAMENTO DE CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA A ALCOHOL Y/O DROGAS*. 3 de febrero 2009.
- Díez, P. X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. <http://www.scielo.org.mx>. Recuperado 23 de junio de 2021, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-23332008000200006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006)
- Echeverría, R. (2016). *El Búho de Minerva*. Ediciones Granica, S.A.  
<https://trabajosocialucen.files.wordpress.com/2012/05/buhodeminerva.pdf>
- Escohotado, Antonio. (2004) *Historia general de las drogas*. España: Espasa. Recuperado el 24 de junio de 2021 en [TEXTO POLIÉTICAS 12 ERRANCIA 10.pdf \(unam.mx\)](#)

- Espacio Terapeutico Tobalaba. (s.f) *Nosotros*. [Centro de Rehabilitación | Tratamiento Adicciones \(centrotobalaba.cl\)](http://centrotobalaba.cl)
- Fernández Labbé, Marcos. (2009). DEL FICTICIO ENTUSIASMO: EL MERCADO DE LAS DROGAS EN EL TRÁNSITO A LA PROHIBICIÓN EN CHILE. 1920-1960. *Historia Crítica*, (39), 62-83. Recuperado el 23 de abril de 2021 desde [n39a06.pdf \(scielo.org.co\)](http://n39a06.pdf).
- Gil-Monte, P. (). *Coaching cognitivo conductual: Una herramienta para los psicólogos*. Dialnet. Recuperado 28 de junio de 2021, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7456326>
- Gil-Monte, P. (2014, junio). *Coaching cognitivo conductual: Una herramienta para los psicólogos*. ResearchGate. [https://www.researchgate.net/publication/311607420 Coaching cognitivo conductual una herramienta para los psicologos](https://www.researchgate.net/publication/311607420_Coaching_cognitivo_cognitivo_co)
- González & Castro, K. C. (2019, 26 junio). *ABORDAJE DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUDA TRAVÉS DE LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES. UN MODELO CLÍNICO PARA EL TRABAJO SOCIAL*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7043670>
- Gutiérrez Paez, C. E., ., ., ., & . (2011). La investigación profesional sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA) desde trabajo social: análisis de los trabajos de grado escritos de Bogotá (2000-2009). Retrieved from [https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo\\_social/71](https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social/71)
- Hernández López, Teresa, Roldán Fernández, Jesús, Jiménez Frutos, Anunciación, Mora Rodríguez, Carlos, Escarpa Sánchez-Garnica, Dolores, Pérez Álvarez, María Teresa. (2009). La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199-212. Recuperado en 23 de abril de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592009000300002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300002&lng=es&tlng=es).
- Hernández, Fernández, Baptista, R. C. M. (2010). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN* (5ta ed., Vol. 1). McGraw-Hill.

[https://www.academia.edu/20792455/Metodolog%C3%ADa\\_de\\_la\\_Investigaci%C3%B3n\\_5ta\\_edici%C3%B3n\\_Roberto\\_Hern%C3%A1ndez\\_Sampieri](https://www.academia.edu/20792455/Metodolog%C3%ADa_de_la_Investigaci%C3%B3n_5ta_edici%C3%B3n_Roberto_Hern%C3%A1ndez_Sampieri)

- Hernández, Fernández, & Baptista (2014) *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Editorial Mc Graw Hill Education/ Interamericana editores. 6ta Edición.
- Llobet, A. B. (2019, 21 marzo). Clasificación de las drogas - OMS y sus efectos. Recuperado 20 de junio de 2021, de [https://www.psicologia-online.com/clasificacion-de-las-drogas-oms-y-sus-efectos-918.html#anchor\\_7](https://www.psicologia-online.com/clasificacion-de-las-drogas-oms-y-sus-efectos-918.html#anchor_7)
- Luna-Fabritius, Adriana (2014) Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales/ Universidad Nacional Autónoma de México*. Recuperado el 24 de junio de 2021 de [0185-1918-rmcps-60-225-00021.pdf \(scielo.org.mx\)](https://doi.org/10.185-1918-rmcps-60-225-00021.pdf)
- Nizama-Valladolid & Luna & Cachay, M. F. C. (2019, abril). LA ADICCIONOLOGÍA UNA ESPECIALIDAD MÉDICA y SUBESPECIALIDAD DE LA PSIQUIATRÍA. *Revistas URP*. <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/2078/2068>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2018). *Informe Mundial sobre las drogas. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas*. Recuperado el 28 de junio de 2021 de [WDR18 ExSum Spanish.pdf \(unodc.org\)](https://www.unodc.org/wdr2018/exsum-spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (1994) *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado en 12 de junio de 2021, de [portadilla.qxd \(who.int\)](https://www.who.int/portadilla.qxd)
- Pedrero-Pérez EJ, Rojo-Mota G, Ruiz-Sánchez de León JM, Llanero-Luque M, Puerta-García C. Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Rev Neurol* 2011; 52: 163-72
- Pinzón & Calvo, A. A. (2019, 23 septiembre). *Vista de El rol de la familia en la rehabilitación de adicciones desde el Modelo Transteórico e Intervenciones Cognitivo-Conductuales. Artículo de revisión*. *Revistas UPB*. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6956/6>  
526

- Proyecto Asociación Hombre. (2012). *Informe 2012*. Observatorio proyecto hombre. Recuperado el 21 de junio 2021 de: [2013 Report of Proyecto Hombre Observatory.pdf \(unodc.org\)](https://www.unodc.org/documents/2013/Report_of_Proyecto_Hombre_Observatory.pdf)
- Rebolledo Néstor Ortiz & Costa Maria Cristina Silva. (2005). Significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: drogas lícitas e ilícitas en Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(spe), 903-911. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000700019>
- Rojas, C. (Ed.). (2019). DROGAS Sujeto, Sociedad y Cultura (1.a ed., Vol. 1) [Libro electrónico]. Nueva Mirada Ediciones. [https://drive.google.com/file/d/1GKyJ504XN1XEM0WLUAFE2pFa\\_KL-M7fv/view](https://drive.google.com/file/d/1GKyJ504XN1XEM0WLUAFE2pFa_KL-M7fv/view)
- Ruiz Olabuénaga, J. (2003). Metodología de la Investigación Cualitativa. Bilbao, España: Universidad de Deusto, 3ra Edición.
- Sabina Cabariti, Osvaldo Delgado, Aridnáj De Oliveira Lima, Juan David Nasio, Romina Kosovsky, Eric Laurent, Gabriela Perrotta, Lucía Rossi. (2012). INTERSECCIONES PSI. REVISTA ELECTRÓNICA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA - UBA, 27, 23.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., Valencia, S. M., & Torres, C. P. M. (2014). Metodología de la investigación (Sexta ed.). McGraw-Hill Education.
- Sánchez Hervás, Emilio, Tomás Gradolí, Vicente, del Olmo Gurrea, Reyes, Molina Bou, Noemi, & Morales Gallús, Esperanza. (2002). Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (81), 21-29. Recuperado en 24 de junio de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352002000100003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000100003&lng=es&tlng=es).
- Secades-Villa, Roberto, & García-Rodríguez, Olaya, & Fernández-Hermida, José Ramón, & Carballo, José Luis (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40. [fecha de Consulta 23 de Junio de 2021]. ISSN: 0214-7823. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828105>

- SENDA (2019) Observatorio Chileno de Drogas Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol: Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General 2018. Recuperado en 25 de abril 2021, de [ENPEG-2018.pdf \(senda.gob.cl\)](#)
- SENDA & MINSAL. (2016) EL CONSUMO DE ALCOHOL EN CHILE: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA. Recuperado el 22 de junio de 2021 de [2016\\_Consumo\\_Alcohol\\_Chile.pdf \(senda.gob.cl\)](#)
- SENDA & MINSAL. (2020). *Programa Planes de Tratamiento y Rehabilitación De Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas Ilícitas u otras Sustancias Estupefacientes o Psicotrópicas.* SENDA.CL. <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/07/Informe-Semestral-2020-Poblaci%C3%B3n-General-Adulta.pdf>
- SENDA. (2020). Área de Tratamiento e Intervención SENDA Informe Semestral 2020 Informe de Evaluación Técnica Santiago, Julio 2020 Programa de Tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas. 2020, de SENDA Sitio web: <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/07/Informe-Semestral-2020-Infantoadolescentes-general.pdf>
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (s.f) *¿Quiénes somos?*. Ministerio del interior y seguridad Pública. [¿Quiénes somos? – SENDA](#)
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (s.f) Glosario, términos de la A a la F. Recuperado el 22 de junio de 2021 de [Términos A a la F – SENDA](#)
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (s.f) *Tipos de consumo.* Recuperado el 22 de junio de 2021 de [Tipos de Consumo – SENDA](#)
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (s.f) *Información sobre drogas-Alcohol.* Recuperado el 23 de junio de 2021 de [Alcohol – SENDA](#)

- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (s.f) *Información sobre drogas-Cocaína*. Recuperado el 23 de junio de 2021 de [Cocaína – SENDA](#)
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (s.f) *Información sobre drogas-Marihuana*. Recuperado el 23 de junio de 2021 de [Marihuana – SENDA](#)
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (s.f) *Información sobre drogas-Pasta Base*. Recuperado el 23 de junio de 2021 de [Pasta base – SENDA](#)
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (s. f.). *Ley 20.000: Sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas – SENDA*. Senda.cl. Recuperado 29 de junio de 2021, de <https://www.senda.gob.cl/informacion-sobre-drogas/leyes/ley-20-000-sanciona-el-trafico-ilicito-de-estupefacientes-y-sustancias-sicotropicas/>
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2021). *PARA UN CHILE QUE ELIGE VIVIR SIN DROGAS Estrategia Nacional de Drogas 2021–2030*. <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/02/Estrategia-Nacional-de-Drogas-version-web.pdf>
- Turet, M. S. (1991). *Drogodependencias: aspectos terminológicos y taxonómicos*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Yates, Aubrey J. (1970). La Definición de Terapia Conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2(2),113-121. [fecha de Consulta 24 de Junio de 2021]. ISSN: 0120-0534. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80502202>
- Zapata Vanegas Mario Alberto (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, 2(2),86-94.[fecha de Consulta 27 de Junio de 2021]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539413007>

## **ANEXOS**



## ANEXOS.



**UNIVERSIDAD  
ACADEMIA**  
DE HUMANISMO CRISTIANO

ÁREA CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

### DISEÑO Y ESTRUCTURA DE ENTREVISTA A RESIDENTES.

**Objetivo:** Identificar fortalezas y debilidades de una intervención cognitivo-conductual en el tratamiento contra las drogas en hombres y mujeres entre 20-40 años, del Espacio Terapéutico Tobalaba sede Lyon.

#### a) Apertura y presentación.

- Somos estudiantes de Trabajo Social de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Nos encontramos cursando nuestro quinto año universitario, en el cual estamos realizando nuestro proyecto de tesis de investigación llamada: "Fortalezas y debilidades del tratamiento cognitivo-conductual en "Espacio terapéutico Tobalaba, sede Lyon. En donde queremos analizar las experiencias y vivencias de usuarios y profesionales de la comunidad, con el fin de identificar las fortalezas y las debilidades del tratamiento cognitivo-conductual.
- Agradecimientos por la participación.
- Indicación del procedimiento que se utilizará y especificación temática del propósito de la entrevista (se explica en qué consta la entrevista, además de la manera en que la llevaremos a cabo, dejando en claro que no hay respuestas buenas ni malas solo una conversación. Especificamos que el tema es su experiencia como residentes del espacio terapéutico tobalaba sede LYON para conocer más acerca de la terapia cognitivo- conductual.)
- Duración de 40 minutos.
- Finalidad y consecuencias (para qué se quiere la información; cómo será utilizada; garantía de anonimato y confidencialidad; permiso para la grabación)

## **b) Preguntas residentes.**

Género:

1. ¿A qué edad comenzaste a consumir?
2. ¿Qué es lo que te llevó a consumir alguna sustancia?
3. ¿Qué drogas consumías?
4. ¿Cómo era el contexto social y familiar antes de iniciar el consumo?
5. ¿Cuánto tiempo de consumo te llevó decidir tomar el tratamiento?
6. Cuéntanos ¿en qué consiste el tratamiento?
7. ¿Sabes en qué se fundamenta la terapia cognitivo-conductual?
8. ¿Qué es lo que te interesa de lo cognitivo-conductual?
9. ¿Cuál sería la diferencia con otros tipos de tratamiento?
10. ¿Qué es lo que realizan en el día a día?
11. Acorde a tu experiencia ¿cómo ha sido el proceso de avance de tu tratamiento?
12. ¿Has tenido interrupciones en el proceso de abstinencia?(Recaídas)
13. ¿Cuál es tu red de apoyo? (parentesco)
14. ¿De qué manera su red de apoyo se involucra en el tratamiento?
15. ¿Cómo ha impactado en tu núcleo familiar residir en el tratamiento?
16. ¿Qué esperas de este tratamiento?
17. ¿Cuáles son tus objetivos? ¿Los tienes identificados?

## **c) Cierre y agradecimiento.**



**UNIVERSIDAD  
ACADEMIA**  
DE HUMANISMO CRISTIANO

ÁREA CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

## **DISEÑO Y ESTRUCTURA DE ENTREVISTA A EQUIPO CLÍNICO.**

**Objetivo:** Identificar fortalezas y debilidades de una intervención cognitivo-conductual en el tratamiento contra las drogas en hombres y mujeres entre 20-40 años, del Espacio Terapéutico Tobalaba sede Lyon.

### **a) Apertura y presentación.**

- Agradecimientos por la participación.
- Identificación (quienes somos, institución a la que pertenecemos y el motivo de la entrevista)
- Indicación del procedimiento que se utilizará y especificación temática del propósito de la entrevista (se explica en qué consta la entrevista, además de la manera en que la llevaremos a cabo, dejando en claro que no hay respuestas buenas ni malas solo una conversación. Especificamos que el tema es su experiencia como equipo clínico del espacio terapéutico Tobalaba sede LYON para conocer más acerca de la terapia cognitivo- conductual.)
- Duración de 40 minutos.
- Finalidad y consecuencias (para qué se quiere la información; cómo será utilizada; garantía de anonimato y confidencialidad; permiso para la grabación)

### **b) Preguntas equipo clínico.**

Trabajo que desempeña:

Género:

1. En base a sus conocimientos ¿cuál es el perfil de los usuarios?(Factores psicológicos, sociales, familiares y tipo de consumo)
2. ¿Cómo describirías el proceso de avance de los usuarios? (etapas, recaídas)
3. En su experiencia ¿cómo definiría el tratamiento cognitivo-conductual?

4. Desde tu disciplina ¿Cómo se desarrolla el tratamiento?
5. ¿Cuál es la base teórica que sustenta el tratamiento cognitivo-conductual?
6. ¿Cuál es el impacto de las redes de apoyo?
7. ¿Cuál es el rol que cumplen estas redes de apoyo?
8. ¿Cuál crees que tú que podría ser el aporte de la disciplina del Trabajo Social al tratamiento?

**c) Cierre y agradecimiento.**

**Formulario difusión electrónica (trabajo realizado por dos o más alumnos)**

**1.- Identificación**

Título: "Fortalezas y debilidades de una intervención cognitivo-conductual en el tratamiento contra las drogas en hombres y mujeres entre 20-50 años, del espacio Terapéutico Tobaraba sede LYON"

Nombre alumnos: Maida Millaray Menares Mora.

Juan Pablo Torres Venegas.

Teléfono contacto: 944833949 // 953735761

Correo electrónico contacto: [maidamenares@gmail.com](mailto:maidamenares@gmail.com)  
torresvenegasjp@gmail.com

Título al que se opta: Licenciado/a de Trabajo Social.

**2.- Autorización para la publicación en formato digital.**

**Marca con una X la opción de tu elección**

Autorizamos   X  

No autorizamos \_\_\_\_\_

**3.- Calificación \_\_\_\_\_**

Fecha: 22/ 11/ 2021.

Firma alumno:

Firma alumno: