

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Escuela de Psicología

**EDUCACION EMOCIONAL: UNA HERRAMIENTA
COMPLEMENTARIA PARA EL PROCESO DE REHABILITACION DE
DROGAS.**

Profesor Guía : Gabriel Traverso.

Metodólogo : Francisco Kamann.

Profesor Informante : María Isabel Pardo.

Alumno (s) : Cristian Aciaras.

Katherine Guajardo.

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

Santiago, Octubre 2009.

AGRADECIMIENTOS

Esta Tesis está dedicada a todos los que me acompañaron este recorrido, en especial a mis padres por su dedicación y amor para conmigo.

A mi hermano Boris por su preocupación constante y a veces hostigante de cómo iba nuestra investigación.

También agradecer infinitamente a Leslie por su amor y apoyo constante en este recorrido y su paciencia a la hora de aguantar mi cansancio.

Agradecer también a mis amigos compañeros que estuvieron pendientes de cómo avanzábamos y finalmente de Katherine por ser más que una pareja de tesis o compañera de universidad y solo ser una amiga. Gracias a todos.

Cristian Aciares

Esta investigación está dedicada a mis Padres por su esfuerzo y apoyo incondicional durante mi desarrollo; gracias por todo su cariño, amor y paciencia, y por guiarme en la vida para convertirme en la mujer que hoy soy.

Gracias a mis hermanos Christian y Javiera por su constante preocupación y apoyo en mis proyectos.

Gracia a Miguel por todo su amor, por ser mi sostén en los momentos difíciles y por su paciencia durante este proceso tan importante para mi.

Gracias a mi compañero y amigo Cristian por ser mi partner en esta etapa de estudios y durante mi adolescencia y juventud.

Por último quiero agradecer a Dios por fortalecer mi alma y poner en mi camino a todas las personas que han iluminado mi camino.

Gracias a todos!!

Katherine Guajardo

INDICE

1.0 Introducción	06
1.1 Antecedentes	07
1.2 Formulación del Problema de Investigación	13
1.3 Aportes y Relevancia	14
1.4 Objetivos	16
2.0 Marco teórico	17
2.1 Postulados sobre Educación Emocional	18
2.2 Teoría de la Motivación de Abraham Maslow	33
2.3 Lineamientos Técnicos para el tratamiento de rehabilitación de drogas	36
3.0 Marco Metodológico	57
3.1 Enfoque metodológico.	57
3.2 Tipo y diseño de investigación	59
3.3 Delimitación del campo a estudiar.	60
3.4 Tipo de Muestreo	61

3.5 Muestra	62
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de la información.	64
3.7 Plan de Análisis de la información.	66
4.0 Resultados y Análisis	69
4.1 Proceso de Rehabilitación	70
4.2 Tratamiento	80
4.3 Emocionalidad	91
5.0 Conclusiones	106
6.0 Bibliografía	116
7.0 Anexos	120

RESUMEN

La investigación hace un recorrido de las distintas áreas de intervención en el abuso de drogas, para esto se revisa en detalle los lineamientos teóricos y prácticos desde donde se sustentan los planes y programas impuestos por CONACE. Intenta establecer de qué manera sería un aporte insertar una herramienta complementaria enfocada en el trabajo de las emociones, sustentada desde el paradigma de la educación emocional. Este recorrido nos lleva no sólo a mirar estos planes y programas, sino también a tomar contacto con las bases teóricas que hablan del trabajo de la emociones siendo parte fundamental para desarrollar nuestra propuesta. Otro aspecto que era necesario indagar tenía que ver con el funcionamiento de estos planes en terreno, ya sea desde la recepción de los usuarios como también la visión profesional de quienes los desarrollan. La educación emocional se presenta en esta investigación como un aporte real que viene a complementar lo que ya está establecido y de otro modo a enriquecer el quehacer profesional en rehabilitación de drogas, con el objetivo de ayudar a las personas a ser más libres y encontrarse con su ser interior para poder enfrentar su problema de adicción y con las causas que los llevan a esta situación.

1.0 INTRODUCCION

El siguiente trabajo tiene como finalidad conocer cuál sería el impacto de introducir en el tratamiento de rehabilitación de drogas, la Educación Emocional como herramienta complementaria en el tratamiento.

Se presenta el fenómeno de la drogadicción en Chile, se hace un recorrido acerca de la historia de la drogadicción, su tratamiento y los actuales planes y programas que el Gobierno chileno ha incorporado en el sistema de salud para avanzar en la solución del problema de drogas. Se presentan los postulados de la Educación Emocional con el objeto de investigar el impacto que ésta tendría al incluirla como herramienta complementaria en el proceso de rehabilitación de drogas. Además, para comprender la mirada desde donde analizaremos la información que recolectaremos, presentamos los postulados de la escuela psicológica existencial y cómo esta mirada puede enriquecer esta investigación.

Esta investigación tiene como objetivo adquirir el título de psicólogo y licenciado en psicología de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

1.1 ANTECEDENTES

En todas las épocas, el hombre ha consumido diversas drogas, extraídas de plantas que crecían en su medio natural, con la finalidad de ayudarse en su lucha contra la fatiga, la angustia y el dolor o de procurarse nuevas sensaciones y formas de placer. Esto ha ocurrido en todas las culturas y en todas las partes del mundo. Por ejemplo, en la antigua civilización sumeria ya se consumía opio, hace miles de años también se fumaba este producto en China y en otros países del Lejano Oriente. En las naciones islámicas, el cannabis es la droga secular, mientras que el alcohol está prohibido y perseguido. En grandes zonas de América Central y del Sur se encuentra muy extendido el consumo de hojas de coca entre numerosas tribus que utilizan, además alucinógenos en sus fiestas religiosas y en las grandes celebraciones.

La cultura occidental tiene un comportamiento similar frente a las drogas tradicionales y reconocidas, como son el tabaco y el alcohol. Sin embargo, otros tipos de drogas, que pueden ser consumidas legalmente y sin problemas en otras culturas, están prohibidas en América y Europa. La legalidad de una droga determinada no depende, por tanto, de sus efectos reales o potenciales, sino de problemas de tradición cultural y de los grandes intereses económicos que promueven su consumo.

Desde una mirada biológica el consumo de drogas provoca serios daños en el Sistema Nervioso Central, alterando la memoria, comprensión del lenguaje, capacidad de analizar y sintetizar estímulos espaciales, y regular la conducta.

La (OMS) Organización Mundial de la Salud define el término "droga" como toda sustancia que introducida en el organismo puede modificar una o más funciones de éste. Por tanto, podemos definir "drogadicción" como el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar la droga en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.

En Chile, la preocupación social por el fenómeno de las drogas se refleja tanto en los debates parlamentarios y de las autoridades de gobierno, como en los debates en los medios de comunicación. Muy pocas personas consideran actualmente que las drogas no son un problema para nuestra sociedad y más bien las diferencias se observan en las diversas formas propuestas para abordar el problema, desde los niveles más extremos de control total para evitar el uso de drogas, hasta el otro extremo, que es el de controlar el consumo mediante la legalización de todas las drogas. Sin embargo, gran parte de la población se inclina por los niveles moderados, que siguen considerando la multiplicidad de causas de este fenómeno y su asociación con varios otros problemas de nuestra sociedad y, por tanto, plantean un enfoque mixto, desde la salud pública con orientación biopsicosocial en lo referente a la reducción de la demanda de drogas y desde el control legal y policial en lo concerniente al tráfico de sustancias ilícitas.

Uno de los objetivos fundamentales de la Estrategia Nacional de Drogas es "rehabilitar y reinsertar socialmente a personas afectadas por el consumo de

drogas, mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción”.
(CONACE, 2006, p.55)

(CONACE) Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, ha implantado un modelo de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de drogas, el cual está inserto en la salud pública. En el traspasa recursos vía FONASA (Fondo Nacional de Salud) y otorga orientaciones técnicas a centros de tratamiento públicos y privados. Se trata de planes diseñados para atender a consumidores (as) problemáticos de drogas con distintos niveles de compromiso biopsicosocial. Programas para población general (hombres adultos) y específica (mujeres, niños y adolescentes, además de personas en conflicto con la justicia). La cobertura ha ido creciendo anual y sostenidamente.

El tratamiento de rehabilitación está basado en la terapia cognitivo-conductual, y es más bien médica. Consiste, a grandes rasgos, en dos etapas: la primera de desintoxicación y estabilización y una segunda etapa de rehabilitación y prevención de recaídas. “La desintoxicación puede definirse como un proceso de atención médica y farmacoterapia que tiene por objeto ayudar al paciente a lograr la abstinencia y alcanzar niveles de funcionamiento fisiológicamente normales con un mínimo malestar físico y emocional” (ONU, 2003, p.3); esta primera etapa puede durar entre cinco u ocho días, y a veces más si el paciente tiene problemas médicos y psiquiátricos graves. La segunda etapa, de rehabilitación, es para pacientes que ya no sufren de efectos fisiológicos causados por el abuso reciente de sustancias; tiene por objeto evitar que se reanude el consumo activo de sustancias y ayudar al paciente a controlar los impulsos que lo llevan a abusar de las drogas y a recuperar o mejorar la salud y su función social.

(ONU, 2003, p.5). Los programas de rehabilitación residencial de corta duración, por lo general, duran de treinta a noventa días; los programas en comunidad terapéutica residencial suelen prolongarse de tres meses a un año; los programas de orientación para la abstinencia, en régimen ambulatorio, duran de treinta a ciento veinte días y otros pueden ser de duración indefinida.

La efectividad de este tratamiento, se ve afectado principalmente por dos tipos de factores; los que atañen al paciente y los que atañen al tratamiento en sí. Dentro de los primeros podemos encontrar la gravedad de la dependencia, gravedad de los problemas psiquiátricos, disposición y motivación para el tratamiento, empleo y apoyo familiar y social. Dentro de los factores que atañen al tratamiento en sí podemos encontrar el entorno terapéutico, retención del paciente en tratamiento y conclusión del tratamiento, farmacoterapias, asesoramiento, influencia del consejero y el terapeuta, participación en grupos de autoayuda y la “combinación” de los pacientes con tratamientos.

Desde una mirada como país la problemática de la drogodependencia se ha tornado como un tema necesario de atender, esta necesidad parte del aumento de personas con problemas de abuso de sustancias, esta necesidad aparece tanto del Estado como de otras instituciones no pertenecientes al Estado.

“En nuestro país, hace ya algunas décadas el consumo de alcohol y drogas, se constituye en una problemática necesaria de atender, surgiendo desde el estado y desde las organizaciones no gubernamentales (ONGs) respuestas a las urgentes necesidades de la población.” (CONACE, 2005, p.13 modelos intervención)

Si bien se reconoce que existe parte de la población con problemas de drogodependencia, las primeras intervenciones se hicieron en población con consumo problemático de alcohol en la década de los cincuenta y sesenta, este es el inicio de crear planes enfocados a la intervención de este tipo de problemas, no es antes de los años ochenta cuando se reconoce que hay un aumento del uso de sustancias no lícitas, si bien las iniciativas a intervenir esto fueron hechas por agentes no gubernamentales y privados, que comenzaron a dar respuesta a esto, al pasar del tiempo entrando a los noventa el consumo de sustancias lícitas o no lícitas, pasa a ser una prioridad a los ojos de la salud pública en donde se crea.

“Se elabora la Política y Plan Nacional de Salud Mental de Ministerio de Salud, donde se define como área prioritaria el “Beber Problema Y Consumo de Drogas” (CONACE, 2003), otorgando tratamiento en la Atención Primaria de Salud, servicios de psiquiatría en hospitales generales y Centros Comunitarios de salud Mental Familiar, entre otros.” (CONACE pag13 modelos intervención)

Cuando se asume este problema como sociedad, se comienza a observar cambios no solo en referencia a cómo abordar este tipo de problemas si no en otras áreas como en el castigo a la venta de estas como también lineamientos específicos de cómo intervenir el tema.

“En 1995, con la promulgación de la ley 19.366 que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y de sustancias psicotrópicas, el Ministerio de Salud (MINSAL) crea el “Programa de rehabilitación de personas con problemas de

drogas y alcohol”. Un año después, se diseña y da a conocer el Reglamento para los Establecimientos de rehabilitación de personas dependientes de Sustancias Psicoactivas, a través, de la modalidad Comunidad Terapéutica (DFL2298). Paralelamente el Ministerio de Salud elabora el “Manual de Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogas” y publica un catastro de lugares de atención.” (CONACE pag13 modelos intervención)

Así es como empieza a tomar una forma más estructurada y definitiva para atender esta demanda, acompañada de la creación de centros terapéuticos, unidades de drogas y formas técnicas de intervención. Al pasar del tiempo, se crea una alianza entre CONACE y MINSAL con el fin de financiar centros que presten estos servicios como también ayuda en la formación de lineamientos técnicos.

A fines del 2001 esta alianza crea el Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicos, este programa es administrado por FONASA, en el sentido de prestar apoyo financiero y técnico y los tipos de tratamiento que están incluidos en este programa son: Ambulatorio básico, Ambulatorio Intensivo y residencial.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Nuestro problema de investigación surge frente a la preocupación social por el fenómeno de las drogas, materializada tanto en debates parlamentarios como en una propuesta de intervención gubernamental por medio de (CONACE) Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes; “un modelo de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de drogas”.

A pesar de los planes y programas implantados por el gobierno y particulares para la rehabilitación de drogas, la efectividad de ellos no es total. El abandono del proceso de rehabilitación residencial parece ser un problema común y los estudios suelen registrar niveles de abandono del 25% de los pacientes en las dos primeras semanas y del 40% al cabo de tres meses. (ONU, 2003, p.6)

De acuerdo a ello, cabe preguntarse por la efectividad de estos programas, cómo funcionan, bajo qué criterios, qué herramientas podrían ser beneficiarias para su mejoramiento y cómo son vistos por sus propios participantes; ya sea encargados y usuarios.

Por esto, hemos definido como hilo conductor de nuestra investigación, la siguiente pregunta:

¿Cuál sería el impacto de insertar la educación emocional, como herramienta complementaria en los actuales programas de rehabilitación de drogas?

1.3 APORTES Y RELEVANCIA.

Los aportes que realiza este estudio en particular, provienen de la experiencia del trabajo empírico con los principales actores de los programas para la rehabilitación de drogas - usuarios y encargados - y por otro lado expertos en el tema de Educación Emocional. Es un aporte en este sentido ya que permite conocer el cómo se viven las personas en proceso de rehabilitación, esto es conocer el fenómeno desde su experiencia y no desde la teoría, sino desde la praxis de estos modelos; lo que permite responder a las necesidades reales de las personas que se encuentran en proceso de rehabilitación y responder a las necesidades de los profesionales que trabajan en estos planes y programas; de otro modo enriquecer el quehacer profesional de estos modelos. Su base y su contexto está dado por ellos mismos, no obstante puede ser un material que enriquezca lo ya establecido con anterioridad.

De acuerdo a lo explicitado en el punto anterior, esta investigación permite conocer los postulados, planes y programas, tanto en rehabilitación de drogas como en educación emocional y desde ello, poder evaluar cuál sería el impacto de insertar la educación emocional como herramienta complementaria en el proceso de rehabilitación de drogas. Se conocen estos programas tanto de manera teórica como empírica, lo que permite establecer una concordancia con la praxis y la teoría.

Por otro lado, esta investigación se presenta como una novedad en cuanto a la propuesta de complementariedad al tratamiento en rehabilitación de drogas que usualmente se practica; por ende no establece un juicio de los modelos

establecidos; sino que permite complementar las actuales formas de trabajo en rehabilitación de drogas con una herramienta nueva, con el fin de aportar de manera concreta a la mejora de los planes y programas en rehabilitación de drogas que se utilizan en la actualidad. Como se sabe la educación emocional se ha usado mayormente en el ámbito educacional, con muy buenos resultados. Sin embargo, con esta investigación se plantea la posibilidad de insertar esta herramienta en el ámbito clínico y verificar la factibilidad de ello; de acuerdo a las apreciaciones de sus propios expertos. De otro modo, permite poder conocer cómo se aborda el tema de la drogadicción a través de terapeutas, como de sus propios usuarios, para tomar contacto con el mundo en el que viven y ver de qué manera- en el futuro- poder elaborar un instrumento que les permita desde ellos re-significar el sentido de sus propias vidas a partir del autoconocimiento.

En resumen, esta investigación permite recolectar datos relevantes que buscan ser los principios que aporten a la creación e inclusión de una nueva herramienta de trabajo que se complemente de manera concreta y eficaz, en función de las necesidades reales de los usuarios. Por tanto es importante tomar en consideración esta necesidad para la creación de esta herramienta.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL.

Establecer lo que significaría la inserción de la Educación Emocional como herramienta complementaria para el proceso de rehabilitación de drogas en Chile.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a) Describir la aplicación del trabajo en rehabilitación de drogas, sus fortalezas y debilidades.
- b) Conocer si los planes y programas de rehabilitación en drogas adoptados por CONACE integran un trabajo emocional con los usuarios.
- c) Conocer el grado de importancia que tienen las emociones en el trabajo práctico con personas en proceso de rehabilitación de drogas.

2.0 MARCO TEÓRICO

Como se ha dicho con anterioridad, la siguiente investigación pretende evaluar el impacto de insertar la educación emocional como herramienta complementaria en el proceso de rehabilitación de drogas, a partir de la opinión de los expertos tanto en educación emocional como en rehabilitación de drogas. Para ello, es necesario conocer tanto los planes y programas para la rehabilitación de drogas que se aplican en Chile como los postulados de la Educación Emocional en conjunto con su método de aplicación. En el siguiente marco teórico desarrollamos ambos temas.

Para conocer los postulados y programas de la Educación Emocional, se tomarán dos autores; quienes acuñaron el término, casi paralelamente, el año 1997 en España y 1998 en Chile. Ellos son Rafael Bisquerra A. Director del (GROP) Grupo de Recerca en Orientación Psicopedagógica de la Universidad de Barcelona; y en Chile el filósofo y Doctor en sociología de la Educación, Juan Casassus, quién además es director de la Escuela de Educación Emocional del Centro de formación Índigo, que funciona asociada a las actividades académicas de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, la UMCE, la Universidad Diego Portales, la Universidad de La Serena y a las actividades del Espacio Índigo y Centro de formación Índigo.

Posteriormente se desarrollarán los lineamientos teóricos de esta investigación, con el fin de visualizar los sustentos que permitirán realizar los análisis concluyentes de esta investigación.

2.1 POSTULADOS SOBRE EDUCACIÓN EMOCIONAL

A principios del siglo XX, la razón era el motor del desarrollo humano. Esta idea estaba fuertemente arraigada en la cultura de esa época y estaba basada en un modelo que se gestaba desde el renacimiento: “El Hombre Racional”. Gracias al pensamiento de Descartes, esta idea fue cobrando fuerza hasta llegar a ser el suceso de la modernidad.

Luego de las revoluciones europeas, que buscaban conseguir la Libertad de los pueblos; la racionalidad fue constituyéndose en la luz de la libertad, ahora las decisiones de los pueblos estaban en el orden de la razón y no de lo político. Este fue el período de las luces o Ilustración.

Hoy a principios del siglo XXI, se observa que este ser racional, no es tan libre como parece. Las decisiones, pasan también por otras dimensiones: por los gustos personales, los valores y las motivaciones íntimas. Nos damos cuenta, entonces, que las emociones tienen influencia en lo que ocurre en nuestras vidas.

Ahora no descartamos la emocionalidad e incluso se incluyen como otra dimensión para complementar al ser humano; *somos seres racionales y emocionales.*

Sin embargo, el ser emocional tampoco es libre. Las emociones nos ocurren de manera involuntaria, no podemos elegir lo que sentimos. “Sin embargo, al tomar conciencia y generar competencias en el plano emocional, esto se vuelve regulable y modulable” (Casassus, 2006, p.42).

Casassus plantea que el Ser emocional está ligado a otros, vinculado con otros, porque el foco de nuestro actuar siempre estará puesto en el otro. Si yo

siento amor, lo siento porque me enfoco en otro; esto hace que me sienta atraído a otro, en cambio, si siento indiferencia, esa emoción enfocada a otro hace que me aleje de él.

Según Casassus, “la educación emocional es el proceso de retirar aquellos obstáculos que impiden el desenvolvimiento y el despliegue de nuestro ser emocional” (Casassus, 2006, p.46)

Para Casassus es urgente entrar en este proceso de aprendizaje, pues por causa del temor y del desprecio que se ha dado a las emociones en la cultura humana, la dimensión emocional del ser humano ha sido alejada tanto en la cultura como en los procesos.

Los seres humanos somos todos parecidos porque estamos hechos de una misma estructura biológica que nos hace ser miembros de una especie humana; esto es lo que llamamos naturaleza humana.

Pero también, el ser humano es una persona y por ende, cada persona es diferente a otra; decir que el ser humano es único es decir que también es diferente a otros. Somos originales, esta diferencia se funda en que cada uno de nosotros tiene una manera particular de enfrentar la vida y de incorporar las experiencias que le ocurren. “Nuestra autenticidad tiene que ver con la fidelidad que tengamos nosotros con nuestra originalidad” (Casassus, 2006, p.47)

Otra definición de educación emocional que da sentido en este contexto de investigación es la que nos propone Rafael Bisquerra en su libro Educación emocional y bienestar, en donde plantea:

“La educación emocional es un proceso educativo continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como

complemento indispensable del desarrollo cognitivo, constituyendo ambos los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral para ello se propone el desarrollo de conocimientos y habilidades sobre las emociones con objeto de capacitar al individuo para afrontar mejor los retos que se plantean en la vida cotidiana. Todo ellos tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social.” (Bisquerra, 2005, P.243)

La educación emocional, es un proceso que se dirige a aprender, a reconocer de dónde surgen las conductas y comportamientos, para lograr vivir las emociones productivamente.

Para poder desarrollar a cabalidad en qué consiste la educación emocional, se debe dominar algunos conceptos que ayuden a clarificar mayormente la investigación. Este marco conceptual incluye, por supuesto, el concepto de emoción y la distinción entre fenómenos afectivos (emoción, afecto y sentimiento), los tipos de emoción (positivas, negativas, ambiguas y estéticas), desarrollo de la competencia emocional y la inteligencia emocional.

2.1.1 CONCEPTO DE EMOCIÓN

El concepto de emoción ha sido elaborado por distintos autores a través del tiempo, por distintas miradas, tanto la científica, biológica, social, literaria, etc., por tanto, no se puede hablar de una definición universal al respecto pues no existe un consenso acerca de lo que es una emoción. Sin embargo, sí se sabe que las emociones son de importancia vital para el buen desarrollo de los seres humanos. Bisquerra definirá emoción como “Un estado complejo del organismo

caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada.” (Bisquerra, 2005, P.61). Entendemos de esta definición que las emociones preparan al organismo para una conducta específica.

Este estado complejo del organismo se regula por lo que conocemos como “el cerebro emocional” o sistema límbico. En el texto de N, Carlson (1996) titulado FUNDAMENTOS DE PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA se explica el proceso neuroemocional. El sistema límbico, también llamado cerebro medio o cerebro emocional, es la porción del cerebro situada inmediatamente debajo de la corteza cerebral y que comprende centros importantes como el tálamo, hipotálamo, el hipocampo y la *amígdala cerebral*; éstos son los centros de la afectividad, es aquí donde se procesan las distintas emociones y el ser humano experimenta penas, angustias y alegrías intensas. La función principal de la *amígdala cerebral* es el procesamiento y almacenamiento de reacciones emocionales. El mecanismo es el siguiente; recibimos un estímulo a través de nuestros órganos sensoriales, la corteza cerebral recibe este estímulo y envía una señal a la *amígdala cerebral*, ésta decide qué representa esta señal, la que envía una orden al hipotálamo para que ponga en marcha todo el sistema de respuesta, que se genera en el (SNA) sistema nervioso autónomo, donde se encuentran el (SNS) sistema nervios simpático y (SNPS) sistema nervioso parasimpático. El SNS es el encargado de acelerar la respuesta por la secreción de adrenalina y el SNPS es el encargado de amortiguar la respuesta por la secreción de acetilcolina.

Casassus, en cambio, define emoción como “una energía vital. Esta es un tipo de energía que une los acontecimientos externos con los acontecimientos internos.” (Casassus, 2006, p.99) Esa es la cualidad que, para Casassus, hace que

las emociones se encuentren en el centro de la experiencia humana interna y social.

2.1.2 COMPONENTES DE LA EMOCIÓN

Siguiendo a Bisquerra, 2003 se puede decir que existen tres niveles diferentes en los cuales se manifiesta una emoción. De otro modo la emoción la podemos ver como el resultado de la conjunción de tres respuestas diferente a un mismo estímulo:

Manifestación Neurofisiológica: se manifiesta en respuestas como taquicardia, sudoración, vasoconstricción, hipertensión, tono muscular, rubor, sequedad en la boca, cambios en los neurotransmisores, secreciones hormonales, respiración, etc. Todo esto son respuestas involuntarias, que el sujeto no puede controlar.

Manifestación Comportamental: expresiones faciales, el lenguaje no verbal, el tono de voz, volumen, ritmo, movimientos del cuerpo, etc., permiten inferir qué tipo de emociones está experimentando.

Manifestación Cognitiva: vivencia subjetiva, que coincide con lo que se denomina sentimiento. Hace que califiquemos un estado emocional y le demos un nombre.

Según Casassus, 2006, se pueden distinguir también diferentes componentes de la emoción. Sin embargo, Casassus destaca como componente principal el sensorial; algo que se siente en el cuerpo, que puede ser lo visto, lo oído, lo olfateado, lo tocado, lo saboreado; eso es lo que provoca una sensación que puede ser agradable o desagradable.

2.1.3 FUNCIONES DE LA EMOCIÓN

La emoción nos permite reconocer lo que nos gusta o no de nuestro entorno, nos prepara para la conducta y para las relaciones sociales. De acuerdo a Bisquerra, la emoción tendría una función *motivadora* de conductas. Sirven para una buena adaptación del individuo, en el entorno, son informativas para el propio organismo o para terceros y tienen una función social donde sirven para comunicar a los demás cómo nos sentimos.

La motivación está íntimamente relacionada con la emoción. “La palabra *emoción* proviene del latín *movere* (mover), con el prefijo *e*, que puede significar hacia fuera, sacar fuera de nosotros mismos (*exmovere*).” (Bisquerra, 2005, p.61)

Por tanto, se puede decir que la principal función de la emoción es ser *motivadora de conductas*.

Como se mencionó, para Casassus el componente principal de la emoción es el sensorial, esto nos lleva a pensar que de acuerdo a un estímulo determinado cualquier persona debiera responder de la misma manera; sin embargo no es así, hay diferencias en nuestras respuestas a determinados estímulos. Casassus, presenta un simple ejemplo sobre un “chiste” que alguien hace y causa risas en algunos, atisbos de sonrisas en otros y simplemente a algunos nos les causa gracia alguna. Por tanto, se concluye que estímulos determinados no son determinantes de conductas; más bien gatillan diferentes reacciones: “las razones de nuestras acciones se encuentran “adentro” de nosotros y no están “causadas” sino “gatilladas” por el evento que ocurre “afuera”” (Casassus, 2006, p.105)

Este componente sensorial, además permite al organismo disponerse para una acción determinada, por ello es que las emociones determinan conductas; estas conductas son esenciales para la auto-conservación y supervivencia, por tanto, podemos decir “las emociones nos permiten adaptarnos” (Casassus, 2006, p.101)

2.1.4 FENÓMENOS AFECTIVOS

No es menor decir que la emoción, desde lo cotidiano, es considerada un sinónimo para conceptos como sentimiento y afecto. Es difícil discriminar entre los diferentes fenómenos emotivos, siendo bastantes los que completan el grupo; pero para esta investigación distinguiremos entre tres principalmente:

Emoción: estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que puede ser fuerte. Se relacionan con objeto emocional específico. Son reacciones afectivas, más o menos espontáneas, ante eventos significativos. Implica una evaluación de la situación para disponerse para la acción. La duración de una emoción puede ser de algunos segundos a varias horas. (Bisquerra, 2005, P.67).

Afecto: cualidad de las emociones, que puede ser positiva (afecto positivo) o negativa (afecto negativo), si bien la palabra *afecto* tiene una connotación positiva, a menos que se especifique lo contrario. Por eso, en sentido restrictivo el afecto puede

considerarse como una emoción de la familia del amor.(Bisquerra, 2005, P.67).

Sentimiento: es una de las palabras más controvertidas de todas de las que se refieren a las emociones. No llega a tener un sentido unívoco. Para algunos, los sentimientos son los componentes subjetivos o cognitivos de las emociones. En este sentido y en otros, sentimiento y afecto tienden a coincidir. Para otros, un sentimiento es una emoción que se prolonga en el tiempo: su duración puede ser indefinida. Los sentimientos se originan a partir de una emoción. Para algunos autores los sentimientos son emociones voluntarias como el rencor, aversión hacia personas, filias y fobias, amor y odio, etc. Un sentimiento puede ser positivo o negativo. (Bisquerra, 2005, P.67).

2.1.5 TIPOS DE EMOCIONES

Casassus hace la diferencia entre emociones primarias, secundarias y mixtas.

Las emociones primarias

Aparecen pocos meses después de haber nacido e incluso algunos elementos están programados ya al nacer. También se considera que una emoción es primaria, cuando ella ocurre sin que necesariamente haya o se conozca una causa o exista un objeto aparente. A veces, basta con mover algún músculo facial o ubicar

los ojos en determinadas posiciones para que se gatillen algunas de las cuatro emociones primarias. Esto está asociado al hecho de que estas emociones primarias tienen expresiones faciales universales y por lo tanto reconocibles por todos los individuos de una especie. (Casassus, 2006, p.108-109)

De acuerdo a esto se entenderá que las emociones primarias serían universales y por ende, todas las personas, independiente de nuestra lengua y cultura podemos entenderlas; serían básicas para nuestra adaptación social.

“Las emociones secundarias o derivadas, que son estados emocionales semejantes entre sí pero con diferentes matices, que pueden relacionarse con diferencias en la intensidad, duración, objeto o cualidades más sutiles que las alejan del concepto de emociones primarias propiamente.” (Casassus, 2006, p.109) Como se entiende esta definición, este tipo de emociones vendrían siendo un derivado de las anteriores (rabia, miedo, tristeza y alegría), por ejemplo el enojo o disgusto, el desánimo o melancolía, el terror o el temor, el entusiasmo o la felicidad, la ternura o simpatía.

Existen también otros estados emocionales más complejos. “se dan cuando nos ocurren en forma casi simultánea o entrelazada, como por ejemplo los celos que son una combinación de inseguridad, rabia y tristeza o la envidia que tiene algo de admiración y algo de temor.” (Casassus, 2006, p. 110-111), éstas son las emociones mixtas. Vendrían a ser emociones más difíciles de identificar, por tanto, son las emociones mixtas, las que producen mayor conflicto en cuanto a la educación emocional.

Se ha tornado muy difícil para los investigadores poder hacer una clasificación universal acerca de los tipos de emociones. Sin embargo, es claro que las emociones se mueven en un eje que va desde el placer al displacer. De acuerdo a ello, Bisquerra también hace una distinción en cuanto al tipo de emociones que existen; hablará de emociones positivas y negativas.

Las emociones negativas son desagradables, se experimentan cuando se bloquea una meta, ante una amenaza o una pérdida. Estas emociones requieren energías y movilización para afrontar la situación de manera más o menos urgente. Las emociones positivas, en cambio, son agradables, se experimentan cuando se logra una meta. El afrontamiento consiste en el disfrute y bienestar que proporciona la emoción. (Bisquerra, 2005, P.91).

También hay emociones que no se pueden considerar enteramente ni positivas ni negativas, ellas son las que llamaremos, siguiendo el texto de Bisquerra (2005) titulado EDUCACION EMOCIONAL Y BIENESTAR, emociones ambiguas; por último las emociones estéticas, que son aquellas que son respuesta de un estímulo artístico o estético, como una pintura, escultura, música, etc.

Dentro de esta clasificación Bisquerra identifica un grupo de emociones y las agrupa de acuerdo a su tipo. “Dado que se trata de una clasificación desde la perspectiva de la educación emocional, se ha intentado incluir el mayor número posible de emociones positivas.” (Bisquerra, 2005, P.95).

Clasificación de las emociones

1. Emociones negativas

Ira: Rabia, cólera, rencor odio, furia, indignación resentimiento, aversión exasperación, tensión, excitación, agitación, acritud, animadversión, animosidad, irritabilidad, hostilidad, violencia, enojo, celos, envidia, impotencia.

Miedo: Temor, horror, pánico, terror, pavor, desasosiego, susto, fobia.

Ansiedad: Angustia, desesperación, inquietud, estrés, preocupación, anhelo, desazón, consternación, nerviosismo.

Tristeza: Depresión, frustración, decepción, aflicción, pena, dolor, pesar, desconsuelo, pesimismo, melancolía, autocompasión, soledad, desaliento, desgana, morriña, abatimiento, disgusto, preocupación.

Vergüenza: Culpabilidad, timidez, inseguridad, vergüenza ajena, bochorno, pudor, recato, rubor, sonrojo, verecundia.

Aversión: Hostilidad, desprecio, acritud, animosidad, antipatía, resentimiento, rechazo, recelo, asco, repugnancia.

2. Emociones positivas

Alegría: Entusiasmo, euforia, excitación, contento, deleite, diversión, placer, estremecimiento, gratificación, satisfacción, capricho, éxtasis, alivio, regocijo.

Humor: (Provoca: sonrisa, risa, carcajada, hilaridad)

Amor: Afecto, cariño, ternura, simpatía, empatía, aceptación, cordialidad, confianza, amabilidad, afinidad, respeto, devoción, adoración, veneración, enamoramiento, *ágape*, gratitud.

Felicidad: Gozo, tranquilidad, paz interior, dicha, placidez, satisfacción.

3. Emociones ambiguas: *sorpresa, esperanza, compasión*

4. Emociones estéticas (Bisquerra, 2005, p.96)

2.1.6 DESARROLLO DE LA COMPETENCIA EMOCIONAL

La finalidad de la educación, en general, es el pleno desarrollo de la personalidad integral del individuo. El desarrollo de la competencia emocional consiste en una práctica continuada y que es parte de la integralidad del individuo.

De acuerdo a Spencer y Spencer (1993) una competencia es: "una característica subyacente de un individuo, que está causalmente relacionada con un rendimiento efectivo o superior en una situación o trabajo, definido en términos de un criterio". Esto es saber, saber hacer y saber ser.

Bisquerra dirá que una competencia emocional es "el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales". (Bisquerra, 2003), Casassus incorpora a esta definición que "la competencia emocional implica no es sólo la incorporación de dichas destrezas, sino que incluye además

un proceso de transformación en la cual una persona incorpora la conciencia y comprensión emocional.” (Casassus, 2006, p.156)

De estas definiciones de competencias emocionales de las que se habla, es importante considerar la individualidad de cada persona o de este ser original que lo diferencia de otros a la hora de evaluar estas capacidades y de cómo hacer un trabajo de educación emocional tomando este factor.

Bisquerra distingue entre las competencias emocionales, la inteligencia intrapersonal; esto es identificar las propias emociones; y la inteligencia interpersonal; es la capacidad para mantener buenas relaciones con otras persona. Esto implica dominar habilidades sociales, empatía, captar la comunicación no verbal, etc. Ambas inteligencias, son conceptos que nacen de la teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner.

2.1.7 LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Los antecedentes de la inteligencia emocional se rastrean en diferentes obras que se ocupan de ambos conceptos.

En 1920 Edward Thorndike se convertía en el precursor de lo que hoy conocemos como inteligencia emocional, al definir el concepto de inteligencia social como *la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y las mujeres..., y para actuar sabiamente en las relaciones humanas*. Posteriormente, en 1983, Howard Gardner proponía, en **Frames of mind**, la teoría de las inteligencias

múltiples, entre las que incluyó la inteligencia intrapersonal y la inteligencia interpersonal, que juntas determinan la capacidad para dirigir de forma satisfactoria la propia vida y que supusieron una nueva aproximación al concepto de inteligencia emocional.

Sin embargo, la expresión inteligencia emocional, que engloba un conjunto de habilidades relacionadas con el procesamiento emocional de la información, no fue introducida en el ámbito de la psicología hasta 1990, de la mano de Peter Salovey y John D. Mayer. Ellos la han definido como “la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y las de los demás, promoviendo el crecimiento emocional e intelectual. (Mayer y Salovey, 1997).

Finalmente, fue Daniel Goleman quien desveló este concepto ante la aldea global, en su famosa obra. La inteligencia emocional (1995), un best seller del que se han vendido más de 5.000.000 de ejemplares en treinta idiomas. Según dicho autor, los principales componentes de la inteligencia emocional son los siguientes: autoconocimiento emocional (conciencia de uno mismo), autocontrol emocional (autorregulación), automotivación, reconocimiento de emociones ajenas (empatía) y habilidades sociales para las relaciones interpersonales. (Palomero, 2005)

Gracias a la obra de Goleman, el concepto de Inteligencia Emocional se hizo popular entre la sociedad de investigadores y el común de las personas,

permitiendo un auge en las investigaciones posteriores para llegar al concepto de Educación Emocional. Sin embargo cabe destacar, que antes de Goleman en el año 1983, con la publicación del libro *Frames of Mind* de H. Gardner, empezó a hablarse de inteligencia, no sólo como altas habilidades verbales o matemáticas; sino de una manera más integral. Gardner propone la existencia de ocho inteligencias: lógico-matemática, musical, corporal-kinestésica, lingüística, espacial, naturalista, intrapersonal y una inteligencia interpersonal. Estas dos últimas, serían competencias fundamentales a desarrollar según la educación emocional.

“Otro aspecto de las inteligencias múltiples consiste en que se las puede conceptualizar en tres categorías amplias. Cuatro de las ocho inteligencias; espacial, lógico-matemática, corporal-cinestésica y naturalista, se consideran formas de inteligencia “objetivas / relacionadas con el objeto. Estas capacidades se encuentran controladas y conformadas por los objetos con los que los individuos interactúan en su entorno. Por el contrario, las inteligencias “abstractas”, verbal-lingüísticas y musicales, no dependen del mundo físico, sino de los sistemas lingüísticos y musicales. La tercera categoría consiste en inteligencias “relacionadas con la persona” en la que las inteligencias inter e intrapersonal reflejan un poderoso juego de equilibrios”(http://www.uam.es/departamentos/medicina/psiquiatria/psicomed/psicologia/descargas/Superdotados%20(D)/inteligencias.htm)

Las competencias que se desarrollan en la educación emocional, tienen ligazón directa con estas dos inteligencias. “Si somos incapaces de sentir tristeza o alegría, no podremos sentirnos tristes o alegres con la tristeza o alegría del otro.” (Casassus, 2006, p.153)

2.2 TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN DE ABRAHAM MASLOW

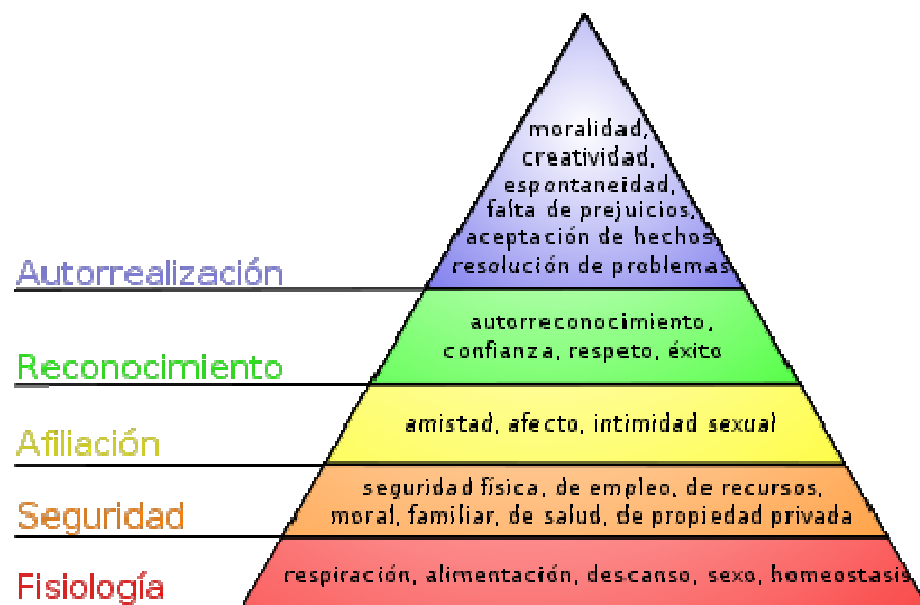
Otra manera de explicar los problemas de adicción y que es importante mencionar es el tema motivacional de la persona con problemas de consumo.

Abraham Maslow, trabajó como profesor de Psicología en la Universidad de Nueva York (antes, Brooklyn College) y en la Universidad Brandeis y fue uno de los principales fundadores de la Psicología Humanística. Junto con Carl Rogers, contribuyó a establecer esa doctrina como tercera fuerza dentro de la profesión psicológica norteamericana.

Una de las afirmaciones decisivas de Maslow es que en los seres humanos hay una tendencia innata a sacar el mayor partido posible de sus propios talentos y potencialidades, ésta tendencia del ser humano fue denominada por él como autorrealización.

Maslow no consideraba a las personas como víctimas de la vida. Las personas pueden caer en diversas trampas psicológicas, que a veces, las conducen a la desesperanza y la desmoralización, pero gracias a su inteligencia y voluntad pueden salir de estas trampas y descubrir nuevamente que la vida merece ser vivida.

Maslow, también propuso una ordenación jerárquica de las motivaciones, conocida como la *pirámide motivacional de Maslow* (1968). Para él la persona tiene la capacidad inherente de autorrealizarse y este crecimiento personal gobierna y organiza todas las demás necesidades. Las necesidades humanas siguen para Maslow un orden concreto; primero están las *fisiológicas* (como la regulación de la temperatura corporal, el hambre, la sed y todo lo que conlleva la supervivencia del organismo), luego la necesidad de *seguridad* (protección), la de *afiliación* (afecto y pertenencia a un grupo), la de *estima*, que se divide en la estima alta, que concierne a la necesidad del respeto a uno mismo y la estima baja que concierne al respeto de las demás personas (necesidad de atención, aprecio, reconocimiento) y finalmente la de *autorrealización*, que son las necesidades más elevadas y se consiguen cuando las necesidades más básicas han sido satisfechas, al menos hasta cierto punto.



Las personas autorrealizadas presentan una serie de cualidades tales como:

- Son personas centradas en la realidad, que saben diferenciar lo real de lo ficticio.
- Son personas que se centran en los problemas, que los enfrentan en virtud de sus soluciones.
- Tienen una percepción diferente de los significados y los fines.

En sus relaciones con los demás las personas autorrealizadas son personas con una necesidad mayor de privacidad donde esa situación les provoca comodidad, son independientes de la cultura y el entorno dominante y resistente a la enculturación; no son susceptibles a la presión social. Tienen un sentido del humor no hostil, buena aceptación de los sí mismo y de los demás; creativos, inventivos y originales.

Para Maslow las necesidades situadas en estratos inferiores o niveles más bajos de la pirámide están relacionadas con la supervivencia del individuo, son las primeras que aparecen y las que poseen mayor fuerza, ya que si no se satisfacen el organismo puede morir. Esta jerarquía impone que para satisfacer una necesidad de un nivel superior, primero se debe satisfacer una necesidad inferior previa. Finalmente, a medida que ascendemos en la pirámide, nuestras necesidades cambian de objetivo y pasan de ser *necesidades de falta o privación* a ser *necesidades de crecimiento o autorrealización*.

En este sentido cabe destacar que sólo las necesidades NO satisfechas influyen en el comportamiento de las personas. De esta manera se entiende (en el caso de las adicciones) que las personas que no han satisfecho en alguna medida

sus necesidades más básicas son las que incurren en conductas de riesgo en relación a la adquisición y consumo de alguna droga o alcohol.

2.3 LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN DE DROGAS

Los lineamientos técnicos para el tratamiento de las personas con problemas asociados al consumo de drogas, son el resultado del trabajo del área técnica de (CONACE) el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. El objetivo que tienen estos lineamientos es “generar y establecer una plataforma conceptual, común y compartida, sobre los principales conceptos del problema de las drogas y las posibilidades de intervenciones terapéuticas más eficaces que hoy existen” (CONACE, 2004, p.5). Para mejorar la calidad del tratamiento no basta sólo con una mayor inversión, sino se deben establecer criterios de calidad que posibiliten la eficacia de él. Así mismo los programas de tratamiento deben adaptarse al contexto particular de cada usuario y a las condiciones socioeconómicas del país; para ello no se pueden pasar por alto algunos aspectos, por ejemplo lo complejo del fenómeno de la drogadicción y por ende las múltiples necesidades de tratamiento; se debe tener claro que “ningún tratamiento es eficaz en todos los casos. Las personas pueden necesitar diversas clases de tratamiento, integrados y coordinados eficazmente en los distintos momentos y etapas en que pidan ayuda” (CONACE, 2004, p.6).

Para dar respuesta a esta necesidad, el Estado de Chile crea la Estrategia Nacional de Drogas que busca “rehabilitar y reinserter socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas, mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción” (CONACE, 2004, p.7).

Si bien esto es lo que se propone hay que tener en consideración un elemento, basado en la construcción de este marco y tiene referencia a la motivación y decisión tomada por el que inicia el proceso y desde ahí se verá como estos planes tienen efectividad en las personas.

2.3.1 LOS PARADIGMAS DE INTERVENCIÓN

Existen tres grandes corrientes entre las prácticas asistenciales en drogodependencias. Estas corrientes son el resultado de la evolución del tratamiento de las drogas en el país, consecuencia directa del cambio en la percepción de tal fenómeno. De este modo las tres corrientes imperantes en la actualidad son:

- Programas libres de drogas.
- Programas de mantenimiento opiáceo asociado a un fuerte componente psicosocial (para los dependientes a opiáceos).
- Programas de reducción de riesgos y daños, de menor exigencia, adaptados a la realidad de las personas con problemas derivados del consumo de drogas y con presencia de otras características que aumentan la problemática, con el objetivo de mejorar la adherencia a tratamiento.

Mantener una única postura ante el problema de las drogodependencias sólo hace que el programa fracase, pues el programa debe ser tan flexible que permita ajustarse a la complejidad del fenómeno.

Los expertos en este tema, apuntan hacia la necesidad de un modelo integrador. Un proyecto terapéutico global, abierto y flexible. Abierto y con diferentes puertas de acceso desde varios programas y fases; flexible como para conferir posibilidades reales de pasar de unas etapas a otras, en función de las realidades, posibilidades y decisiones de cada uno y, evidentemente, de las modificaciones de todas éstas (CONACE, 2004, p.8).

2.3.2 CONCEPTO DE TRATAMIENTO

El tratamiento de drogodependencias puede definirse como “una gama de intervenciones, estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole, causados por el abuso y/o dependencia de drogas, aumentar u optimizar el desempeño personal y social” (CONACE, 2004, p.9). Un proceso de tratamiento debe buscar más que sólo el abandono del consumo, debe buscar armonizar a la persona en su funcionamiento, buscar una armonía personal y en relación con entorno social. Los tratamientos se orientan a diferentes niveles, a las personas, a las familias, al contexto comunitario inmediato y al entorno social más amplio o por lo menos deberían abarcar estos diferentes ámbitos.

El fenómeno de la drogodependencia es un fenómeno muy complejo, de naturaleza biopsicosocial, en él coexisten los planos biológico, psicológico y social; por ellos debe ser abarcado desde una perspectiva multidisciplinaria. En la práctica las intervenciones en cada plano corresponden a un especialista, así la intervención en el plano biológico coincide con la intervención que realiza el médico en el área sanitaria. Realiza la desintoxicación, prescripción farmacológica, seguimiento y control de las patologías, etc., esta intervención “tiene por objetivo disminuir y controlar los efectos que provocan las drogas en la psiquis y en el soma” (CONACE, 2004, p.10)., en el plano psicológico, el responsable es el psicólogo o médico con formación psicoterapéutica, mediante la utilización de procedimientos y técnicas relativas a su campo, “asumiendo con ellos la responsabilidad de la rehabilitación” (CONACE, 2004, p.10). Por último, en plano social los responsables son asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, educadores y otros profesionales afines; el objetivo es “apoyar la reinserción familiar, social educacional y laboral” (CONACE, 2004, p.10).

“Un tratamiento es efectivo cuando responde a todas las necesidades de la persona y no sólo al uso de drogas” (CONACE, 2004, p.12).

2.3.3 LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

El consumo de drogas es una conducta de riesgo que debe ser abordada preventivamente, ya sea de forma selectiva o indicada.

La prevención selectiva está orientada a un segmento de población que se halla expuesto a diferentes factores de riesgo, es un grupo de personas con posibilidades de que el consumo se transforme en problemático.

La prevención indicada está orientada a las personas que ya están con consumo sistemático de drogas y por ende con gran probabilidad de que el consumo se transforme en problemático.

Existe un grupo menor que presenta problemas personales familiares y/o sociales y se disfuncionalizan parcial o totalmente. Según (CIE X) Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento, se clasifican como consumidores/as perjudiciales. Las personas que además de presentar complicaciones psicosociales parciales o totales, manifiestan síndrome de abstinencia, tolerancia y craving (deseo incontrolable) se clasifican como dependientes a droga. “Las personas con diagnóstico de abuso y dependencia a sustancias (consumo problemático), son las que requieren tratamiento, rehabilitación, reinserción e integración social” (CONACE, 2004, p.14).

2.3.4 INTERVENCIONES PARA LA POBLACIÓN CONSUMIDORA PROBLEMÁTICA QUE NO DECLARA DESEAR TRATAMIENTO

4.4.1 ESTRATEGIAS DE SENSIBILIZACIÓN E INFORMACIÓN

Los encargados son las autoridades político sanitarias y el objetivo es informar a la población general, a través de campañas masivas de información y de estrategias que orienten la búsqueda de atención, acerca de la magnitud del

problema, es decir, prevalencia del consumo en general y de abuso y dependencia. Deben además mostrar evidencia científica de las consecuencias del consumo problemático y las razones por qué se justifica invertir en programas de tratamiento y rehabilitación.

2.3.5 ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN PRECOZ

Por detección precoz se entiende el proceso de identificación de personas con problemas asociados al consumo de drogas. Para ello, es necesario conocer las particularidades de la población objetivo, luego de la identificación se debe evaluar “el estadio motivacional en el que se encuentran y dirigirlo hacia una motivación de cambio que le posibilite la toma de decisión y el ingreso a un tratamiento” (CONACE, 2004, p.16). El trabajo que se realiza con estas personas está relacionado con el ámbito de intervención, ya sea ámbito comunitario, educacional, de salud, penitenciario o laboral.

La finalidad es poder detectar o evitar que personas que tienen consumos ya sean por exploración, esporádicos, etc. Se logre intervenir evitando que se transformen en personas con consumo abusivo o problemático de sustancias.

2.3.6 ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES

Motivación es definido como “un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar en el tiempo y de acuerdo a diferentes circunstancias” (CONACE, 2004, p.18).

El modelo que se utiliza para la estrategia motivacional en Chile es el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Di Clemente, que distingue cinco estadios de cambio. A saber: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

En la etapa de pre-contemplación la persona no se da cuenta de que existe un problema, pues no ha tomado conciencia de ello; por ello el consumidor no estará dispuesto a buscar ayuda ya que no acepta que hay un problema. Aquí la dependencia continúa y se siguen acumulando consecuencias negativas para la persona. En esta etapa la persona necesita información y feedback a fin de que pueda aumentar su conciencia del problema y la posibilidad de cambiar.

En la etapa de contemplación, se inicia el desarrollo de toma de conciencia pues las evidencias de daño son más claras para la persona, sin embargo esta toma de conciencia aún no genera acciones concretas. Existe en este estadio una ambivalencia que la caracteriza, oscila entre las razones para cambiar y aquellas para continuar en consumo. En esta etapa se trata de guiar a la persona a inclinar la balanza hacia las razones para el cambio y los riesgos de no cambiar.

En la etapa de preparación, las personas se motivan a buscar ayuda porque saben que deben hacer algo para resolver el problema. Sin embargo, aún no están totalmente dispuestos a invertir energía en el cambio. En esta etapa, la persona necesita toda la influencia positiva que se pueda entregar, apoyo social, familiar y profesional; se trata de guiar a la persona a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio y a la vez, recalcar que el cambio es lento y paulatino, que debe ser perseverante y trabajar para mantenerse motivado.

En la etapa de la acción la persona ya está dispuesta a tomar la responsabilidad de su actuar y de invertir la energía necesaria para cambiar, sin embargo esa energía debe ser bien canalizada para no apresurarse en el proceso. En esta etapa se comienza con el inicio de la terapia, la disminución del consumo y cambios de hábitos.

En la etapa final de mantenimiento se trabaja por la mantención de la abstinencia, se acompaña a la persona para que valore el esfuerzo y tiempo invertido en el tratamiento y para que se mantenga conciente de la tendencia a la recaída. Se ayuda a la persona a identificar y utilizar las estrategias aprendidas y aprender nuevas habilidades para mantener el cambio.

La adicción tiene una tendencia natural a la recaída, esto por causa de elementos estructurales que los adictos han aprendido durante su etapa de consumo, estos elementos se mantienen aunque hayan aprendido nuevos hábitos de comportamiento. Por ello, se requiere un exhaustivo entrenamiento en prevención de recaídas.

2.3.7 INTERVENCIONES PARA LA POBLACIÓN CONSUMIDORA PROBLEMÁTICA QUE DECLARA DESEAR TRATAMIENTO

Como se mencionó anteriormente, la intervención terapéutica para personas con consumo problemático de drogas, debe contemplar una visión amplia, que incorpore todas las dimensiones de la problemática. “Cuando la intervención integra todos los ámbitos de la vida de la persona, se facilita la comprensión y

búsquedas de factores o variables que pudieran haber contribuido a su actual situación” (CONACE, 2004, p.24). Al intervenir desde el enfoque biopsicosocial se busca el mejoramiento de la calidad de vida de la persona consumidora, apoyarla en su reinserción social, familiar y laboral y en la construcción de un estilo de vida alternativo al del consumo, enfatizando la intervención en el proceso terapéutico, de acuerdo a las necesidades de cada persona.

En la actualidad, existe consenso en que es necesario implementar planes de tratamiento integrales, que consideren la integración de distintos métodos desde una perspectiva biopsicosocial, con servicios de acceso directo y oportuno a la población que requiere atención y con tratamientos estructurados” (CONACE, 2004, p.24).

2.3.8 SERVICIOS DE ACCESO DIRECTO

Estos servicios no ofrecen un tratamiento formal, sino que actúan como puntos importantes de primer contacto. En nuestro país existe la instancia comunal de CONACE, *Previene*, esta instancia orienta, informa y refiere eficazmente al programa de planes de tratamiento. Esta puerta de entrada está destinada principalmente a la atención primaria de salud que tiene la responsabilidad de acoger la demanda, evaluar la situación y referir, según necesidad, al plan de tratamiento instalado en la red de atención de salud.

Fonodrogas es un servicio de atención telefónica gratuito de CONACE que opera como orientador confidencial a la población que lo requiera.

Además de estas dos instancias de CONACE existen también los grupos de autoayuda que son un referente de apoyo, acogida, contención y, en ocasiones apoyo paralelo al tratamiento.

2.3.9 TRATAMIENTOS ESTRUCTURADOS

Por tratamiento estructurado se entiende aquel que se basa en una valoración diagnóstica de la problemática, en la elaboración de planes de atención con objetivos establecidos de acuerdo a las necesidades de las personas y su contexto, con una estructura y duración definidas (CONACE, 2004, p.26).

Existen modalidades residenciales y ambulatorias y se diferencian en su grado de contención. Las modalidades residenciales tienen una mayor contención, estructura más definida, intensos calendarios de sesiones educacionales, terapéuticas y de formación individual y en grupo, para promover la rehabilitación.

2.3.10 INTERVENCIÓN EN CRISIS: INTOXICACIÓN AGUDA

La intoxicación aguda es un estado transitorio, consecutivo al consumo de alcohol u otra sustancia psicoactiva, que provoca una alteración en los niveles de la conciencia, cognitivo, perceptual, afectivo, conductual o en las funciones y respuestas psicofisiológicas” (CONACE, 2004, p.27).

Estos estados son atendidos en los Servicios de Urgencia, bajo control médico.

2.3.11 DESINTOXICACIÓN: ETAPA DE ESTABILIZACIÓN

La desintoxicación clínica es la etapa inicial e intensiva del tratamiento. En estos programas, habitualmente residenciales, se administra un tratamiento de desintoxicación bajo supervisión médica. Las personas usuarias problemáticas de ciertas drogas (opioides y drogas sedantes e hipnóticas), muy probablemente sufrirán complicaciones relacionadas con la abstinencia y requerirán un proceso de privación (desintoxicación) con supervisión médica” (CONACE, 2004, p.27).

El programa de desintoxicación busca el logro de la abstinencia en la forma más segura y cómoda posible. Sin embargo, “la desintoxicación no constituye, por sí misma, un tratamiento de rehabilitación y no es suficiente para que las personas logren una abstinencia duradera” (CONACE, 2004, p.28).

2.3.12 DESINTOXICACIÓN EN RÉGIMEN AMBULATORIO

Son indicados cuando la persona puede abstenerse de consumir drogas sin salir de la comunidad. Habitualmente, la desintoxicación se inicia en el centro que ejecuta el programa o en el domicilio de la persona, va acompañado de un período de estabilización donde se administran sustancias de apoyo.

2.3.13 DESINTOXICACIÓN A CORTO PLAZO EN RÉGIMEN DE INTERNACIÓN O RESIDENCIAL

Es usado principalmente para el tratamiento de la intoxicación severa, el síndrome de abstinencia y/o sus complicaciones.

Los objetivos fundamentales de etapa son acoger, evaluar, diagnosticar agudamente (situación de consumo, comorbilidad psiquiátrica y física, estado motivacional y compromiso psicosocial). Se deben aplicar estrategias motivacionales de manera que la motivación existente se mantenga para continuar el tratamiento.

Debe destacarse que esta internación es muy breve y que, si es bien trabajada por los terapeutas, puede convertirse en el inicio de un tratamiento de rehabilitación.

En resumen este tipo de desintoxicación o servicio se da en unidades de drogas o alcohol habilitados en hospitales psiquiátricos o servicios de salud, como también en servicios privados

2.3.14 REHABILITACIÓN: ETAPA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Aquí se atiende las necesidades de las personas que han concluido la fase de desintoxicación. Tienen por objeto “cambiar el comportamiento de los pacientes

para que puedan poner freno al deseo de consumir sustancias” (CONACE, 2004, p.30).

2.3.15 INTERVENCIONES COMUNITARIAS Y AMBULATORIAS

Ofrecen un plan de atención psicoterapéutica o asesoramiento general, este plan suele ser a medida de las necesidades de cada usuario y con arreglo de gestión de casos. El método se basa principalmente en las características del usuario, de sus problemas, factores de tensión, recursos personales, etc. Se establecen metas que cada persona debe alcanzar durante el tratamiento.

En muchos países, la mayoría de los consejeros utilizan técnicas cognitivo conductuales y motivacionales centradas en el usuario y ofrecen un tratamiento cuya duración oscila entre una intervención breve, de una a tres sesiones, y un programa estructurado de varios meses de duración (CONACE, 2004, p.30).

En la actualidad existen ciento nueve centros que ofrecen planes estructurados ambulatorios básicos, y cincuenta y seis que ofrecen planes ambulatorios intensivos.

2.3.16 INTERVENCIONES Y PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN RESIDENCIAL

Existen dos tipos de planes en rehabilitación residencial, a corto plazo, que incluye plan de desintoxicación en la primera etapa y tiene una duración entre treinta y noventa días. Los programas de largo plazo tienen una duración de seis meses a un año, sin embargo, por lo general no contemplan la abstinencia con supervisión médica. El modelo más conocido en rehabilitación residencial a largo plazo es la “comunidad terapéutica”. Actualmente en nuestro país, existen cuarenta y cuatro centros acreditados que ofrecen planes estructurados residenciales a largo plazo, pero aún siguen constituyendo un desafío.

2.3.17 INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

El tratamiento psiquiátrico está dentro de las modalidades de tratamiento y rehabilitación, ambulatorias y/o residenciales.

Desde la década de los 80' y 90', buscó la rehabilitación, poniendo el énfasis en el diagnóstico clínico, la psicoterapia y la farmacología. En esta última se han hecho grandes esfuerzos para conseguir drogas agonistas y antagonistas, que pudieran favorecer la extinción de la dependencia a sustancias psicoactivas. Muchos de los medicamentos utilizados han tenido como meta solucionar el problema de la adicción. Los resultados de esta utilización a largo plazo, han sido escasos, por lo que prosigue la investigación

dirigida, entre otros aspectos, bloquear los efectos de las drogas en el circuito del placer a través del hallazgo de nuevas sustancias o de vacunas (CONACE, 2004, p.32).

2.3.18 ORIENTACIONES TÉCNICAS

Siguiendo el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), salud no es sólo ausencia de enfermedad, sino que se define como el estado de bienestar biopsicosocial que puede ser alterado, entre otras causas, por un consumo problemático de sustancias.

Para promover este estado de bienestar biopsicosocial, CONACE ha definido siete principios orientadores para el trabajo en tratamiento de rehabilitación de drogas.

- Considera el consumo problemático de drogas un fenómeno multicausal y multifactorial.
- Aspira a la suspensión del consumo y al alcance de un estilo de vida alternativo, que favorezca la integración a una vida normalizada.
- Desestigmatizar a la persona con consumo problemático, en cuanto a un sujeto de derecho.
- Valorar y considerara los logros parciales y el camino al bienestar.
- Apuesta porque el acompañamiento terapéutico sea desde un enfoque biopsicosocial de intervención.

- Los planes de tratamiento son ajustados al perfil de la persona y su problemática.
- Considera básico, la existencia de una red asistencial coordinada y capaz de responder a las necesidades locales.

2.3.19 REHABILITAR Y REINSERTAR

Actualmente, en los centros de rehabilitación existen algunos instrumentos que permiten establecer niveles de calidad básicos para su funcionamiento. Aún así, existen diferencias sustanciales entre un centro y otro, que tienen que ver por ejemplo con la formación del personal, modelos utilizados, actividades realizadas, etc.

Junto con el Ministerios de Salud, CONACE ha establecido un mecanismo de supervisión y asesoría a los centros con convenio CONACE-FONASA. Se ha potenciado un proceso de capacitación continua, destinado a los equipos terapéuticos públicos y privados que permite el desarrollo de habilidades y destrezas terapéuticas para el abordaje de la atención y la actualización de los conocimientos.

2.3.20 MEJORAMIENTO DEL ACCESO A RESPUESTA TERAPÉUTICA

La oferta de tratamiento en sus diferentes casos es un desafío para la política pública, pues a pesar de que el programa *Previene*, es la principal fuente de detección en el abuso de drogas, la oferta de tratamiento sigue siendo escasa.

Para aminorar este problema se han definido grupos específicos de población, entre ellos: población infanto-adolescente, población femenina y población reclusa en sistema penitenciario.

El nivel primario de atención se vuelve muy importante para la detección de la población con consumo problemático, pues a él acuden personas con diversos problemas de salud; aquí se han realizado diversos tipos de capacitación conceptual, teórica y de habilidades en estrategias de detección.

2.3.21 OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO Y REINSERCIÓN

El tratamiento de las drogodependencias se entiende como un proceso cuyo objetivo final es el de la recuperación personal y social de la persona con problemas asociados al consumo de drogas, que logre cambiar a un estilo de vida incompatible con el uso de drogas (CONACE, 2004, p.38).

Para cumplir con ello, los programas se han dividido en tres etapas o fases. La primera fase tiene por finalidad la abstinencia, es la desintoxicación. Luego comienza el proceso de tratamiento-rehabilitación biopsicosocial; se realiza una evaluación de las áreas afectadas por consecuencias del consumo y se deciden los objetivos terapéuticos a alcanzar. Es importante que los programas de tratamiento sean específicos y que se desarrollen como un parte de un tratamiento integrado, que busque abordar todos los espacios problemáticos que se relacionan con el consumo. Al final, es la fase de reinserción social; aquí, principalmente se realizan

actividades orientadas al entrenamiento de habilidades que favorezcan la integración social de la persona a una vida normalizada. “Se trata de entrenar a la persona para que logre insertarse socialmente en condiciones similares al resto de las personas” (CONACE, 2004, p.39).

Se hace importante entonces la “preparación para el control de las respuestas emocionales cuando éstas puedan volver a ser problemáticas” (CONACE, 2004, p.40).

2.3.22 DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES EN TRATAMIENTO

Para la definición de las intervenciones terapéuticas y la contemplación del diseño de intervención es importante tener en cuenta las características particulares de cada persona. Entre esas características, por ejemplo se cuentan la edad, sexo, cultura, situación socioeconómica, nivel de educación, embarazo, clases de drogas consumidas, cantidad y frecuencia de uso, vías de administración de la droga (oral, por inhalación, por inyección intramuscular o intravenosa), factores protectores o de apoyo y tensión en el entorno físico y social, y los recursos disponibles y otros factores personales favorables.

2.3.23 ATENCIÓN A GRUPOS ESPECÍFICOS

Las necesidades de tratamiento también son definidas de acuerdo a la especificidad de él. Si bien, hay estrategias generales de intervención para la mayoría de las personas, también existen diseños con cierta especificidad, que se

relacionan por ejemplo con las diferencias sexuales, etapa en el ciclo de vida, presencia de comorbilidad psiquiátrica y/o somática, viviendo en situación de calle, si está recluido en el sistema penal, entre los más relevantes y como se mencionó con anterioridad.

2.3.24 HACIA DONDE SE DIRIGEN LOS MODELOS DE TRATAMIENTO

La ciencia ha hecho grandes progresos en los últimos años, pero todavía no se pueden explicar totalmente los procesos fisiológicos y psicológicos que transforman el “uso” voluntario controlado del alcohol o de otras drogas, en una “dependencia” involuntaria incontrolada, de esas sustancias, para la cual todavía no existe cura.

Lo que se puede hacer es tratar ese fenómeno eficazmente y ofrecer beneficios tangibles, a cambio de la inversión que haga la sociedad en tratamiento (CONACE, 2004, p.45).

Al parecer la variable independiente que indica más claramente los efectos de éste es la duración del tratamiento. Sin embargo, “la motivación personal para ingresar o iniciar un proceso de tratamiento desempeña un papel fundamental en cuanto a la participación sostenida en el mismo” (CONACE, 2004, p.46), más allá de las presiones externas, ya sean familiares, laborales o judiciales.

En el consumo problemático de drogas, al igual que otras enfermedades, se hace imposible predecir cuándo una estrategia de cuidados intensivos puede dar lugar a la remisión completa.

En cuanto a la drogodependencia se hace muy importante tener cierta información a la hora de pensar un tratamiento por ejemplo:

- La educación no corrige la drogodependencia, no se trata simplemente de un problema de falta de conocimientos.
- Las consecuencias del consumo de alcohol y drogas, parecen ser estímulos importantes para someterse a tratamiento.
- Muy pocas personas dependientes a sustancias logran beneficiarse de un planteamiento de tipo correctivo por sí solo. En todas las formas de intervención de la justicia penal, se registran tasas de recaída de más del 70%.
- En el caso de la adicción, no se trata simplemente de que la persona se estabilice y elimine las drogas del organismo. Las tasas de recaída después de los tratamientos de desintoxicación son aproximadamente, las mismas que después del encarcelamiento. (CONACE, 2004, p.47).

De esta forma se concluye que los tratamientos más apropiados para el abuso/dependencias de drogas, son aquellos que consideran todos los ámbitos de la persona y la complejidad del fenómeno, que busquen como fin último la restitución de la salud de la persona, la reinserción social y la mantención de una actitud de vida diferente no coherente con el uso de drogas. Pero se hace vital que la persona que desee este cambio y ese es el punto de partida que dará el vamos,

para posteriormente tomar en cuenta la individualidad de la persona con el fin de elaborar las estrategias acordes para él.

3.0 MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE METODOLÓGICO.

Las investigaciones pueden tener variadas clasificaciones de acuerdo al tipo de criterio que se empleen en ellas, se pueden clasificar de acuerdo a su dimensión temporal, en función del nivel de manipulación y de control, y de acuerdo al tipo de información que recogen.

De acuerdo al tipo de información que esta investigación recoge se puede clasificar dentro de las investigaciones Cualitativas. La investigación cualitativa tiene como fin ir en la búsqueda de información que le permita describir las *cualidades* de un fenómeno. Estos datos descriptivos son tomados de los propios relatos de las personas ya sean habladas o escritas. Para Taylor y Bogdan la Investigación Cualitativa “consiste en más que un conjunto de técnicas para recoger datos, es un modo de encarar el mundo empírico” (Taylor & Bogdan, 1996, p. 20)

Desde este enunciado se elabora una idea más amplia de lo que se entenderá por investigación cualitativa:

- La investigación cualitativa es inductiva.
- Tiene una perspectiva holística, esto es que considera el fenómeno como un todo.
- Se trata de estudios en pequeña escala que solo se representan a sí mismos.

- Hace énfasis en la validez de las investigaciones, a través, de la proximidad a la realidad empírica que brinda esta metodología.
- No suele probar teorías o hipótesis. Es, principalmente, un método de generar teorías e hipótesis.
- No tiene reglas de procedimiento. El método de recogida de datos no se especifica previamente. Las variables no quedan definidas operativamente, ni suelen ser susceptibles de medición.
- La base está en la intuición. La investigación es de naturaleza flexible, evolucionaría y recursiva.
- En general, no permite un análisis estadístico.
- Se pueden incorporar hallazgos que no se habían previsto.
- Los investigadores cualitativos participan en la investigación a través de la interacción con los sujetos que estudian, es el instrumento de medida.
- Analizan y comprenden a los sujetos y fenómenos desde la perspectiva de los dos últimos; debe eliminar o apartar sus prejuicios y creencias.

De acuerdo a lo antes señalado esta Investigación es de carácter Cualitativo ya que busca conocer las cualidades de un fenómeno; en este caso, el proceso de rehabilitación de drogas, a partir de los relatos de sus propios protagonistas; usuarios, terapeutas y encargados de las comunidades terapéuticas de rehabilitación.

3.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo al nivel de manipulación y grado de control de esta investigación, se clasifica como descriptiva. Alude a realizar una investigación o proceso investigativo centrado en la medición de diversos aspectos o variables presentes en la investigación, tales como conceptos, objetos, personas, etc. Principalmente, este tipo de estudios busca medir las distintas variables sin buscar una causa y efecto de ellas, por lo tanto, se realiza una medición de las variables de manera completamente independiente.

A diferencia de otras investigaciones, esta en particular necesita de conocimientos específicos sobre lo que se busca responder.

La investigación descriptiva, busca describir una situación, fenómeno, proceso o hecho social para formular, en base a esto, hipótesis precisas.

Según la dimensión temporal de la investigación, esta se clasifica como transeccional. Lo transeccional se refiere a que la investigación debe centrarse en un momento o espacio temporal preciso y determinado, con respecto a la recolección de los datos y cómo las variables influyen en ese momento. Significa que debe hacerse un corte temporal para realizar la investigación y no un seguimiento en el tiempo de las variables a investigar.

De acuerdo a lo anteriormente señalado, esta investigación se entiende como descriptiva-transeccional, pues busca - en un momento determinado - describir la actual forma de trabajo en rehabilitación de drogas; sus fortalezas y debilidades y a su vez busca describir los postulados de la educación emocional junto con sus

programas. De esta forma pretende establecer lo que significaría insertar la Educación Emocional como herramienta complementaria para el proceso de rehabilitación de drogas en Chile, a través de los relatos de sus propios protagonistas y expertos.

3.3 DELIMITACIÓN DEL CAMPO A ESTUDIAR.

Para poder cumplir con los objetivos que se han propuesto en esta investigación, se necesita investigar dos ámbitos diferentes; por un lado se necesita conocer qué es la educación emocional junto con sus planes y programas y por otro lado la actual forma de trabajo en rehabilitación de drogas; sus fortalezas y debilidades. Por ello esta investigación presenta dos muestras diferentes, una correspondiente a cada ámbito de investigación. De acuerdo a ello la población que comprende esta investigación corresponde a expertos - en ambas áreas - que permitan recolectar la información necesaria para establecer los análisis necesarios que responderán al objetivo general de investigación: establecer lo que significaría la inserción de la Educación Emocional como herramienta complementaria para el proceso de rehabilitación de drogas en Chile.

3.4 TIPO DE MUESTREO

Siguiendo el texto de Valles, el tipo de muestreo que se utilizó en esta investigación es la elección estratégica de casos. En este tipo de muestreo, se seleccionan los casos a partir de la información que se quiere recolectar. Se utiliza cuando “el objetivo del estudio, es la resolución de un problema que requiere evaluación o investigación participativa” (Valles, M. 2003, P. 92). En este caso como lo que se pretende es establecer lo que significaría el insertar la educación emocional al proceso de rehabilitación de drogas, se necesita conocer la opinión de sus principales actores, en el caso de las Comunidades Terapéutica (CCTT) la opinión de los usuarios y terapeutas; por otro lado la opinión de los especialistas en educación emocional y en rehabilitación de drogas. Para ello se establecen algunos criterios que son:

a) Para las CCTT:

- Accesibilidad; ubicadas en la ciudad de Santiago
- CCTT con programa intensivo de rehabilitación.
- Que estén regidas por los planes y programas de CONACE
- Que estén bien evaluadas por CONACE

a.a) Para los Terapeutas de las CCTT:

- Que tengan mínimo un año de experiencia en el trabajo de rehabilitación drogas.

a.b) Para los Usuarios de las CCTT:

- Que se encuentre en una fase intermedia del proceso de rehabilitación o que estén por segunda o tercera vez en tratamiento (recaídas).

b) Para los expertos en Educación Emocional:

- Que tengan especialización en el tema.
- Que se desarrollen profesionalmente en el área de educación emocional, ya sea en el ámbito educativo, clínico, comunitario o laboral.

c) Para los expertos en rehabilitación:

- Que tengan especialización en el tema.
- Que se desarrolle profesionalmente en el ámbito de rehabilitación de drogas.

3.5 MUESTRA

Fueron elegidas dos CCTT para la recolección de datos, primero la CCTT Talita Kum, ubicada en la comuna de Conchalí, con un régimen ambulatorio intensivo mixto y la CCTT Dianova para mujeres con régimen residencial intensivo y que está ubicada en la Comuna de San Bernardo.

Se eligieron ambas comunidades ya que están dentro de las mejores evaluadas por CONCE. Ambas nos entregan regímenes de intervenciones diferentes (ambulatorio-residencial), además sus modelos están construidos en basa a los lineamientos de CONACE, que implican ser integrativos, con equipos

multidisciplinarios; con el fin de pesquisar la experiencia tanto de usuarios que se viven procesos ambulatorios y residenciales, poder observar las diferencias en la vivencia de los proceso, sus fortalezas y debilidades, etc.

En cuanto a las personas que son parte de nuestra muestra, se pudo tener acceso a un total de dieciocho usuarios y usuarias. Ellos son: RV, SN, CT, HV, CS, EA, CP, FH, DD. Esta muestra es una muestra heterogénea en relación al tiempo que llevan en rehabilitación, esto nos permite ver los diferentes avances que se suceden en un proceso de rehabilitación, las experiencias que van definiendo la continuidad del proceso, las sensaciones, emociones, pensamientos que experimentan las personas, en fin es una muestra que permite dar cuenta de la complejidad del fenómeno estudiado.

En cuanto a los terapeutas de las comunidades, los profesionales entrevistados fueron un total de seis entre ellos técnicos en rehabilitación y psicólogos; que permiten dar cuenta de los diferentes trabajos que se realizan en las comunidades desde cada experticia.

Los expertos en los temas de Educación Emocional y Logoterapia a los que se tuvo acceso y que correspondían con los criterios antes establecidos fueron el señor Juan Casassus, Filósofo, Doctor en Sociología de la Educación (Universidad París V) durante veinticinco años fue especialista internacional en educación de la UNESCO. Director del Programa de Educación Emocional impartido en la UAHC. Autor del libro “La educación del ser emocional” y la Licenciada Laura Vélez de León, Logoterapeuta en adicciones y fundadora del Centro de Atención Logoterapéutico y Médico en Adicciones (CALMA) México, creadora del modelo

de intervención analítico existencial para comunidades indígenas con problemas de consumo de alcohol.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

El investigador debe optar por determinados recursos técnicos de investigación que le permitirán recolectar la información necesaria para desarrollar los análisis. Entre ellos se puede distinguir entre instrumentos y técnicas de recolección de la información.

Las técnicas de recolección de datos son las distintas formas o maneras de obtener la información. Son ejemplos de técnicas: la observación directa, la encuesta en sus dos modalidades (entrevista o cuestionario), el análisis documental, análisis de contenido, etc. Los instrumentos son los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información. Ejemplo: fichas, formatos de cuestionario, guías de entrevista, grabadores, escalas de actitudes u opinión (tipo likert), etc. (Arias, F. 1999, P.25)

De acuerdo con Arias las técnicas de recolección de datos de este estudio son entrevista, grupo focal y revisión de documentos. Para Arias, las entrevistas cualitativas se relacionan con modalidades equiparables a las conversaciones informales, causales y su rasgo distintivo tiene que ver con la duración del encuentro.

El tipo de entrevista que se llevó a cabo en esta investigación es “*la entrevista basada en un guión*, caracterizada por la preparación de un guión de temas a tratar (y por tener la libertad el entrevistador para ordenar y formular las preguntas, a lo largo del encuentro de entrevista)” (Arias, F. 1999, P.180). Esta entrevista es conocida por otros autores como *entrevista semiestructurada* “es una entrevista con relativo grado de flexibilidad tanto en el formato como en el orden y los términos de realización de la misma para las diferentes personas a quienes está dirigida” (Bernal, C. 2005, P.226); no todas las preguntas están predeterminadas.

Los grupos focales “consisten en reuniones de grupos pequeños o medianos (tres a diez personas), en las cuales los participantes conversan en torno a uno o varios temas en un ambiente relajado e informal, bajo la conducción de un especialista en dinámicas grupales” (Hernández et. al., 2008, P. 605). Se busca a un grupo de personas expertas en el tema de interés y se trabaja con relación a los conceptos, creencias y experiencias de las personas en relación al planteamiento de la investigación.

La revisión de documentos, básicamente se trata de recolectar información específica que sirva para describir un tema en especial, en este caso se revisarán los planteamientos técnicos de los planes y programas de rehabilitación de drogas propuestos por CONACE.

Los Instrumentos de recolección de este estudio son: el formato de entrevista, guión de desarrollo de grupo focal y grabadores.

3.7 PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Cuando se habla de datos cualitativos generalmente se habla de textos y narrativas. En este sentido se puede mirar el texto desde dos perspectivas. La tradición lingüística trata al texto como un objeto de análisis en sí mismo y la tradición sociológica trata al texto como una ventana a la experiencia humana.

Para analizar la información obtenida en esta investigación y siguiendo a Miguel Valles en su texto Técnicas Cualitativas de Investigación Social, se utilizó el (MCC) método de comparación constante, que se incluye a la tradición sociológica y que trabaja el texto libre a través de códigos.

Los pasos para realizar el análisis son:

- Obtención de la información
- Captura, transcripción y orden de la información
- Codificación de la información
- Integración de la información

Una vez ordenada y transcrita toda la información obtenida tanto de las entrevistas, de los grupos focales y de la revisión de documentos, se identifican las Unidades de Análisis; que son segmentos que proporcionan un significado de los datos de acuerdo con el planteamiento del problema. Las unidades de análisis pueden ser palabras, líneas, párrafos o textos completos. Se considera un segmento (unidad de análisis) y se analiza ¿qué significa?, ¿a qué se refiere?, ¿qué dice?; luego se toma otro segmento y se analiza igual que el anterior, se comparan ambos ¿qué significa cada uno?, ¿me dicen lo mismo o no?; si las unidades de análisis son distintas, cada una induce a una categoría diferente y por tanto llevan

códigos distintos. Si son iguales, inducen a una categoría en común y por tanto llevan un mismo código. Así, sucesivamente se van analizando todas las unidades de análisis y categorizando. Las categorías son temas; constructores abstractos que se identifican antes, durante y después de la recolección de datos. Las categorías ayudan a definir cómo se diferencian y combinan los datos recolectados y las reflexiones que se hacen respecto a la información. De esta forma, clasificar y codificar la información produce un marco de organización de los datos obtenidos. Este marco sienta las bases para la fase interpretativa, ya que desde ahí se extraen significados, comparaciones, se determina la importancia relativa, se sacan conclusiones y reflexiones que serán el resultado final del análisis.

Para la comprensión del material producido por las entrevistas y los Focus Group se utilizó el análisis de discurso. Las propiedades de esta técnica se fundan en que “los procesos sociales no pueden ser analizados al margen de los agentes sociales mismos, ni al margen de sus propias comprensiones” (Iñiguez, L. & Antaky, Ch., 1998, P.61), y en oposición a una noción positiva del lenguaje, en cuanto no considera que las palabras sean el reflejo de un concepto que coincide inequívocamente con la realidad objetiva.

El Análisis de Discurso es visualizado como práctica social e ideológica a través de la cual se construye la realidad, constituyendo “un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales” (Iñiguez, L. & Antaky, Ch., 1998, P.63).

Para que un texto sea un discurso, quien participa de él debe ser representativo o protagonista de la relación social que se pretende estudiar y en

segundo lugar, el texto debe tener efectos discursivos, los que no son individuales sino sociales

4.0 RESULTADOS Y ANÁLISIS

La información recogida por las entrevistas y grupos focales se ordenó a través de tres dimensiones, las que surgieron desde una minuciosa lectura de los datos y que además intentan seguir la orientación dada por los objetivos de la investigación.

Las dimensiones se ordenaron en el siguiente cuadro, para posteriormente, realizar el análisis de las entrevistas realizadas siguiendo un orden coherente y práctico:

DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES
1. Proceso de Rehabilitación	<i>1.1 Definición de drogadicción</i> <i>1.2 Definición de Proceso de Rehabilitación</i> <i>1.3 Modelos en rehabilitación</i>
2. Tratamiento	<i>1.1 Motivación al cambio</i> <i>1.2 Herramientas</i> <i>1.3 Deserción</i> <i>1.4 Tiempo</i>
3. Emocionalidad	<i>1.1 Trabajo con emociones en el tratamiento</i> <i>1.2 Relación emoción-consumo</i> <i>1.3 Reconocimiento y expresión de las propias emociones</i>

4.1 PROCESO DE REHABILITACIÓN

El generar categorías en torno a esta dimensión, permite enmarcar qué se entiende por proceso de rehabilitación en drogas y cómo se han adoptado en Chile para nuestra población. A partir de los relatos establecidos por los propios terapeutas que trabajan en estos programas. Se incluye esta dimensión dentro del análisis para facilitar la comprensión de las relaciones posteriormente establecidas entre la realidad vivida por las propias personas que viven estos procesos y el cómo se los viven, ya sea individualmente, en grupo, con sus terapeutas y/o sus familias.

4.1.1 DEFINICIÓN DE DROGADICCIÓN

A grandes rasgos, se entiende como drogadicción, cuando un sujeto logra dependencia de cierta sustancia; pero dentro de esta dependencia también hay que dejar claro, que se observan diferentes niveles de drogadicción que, por una parte, están estrictamente relacionadas con las pérdidas vividas por el sujeto. La pérdida es algo muy recurrente a la hora de hablar con personas en rehabilitación, toman conocimiento de las cosas que fueron perdiendo por causa de las drogas, frecuentemente esto tiene relación a pérdidas familiares, pareja, autoestima, judiciales, etc. Entenderemos pérdidas las áreas que se ven afectadas por el consumo. Como se decía antes, en la aplicación de los grupos focales se observan en varios relatos, este tipo de apreciaciones.

“...yo hice varios procesos entonces este procesos es diferente por la razón que me pasó todo lo que me tenía que pasarme, todos los temores y todas las cosas se me presentaron entonces ya no había nada más que hacer, ya no había nada que sufrir por me la sufrí toda, no había nada más que perder porque perdí todo, ya no había más cosas del egocentrismo que había que mantener porque estaba botado en la calle.” (Héctor Vásquez, Usuario Comunidad Terapéutica Talita Kum)

Éste es uno de todos los casos que nos muestra o deja en evidencia las pérdidas vividas en una persona drogadicta. Pero la pérdida, no es la única causa que provoca adicción en una persona. Puede haber casos en que una persona, sin haber sufrido alguna pérdida importante se acerque a esta sustancia adictiva, ya sea por exploración o presión del medio y este primer acercamiento a la sustancia puede provocar necesidad de ella en el cuerpo de la persona. Hay personas que presentan una predisposición genética mayor a algunas sustancias que otras personas, por eso es muy importante revisar el caso particular de cada persona que requiere tratamiento.

Retomando la definición de drogadicción para ir en busca de una definición más clarificadora, se puede separar la palabra en dos: droga y adicción. Entonces diremos que droga es la sustancia en sí, ya sea que está dentro de lo legal o ilegal, de otro modo existen drogas que son legales como el tabaco, alcohol y aquellas farmacológicas que están legisladas y fiscalizadas. También, por otro lado están las drogas de carácter ilegal, de producción y distribución clandestina. Entonces, la droga es lo que se consume, se prueba, se fuma, etc., dependiendo de la

sustancia, esto es lo que produce efecto en el cuerpo de la persona, ya sea que actúe como depresor, activador, alucinógeno, etc. Y es esta sustancia la que va dando paso según su consumo a la adicción.

La adicción se entiende como la necesidad de estar sujeto a la sensación de la sustancia en busca de la sensación placentera que esta provoca, haciéndose una necesidad de consumir para prolongar el placer. Esta adicción será determinada según el nivel de dependencia y esto se verá en el tipo de consumo que tenga el sujeto, como ejemplo podemos decir que la dependencia de una persona con consumo diario al de una persona con un consumo esporádico es totalmente distinta, como así también dependerá del tipo de sustancia que consuma. Si bien con esto no se pretende dar a entender que la definición de drogadicción es distinta para cada caso, sí se quiere dar a entender que la complejidad de cada sujeto se verá determinada según sustancia, patrón de consumo, predisposición genética, etc.

Desde la mirada del CONACE, este concepto se trata como algo complejo en el sentido de dar a entender que no se puede desconocer su carácter multifocal; se entiende de esto, que los motivos o las causas de la drogodependencia no son determinadas por un solo factor, lo que haría tener una definición más clara y limitada, pero sí da ciertos antecedentes como para poder dar un diagnóstico o en este caso una definición.

Cuando se habla de multifactorial es porque no podemos negar o ver un sujeto fuera, de alguna manera alienarlo y desconocer su condición social, familiar, psicológica etc. Entonces cuando se habla de drogodependencia se dice

que existen varios elementos presentes de las distintas áreas ya mencionadas que pueden ser claves o determinantes a la hora de definir una adicción.

Sin duda nos podemos encontrar con distintas definiciones según las diferentes disciplinas, ya sea de un discurso médico, por otro lado social, psicológico. Pero aquí se entiende, rescatando los lineamientos de CONACE, que el fenómeno de la drogodependencia es un fenómeno de alta complejidad y de naturaleza biopsicosocial; en él coexisten los planos biológico, psicológico y social; por ello debe ser abarcado desde una perspectiva multidisciplinaria. Esta definición es guía principal en este análisis, pues desde aquí se comprenden las diferencias en los modelos de tratamiento. No se puede crear un modelo, un programa o una herramienta de intervención en drogodependencia si no se tiene claro antes qué es la drogodependencia.

4.1.2 DEFINICIÓN DE PROCESO DE REHABILITACIÓN

Para desarrollar la idea desde la que se entiende un proceso de rehabilitación se ha escogido a modo de iluminar el desarrollo del concepto, una cita de CONACE. Desde aquí, el tratamiento de drogodependencias puede definirse como

“una gama de intervenciones, estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole, causados por el abuso y/o dependencia de drogas, aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Un proceso de tratamiento debe buscar más que sólo el abandono del consumo, debe buscar armonizar a la

persona en su funcionamiento, buscar una armonía personal y en relación con entorno social” (CONACE, 2004, p.9).

Si bien deja en claro que no solo se trata de dejar una sustancia o dejar el consumo problemático. Se trata también de ir en búsqueda de una armonía personal o autonomía y de la integración social, familiar, laboral, etc. Se puede decir, de todas formas que un proceso está enfocado a un cambio de conducta del sujeto en relación a la sustancia y desde ahí mejorar su calidad de vida reintegrándose a la sociedad de manera óptima, permitiéndole así desarrollarse sin dependencia a una sustancia. Esto es criticado muchas veces ya que algunos plantean que no solo se trata de dejar de consumir si no de darle sentido a una vida sin consumo; este sentido tiene que ser desarrollado por la propia persona, desde su propia experiencia en el mundo. Juan Casassus, es determinante a la hora de criticar modelos netamente conductuales en una entrevista que se le realizó para esta investigación.

“Si entiendo bien, toda esta cuestión es conductual, se enfocan en los cambios de conductas de las personas, es de afuera para dentro, no de adentro para fuera y esa cuestión no sirve, o sea puede servir un ratito, pero no es definitivo” (Juan Casassus, Sociólogo)

Cuando se le pide desarrollar esta idea, él plantea que cuando se hace un cambio así, se deja fuera cuál es la necesidad real de cambio de la persona, apelando sólo lo que se ve fuera de él, de otro modo, su conducta. Sin embargo, plantea que si se toma en consideración lo que vive internamente y de dónde es

esta, se puede llegar no sólo a un cambio de conducta sino a un cambio con sentido para él, viviendo un proceso interno de cambio y necesitando el cambio.

Hoy en día se ha observado cambios respecto a esto, debido a la integración de diversos paradigmas creando programas multidisciplinarios, abordando distintas áreas de la persona que no solo tiene relación a el consumo de alguna sustancia o cambio de conducta, de esta manera se ve que no se etiqueta solo como adicto sino como una persona integral a la hora de intervenir. Tomando en consideración la individualidad de cada uno, independiente que el programa sea desarrollado en grupos de autoayuda o de forma personal, se considera que los procesos son igualmente individuales.

A la hora de observar el trabajo en el área emocional de las personas, vemos ciertas dificultades en el momento de la intervención, en el sentido de que estos equipos multidisciplinarios no están capacitados para trabajar en esta línea, siendo una gran dificultad al abrir temas de carácter más emocional. Esto no tiene que ver con que los terapeutas no sean buenos en su quehacer, a lo que se refiere, es que el equipo no está específicamente capacitado, de otro modo, no tiene las competencias necesarias para ayudar a la persona a educarse emocionalmente. Siendo fundamental el trabajo emocional en la búsqueda de sentido. Es aquí donde se presenta la dificultad a la hora de intervenir, aun así no se invalida lo que está definido como procesos de rehabilitación, si no de la búsqueda de seguir complementando algo que está en marcha con una herramienta que pueda mejorarlo y optimizarlo.

En resumen la construcción de un proceso de rehabilitación o de definición se basa en el trabajo multidisciplinario, abordando las distintas áreas de cada sujeto y de esta manera crear un modelo que este en función de la persona y no del modelo y desde ahí ir en busca de la necesidad de cada uno, pero hay que decir que el trabajo emocional y el de reconocer qué me pasa a la hora de ir en busca de esa necesidad es fundamental. De otro modo Casassus lo abordaría de manera más determinante a la hora de ver las dificultades que se pueden presentar en los modelos de rehabilitación actual y de cómo se han construido

“La dificultad que tienen entonces estos programas de rehabilitación es que son estrategias para resolver las necesidades sin saber cuál es la necesidad, es lo que yo diría, que hay que dar con la necesidad primero” (Juan Casassus, Sociólogo)

4.1.3 MODELOS EN REHABILITACIÓN

Como se mencionó en el punto anterior los modelos se han tornado multidisciplinarios acogiendo distintos paradigmas a la hora de intervenir cada área de las personas en rehabilitación, se pueden encontrar por ejemplo, una visión medica psiquiátrica, psicológica, ocupacional, de trabajo social, técnico en rehabilitación y de acuerdo a las competencias de cada profesional se enfoca la intervención. A la hora de hablar de la construcción de un modelo de comunidad o centro de rehabilitación estos elementos son integrados en una visión más general, como conjunto en función de la rehabilitación; desde ahí se construye un modelo.

En tanto, en relación a los centros visitados se deja en evidencia esta mirada diversa a la hora de intervenir o aplicar herramientas en el que hacer de un proceso de rehabilitación; se puede ver en los relatos de las entrevistas a profesionales que trabajan con drogodependientes. En el caso de la comunidad Talita Kum nos encontramos con una mirada pluralista como menciona Verónica Cortes técnico en rehabilitación de esta comunidad.

“Desde un paradigma Pluralista (desde diversos enfoques, desde diversas técnicas) El objeto de la salud mental es la persona .Este paradigma está centrado en la necesidad del usuario. Ofrece multiplicidad de aproximaciones. Establece una estrecha relación de cooperación y de equipo. Los resultados surgen de lo mejor que sabe hacer cada uno de los usuarios. Transdisciplina. Permite diferencias en la comprensión del fenómeno de las adicciones, no elimina la diferencia, la incorpora” (Verónica Cortes, Tec. En Rehabilitación)

El trabajo pluralista como se menciona debe ser integrativo con las diversas miradas o enfoques para que se pueda dar un trabajo multidisciplinario real y en función del beneficio de la persona. Sin duda esto permite desarrollar un buen trabajo a la hora de intervenir.

Si bien existe una apertura a la visión de distintos enfoques para abordar el tema, es de importancia que estas diferencias estén definidas y claras para tener conocimiento del trabajo de otro y de cómo esto se transforme en integrativo y no

se convierta esta diversidad en un entorpecimiento del proceso que este viviendo la persona.

Estos modelos de rehabilitación tienen un fuerte trabajo en el área familiar sustentado desde un enfoque sistémico, como técnicas de líneas humanistas, cognitivo conductuales, aprendizaje social, etc. Como queda especificado en los relatos de terapeutas entrevistados en relación al sostén teórico o técnico de un proceso.

“como modelo de atención una comunidad terapéutica centrado en un proceso terapéutico educativo con influencias humanistas, con una fuerte influencia Rogeriana, con influencia del modelo cognitivo, con influencias del modelo transteórico de Prochaska y Diclemente. Con alguna influencia constructivista” (Carlos Blanch, Tec. En Rehabilitación)

Ahora no porque exista una diversidad teórica o técnica a la hora de intervenir eso asegura buenos resultados. Entonces lo que implica un buen resultado es como todo estos elementos son integrados en la manera que sean efectivos y complementarios a la hora de intervenir, es por eso que la integración de una herramienta complementaria pensada en abordar el trabajo emocional de manera profunda y dedicada requiere una integración optima para que sea un instrumento útil a la hora de ser utilizado. De otro modo este instrumento debe ser estudiado y analizado en que tipos de modelajes sería útil y complementario y en que otros se transformaría en una dificultada a la hora de intervenir.

Esto desde el CONACE es compatible esta mirada diversa, como lo describe la técnico en rehabilitación Verónica Cortes cuando se le pregunta en referencia a los planes y programas del CONACE.

“Creo que los planes y programas de CONACE se ajustan a la realidad de población a la cual atendemos, tienen una mirada amplia, pues consideran varias áreas de intervención (variables anteriormente nombradas) lo cual posibilita un abordaje bastante integral de la persona. Hay un trabajo serio en cuanto a ir integrando nuevos elementos de intervención en tratamiento como es el área de la integración y los diferentes perfiles de usuarios a quienes se ofrece estas prestaciones, como son últimamente adolescentes y el programa de infractores (Suspensión Condicional de Procedimiento)” (Verónica Cortes, **Tec. En Rehabilitación**)

En resumen CONACE avala esta construcción de modelos multidisciplinarios y es desde ahí donde comunidades crean sus sustentos teóricos y prácticas que van en busca de la rehabilitación, no hay que dejar de ser claro que la mirada tiene que ser amplia y en función de las necesidades reales de las personas y no las que se ven desde el modelo, si no que el modelo sea un instrumento de trabajo al servicio de estas necesidades que vienen desde dentro de la persona y que como tal necesita trabajar.

4.2 TRATAMIENTO

El objetivo de generar esta dimensión es dar cuenta de todas las características que los usuarios y terapeutas consideran importantes para denominar tanto sus procesos vivenciales como sus labores de trabajo en relación a la aplicación de los programas en rehabilitación de drogas. Permite conocer y definir lo que es un proceso de rehabilitación de drogas más allá de la teoría; esto es, acercarse a la realidad vivida por las personas, es adentrarse a la praxis de los procesos de rehabilitación y conocer sus fortalezas y debilidades.

4.2.1 MOTIVACIÓN AL CAMBIO

Siguiendo a Maslow, se puede definir motivación como el impulso y el esfuerzo para satisfacer un deseo o una meta. Estas metas van sucediéndose en cuanto la vida va avanzando. Cuando son satisfechas siempre aparecen unas nuevas y así hasta que la persona se siente autorrealizada, que es el estado máximo de satisfacción; pero ¿cuándo nace en la persona el deseo o la motivación de cambiar? Resulta que a medida que avanza la vida, las personas experimentan diferentes situaciones que les causan otras necesidades y que a veces, son incapaces de satisfacer. La necesidad de insatisfacción de estas necesidades, habitualmente lleva a las personas incurrir en conductas que muchas veces son riesgosas para el propio bienestar.

En el caso de la drogadicción la motivación al cambio puede darse por muchos factores, familiares, sociales, judiciales o personales, sin embargo se ha

detectado mayoritariamente que cuando nace la motivación por cambiar es cuando ya todo se ha perdido y la persona relaciona esa pérdida con la droga.

“yo tome la decisión porque me canse de drogarme, me llevó al extremo de perder mis hijos, mis familia, perder trabajo, perder mi dignidad, perder muchas cosas, por eso tome el proceso de... de... de dejar la droga, porque cuando uno toca fondo, no le queda otra oportunidad...yo entre con una meta de que si yo entraba, quiero salir completo, sano, esa fue mi idea, nunca pensé de que iba volver a recaer, volver atrás, no quiero porque sufrí mucho, tuve muchas pérdidas y esas pérdidas me hicieron tomar esa decisión”(Sergio Navarrete, Usuario)

“el hecho de perder a mi hija po, me hizo como recapacitar un poco, perdí la casa, mi familia, hartas cosas, si que aparte ya había tocao fondo ya po, si no paraba ahora ya no iba a para, entonces ahí dije ya basta, no quiero, estaba mal súper mal”
(Catherine Pontigo, usuario)

Las personas pierden mucho por sus adicciones, vínculos familiares, sociales, dinero; pierden el control de su propia conducta, y por tanto pierden el estado de conciencia de la situación en que se encuentran. De acuerdo esto, se entiende que las pérdidas que las personas van viviendo son determinantes para la toma real y efectiva de decisión a ingresar a un tratamiento de rehabilitación. Así mismo para la LT se entiende adicción como una enfermedad de la voluntad; en este punto es primordial entender la importancia de la existencia de motivación para la toma de

decisión en cuanto al ingreso al tratamiento. Pueden existir diversos motivos para ingresar a un proceso de rehabilitación o distintas motivaciones, pero es fundamental que esa motivación sea una motivación intrínseca, si la persona no está realmente convencida de su necesidad de cambiar, no existirá la Voluntad de realizar los esfuerzos necesarios para avanzar en el proceso.

“bueno lo que pasa es que yo podría decir como que estoy en mi primer tratamiento, por que los otros dos fueron bajo presión; primero fue en un COSAM, me hincharon mucho en la casa y yo dije: ya voy a ir, y no le tomaba atención, iba como por cumplir; mi intención no era cambiar, no tenia esa intención. En el segundo fue por el trabajo, por que tenia problemas en el trabajo y si no lo hacia me iban a echar y tampoco... al principio como que tomé atención, después ya lo iba dejando, lo fui dejando un poco y hasta que lo dejé cachai, y me echaron de la pega y todo y ahora con todas las cosas que me pasaron la decisión la tome yo”
(Francisco Hidalgo, Usuario)

A pesar de lo imperioso que es que la motivación al cambio sea personal, no se pueden excluir otro tipos de motivación de tipo extrínsecas como son las presiones familiares, laborales o judiciales, porque en la práctica, la realidad de la mayoría de las personas que inician un tratamiento de rehabilitación lo inician por este tipo de demandas; en este contexto se hace muy importante focalizar el tratamiento en la aceptación de esas demandas externas a la persona, que la llevaron finalmente a tomar el tratamiento; esto es, por qué se decidió, a pesar de no existir un deseo plenamente personal de acudir al tratamiento, ir en busca de él.

4.2.2 HERRAMIENTAS

Dependiendo de la motivación con que una persona ingresa a un tratamiento de rehabilitación, se escogen y trabajan las herramientas más adecuadas para comenzar el tratamiento. Estas herramientas también van a depender de las necesidades que tenga cada persona que ingresa a un tratamiento y del o los modelos que se utilicen, dependiendo de cada centro. En este sentido es importante resguardar las potencialidades de cada persona, porque las herramientas que se utilizarán también dependerán de ello. Por ende la intervención terapéutica para personas con consumo problemático de drogas, debe contemplar una visión amplia, que incorpore todas las dimensiones de la problemática.

En la mayoría de los centros las principales herramientas que se utilizan son desde una perspectiva cognitivo-conductual y motivacionales centradas en la persona. Dentro de las personas entrevistadas, reconocen mayormente el trabajo de profundización de la problemática en relación al consumo, la elaboración de sus dificultades para sostenerse en abstinencia y el conocimiento personal.

“aquí igual como que te enseñan a conocerte, a trabajar tus problemáticas, lo que te pasa en determinados momentos” (Denis Davo, Usuario)

“la terapia ocupacional también te enseña eso mismo, conocernos a nosotros mismos. De poder mirarse” (Elena Allendes, Usuario)

Lo que se busca con la aplicación de estas herramientas técnicas es conseguir la abstinencia y su prolongación en el tiempo además de que la persona logre cambiar a un estilo de vida incompatible con el uso de drogas. Para ello se han establecido tres fases o etapas dentro del tratamiento y para cada una de ellas herramientas específicas. Por ejemplo en la primera fase se enfoca en la búsqueda de estrategias que alejen a la persona del consumo y que tiene por finalidad la abstinencia; en la segunda fase se trabaja con la resolución de conflictos que derivan o pueden derivar en consumo; aquí se busca trabajar todos los espacios problemáticos que se relacionan con el consumo, para minimizar la justificación del mismo, y en la tercera fase se busca ahondar en la problemática más profunda de la persona, junto con la realización de actividades orientadas al entrenamiento de habilidades que favorezcan la integración social de la persona a una vida normalizada.

“en el grupo A, te ayudan un poco a manejar los temas... el dinero digamos, de no exponerte, yo creo que un poco que es para ir agarrando fuerzas, en ese momento estai muy vulnerable; en el grupo B uno ya empieza haaaa... ha tratar las problemáticas reales de uno, pero trata mas menos la periferia de eso, un poco anunciando lo que viene en reinserción y en reinserción uno empieza a enfrentar el problema real... es complicado porque tení que empezar a deshacer desde aquí hacia atrás y eso es lo maravillosos de esto”(Héctor Vásquez, Usuario)

En este sentido, específicamente en esta tercera fase, se hace importante la preparación para el control de las respuestas emocionales cuando éstas puedan volver a ser problemáticas.

4.2.3 DESERCIÓN

Cuando se habla con los entrevistados de la deserción del tratamiento se puede dar cuenta de la complejidad del fenómeno de la drogadicción, de las dificultades, pensamientos y emociones que conlleva estar en un tratamiento de rehabilitación y de que la palabra “tratamiento” se refiere justamente a eso aun tratar, porque como ellos mencionan “es muy difícil”

Las personas con problemas de consumo, al momento de decidir ingresar a un tratamiento de rehabilitación llegan con la falsa creencia de que con dejar de consumir basta para que la vida cambie, para que sus problemas dejen de existir, para que vivir sea más fácil, para alcanzar la plenitud; pero eso no sucede de esa manera, no tienen conciencia de que la abstinencia no es suficiente para solucionar sus problemas de consumo. Otras veces sucede que las personas experimentan situaciones desagradables en su vida mientras están en tratamiento, pérdidas, duelos, enfrentamientos con situaciones que antes eran de consumo para ellos, y la re-experimentación de esas situaciones los lleva de nuevo a consumir.

“yo miraba a mi alrededor y pensaba pa que hacia tanto, pa que hacia todo ese esfuerzo por cambiar si las cosas malas me pasaban igual cachai, por eso deje todo de lado...eso era lo único que pensaba me miraba al espejo y me decía pa que estoy

cambiando si las cosas malas me están pasando igual o sea si estoy haciendo las cosas pa que todo salga bien, no estoy cambiando nada, no estoy cambiando nada, por eso deje todo de lado... hay muchos de nosotros que llegamos aquí viendo todo bonito, como que uno deja la droga y va a ser todo bonito, es lo único que uno tiene que hacer pa vivir bien así, pa que la vida sea bonita. Porque uno vive un mundo de fantasía cuando se esta drogando, o sea ahí no teni problema te vay a la esquina o te vay pa otra población o te vay lejos de tu casa y viví tu mundo, y estay bien po cachai. Uno drogá está bien porque es lo querí hacer, pero cuando te dejai de drogarte y te dai cuenta de que la vida no es fácil, que igual hay problemas, que igual no todo es color de rosa, también es un aspecto muy importante que gatilla...”

(Claudia Sánchez, Usuario)

Los terapeutas explican que hay múltiples factores que pueden generar una deserción, están los factores económicos, familiares, personales, factores que se relacionan con la persona y otros que se relacionan con el modelo, y las comunidades; estos últimos se refieren a la no complementariedad los diseños de los modelos con las necesidades de las personas que buscan un tratamiento de rehabilitación, por ejemplo cuestiones como el tiempo (horarios), flexibilidad de los modelos, es decir, que los modelos deben ser lo suficientemente flexibles como para adaptarse y readaptarse a las carencias que la persona trae.

“Cuando la persona ingresa a tratamiento por presiones familiares: El concepto del usuario y la familia al pensar que el

dejar de consumir por un tiempo corto (un mes aproximadamente) es suficiente para no volver a hacerlo nunca más. La presión económica (busca de empleo). Desmotivación en el proceso. Tener un perfil equivocado en donde necesita más contención (comunidad residencial). Derivación por cambio de domicilio. Acuerdo de las partes, en caso de hacer una pausa en el proceso. Cumplimiento de plazos personales en el proceso. Razones familiares. Recaídas” (Héctor Ferreira, Tec. En rehabilitación)

“Estado motivacional no compatible con la realización de acciones de tratamiento, dificultades contextuales (trabajo, distancia, etc.), necesidades no acorde con el modelo de la comunidad (mayor contención, sistema valórico, entre otros), en algunos casos creo que la falta de apoyo extra comunidad o presiones del mismo medio, fuerzan una deserción” (Johana Tapia, Terapeuta Ocupacional)

Existen también otras miradas por parte de las personas que se viven el proceso, por ejemplo, algunos consideran que las personas que desertan del tratamiento lo hacen porque no han elaborado bien sus problemáticas o, a veces puede suceder que con algún tiempo de tratamiento y la obtención de buenos resultados en el control de la abstinencia, nace una confianza un tanto excesiva en relación con los logros mínimos que han alcanzado lo que habitualmente lleva a pequeños consumos de forma esporádica y otras veces a una recaída severa.

También, relacionan las deserciones con falta de compromiso y motivación real para el cambio.

“yo creo que nunca me comprometí las otras veces yo, me obligaron era bajo presión y como que me gustaba esa vida po, por que me gustaban las drogas obviamente era lo mas rico que yo tenia cachai y también no me influían tanto de alguna manera por que como trabajaba igual hacia todo y me drogaba tenia mi mundo y manipulaba y mentía era así un ciclo y vivía y tuve que tocar fondo perder todo como dice el Héctor pa poder salir adelante”(Elena Allendes, Usuario)

“si dejai el tratamiento es porque simplemente te gusta más drogarte y no estay preparado pa dejar las drogas. eso es mas fuerte en ti, no hay motivación, no hay nada”(Rodrigo Vallejos, Usuario)

Las emociones también juegan un rol fundamental en la decisión de desertar del tratamiento. Todo el proceso de rehabilitación está cargado de una emocionalidad desconocida y ambigua; muchas veces las personas con problemas de consumo, hablan de lo difícil que es este proceso, de lo fuertes que hay que ser, del coraje que se debe tener porque siempre llega un momento en que la persona debe enfrentarse a sus más profundos dolores y problemáticas.

4.2.4 TIEMPO

En relación a este punto de la investigación, es difícil poder especificar cuánto es el tiempo en sí de un tratamiento de rehabilitación, ya que al considerar el fenómeno de la adicción, un fenómeno multifactorial y por ende de alta complejidad, el tiempo que dura depende exclusivamente de lo que la persona en tratamiento demore en el cumplimiento de objetivos. Como existen diferentes tipos de modelos de tratamiento, dependiendo de los paradigmas que las comunidades escojan para su trabajo, existen también diferentes concepciones referentes al tema de la consideración del tiempo de tratamiento. Sin embargo se puede considerar al tiempo como uno de los factores más flexibles dentro de los modelos terapéuticos.

Se pueden establecer algunas relaciones aproximadas a la duración del tratamiento; por ejemplo en cuanto a la desintoxicación depende de las características de la persona.

“la estabilización de los problemas agudos de abstinencia se logra normalmente en tres a cinco días, pero quizás exija un período más prolongado cuando se trate de pacientes con problemas médicos y psiquiátricos concomitantes” (ONU, 2003)

También los programas de rehabilitación residencial tienen diferentes concepciones de acuerdo al tiempo en que es necesario que las personas permanezcan en el tratamiento. Esto va a depender del enfoque al que se adscriba cada comunidad, por ejemplo en las comunidades que trabajan más potentemente el tema farmacológico, el tiempo de duración de los tratamientos suele ser más

corto porque las personas se estabilizan más rápido que en la comunidades donde no se ocupa medicación, sin embargo las personas suelen volver cada cierto tiempo al tratamiento”

“los programas de rehabilitación residencial de corta duración por lo general duran de 30 a 90 días; los programas en comunidad terapéutica residencial suelen prolongarse de tres meses a un año; los programas de orientación para la abstinencia, en régimen ambulatorio, duran de 30 a 120 días y los programas de mantenimiento con metadona pueden ser indefinidos” (ONU, 2003)

Por ende se entiende que el factor tiempo del tratamiento puede variar dependiendo de las necesidades de las personas usuarias, de los objetivos alcanzados, y de los modelos aplicados. Sin embargo se hace necesario aterrizar estos parámetros a la realidad de las personas que hacen uso de los tratamientos, puesto como se ha mencionado en reiteradas ocasiones, el fenómeno es muy complejo y por ende necesita de mucha dedicación para su trabajo.

“En cuanto al tiempo que ellos (CONACE) consideran para lograr un tratamiento con alta terapéutica creo que es muy corto y por lo mismo no real. Aunque se entiende al pensar en el factor económico... El considerar el factor tiempo, un proceso más largo que el de 8 meses” (Verónica Cortés, Usuario)

Es importante reflexionar que el tiempo es considerado para la definición y estructuración de un programa de rehabilitación, pero no hay que dejar fuera de

esto que los procesos son individuales en el sentido de que las problemáticas son parecidas entre los usuarios, pero la forma de vivirlas son distintas. Entonces aquí aparece un elemento importante a considerar que tiene que tener que ver únicamente de cómo cada persona va desarrollando su proceso y el tiempo que implica para cada uno resolverlos. En definitiva el tiempo sería subjetivo dejando fuera como están diseñados los modelos de acuerdo a los recursos que estos manejen.

4.3 EMOCIONALIDAD

La creación de esta última categoría permite dar cuenta del trabajo efectivo que se realiza con las emociones dentro de un proceso de rehabilitación de drogas y cómo es ese trabajo. Además permite conocer el valor que tienen las emociones en el trabajo práctico con personas en proceso de rehabilitación de drogas. Esta dimensión da cuenta de la importancia que tienen las emociones para las personas con problemas de consumo y cómo ellas se relacionan con el mismo.

4.3.1 TRABAJO CON EMOCIONES EN EL TRATAMIENTO

Se han desarrollado en las dimensiones anteriores las ideas principales de la investigación para lograr la comprensión de todo lo que envuelve un proceso de rehabilitación de drogas. Dentro de ese desarrollo se ha dado cuenta tanto de conceptos y de vivencias de los mismos protagonistas de esos tratamientos, vislumbrando de alguna forma el núcleo de esta investigación.

A raíz de los relatos recogidos por las entrevistas y grupos focales de los usuarios y usuarias de las comunidades entrevistadas, además de los especialistas en áreas como drogodependencias y emociones, se puede rescatar la consideración de la emocionalidad como uno de los aspectos importantes del desarrollo del tratamiento.

“dentro de lo que se trabaja en la comunidad, se trabaja en cierto modo para educar en varios aspectos y uno de estos es identificar las emociones, aprender a hablar desde la emoción, trabajar con esta emoción, lograr expresarse y controlar las emociones”(Daniela Silva, Psicóloga)

Desde aquí se puede entender sólo una parte de lo que implica el trabajo de la educación emocional; si bien es cierto que la educación emocional busca tanto identificar como reconocer las emociones que se vivencian en ciertas y determinadas situaciones, también se hace de cargo elaborar los porqué de esa emoción frente a una determinada situación. La educación emocional busca establecer un estado de conciencia referente a las conductas que las personas tienen en sus vidas, del porqué se hace una determinada cosa en una situación específica. Y cómo eso que se hace afecta el sentir y por ende se convierte en otra conducta.

Las emociones entregan información acerca del cómo se está viviendo la vida, acerca de lo que tiene valor para las personas, a cerca de lo que se desea o necesita, de lo que se busca para conseguir una sensación de bienestar.

“desde el punto de vista de la educación emocional esta medida es poder observar el mundo emocional comunicador de estado de

satisfacción de las necesidades fundamentales” (Juan Casassus, Sociólogo)

Esta toma de conciencia acerca del estado de satisfacción de las necesidades fundamentales, implica que la persona pueda reconocer estas emociones, que las sepa interpretar y relacionar con las necesidades no satisfechas; todo esto se logra a partir de la exploración emocional. Este trabajo con las personas que tienen problemas de consumo es esencial y muy complejo a la vez, ya que la exploración emocional va a involucrar profundamente la estabilidad de la persona. Para ello se necesita que el equipo de profesionales que trabajan esta área o por lo menos uno de los profesionales del equipo, estén específicamente capacitados para lograr este proceso exploratorio con la persona adicta, de manera que pueda dar contención e iluminar el recorrido emocional de la persona.

“para ese trabajo necesita alguien que sea capaz de ayudarlo en ese trayecto. El quipo tendría que formarse en esto” (Juan Casassus, Sociólogo)

Por otra parte, el observar el mundo emocional no se puede hacer desde la nada; la persona vive en un mundo con otros, donde se relaciona, sale a trabajar, busca sensaciones, se divierte; un sin fin de actividades que necesariamente implican ciertas conductas; esas conductas están determinadas por las necesidades que no han sido satisfechas; como se mencionó en una de las dimensiones anteriores; sólo las necesidades no satisfechas influyen en el comportamiento de las personas.

“La expresión del mundo emocional nos puede dar una idea para la toma de conciencia de porqué estás haciendo lo que estás haciendo. La pieza del puzzle sería saber cuál es la característica de esta particular emoción o particular grupo de emociones que me lleva a hacer esto, de partida me da más conciencia de lo que hago y de lo que no hago. Por eso la definición que te decía “la emoción como un indicador del grado de satisfacción del mundo de las necesidades”, entonces si no tenemos buen acceso al mundo de la emocionalidad, tenemos más lejos el mundo de las necesidades, porque esas están escondidas. Entonces es ayudar a que la persona pueda hacer un proceso exploratorio que lo lleve a evaluar el mundo de las necesidades y además eso es a través de las emociones” (Juan Casassus, Sociólogo)

En las comunidades visitadas existe conciencia de la importancia y necesidad del trabajo emocional, sin embargo se patenta la falta de un programa especializado que trabajen a la par con la psicoterapia la emocionalidad de los usuarios. En las intervenciones psicoterapéuticas, de terapia ocupacional, psiquiátrica o grupal, se realiza un trabajo con la emoción, pero es un trabajo que va ligado más al reconocimiento de emociones que a la relación de ellas con las insatisfacciones, como lo explica la educación emocional.

“Si está incluido en las intervenciones con los usuarios día a día, se trabaja identificando sus emociones desde lo que sienten y como se sienten, aunque no hay un programa específico que

tenga que ver con trabajar específicamente las emociones.”

(Héctor Ferreira, Tec. En rehabilitación)

Lo anterior se da exclusivamente porque los equipos no están absolutamente capacitados para generar esta labor, por ende y como se explicó anteriormente existe un cierto recelo a profundizar en la exploración emocional a causa de lo complejo que puede ser esto para la persona con problemas de adicción, ya que como los equipos no están preparados, no se tiene la seguridad de generar la contención necesaria para los usuarios; y los terapeutas lo expresan claramente.

“Creo que es necesario que los profesionales que acompañan los procesos de rehabilitación tengan elementos de los distintos paradigmas de intervención en las distintas áreas por lo que adquirir conocimientos en educación emocional que puedan aportar elementos de intervención a los distintos profesionales.”(Carlos Blanch, Tec. En rehabilitación)

“Creo que sería una herramienta positiva a utilizar, ya que si se aprende de las emociones, es más fácil poder intervenir en diversas áreas, teniendo en cuenta que siempre el área que más cuesta entrar es en la emocional, por los costos que implica abrir temas de esta índole” (Daniela Silva, Psicóloga)

Para las personas con problemas de consumo, aparece el trabajo con emociones durante el tratamiento, como el área más ardua en su trabajo personal. Observando los relatos, se da cuenta de las variadas dificultades que presentan para ellos el comenzar a explorar su emocionalidad; esto por variadas razones,

puede ser por ejemplo, la poca conexión emotiva que tienen, el desconocimiento o las dificultades para diferenciar una emoción de otra, los miedos y temores que existen al verse enfrentados con su propia emocionalidad; son una infinidad de motivos que refieren los entrevistados en este punto, y que como se mencionó da cuenta de la necesidad de trabajar esta área en el proceso de rehabilitación de cada persona.

“es como lo más difícil encuentro yo del proceso, o lo que más me ha costa a mi, porque desde que llegué a mi me ha costa mucho eso y como cuando llevaba como seis meses, recién como que empecé a soltar mi problema porque... lloraba mucho en los grupos, o sea contaba y lloraba y andaba súper mal, me duele, me cuesta, sufro.” (Elena Allendes, Usuarios)

4.3.2 RELACIÓN EMOCIÓN-CONSUMO

Como se ha dicho en reiteradas ocasiones, el fenómeno de la drogadicción es algo muy complejo, que implica demasiados factores, por eso se conoce como multifactorial. Una de esas dimensiones que se ven fuertemente involucradas con la adicción es la dimensión emocional; ya sea por las emociones que puede provocar el consumo de alguna sustancia, por las emociones que hicieron que la conducta de una persona derivara en un consumo o por las emociones que son vividas como consecuencia de ese consumo, no es posible desligar el vínculo emoción-consumo y los relatos de los entrevistados dan cuenta de eso.

“Con las drogas... no es que las borraba, pero las olvidaba por un minuto, pero igual estaban” (Sergio Navarrete, Usuario)

“yo cacho que curao te salen mejor las emociones, detectai mejor las emociones curao... yo he conocido gente que toma pa desahogarse y dar a conocer sus emociones, sus sentimientos y después andan parejito un mes; y después de volver a tomar, a beber y después de nuevo...” (Denis Davo, Usuario)

“porque todos hacíamos eso... todos... todos nos refugiábamos en la droga, ¿o no?”(Sergio Navarrete, Usuario)

La relación que existe entre el consumo de sustancias y las emociones es tan importante que en ocasiones provoca que la persona que está en proceso de rehabilitación no quiera sentir o experimentar una o algunos tipos de emociones, esto porque la persona que se encuentra en un proceso de rehabilitación tiene que aprender a vivir sin drogas y eso significa también, aprender en la experimentación y vivencia emocional. Cuando esto no es acompañado de un equipo o persona que esté capacitado para hacer este trayecto, puede ocurrir que la persona se aíse de su entorno más próximo, y por tanto que retroceda en los grandes avances que ha logrado en su proceso de rehabilitación.

“a mi me pasó algo bien especial con el tema, yo no quería estar como contenta, no quería estar feliz, porque lo relacionaba con consumo. Cuando yo estaba feliz, eufórica... me iba a consumir, entonces pasé mi cumpleaños acá en febrero y yo no quise

cumpleaños, no quería ná porque no quería estar contenta cachai” (Elena Allendes, Usuario)

Para las personas que hacen un proceso de rehabilitación, acercarse a su emocionalidad es muy difícil porque de una manera ellos aprenden a conocer sus reacciones, aprenden a darse cuenta que sus conductas no son sin sentido, que hay “algo” que provoca sus comportamientos; son capaces de encontrar razones, que muchas veces son dolorosas y logran entender la insatisfacción del mundo que ellos sentían. Entonces la adicción para ellos adquiere sentido, tiene una respuesta, ya no es porque sí, porque me gusta o porque no se, ahora, en ese descubrimiento emocional hay una razón, razón que a veces los hace verse débiles y que gracias a ello nace el motivo por el que se está allí; la motivación para buscar el cambio de vida.

“a mí me pasó que... yo reprimí mucho mis emociones, entonces... después algo te falta en la vida cachai, te sentí vacío, que no estoy sintiendo lo que realmente soy, entonces uno tiende a llenarlo con cualquier cosa. Yo primero me volqué a los amigos, a sentir amistad y a ser uso de gente, pero eso nunca llenó lo que me faltaba, después uno se mete cualquier cosa pa sentirse bien. Uno reprime mucho de lo que es uno mismo, no se vive uno mismo” (Héctor Vásquez, Usuario)

Con ello se puede dar cuenta que las razones para el consumo pueden ser muchas. La mayoría de las veces se habla de la predisposición genética que tienen las personas ante una u otra sustancia, pero ello aparece después del primer

consumo, el cuerpo, lo biológico, al parecer, se involucra luego de la experimentación con la droga. Primero está la búsqueda, la búsqueda de “algo” (que puede ser un sin fin de cosas), pero que siempre determina una carencia, una necesidad que no está satisfecha. En este sentido el trabajo en educación Emocional es muy importante porque como se aludió primeramente, las emociones son un indicador del grado de satisfacción de las necesidades fundamentales no satisfechas.

“participar en el rito social es satisfacer una necesidad fundamental de pertenencia, entonces uno por más que quiera pertenecer al grupo de su amigo donde están todos fumando, o están tomando, en este caso la razón de la adicción, puede que esté en la necesidad de pertenencia, más que en una necesidad biológica de satisfacción. Si tu dejas de fumar, te consideran no sé, cómo se dice; flaite, cuico, no se que palabra usarán, desadaptado; estando ahí está satisfaciendo una necesidad fundamental de pertenencia y por eso siente que está bien siendo adicto, no tiene ningún sentido salirse de ahí porque no se está bien no siendo adicto” (Juan Casassus, Sociólogo)

Desde lo planteado por Casassus, el concepto de emoción es determinante para explicar las causas del consumo de sustancias adictivas y, a la vez, se entiende desde ahí una de las causas del porqué se provoca la dependencia a esas o esas sustancias. Al no ver satisfechas las necesidades fundamentales, y como lo plantea Maslow, la conducta de la persona va derivando en diferentes conductas de manera de suplir esa carencia; desde ahí se puede comprender el paso a o otras

drogas más fuertes; si bien puede ser por razones biológicas, ese paso también se puede motivarse por las necesidades que no están satisfechas, necesidades al estilo de Maslow, fisiológicas, de seguridad, afiliación, o reconocimiento. Un ejemplo es lo que nos dice Casassus:

“esta cuestión de... marihuana... todos los estudios, o escritos dicen que el consumo de marihuana es el paso a otras drogas más fuertes, y eso es ¡nada que ver!, es una alternativa si, pero la mayoría de las personas que pasan a otras drogas, no es por la marihuana; es por la pertenencia” (Juan Casassus, Sociólogo)

Una vez más se da cuenta de la importancia de las emociones en cuanto a la relación que tienen con la drogadicción; por ello se muestra como una necesidad imperante el trabajo en este ámbito y en los diferentes planes y programas de rehabilitación de drogas. CONACE también es consciente de ello y por lo mismo plantea la necesidad de que todos estos programas se creen pensados desde una mirada biopsicosocial, de manera que puedan integrar los diferentes ámbitos de la persona, no de manera seccionada, porque la persona no se vive por partes, todas están integradas; el ámbito emocional, cognitivo, fisiológico. De otra manera no se puede fragmentar la persona e intervenirla, ya que el ser persona o como se quiera llamar es un complemento, en donde entra lo biológico, psicológico, cognitivo por sepáralo en estas tres áreas y están conectadas entre sí, por tanto es de importancia el trabajo en donde estas tres estén siendo abordadas simultáneamente Héctor uno de los participantes de grupos focales, lo muestra de manera bastante explícita a la hora de querer hacer un proceso.

“uno toma decisiones en un tiempo determinado, esas decisiones abarcan solamente la parte racional caahi, pero la solución del problema te lleva a plantear el problema emocional, si tu emociones quieren enfrentarse con ese dolor o si tu físico es capaz de cumplir con esto. También hay un tema físico de abstinencia digamos, entonces uno, el ser humano tiene una triple naturaleza, somos mente, emoción y cuerpo, la desición tiene que pasar por esos tres aspectos de nosotros yo puede tomar una desición o mi mente puede decir que voy a correr 100 km., pero tengo que preguntarle a mi cuerpo si es capaz de llegar a esos 100 km. o si no, si estoy realmente de acuerdo a asumir el dolor de enfrentar eso, entonces es algo que abarca mucho y uno a veces toma decisiones como digo, en un tiempo determinado y no analiza completamente si quiere realmente dejar de consumir drogas.” (Héctor Vásquez, Usuario)

4.3.3 RECONOCIMIENTO Y EXPRESIÓN DE LAS PROPIAS EMOCIONES

El trabajo debe estar enfocado no sólo en el reconocimiento de los diferentes estados emocionales, pues eso es sólo una parte de lo que plantea la educación emocional, lo esencial es que a través de la exploración emocional se pueda lograr la identificación de la o las necesidades que están insatisfechas y que llevan a la persona a incurrir en el uso y abuso de una droga.

La primera parte del trabajo en educación emocional, que se relaciona principalmente con la identificación de las emociones es un trabajo muy difícil para las personas adictas. En ellas predomina una gran desconexión emotiva, les cuesta percibir sus propias emociones, diferenciarlas de los sentimientos, y por ende le cuesta comprender el estado emocional de las personas con las que se relacionan. Se hace evidente, en los relatos de los entrevistados, la necesidad aprender a conectarse con su emocionalidad, para tener mejores relaciones sociales, más sanas y fluidas, y también para reconocer lo que ellas viven en ciertas situaciones que les son difícil de entender.

“a mí me cuesta como detectar mis emociones, caleta; o sea yo cacho que tengo pena y... no se po, me puedo demorar un rato en darme cuenta de mi estado emocional que siento, no se po, la otra vez también lo dije po, es complicado... no se...” (Denis Davo, Usuario)

“Yo creo que es importante, porque hay gente que no es adicta y que a lo mejor no tienen idea de lo que está pasando en el momento y a lo mejor tampoco sabe cómo... no sé po’, a lo mejor la gente que es violenta no saben lo que está sintiendo en el momento. Yo creo que no solamente siendo adicta uno tiene que aprender a conocerse de nuevo, o sea, yo creo que... no necesariamente tendría que ser en un lugar de rehabilitación, pa’ conocerse, pa’ autocuidarse, pa’ quererse más también, porque uno también aprende a ponerse en el pantalón del otro, tratando de sentir la emoción del otro cuando el otro te está tratando de

expresarte algo, por ejemplo, así empatizar con el otro.” (Launny Solea; Usuario)

Las personas adictas generalmente confunden sus estados emocionales con sensaciones fisiológicas que ellas entienden como necesidad de consumo. El Síndrome de abstinencia produce diferentes síntomas como insomnio, sudoración excesiva, temblores, dolor de cabeza, dolor de estómago, tensión, irritabilidad, incremento del ritmo cardíaco entre otros. Como se puede observar estos síntomas también son indicadores de ciertos estados emocionales como miedo, ira, euforia, nervios, etc.

“Ahí es cuando confundí las emociones con la abstinencia, te duele la guata... porque nosotros confundimos esa emoción con el deseo de que el cuerpo te esté en abstinencia. Entonces hay que aprender a diferenciar ese tipo de emociones.”(Claudia Aliartiaga, Usuario)

“Después voy aprendiendo que no todo es ganas de consumir. Porque uno al principio que todo es... el dolor de guata uno va a consumir... y uno va aprendiendo que no po’, que también podí tener dolor de guata y que no es por consumo. Porque uno va aprendiendo que eres persona y no una máquina de drogarse.”(Launny Solea, Usuario)

La expresión emocional es otro gran problema que presentan las personas con adicciones; esto por el descontrol que les provoca manifestar alguna emoción, ya

sea por la relación que las emociones tienen con el consumo o simplemente por desacostumbramiento.

“pa mi el tema emocional... me cuesta igual como expresarlo, o sea soy súper llorona, y me lo guardo y... yo sola, cachai... o sea no le demuestro emociones a nadie.”(Catherine Pontigo, Usuario)

“ese es un tema que a mí me complica mucho. Porque uno se crío con... antes la crianza, no había que expresar la emoción, había que ser duro, no había que llorar cachai, y no había mucha comunicación en mi casa, entonces expresión emocional yo no tengo ninguna” (Héctor Vásquez, Usuario)

Las entrevistadas de la CCTT Dianova, han realizado trabajos de este tipo en sus procesos; de hecho participan en un taller de “regulación emocional”; para ellas este trabajo es uno de los más importantes porque sienta las bases para generar confianza tanto en las relaciones que establecen con sus compañeras como en su propio conocimiento, de sus reacciones, sensaciones, se sienten más confiadas porque sienten que obtienen herramientas que las preparan para el egreso de su tratamiento.

“Este trabajo, yo creo que es uno de los más importantes que tenemos acá, porque va de la mano con el autocontrol, va de la mano también con el poder controlar las recaídas, con el poder controlar todo po’, es como un círculo... yo creo que es la clave de todo, es la cabeza de todo.”(Claudia Aliartiaga, Usuario)

Además las entrevistadas relacionan este trabajo emocional con el autoconcepto, la autoestima, el valor de sí mismas a sus propios ojos y a ojos de los demás. Esto es muy importante para lograr el egreso exitoso del tratamiento, porque al mejorar el propio autoconcepto, las posibilidades de vivir en el mundo también se miran como exitosas.

“Ahí yo volví a sentirme persona, una persona cuando es adicta es cualquier cosa. Al volver a reconocer que tenía emociones y sentimientos, a diferenciarlos, a vivirme las emociones y los sentimientos... a sentirme viva de nuevo.”(Miriam Calderón, Usuario)

Definitivamente el abordaje de las emociones a la hora de intervenir una problemática de este tipo, es muy beneficiosa y no es porque la teoría o la educación emocional lo diga, si no los mismos usuarios de estos programas lo dicen y lo que les implicaría a ellos en sus propios procesos.

5.0 CONCLUSIONES

Tomando en consideración el trabajo anteriormente abordado, se pudo establecer, en primera instancia que en la actualidad no es común encontrarse con investigaciones que desarrollen temáticas relacionadas a los abordajes de las emociones en procesos de rehabilitación de drogas.

Con lo que sí nos encontramos, es con un desarrollo de los sustentos teóricos que nos dan cuenta de lo que es un proceso de rehabilitación y de cómo este se construye en el tiempo, desde lo que se entiende por droga hasta de cómo se crean lineamientos técnicos de cómo intervenir, a la hora de revisarlos nos encontramos con un desarrollo que está enfocado en el dejar de consumir, como también aspectos relacionados en el cambio de pensamiento y de conducta de un drogodependiente.

Estas construcciones se han desarrollado con la experiencia recogida en el tiempo y de cómo estás van en búsqueda de una rehabilitación que se prolongue en el tiempo o que den paso a una rehabilitación real. Cosa que se mantiene aún en un ideal porque no existe un proceso cien por ciento efectivo, esto se cree que se debe a que es una problemática que lleva poco tiempo siendo intervenida, si bien se daba a conocer o se tenía conciencia que existía poco se conocía sobre ella y de cómo abordarla.

Cuando se considera un tema importante a investigar y tratar, es cuando se da comienzo a la construcción de definirla y de realizar abordajes específicos que permitieran dar solución, es por eso que se entiende como una búsqueda variada y flexible en lo paradigmático, con el fin de desarrollar un sustento base. Hoy, hay

organismos que están solo destinados a este tema y del desarrollo de este, lo que ha permitido tener mayor información y elementos que permiten comprenderlo y abordarlo. Pero sin duda, es algo que no se termina de explorar y que es un problema que evoluciona según el tiempo en el que estamos, lo que significa también una evolución en el entender, pero además de este factor es importante considerar independiente del tiempo en el que se esté, la persona afectada o que presente este problema y de cómo es el funcionamiento de este a la hora de construir herramientas que den respuesta sobre cómo poder dar solución al tema.

Con respecto a lo hoy establecido como proceso de rehabilitación, nos encontramos con programas integrativos y pluralistas, reconociendo un ser humano que se desarrolla o constituye en distintas áreas, dando como resultado un mejoramiento en la eficiencia de estos programas, no lo logran ser en su totalidad, eso se cree ya que al recolectar información de usuarios de estos programas, hay dificultades que se les presentan y que tienen estricta relación a aspectos emocionales que no están considerados en estas construcciones o lineamientos teóricos. Aún así no se puede ser lapidarios tomando en consideración esta constante evolución de construcción, pero de todas formas se concluye que el elemento emocional es algo que debe ser considerado como esencial, debido a que se presenta como una demanda a los entrevistados y no como necesidad a la respuesta de la investigación, si no se ve reflejada en las necesidades explícitas hechas por usuarios de estos programas y las dificultades que presentan a la hora de abordar este tema, sienten que carecen de elementos que les ayuden a este abordaje y al no estar en estos programas esta área, tampoco existen elementos presentes en los profesionales que los aplican.

En definitiva, si se consideran dentro de los sustentos o dentro de las bases que nos hablan de cómo debería ser un proceso o de qué entendemos como un proceso de rehabilitación y de qué áreas aborda, tendríamos una visión más amplia del tema y de cómo se debe intervenir, pero que no sirve tener conciencia que es algo que debe ser abordado, sino se tiene el cómo hacerlo y más aún que se entiende como trabajo emocional.

Por otro lado, el que los programas actuales sean integrativos significa que mientras más se aborde de todo mejor resultado tengo, sino lo integrativo se debe entender como ir en búsqueda de abordajes en las áreas que las personas sientan como una necesidad y no ver desde el modelo cuál es la necesidad de la persona, por lo tanto, la construcción de un programa debe estar en función de las necesidades reales de las personas y no que las personas estén en función de las necesidades que el modelo siente que son para ellas.

Al leer esto podríamos entender que se tendría que construir un programa específico para cada usuario, pero no lo es, porque puede existir un modelo de proceso general como los hay, pero que esté en función del que lo demande y es ahí donde la flexibilidad cobra importancia, ya que el modelo automáticamente es aplicable según la persona.

En resumen, la construcción sería definir el problema, cómo se construye el proceso y desde dónde se hace o desde qué modelo, siendo esto los pasos de la construcción, es así como se hace en la actualidad y de cómo se van desarrollando nuevas formas de intervención, pero se cree que agregando este elemento o el área

emocional sería una construcción más integral de lo que ya se ha logrado en este tema.

A partir de los hallazgos encontrados en esta investigación, se puede dar cuenta de que la praxis del trabajo en rehabilitación de drogas, es muy distinta a lo que se establece en el papel. Sin embargo, aunque la aplicación de los planes y programas dentro de las comunidades está basado en lo que establece CONACE en su estrategia nacional de drogas, la realidad es otra. Las comunidades están en una constante búsqueda del mejoramiento de estos programas, con el objetivo de poder satisfacer las demandas de las personas que son beneficiarias de estos programas. Los propios usuarios y usuarias de cada comunidad son los que dan cuenta de las falencias de estos planes, aunque no de una manera directa. Se puede dar cuenta de esto a través de los datos recolectados en esta investigación y que son fieles a la propia vivencia tanto de los profesionales como de las personas que acuden a los tratamientos en busca de ayuda.

Cuatro son los puntos desde los cuales se puede entender cómo funciona un tratamiento de rehabilitación de drogas. Primero, la persona con problemas de consumo llega en búsqueda de un “cambio”, esta necesidad de cambio se da porque las personas como consecuencia de su consumo han sufrido muchas pérdidas, de diversa índole; la mayoría de las veces las personas ingresan al tratamiento para recuperar “algo” que perdieron, que puede ser la familia, hijos, pareja, amigos, trabajo, libertad (porque están en problemas judiciales) y no para dejar su consumo. El problema de esto es que la persona se encuentra en un estado de pre-contemplación, esto quiere decir que ella aún no ha tomado conciencia de que la adicción es un problema, lo que es un problema es la pérdida que ha

sufrido, pero no la adicción. La persona adicta, está ambivalente, no sabe lo que quiere, está enferma, su Voluntad está enferma, se pone pasiva, entonces la persona deja que las cosas le pasen y no interviene en ello. En este momento se trata de hacer un trabajo de motivación con la persona, de manera que pueda darse cuenta de que el problema real es la adicción y que las pérdidas sufridas son consecuencias de ello. Cuando la persona logra darse cuenta de esto y relacionar esas pérdidas con la droga, nace la motivación por el cambio real. Y la voluntad comienza a sanar.

El resultado de la terapia depende de que la persona tenga la convicción de que quiere dejar de ser adicto. Por ello, es clave en la terapia preguntarle al paciente cuál es el sentido de someterse a un tratamiento de rehabilitación. Tal vez la persona no va a encontrar ese sentido de inmediato, por tanto esa respuesta debe ser una constante en su proceso de rehabilitación de manera que pueda ser un motivador para continuar en el proceso.

A medida que la persona permanece en el tratamiento se van aplicando diferentes tipos de herramientas, en la mayoría de los centros las que más se utilizan son las cognitivo-conductuales. Las personas entrevistadas, reconocen mayormente el trabajo de profundización de la problemática en relación al consumo, la elaboración de sus dificultades para sostenerse en abstinencia y el conocimiento personal. Para lograrlo se propone hacer un recorrido de las traumatizaciones experimentadas por la persona para contrastar si han sido bien elaboradas. Esto da cuenta que para los usuarios y usuarias de estos programas, el trabajo personal en cuanto la elaboración de problemáticas debiese ser mayormente trabajado. A partir de la educación emocional, el trabajo que se

propone es muy coherente con esta necesidad, ya que como define a la emoción como un indicador del estado de satisfacción de las necesidades fundamentales, a la vez, explica el porqué de las conductas y las conductas están directamente enfocadas a buscar la satisfacción de esas carencias.

El que este tipo de trabajo sea planteado como importante por los entrevistados, ayuda a pensar, por una parte, en las complicaciones que las personas adictas deben sobrellevar en sus vidas. Las problemáticas que ellos llevan consigo a las terapias son dificultades que, de no ser bien trabajadas, pueden ser causales para desertar del tratamiento. También hay otros factores que pueden provocar la deserción y/o la recaída, desde la mirada de esta investigación se cree que una de las grandes dificultades de estos programas es que a pesar de tener una mirada integral de ser humano, el trabajo práctico que se realiza con los usuarios y usuarias está limitado al trabajo cognitivo-conductual. Si bien es cierto que se trabajan otras áreas como la familia, la pareja y la inserción social, entre otras, el área emocional queda de lado en cuanto a trabajo específico se refiere. Así se comprende que un tratamiento es efectivo cuando responde a todas las necesidades de la persona y no sólo al uso de drogas, no se debe entender con esto que el trabajo actual no es efectivo, pero al develar una demanda, por parte de los usuarios y usuarias, que se encuentra insatisfecha, se podría explicar el alto número de deserciones a los tratamientos de rehabilitación de drogas.

El punto neurálgico de esta investigación se basa en conocer el valor que tienen las emociones en el trabajo práctico con personas en proceso de rehabilitación de drogas. Esto para lograr establecer si un trabajo de educación emocional, que viniera a complementar lo ya establecido, sería beneficioso u

obstaculizaría el buen desarrollo del proceso de rehabilitación para cada una de las personas que se favorecen de ellos.

A partir de los relatos de las personas entrevistadas, tanto profesionales, usuarios y usuarias de los programas de rehabilitación, se logra dar cuenta de la importancia que tienen las emociones en la vida de todas las personas y especialmente en el trabajo con personas que tienen problemas de consumo.

Desde las entrevistas se puede observar que existe conciencia de la importancia y necesidad del trabajo emocional. Las personas que llegan en busca de tratamiento llegan desconectadas de su ser emocional, presentan grandes dificultades en comunicar y reconocer lo que sienten, para conectarse con sus sensaciones desde los afectos y tienden a confundir la sensación fisiológica que provoca una emoción o determinado grupo de emociones, con las ganas de consumir. Se puede observar en los entrevistados que al plantear el tema de las emociones en el tratamiento, ellos relacionan el tema de la emotividad sólo con emociones negativas o situaciones vividas que provocan este tipo de emociones: pena, tristeza, rabia, ira, enojo; y se pierde el abordaje de otro tipo de emociones que pudieran ser significativas en relación a las adicciones. Como es usual que esto ocurra, las personas adictas tienden a reprimir este tipo de emociones, como son la felicidad o euforia, ya que al no ser trabajadas dentro de sus procesos, aparece el miedo de experimentarlas, vivirlas y expresarlas, porque ellas posiblemente deriven en un consumo.

El trabajo con emociones dentro del tratamiento es lo más difícil de abordar. Tanto para los usuarios como para los terapeutas y esto puede darse,

principalmente porque no existe un equipo o un especialista que pueda acompañar a las personas en este proceso, además queda patentada la falta de un programa especializado que trabaje a la par con la psicoterapia la emocionalidad de los usuarios. Si bien, se trabaja en la elaboración de problemáticas y por ende, en lo que ellas provocan en el sentir de la persona, las intervenciones psicoterapéuticas, de terapia ocupacional, psiquiátrica o grupales, están enfocadas a un trabajo emocional más cognitivo y conductivo, a una especie de adiestramiento emocional y no se toma en cuenta que estos estados emocionales pueden ser la respuesta a la causa de la adicción, es decir, a la relación que tienen estos estados emocionales con las necesidades insatisfechas de cada una de las personas. La invitación es a no cerrarse a otras posibilidades de respuesta frente a las causas del consumo, por ejemplo puede ocurrir en algunas personas que existan necesidades insatisfechas específicas, por ejemplo la necesidad de pertenencia; aquí la persona iniciaría un consumo, no por exploración, no por problemas familiares o por duelos no resueltos, ni tampoco por necesidades fisiológicas, el consumo estaría directamente relacionado con la carencia en esta necesidad y para lograr su satisfacción la persona tendría conductas que serían aprobadas por el grupo al que ella desea pertenecer y entonces el consumo se iniciaría. No se puede dejar de lado el aspecto fisiológico en este ejemplo, pero hay que diferenciar que la dependencia fisiológica a la sustancia se daría luego de la satisfacción de la necesidad de pertenencia. Entonces como ya se realiza un trabajo en este ámbito dentro de las comunidades, la incorporación de la educación emocional vendría a entregar aportes importantes a los modelos establecidos.

Esta investigación no pretende refutar la forma de intervención en rehabilitación de drogas. Al contrario, da cuenta de los buenos resultados que han tenido los planes y programas de CONACE y del esfuerzo constante por mejorar la calidad de ellos, lo que se busca es dejar abierta la problemática y necesidad de insertar el trabajo emocional en los programas de tratamiento en rehabilitación de drogas, no sólo desde el adiestramiento y regulación emocional, sino desde el ocupar las emociones como indicadores que permitan establecer las causas más profundas de las adicciones. Primero porque se presenta como una necesidad por parte de los principales actores de este fenómeno y segundo porque irrefutablemente su implementación se convierte en una herramienta útil que podría favorecer y enriquecer el trabajo con drogodependientes.

En definitiva nos encontramos que la inclusión de la educación emocional a estos procesos es factible debido a sus lineamientos integrativos de tratar el fenómeno, ese sería un aspecto que permite esta inclusión que tiene solo relación a cómo se construyen los programas y de esta mirada de distintos paradigmas, por otro lado lo que hace beneficioso la inclusión está expuesta por los mismos demandantes de estos procesos y de que dificultades presentan a la hora de abrir temas en relación a la emoción, aquí se visualiza el impacto que tendría para los usuarios. ¿Qué implica integrar la educación emocional a un proceso de rehabilitación? Implica la inclusión de un experto en el tema o la formación de este experto, hoy existe un postítulo que está enfocado a esta mirada o entrenamientos también en el área emocional, por otro lado el profesional que intervenga en esta área no solo debe ser un experto a la hora de intervenir desde la

educación emocional, sino que también tener conocimientos de la problemática en personas con consumo abusivo de drogas.

Se reconoce su utilidad e impacto, pero también se reconocen los movimientos a realizar para que sean incluidos de buena manera y que se aseguren de un abordaje profesional y ético, sin pretender decir que se trabaja la emoción desde una mirada de educarla, sin tener conocimiento de lo que se está trabajando, ya que ahí el profesional se vería envuelto en un área desconocida, en el sentido de cómo abordarla y entenderla.

Desde la experiencia y lo vivido en la comunidades visitadas, no sería un problema incluirlas ya que se muestran bastantes abiertas cuando se trata de mejorar el servicio, quedando fuera posibles amenazas a la hora de evaluar su trabajo, sino se muestran abierta a seguir complementando para ir en busca de un mejor beneficio tanto para los usuarios como para el equipo terapéutico.

6.0 BIBLIOGRAFIA

- Arias, F. (1999) *El proyecto de Investigación. Guía para su elaboración*. 3ª ed. Caracas: Editorial Episteme.
- Bernal, C. (2005) *Metodología de la Investigación*. 2ª ed. Colombia: Editorial Pearson.
- Bisquerra, R. (2000) *Métodos de investigación educativa. Guía práctica*, Barcelona: Grupo Editorial Ceac, S.A.
- Bisquerra, R. (2003) Educación Emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa (RIE)*, 21, 1,7-43
- Bisquerra, R. (2005) *Educación emocional y bienestar*, Madrid: Editorial Praxis S.A.
- Carlson N. (1996) *Emoción y estrés. Fundamentos de Psicología Fisiológica* (pp. 306-307) México: Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana. 3ª Edición
- Casassus, J. (2006) *La educación del ser emocional*. Santiago: Editorial Cuarto Propio.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) Ministerio del Interior Gobierno de Chile *Orientaciones Generales para La detección precoz del Consumo de Drogas*. Santiago: Área Técnica en Prevención. Área Tratamiento y Rehabilitación CONACE. Impresión Editorial Atenas Ltda.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) Ministerio del Interior Gobierno de Chile (2004) *Lineamientos Técnicos. Tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de*

drogas. Santiago: Área Evaluación y Estudios CONACE. Impresión Maval Ltda.

- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) Ministerio del Interior Gobierno de Chile (2005) *Modelo de Intervención en personas con consumo problemático de Sustancias Psicoactivas, reclusas en los establecimientos penitenciarios Chilenos*. Santiago: Área Evaluación y Estudios CONACE. Impresión Maval Ltda.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) Ministerio del Interior Gobierno de Chile (2006) *Salir de las drogas es posible. Programa de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas de CONACE*. Santiago: Área Evaluación y Estudios CONACE. Impresión Maval Ltda.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) Ministerio del Interior Gobierno de Chile (2008) *Octavo estudio Nacional de drogas en población General de Chile. Informe de principales resultados*. Santiago: Área Evaluación y Estudios CONACE. Impresión Maval Ltda.
- Escohotado, A. (1995) *Historia General de las Drogas*. Tomo I. Madrid: El Libro de Bolsillo Alianza Editorial.
- Escohotado, A. (1995) *Historia General de las Drogas*. Tomo II. Madrid: El Libro de Bolsillo Alianza Editorial.
- Gardner, H. (1993) *Estructuras de la Mente. La teoría de las inteligencias múltiples*. México: Biblioteca de psicología, psiquiatría y psicoanálisis.

- Goleman, D. (1997) *La inteligencia Emocional*. Buenos Aires: Editorial Kairos
- Hernández, R. et. al. (2008) *Metodología de la investigación* 4ª ed. México: Mc Graw Hill.
- Iñiguez, L; Antaki, Ch. (1998). *Análisis del Discurso*. Revista Anthropos. Huellas del conocimiento, N° 177.
- Längle, A. (2002) *Comprensión y terapia de la adicción*. Conferencia pronunciada en la Universidad del Aconcagua. Transcripción: Lic. Graciela Caprio. Mendoza.
- Längle, A. (2004) *Libro de texto de Análisis Existencial (Logoterapia). Fundamentos*. Traducido Por Lorena Jiménez López. Manuscrito De Trabajo 2ª Edición.
- Maslow, A. (1991) *Motivación y Personalidad*. Ediciones Díaz de Santos, S. A. Madrid.
- OMS. (1995) “*Clasificación internacional de enfermedades*”. Décima Edición.
- Palomero, J. (2005) La educación Emocional, una revolución pendiente. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, volumen 19,3.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1996) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Quivy, R. (1992) *Manual de investigación en Ciencias Sociales*. México: Grijó Noriega Editores.
- Sartre. (1985) *El existencialismo es un Humanismo*. Buenos Aires. Editorial Paidós.

- Spencer, L.M. y Spencer, S.M. (1993) *Competence at Work*, New York, John Wiley and Sons.
- Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas, programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización internacional de drogas (2003). Nueva Cork Disponible, extraído el 12 de junio de 2009 en: <http://onudd.org.pe/pdf/publicaciones/analisis.pdf>
- *Inteligencia Emocional* extraído el 06 de julio de 2009 desde [http://www.uam.es/departamentos/medicina/psiquiatria/psicomed/psicologia/descargas/Superdotados%20\(D\)/inteligencias.htm](http://www.uam.es/departamentos/medicina/psiquiatria/psicomed/psicologia/descargas/Superdotados%20(D)/inteligencias.htm)
- Modelo de análisis existencial para el abordaje del alcoholismo en comunidades indígenas. Extraído el 20 de julio del 2009 desde http://www.cdi.mx/sicopi/alcoholismo_oct2006/7_ponencia_laura_velez.pdf

7.0 ANEXOS

Guía de discusión de Grupo Focal en usuarios en rehabilitación de drogas	
Fecha: _____	Hora: _____
Comunidad Terapéutica: _____	
Participantes: ----- ----- ----- -----	
Introducción: Se les invitara a participar de un grupo de discusión con respecto a cómo ellos ven y experimentan sus procesos de rehabilitación.	
Pauta Grupo Focal:	
1.	¿Desde cuándo están en proceso de rehabilitación?
2.	¿Es su primer proceso de rehabilitación?
3.	¿Qué los motivó a tomar la decisión de rehabilitarse?
4.	¿Sientes que el proceso te ha ayudado?
5.	¿De qué forma?
6.	¿Por qué creen que algunos compañeros abandonan sus procesos y cómo se podría mejorar?
7.	¿Han trabajado con sus emociones en su proceso?
8.	¿Conocen el concepto de educación emocional?
9.	¿Cómo influiría insertar un trabajo de educación emocional en tu proceso?

Pauta de entrevista a Juan Casassus, experto en Educación Emocional	
Fecha: _____	
Entrevistado: (años de experiencia, especializaciones, profesión)	
1.	¿Qué conoce acerca de los programas de rehabilitación de drogas, qué opinión tiene sobre estos?
2.	¿Qué relación tiene la adicción con el manejo emocional?
3.	¿Cree usted, que la educación emocional podría complementarse a los programas de rehabilitación de drogas? Y ¿De qué manera?
4.	¿Qué significaría, según su opinión, insertar la educación emocional como complemento a un proceso de rehabilitación de drogas?

Guión de Entrevista a terapeutas de rehabilitación de drogas

Introducción:

Saludo, presentación, explicación del motivo de la entrevista, permiso para grabar.

Pauta Entrevista

1. ¿Desde qué paradigma se basan para la construcción de un modelo de rehabilitación?
2. ¿Qué rol cumple CONACE dentro de este modelo?
3. Desde la perspectiva de la comunidad, ¿Cuáles son las áreas que deben ser trabajadas en una persona en rehabilitación y de qué manera?
4. Dentro de las deserciones al proceso ¿Cuáles creen ustedes que son los motivos principales del abandono al tratamiento?

En referencia al CONACE:

5. ¿Qué opinión tiene acerca de los planes y programas del CONACE referentes a rehabilitación de drogas?
6. Dentro de sus programas ustedes ¿Qué modificarían o mejorarían?
7. Dentro de sus programas de intervención ¿Está incluido el trabajo en el área emocional?, ¿De qué manera?
8. ¿Han escuchado el concepto de Educación Emocional?
9. ¿Cuál sería el impacto de insertar la educación emocional como herramienta complementaria a los programas de rehabilitación de drogas?

Pauta de entrevista experto en Logoterapia

1. ¿Cómo se entiende la adicción desde la logoterapia y cuáles serían los abordajes desde esta mirada?
2. ¿Qué relación tiene la adicción con el manejo emocional?
3. ¿Qué relación tiene la educación emocional y la Logoterapia?

TRANSCRIPCION GRUPO FUCAL COMUNIDAD TALITA KUM

¿Desde cuándo están en proceso de rehabilitación, el tiempo que llevan y por qué está haciendo un proceso de rehabilitación?

CS: Llevo aproximadamente un mes en la comunidad. Estoy aquí porque tenía adicción a las drogas, a la pasta base y la marihuana. Y estoy aquí porque quiero recuperarme. Estoy aquí en realidad por dos motivos, porque me gusta estar aquí y porque quiero recuperarme, eso.

RV: También estoy aquí por problemas de drogas y alcohol, en realidad, tenía problemas con la marihuana, la pasta base y el alcohol, mucho alcohol. Y estoy aquí aproximadamente como voy a cumplir tres meses, antes había estado en el psiquiátrico y hay un período de abstinencia antes de llegar acá, pero acá, acá llevo tres meses.

EA: Mi nombre es E y llevo acá diez meses, llegue súper mal, súper bajoniá y bueno en este momento se puede decir que soy como otra persona, he cambiado mucho, estoy más alegre, más confiada, más segura y este tratamiento realmente es lo que yo necesitaba, porque yo había tenido otros tratamientos pero como que ninguno, aquí hay cariño y eso como que a mí me ha dado porque yo soy como bien pa' entro, entonces aquí me dan cariño, amor, un abrazo de un compañero y me abro así... y eso me ha hecho muy bien.

SN: Bueno yo me llamo S llevo nueve meses aquí en la comunidad vine hee... estoy por drogas y por alcohol, hasta esta hora llevo nueve meses sin consumo y nueve meses aquí, he... ha sido para mí un buen proceso he...he estado bien y... quiero seguir hasta terminar el proceso.

HV: Yo, bueno, he... mi nombre es HV, estoy hace más de un año en la comunidad; como la pregunta que hace el Cristian, cuál es mi motivo para estar acá, he... en un principio fue seguir viviendo, no morir, pero con el tiempo esa motivación va cambiando, uno logra seguir viviendo, pero después también quiere recuperar algunas cosas, entre las cuales yo estoy en el proceso de recuperar a mi familia, cosa que en un principio no estaba en mis motivaciones, la motivación siempre va cambiando y va creciendo, entonces... esa, en este instante mi motivación es recuperar a mi familia y... y ser feliz.

FH: Mi nombre es F, yo acá voy a cumplir tres meses, este es mi tercer proceso de rehabilitación y... este ha sido mi mejor proceso que he hecho, porque al igual como decía la E, aquí es otra cosa, otro ambiente, acá hay motivación para salir adelante, dentro de los tres meses he tenido una pura recaída y tengo la fuerza y la motivación pa' salir adelante yo creo que lo voy a lograrlo tengo hartas ganas y harta fuerza pa' salir, pa' completar el proceso, los años que sea y salir adelante y

recuperar algunas de las cosas que he perdido, en este momento estoy recuperando a mi mamá y yo creo que esa es la fortaleza que me queda pa' seguir saliendo adelante.

DD: Llevo como cinco meses aquí, hem... lo que me impulsa a cambiar que soy una persona que depende de mí mismo, mi mamá falleció hace poco igual, entonces tengo que ser una persona autodependiente de mi mismo, ya no dependo de nadie y eso es como lo que me impulsa a cambiar mi estilo de vida, eso.

CP: Mi nombre es C, llevo cinco meses aquí y estoy por drogas y el hecho de perder a mi hija me hizo como recapacitar pa' recuperarme, así que eso.

¿Para los que están aquí, quiénes hacen un proceso por primera vez?

SN, CP, RV y CT llevan un solo proceso.

¿S, por qué tomaste la decisión de hacer un proceso? Bueno yo tomé porque me cansé de drogarme, me llevó al extremo de perder mis hijos, mi familia, perder trabajo, perder mi dignidad, perder muchas cosas, por eso tomé el proceso de... de... de dejar la droga. Porque cuando una toca fondo, no le queda otra oportunidad de poder llegar a una comunidad y poder cambiar, y eso a mí me ha hecho muy bien porque he podido hacerme valorizar, porque antes no valía, yo no valía, entonces ahora yo valgo y si me quiero y quiero al conjunto de mi familia y eso me motivó para hacerlo, nunca había estado en un proceso, primera vez pero es difícil, todo cuesta mucho, pero si cuando uno quiere todo se puede y a mí no me ha salio'... no es fácil porque también he tenido procesos un poco difícil, pero gracias a dios la motivación te lleva a dejar la droga, el alcohol, es recuperar a mi familia, las perdí como seis años y más que soy viudo, me costó mucho... decidirme porque uno, yo pensaba que mis hijos ya no me iban a ayudar a salir de esto, pero gracias a dios si po', me ayudaron mucho y por ello he salido adelante y por mi y por la comunidad y es difícil, si muy difícil, gracias a dios nunca he tenido una recaída de que entre aquí no he tenido recaída y espero no tenerlas, porque yo entré con una meta de que si yo entraba, quiero salir completo, sano, esa fue mi idea, nunca pensé de que iba volver a recaer, volver atrás, no quiero porque sufrí mucho, tuve muchas pérdidas y esas pérdidas me hicieron tomar esa decisión y uno aquí en esta casa tiene mucho apoyo, mucha comprensión, mucho apoyo de los compañeros, de los terapeutas y eso yo nunca lo había tenido, y eso bien me ha ayudado también, entonces yo creo que todo lo que yo he logrado es gracias a todos y estoy bien porque lo he podido hacer, entonces eso.

Y para ti C ¿Tomar esa decisión? El hecho de perder a mi hija po', me hizo como recapacitar un poco, perdí la casa, mi familia, hartas cosas, si que aparte ya había tocao' fondo ya po', si no paraba ahora ya no iba a parar, entonces ahí dije ya basta, no quiero, estaba mal súper mal. El hecho ya de que me hija me viera

drogándome, y ella se diera cuenta de lo que yo andaba también como que me hizo recapacitar un poco.

¿Qué edad tiene tu hija? Diez, así que ahora bien con ella po', volví a mi casa, bueno a la casa de mi mamá, igual como dice el compañero no es fácil, se me ha hecho súper difícil, pero aquí estoy.

Para ti R, ¿También es tu primera vez? Si po' es mi primera vez, el motivo en realidad fueron hartos factores que influyeron, pero lo principal es que... el estilo de vida que estaba llevando, metidos en drogas y alcohol, me estaba convirtiendo en una persona... pero la peor persona del mundo, sacó todo lo malo de mi, todo lo malo, lo peor que yo podía hacer po', le hice daño a mucha gente y a gente que no se lo merecía, ese daño. Porque hay personas que sí se merecen daño, pero personas que no. Y... hice sufrir mucho a mi familia, a mi mamá en especial. Aparte yo... se me dio la oportunidad anteriormente de poder estudiar después del colegio, estudiar alguna carrera, desperdiqué todas esas oportunidades, estaba perdiendo mis capacidades también, me estaba poniendo más estúpido, me costaba más entender las cosas he... también el despreocupamiento como persona, uno anda todo cochino, uno no se preocupa, ninguna mina me pescaba y... eso po', lo principal si, lo que me mantiene acá, porque como lo dicen mis dos compañeros anteriores y yo lo vuelvo a repetir pa' que les quede claro, que es difícil, es súper difícil y... mi alisiente en esto ha sido lo que... porque de repente a mi me vienen como ganas, pensamientos y yo me recuerdo la cara que tenía mi papá y mi mamá cuando yo estaba en consumo y cómo los veo ahora, entonces esa diferencia a mi me hace como querer alcanzar mi objetivo, hace poco se murió la abuela de un amigo y mi amigo sufrió caleta po', y eso también me hizo reflexionar acerca del tiempo que uno va a tener a las personas con uno, entonces como uno desperdiciaba el tiempo y agradezco que no se murieron cuando yo estaba mal, porque hubiera sido algo que no me lo perdonaba nunca y yo ahora pido que ojalá el tiempo me acompañe para que mis viejos me vean bien po', entonces si el día de mañana ellos se mueren, se puedan ir en paz y decir sí, el Rodrigo lo hizo, salió de esto y... esta es mi primera experiencia, encuentro que este lugar tiene un toque que... o sea, no tengo referencias anteriores, pero... lo que se vive acá, la comunidad, porque tiene bien puesto el nombre de comunidad po' y el amor que hay aquí es algo que a uno lo mantiene en el camino, se puede caer muchas veces uno, pero uno se va a parar y va a seguir viniendo pa' acá po', encuentro muy bueno aquí el lugar y también mi objetivo es también una sola vez. Yo tomé este tratamiento y este va a ser el único tratamiento que voy a tomar y también como decían las palabras de mi compañero, lo otro, recaer sería volver atrás y la pasé tan mal, me convertí en tan mala persona que... volver atrás sería lo peor que podría hacer.

C, para ti también es tu primer proceso, ¿Qué gatilla, qué pasa por ti o qué cosas empiezan a suceder que te hacen tomar la decisión de tomar un proceso de rehabilitación?

Mira sabí que pasaron hartas cosas, el asunto de la familia emm uno se empieza a perder hartas cosas lindas que tiene alrededor, darse cuenta que la estoy cagando, o sea francamente así cosas que no van con la persona de uno y empiezas, o sea te empezai' a guiar por intermedio de la droga, a hacer cosas que no corresponden, el gatillar empezar a hacer un proceso va por mi persona, va por yo querer cambiar, por la edad que tengo, el tipo de consumo que llevaba, el tiempo de consumo que llevaba era bastante ya... dentro del consumo yo me cuestionaba bastante, no podía cambiar solo intenté cambiar solo y no pude y... darse cuenta que estoy perdiendo tu tesoro francamente no podí, el tesoro que uno tiene, que es la familia, por la droga. Yo creo que lo primero es la familia, primero primero fui yo y segundo la familia, el quererme yo mismo la verdad uno viene con muchas cosas, uno hace cosas que no corresponde con la droga emm... el proceso en sí como experiencia de proceso, como primer proceso que hago bueno, yo he tratado de llevarlo lo mejor posible como dice el compañero recaer es como dar paso atrás, no pienso en recaer, no utilizo esa palabra, no está en mi mente recaer eh... he tenido problemas si, me costó mucho mucho mucho hacer un cambio rotundo dentro de mí porque el consumo mío era fuerte, diario, todo los días consumía hierba, consumía harta hierba los fin de semanas, consumía drogas y de todo, de todo tipo de drogas, empezabai' con una droga fuerte y después terminabas con otro tipo eh... el cual te perdiai' de la casa no llegai' los fines de semana em... así que eso, yo gracias a dios tengo un bonito apoyo que es mi familia, tengo mis tres hijas, mi papá y que hoy en día están felices y contentos por el cambio que yo he hecho, me ha acostado bastante sipo dar vuelta la hoja, porque cuesta bastante porque lo social de uno, alrededor yo por ejemplo yo no podía dejar de trabajar, no podía dejar de manejar dinero, aparte igual aquí se pedía no podías utilizar dinero, que el factor que te lleva a consumir es tener dinero me di harta fuerza al principio porque el contorno social que yo tengo es fuerte en droga, mi trabajo, donde yo vivo eh... es bien fuerte así que estaba bien constante pegado a ello, así que utilizando las herramientas que te fueron dando acá, esas herramientas la fui utilizando bien y no me había dado cuenta que estaban a mi mano, a mi alcance, las herramientas y aquí me empezaron a abrir los ojos y poder cambiar y a la vez con otro problema que tenía encima, que era el de mi papá, que no lo puedo dejar de lado po' hasta el día de hoy no lo puedo dejar de lado, que es un problema bien heavy que yo tengo, mi papá también consume y que yo quise cambiar, quería que él también cambiara todo eso reboto en mi también eh... y... por ejemplo me preocupaba mucho de él y no me estaba preocupando de mi, el cual a mi aquí me enseñaron a que tenía que preocuparme de mi y también fui aprendiendo eso de a

poco y hasta el día de hoy lo he sabido llevar, así que bien por mi familia, por mi y por todos los que estamos acá.

Y para los que han hecho más de una vez un proceso de rehabilitación ¿Qué cosas te llevan a dejar de lado el tratamiento?

C: A mí me paso una cosa bien heavy, yo llevaba muy bien mi tratamiento, yo llegué a la reinserción a la última etapa del tratamiento y recaí po', llevaba un año sin consumo, pero fue porque me pasó una cosa muy heavy con mi hija y a mí, yo miraba a mi alrededor y pensaba a que hacia tanto, pa' que hacía todo ese esfuerzo por cambiar si las cosas malas me pasaban igual cachay, por eso dejé todo de lado mm... porque a la hora que no hubiera sido tan heavy lo que me pasó no habría pasado na', eso era lo único que pensaba, me miraba al espejo y me decía pa' que estoy cambiando si las cosas malas me están pasando igual o sea si estay haciendo las cosas pa' que todo salga bien, no estoy cambiando nada, no estoy cambiando nada por eso dejé todo de lado.

¿Y qué te hace volver? Me volví a mirar al espejo y... por mi hija además o sea no la puedo dejar de lado, tengo que estar con ella, como dice mi compañero mi hija también tiene diez años de repente cuando los hijos son más chicos no se dan cuenta, uno pasa más piola como dicen, pero ya no, los hijos están más grande te exigen estar con ellos, mi hija me exige a mi estar con ella y gracias a dios ahora estoy ahí y la relación ha mejorado cuando uno está ausente una cierta cantidad de tiempo después los hijos te miran como... tú que me venía a decir cachay, si estuviste tanto tiempo ausente, pero gracias a dios ya no, ahora ya estoy recuperando todo eso.

F ¿En tu caso?: Bueno lo que pasa es que yo podría decir como que estoy en mi primer tratamiento porque los otros dos fueron bajo presión. Primero fue en un COSAM, me hincharon mucho en la casa y yo dije ya voy a ir y no le tomaba atención e iba como por cumplir, mi intención no era cambiar, no tenía esa intención. En el segundo fue por el trabajo, porque tenía problemas en el trabajo y si no lo hacía me iban a echar y ahí tampoco, al principio como que tomé atención después ya lo iba dejando, lo fui dejando un poco y hasta que lo dejé cachay y me echaron de la pega y todo y ahora con todas las cosas que me pasaron la decisión la tomé yo.

¿Qué te hace tomar la decisión? Es que perdí muchas cosas a parte de perder trabajo, perdí un auto que siempre fue lo que quise tener, perdí mi polola que hasta el día de hoy la echo de menos, entonces todas esas cosas me llevaron a darme cuenta que estaba mal po'. Además yo estaba mal, yo era una persona que podía andar en la calle pidiendo una monea' o que alguien te diera un copete. Entonces uno se miraba y se miraba que estaba mal po' y que así no iba a llegar a ningún lao', no iba poder trabajar tus cosas nunca las ibas a poder tener porque

siempre te ibai´ a comprar algo y no tení plata y lo ibai´ a vender. Entonces fue más por ahí cambiar mi persona y... por todo el daño que le hice a muchas personas y por todo lo que perdí, o sea pa mi fueron hasta cosas, que en ese momento no me importaban, me daban lo mismo perderlas, pero ahora cuando uno está bien se echan de menos unas más que otras, se echan de menos y uno sabe que no las puede recuperar.

H: A veces uno toma decisiones, pero son... es que uno toma decisiones en un tiempo que uno no está dispuesto a aceptar las consecuencias de esas decisiones. Uno las toma en un tiempo que puede ser ideal y todo, eso pasa muchas veces, pero después de encontraí que la realidad es enfrentar un problema muy grave y no estai´ dispuesto a tranzar eso, yo hice varios procesos entonces este procesos es diferente por la razón que me pasó todo lo que me tenía que pasarme, todos lo temores y todas las cosas se me presentaron entonces ya no había nada más que hacer, ya no había nada que sufrir por me la sufrí toda, no había nada más que perder porque perdí todo, ya no había más cosas del egocentrismo que había que mantener porque estaba botado en la calle. Entonces esto es mirar el otro polo de la vida pa´ mi, ya me la sufrí toda ahora tengo que tirar pa´ arriba, ya no tengo nada más que perder ahora hay que puro darle. Entonces esto es diferente porque parto de la nada, pa´ ti sin nada, sin familia, sin casa, sin un trabajo, sin personalidad, sin nada y aquí estoy armándome y empezar de cero y creo que la vida me llevó a ese estado porque hay muchas cosas que se habían quedado atrás y yo me lancé al mucho y dejé muchas cosas atrás que tenían que ir conmigo también. Entonces perderlo todo es volver a buscar eso que se quedo ahí, las muchas cosas que uno tiene reprimidas, emociones, el afecto, que nunca lo exprese. Entonces aprender de ahí es aprender con todo lo que soy, por eso es diferente ahora, porque ahora soy yo, el que siente, el que piensa, el que se cansa, antes no cachay. Antes no, me lancé al mundo con el intelecto no má, pero mis emociones quedaron muy atrás, así que eso es diferente porque estoy sintiendo, siento que puedo, que lo voy a lograr y eso.

E: Yo creo que nunca me comprometí, las otras veces yo... me obligaron, era bajo presión y como que me gustaba esa vida po´, porque me gustaban las drogas, obviamente era lo más rico que yo tenía cachay y también no me influían tanto de alguna manera porque como trabajaba igual hacía todo y me drogaba, tenía mi mundo y manipulaba y mentía, era así, un ciclo y vivía y tuve que tocar fondo perder todo. Como dice el Héctor pa´ poder salir adelante, pero yo lo quería no sé por qué, realmente no me lo explico porque era algo tan estúpido, como ahora lo veo, pero antes era mi vida y la asumía así.

D: Son diferentes instancias, son diferentes épocas yo creo. Que en los procesos anteriores igual como que uno... en el caso mío yo igual estaba más presionado por la familia, todo eso en ese tiempo, quizás uno era más cabro chico, no sé en

otros casos aquí yo estoy de vuelta porque creo que no se pierde todo completamente, siempre se va aprendiendo en la vida, independientemente donde hagái' hecho un proceso, o sea yo igual he tenido procesos residenciales, espirituales, he tenido como en diferentes comunidades, pero esto es como lo que más me ha ayudado y... uno rescata siempre las cosas... de todo se rescata algo y... nada po' yo igual estoy aquí por trabajar ciertas cosas que uno no sé po', cometí errores en los procesos anteriores, en confiarme mucho, no sé, trabajar otro tipo de problemáticas que en otros procesos no trabajé, el cual ahora quiero trabajar para que no me pase lo que me pasó las veces anteriores, eso más que nada igual em... a mi me impulsa harto estar solo, depender de mí mismo, es como que yo sé que estando lúcido puedo ser como terrible bakan, pero yo no tengo apoyo de nadie, o sea apoyo de mi hermano, pero es como nada cachay comparado a una mamá o a otra persona que siempre está ahí, como que incondicional, por ejemplo yo me acuerdo que mi mamá las primeras veces me venía a dejar, a buscar, cachay o no y estaba siempre ahí po' y ahora como que no, yo tomé la decisión y o sea había tomado la decisión de antes me había chantado solo igual, mis procesos, igual aprendí como hartas cosas, como que igual uno quiere drogarse las herramientas las deja de lado, siempre he dicho lo mismo cuando querí volarte tu, las herramientas, tu sabí cuando las querí ocupar y me chanté, ocupé las herramientas me chanté solo y después decidí venir pa acá cachay y... porque igual quiero trabajar esas cosas que siento, que me hacen falta trabajar eso para así terminar mi proceso.

¿De qué manera sientes que la comunidad te ha ayudado en tu proceso de rehabilitación?

C: El afecto, de todas maneras.

D: Si po' obvio, la confianza más que nada porque ustedes trabajan como el lado de uno, como que son amigos de uno, cachay, más encima ustedes. A ver yo mi caso fui a COSAM, he estado en otro tipo de partes cachay, que de repente tu estay conversando con alguien y como que esa persona, es como estar conversando con el muro, cachay y eso aquí no se ve, cachay porque de repente como que se quedan callao' y te dicen, ya nos vemos esta otra semana, a tal hora y vai' y vai' a conversar con el muro de nuevo, cachay, en cambio ustedes no po', ustedes nos dan cariño y son como amigos de nosotros, la confianza, y ahí uno... más encima nos ayudan... yo creo que deberiai' trabajar esto, trabajar esto cachay, ustedes siempre dicen eso y a la hora que sea uno puede contar con ustedes cachay y como que he... eso es como pa' mi la confianza, yo llego y puedo trabajar cualquier cosa, cualquier tema con ustedes, que sé que ustedes me van a decir... a lo mejor velo de este lao' o verlo de este otro lao' o trata trabajarlo de aquí, cosas que en otros laos no te dicen, se guardan esas cosas, no te ayudan a

trabajar tus problemáticas. Eso pa' mí es como lo mejor que hay, esto es lo mejor de esta comunidad.

C: Yo comparto mucho lo que dice el D y lo que dijo la E también, pa' mí era tan impresionante, tan rico cuando uno llegaba, que uno después viene de la calle o que nadie te valoriza o que todos te pasan a llevar y aquí tu llegai' y toos se ponen felices cuando llegai', y si ni vení se ponen tristes cachay y eso. Eso es lo más importante de acá y te acogen a la hora que sea, o sea, si tení un problema nunca, por ejemplo cuando estaba en el día aquí, tenía muchas compañeras, éramos caleta y muchas habían estado en MANRESA y era mi primer proceso, pa' las demás no, cachay y muchas habían estado en MANRESA, otras habían estado acá y unas me contaban que las trataban súper mal. O sea, era como un drogadicto más no má po', cachay. Y aquí yo creo que a nadie lo hacen sentir así, todos somos personas cachay y todos... y aquí nos valorizan, hasta la más mínima cosa que hacemos y eso es súper importantes pa' nosotros que venimos tan... tan como tan bajao', es súper importante porque te levanta y así te dan ganas de venir po.

D: Además yo he visto como que ustedes, como que no es venir y solamente a hacer la pega, ya existe cariño de por medio, cachay o no... yo cacho que ustedes se encariñan con nosotros también po'... se nota, se les nota, ustedes lo reflejan.

S: Yo cuando llegué aquí sentí algo muy especial, yo cuando en la droga metió... que yo quería drogarme hasta llegar a estar votao' en la calle. Hasta ese extremo... yo lo único que quería era... incluso yo decía voy a dormir en esa plaza ahh, porque ya estaba reventao', pero cuando llegué aquí, mis hijas me dijeron que me traían para acá, yo dije me van a tratarme exactamente como lo dijo la Claudia "un drogadicto", así como me miraban en la calle, como me miraban los amigos, la familia, los vecinos, la sociedad, pero cuando llegué aquí, el panorama se me dio vuelta, la cosa fue al revés aquí me recibieron, pero no como un drogadicto, sino como una persona que tenía una enfermedad y eso a mí me agradó, por qué, porque sentí cariño, me acogieron, me dieron amor, de todo, compañeros que estaban en lo mismo que yo, así que no me sentía mal y eso me ayudó a sacarme de la cabeza de que yo podía sanarme, todo eso y no tenía por qué pensar de que iba a llegar a dormir a la plaza, entonces eso a mí me dio apoyo y por eso estoy aquí y por eso agradezco haber llegado aquí, porque mi idea cuando me dijeron mis hijas "papi te vamos a internar" fue como que me iban a cortar, no sé, las manos, lo pies, los ojos, no sé, en serio, me impactó. Porque dije yo, voy a estar encerrado y yo desde los 14 años fui independiente y llegar a encerrarme, era algo que para mí me iban a cortarme todo, entonces cuando llegué aquí para mí fue ese cambio y eso me ganó a mí me dio la satisfacción de que estoy haciendo algo bien, estoy en una parte bien, me siento cómodo, me siento acogido y por eso estoy aquí.

E: Yo aparte de la confianza, el cariño que dan acá, igual me gustaría destacar el compañerismo que tenemos nosotros. Porque igual acá nosotros llegamos sin amigos porque tenemos que dejar todo atrás, llegamos acá y hacemos redes, lazos, amigos, nos llamamos, nos preocupamos, somos amigos. De repente, yo el fin de semana llamo a compañeros para saber cómo están o me llaman a mí y eso... se preocupan por ti, tus amigos, tus compañeros, entonces dan ganas de venir a compartir, a conversar y resolver los problemas. Y bueno la acogida que dan ustedes, los terapeutas, espectacular. Cuando llegué me entrevistó Carlos Blanch, me acuerdo y él me ofreció todo. Dime lo que quieras, ódiame, porque yo venía con mucha rabia, dime lo que quieras aquí no tienes que esconder nada, desahógate... dan ganas de seguir viviendo.

F: Yo podría hablar que a mí en lo personal me ha servido, pa' enfrentar problemas que yo tenía en la casa, problemas con mi papá, más que nada en ese punto me sirvió mucho, a pesar del corto tiempo ya he podido arreglar, o sea, enfrentar y decirle todo lo que tenía que decirle a mi papá, que me guardé por muchos años y aquí conversando el tema y todo eso, me ayudaron a ver cómo enfrentar la situación po'. Yo pensé que iba ser, que se iba a demorar un poco, no tan de golpe, pero las cosas se dieron y... y... me saqué un gran peso de encima, entonces ahora creo que el proceso se me va a hacer más fácil. Y como dicen todos, aquí hay un gran cariño de parte de ustedes, son como una familia más de uno. Aquí hay amigos y hay gente que a uno lo valoriza como persona, no lo mira como un drogadicto, sino como persona por lo que uno vale, no por lo que fue antes, sino por lo que ahora.

D: Yo creo que somos privilegiados de estar haciendo un proceso aquí, pa' mí es como estar privilegiado de estar haciendo un proceso aquí. Porque yo igual conozco muchas comunidades, otras comunidades, cachay.

¿De qué forma la comunidad ha ayudado a su proceso de rehabilitación dejando fuera la acogida, esa confianza... pero en el tema específico de la rehabilitación que elementos creen ustedes que les han sido de ayuda?

R: Igual esto tiene el nombre de comunidad po' y yo encuentro que eso igual es importante po' porque cuando uno andaba en la otra volá, drogándose y too eso, uno como que se aísla, estoy en tu mundo solo, en cambio, volver a comunidad y toos participan y aquí pa' hacer una cosa y aquí y acá, entonces como que uno le retoma el significado a eso y... y esas cosas que hacen también too el cariño, tooo lo que dijeron que nos dan aquí, por lo menos a mí me ha abierto los ojos y rescatar todas esas cosas buenas de todos po' y... entonces eso me hace después pensar que con la droga no había nada bueno... o sea, de primera era bakan too, pero después no pasaba nada po', era entera fome y uno andaba mal po' y entonces a mí personalmente la comunidad, me abrió los ojos pa' darme cuenta, o

sea, más que darme cuenta, valorar las cosas que tengo y darme cuenta que uno de repente también se puede hacer como el víctima, pobrecito de mi y resulta que uno mira pal' lao' no má y hay gente que está mucho peor que uno. Entonces así creo que la comunidad me ha ayudado mucho, me abrí los ojos, me pegó una despabilá.

H: Yo quería decir una cosita, yo también me sentí acogido, he... pero ese ser acogido, también va junto con otra cosa que es como la técnica que se utiliza un poco, es como cuando te van a poner una inyección y te están hablando y no te diste ni cuenta cuando te la pusieron y otros temas que son más potentes. Es como es mi paso acá. Muchas veces se tratan los problemas y la verdad pero... con mucho cariño cachay, y eso es lo que sirve mucho en los grupos, uno expone un tema y como somos todos parecidos en el tema que estamos tratando, siempre hay mucha empatía en sentir lo que el otro le puede estar pasando. Yo creo que ese es el tema esencial de la... de los grupos, que el otro también está en tu posición y tú también y por eso, por tanto podí comprenderlo y eso es algo que a mí me ha servido mucho. También profundizar y enfrentar la verdad, pero... con mucho cariño.

C: Lo otro también es que a uno lo reorganizan porque vení desorientado total, yo por ejemplo, frente a mi caso, por ejemplo con mi familia, cachay yo aquí llegué desorientado total y a mi familia la estaba perdiendo cachay y la ayuda que te dan, es bien familiar, o sea, saben por dónde buscar el caminito exacto, porque uno llega soberbio, uno al recién dejar la droga, llega soberbio, como que las cosas no te entran muy claro, cachay ahí como te reorganizan un poco el sistema sin drogas, cachay y... y se empieza a reorganizar todo en la familia, a la vez cuando te escuchan te dan respuestas que son sabias y que uno las va utilizando realmente, en su casa, esas reuniones familiares que hacen acá, que son bien seguidas, son muy buenas porque no tan solo le sirven a uno, le sirven a la familia de uno, a la pareja de uno, por ejemplo en mi caso a mis hijas también que conocían un papá volao', drogao', que siempre lo fui po' y ahora conocer a un papá nuevo, cachay, yo por ejemplo y ahora yo, es como volver a nacer pa' mi po', pa' mi fue como volver a nacer a hacer cosas a no estar drogao', a hacer otras cosas po', a conversar con mis hijas, conversar con mi familia, con mi pareja, con mi mamá, todo eso, muy buena la acogida. No es tan solo pa' uno, es también pa' la familia y sirve demasiado po'. Es como reorganizarte en la vida de nuevo.

D: Yo igual concuerdo con mis compañeros, como que de repente te sentí reflejao' en las problemáticas de tus otros compañeros cachay, o de repente te dai' cuenta de que tení un problema y tu compañero tiene otro que es más brígido que los tuyos y te day cuenta de tus problemas como que te ahogai' en un vaso de agua y eso como que rescato yo po', sentirte reflejao' en las problemáticas de tus compañeros.

S: Yo he rescatado algo muy bueno, he aprendido muchas cosas, primeramente he aprendido a amarme a mí mismo, porque yo no me amaba, aprendí a amar a mis hijos, que tampoco los amaba, aprendí a valorizarme... eso no lo tenía, aprendí de que luchar en la vida cuesta harto pero cuando tú la ganas, la valorizas harto y porque cuando yo estaba en la droga, yo no valoricé nada de eso, por eso perdí, pero ahora sí sé lo que es amar primeramente, yo amo mucho a mis hijos, amo mucho a mi nieta que es la única que tengo, me amo mucho, me cuido, me protejo demasiado, quizá estoy solo, solo porque no tengo pareja, pero sí tengo unos lindos hijos que me han apoyado, tengo un gran apoyo de mis compañeros que se preocupan por uno, por qué falta, por qué no viene, por qué tienes este problema cómo te podemos ayudar, eso yo lo rescato harto pero si, lo que sí rescato harto de aquí de la comunidad es un amor... a ver cómo podría decirlo, es una amor sin que tu lo des de vuelta, te ayudan sin interés y eso para mí me ha valido mucho, están preocupados que necesitai', qué te hace falta, en qué te podemos ayudar, muchas cosas... cuando yo estuve en la droga nadien se preocupó por mí, nadie, solamente ir a drogarme, solamente estar compartido es drogarse, pero aquí te dieron vuelta la tarjeta, de que tení que preocuparte que valí, te tení que preocuparte que te tení que amarte, tení que preocuparte de todo y eso para mí me ha servido mucho. Ahora yo soy otro, otra persona, valgo para mi, y si valgo para mi, valgo para todos y eso no lo sabía, porque yo perdí mucho, mucho... perdí mucho material, perdí lo espiritual, perdí todo lo que tenía, lo había perdido y ahora soy una persona orgullosa de mí mismo y lo estoy recuperando y que lo recuperé y eso para mí vale mucho. Era una persona que para fuera no valía, porque era un drogadicto, que robó, que mintió, que vendió todo, que tocó fondo, pero ahora sí valgo y eso a mí me tiene bien arriba; el autoestima mío la tengo bien arriba y eso me ha llevado a hacer nuevos proyectos, a una metas que antes no las tenía, pero si no me acuerdo de lo de atrás, no quiero, se que pasó, pero no quiero volver a meterme en lo que ese problema fue... no, ahora me estoy proyectando... proyectando de que tengo que volver a tener las cosas que había perdido y eso pa mi me ha hecho levantarme y me ha dado harta fuerza. Eso.

¿Qué herramientas les han sido entregadas por sus terapeutas o el equipo terapéutico en su proceso de rehabilitación?

E: Para mí los terapeutas me han ayudado en ser yo misma, porque hay que asumir las inseguridades que tiene uno, los miedos, y de repente si uno se equivoca no importa, te equivocaste y continuai' y lo arreglai' o pedis disculpas, no sé. Pero uno es como tan arrogante y los terapeutas se concentran en que tu seai' tu cachay. Y de ahí te podí lanzar, podí seguir adelante, o si no te quedai' estancado en lo que erai antes.

D: Concuerto lo que dice la E, igual... el conocerte a ti mismo, igual de repente como que pocas personas lo hacen, yo cacho que cualquier persona en la calle no

saben, o no se conoce a sí mismo. Entonces aquí igual como que te enseñan a conocerte, a trabajar tus problemáticas, lo que te pasa en determinados momentos, ver cómo te sentí en algunos momentos, eso más que nada.

E: Eso va todo en el momento en que estay, o sea el psiquiatra te dice: cómo te sentí, en qué momento estay o estay aquí...

D: Yo cacho que igual te entregan la cachá de herramientas, cómo afrontar la vida, ser una buena persona para la sociedad, la cachá de herramientas te enseñan caleta.

E: La terapia ocupacional también te enseña eso mismo, conocernos a nosotros mismos. De poder mirarse.

F: Más que nada de poder mirarse las virtudes que uno tiene, antes era como que uno se miraba solo las cosas malas, uno no se miraba virtudes, no creía que uno podía ser inteligente, que uno podía ser responsable, no sé po, que uno podía ser trabajador, esas cosas uno no las valoraba, entonces aquí te enseñan a valorizarte como persona a ti mismo y a quererte también po.

H: Bueno en las diferentes etapas, en el grupo “A”, te ayudan un poco a manejar los temas... el dinero digamos, de no exponerte, yo creo que un poco que es para ir agarrando fuerzas, en ese momento estay muy vulnerable. En el grupo “B” uno ya empieza haaaa... a tratar las problemáticas reales de uno, pero trata más menos la periferia de eso. Un poco anunciando lo que viene en reinserción y en reinserción uno empieza a enfrentar el problema real. Y eso es... es un tema súper doloroso y necesita como de mucha empatía, de comprensión. Reinserción es.... si cuando se llega a ese punto es complicado porque tení que tratar temas que no hay tratado en toda tu vida. Que nunca hay reconocido. Entonces es un reconocerse las virtudes, pero también las limitaciones en cierto sentido. Entonces el terapeuta es un guía y la pega la va haciendo uno, enfrentándose con esos miedos que uno.... hay miedos que yo vengo arrastrando hace toda mi vida, nunca los he enfrentado siempre heee... he tapado ese miedo y sobre eso he ido construyendo muchos aspectos de mi vida, entonces es complicado porque tení que empezar a deshacer desde aquí hacia atrás y eso es lo maravillosos de esto.

F: Bueno lo que dije delante, o sea, enfrentar las situaciones que tenía, los problemas familiares y en eso me ha ayudado hartito. Tuve un unifamiliar, conversamos ese tema y a la semana ya estaba enfrentado el problema. Tuve la fuerza y la fortaleza de encarar eso y decir todo lo que tenía que decir y sacarme una mochila que llevaba por años, cachay haa... independiente que a la otra persona le rebotó no más pero yo sé que igual lo dejé como cabeciendo un poco... uno empieza a hacerse cargo de las cosas que dejó de lado, o sea, uno no enfrentaba o lo tapaba con la droga, nunca enfrenté el problema en sí, nunca me

saqué esas cosas que sentía hee... de frente cachay, entonces él me dijo que tenía que enfrentar las cosas porque ya era el momento de hacerlo, pero me dijo que había que hacerlo con calma, que hay que ir de a poco, pero no aguanté y ya solté todo de una, pero me sirvió hartito si. O sea a lo mejor me adelanté un poco al proceso, pero por lo menos, me aliviaron un poco a mí en hartito... en hartas partes del problema que yo tenía, me sirvió hartito.

H: Una de las cosas que es importante y que me ha pasado a mí es cuando te hacen la pregunta: ¿Querí dejar de consumir? y uno siempre dice que sí po, pero tenía ganas también de hablar de ese problema que tenía también hace mucho tiempo. Entonces es una decisión real cachay, si tengo ganas también de hablar de esto que he ocultado hace mucho tiempo. Si querí dejar de consumir, tenía que hablar de esto cachay, porque este es el problema real, a lo mejor la causa de que tu hayas llegado a consumir, entonces eso es muy importante.

F: Porque igual yo creo que la droga no es el problema, o sea, hay una situación en uno que lo llevó al consumo, o sea, la droga vendría siendo como la colita del problema, el problema es otro. Son situaciones que lo llevaron a uno a consumir.

S: Es lo mismo que yo en el grupo "A", yo pensé que solamente era dejar de drogarme, nunca pensé lo que venía después de dejarse de drogarse y esos problemas a mí me trajeron hartito también porque... me empezaron a buscarme por qué fue el consumo... pero yo dije que no porque pa' mí era solo de dejarse de drogarse, ese era mi objetivo del grupo "A", haa... dejar de consumir, pero no me daba cuenta de por qué era el consumo, el por qué yo llegué a esto. Y eso a mí me ayudó hartito, eso de que empezaron a buscar los mismos terapeutas, que el psicólogo, que el psiquiatra, y uno pierde el ser papá, pierde la responsabilidad, pero aquí a uno lo vuelven a reintegrar, a la realidad y no tan solo al consumir y eso me ayudó a mí hartito.

C: De hecho la pregunta que te hacen no es tan solo si querí dejar de consumir, sino que por qué, a mí me preguntó la María Ester, la que me hizo la primera entrevista y me dijo querí dejar de consumir... me dijo por qué estoy aquí... yo le dije porque quiero dejar de consumir y me dijo y por qué, igual te mueven el piso cuando te preguntan por qué, o sea, yo me dije a mí misma, porque me pregunta si ella es de aquí, no tendría por qué preguntarme por qué po' cachay... y realmente es buena la pregunta.

D: Por qué si es tan satisfactoria pa' nosotros, placentera, tan rica, tan... todo claro ha!!

¿Por qué creen ustedes que algunos compañeros abandonan el proceso?

D: No trabajan sus problemáticas, no sé, todos tenemos diferentes problemas.

R: Yo pienso que algo tan práctico como que no quieren dejar de... no quieren cambiar el estilo de vida... nada más que eso, simple y llanamente esa es la respuesta, porque aquí todos hemos vivido lo mismo, o sea, no lo mismo, pero tenemos empatía porque tenemos historias parecidas, cachay, tocamos fondo y tenemos hartas cosas en común, entonces si eso no te motiva, o sea, qué más te puede motivar, cachay y tu sabí a lo que vai´ a volver, entonces si dejai´ el tratamiento es porque simplemente te gusta más drogarte y no estay preparado pa´ dejar las drogas. Eso es más fuerte en ti, no hay motivación, no hay nada. Yo he conocido casos, amigos que... así como le pasó al F también, que de repente los mandan obligados o los mandan por orden judicial o por la casa, “x” motivo, entonces vienen acá a hacer la pura pantalla no más po´, pero en el fondo ellos mismos saben que no van a salir, si po´ y eso es lo más triste porque se están engañando ellos mismos.

H: También hay otro aspecto, como lo dije endenante, uno toma decisiones en un tiempo determinado, esas decisiones abarcan solamente la parte racional cachay, pero la solución del problema te lleva a plantear el problema emocional, si tus emociones quieren enfrentarse con ese dolor o si tu físico es capaz de cumplir con esto, también hay un tema físico de abstinencia digamos, entonces uno, el ser humano tiene una triple naturaleza, somos mente, emoción y cuerpo. La decisión tiene que pasar por esos tres aspectos de nosotros, yo puedo tomar una decisión o mi mente puede decir que voy a correr 100 km, pero tengo que preguntarle a mi cuerpo si es capaz de llegar a esos 100 km o si no si estoy realmente de acuerdo a asumir el dolor de enfrentar eso, entonces es algo que abarca mucho y uno a veces toma decisiones como digo en un tiempo determinado y no analiza completamente si quiere realmente dejar de consumir drogas.

E: Igual... yo he visto gente acá que lleva diez meses, un año y se creen estar seguros de que ya están bien... y van a trabajar y todos les dicen, no todavía no es tiempo o por qué te vai´ a ir y se han ido igual y se han caído y no han vuelto. Yo he sabido de muchos casos así. Entonces pasa de porfiado, que no quería escuchar de repente, te cerrai´, por qué, no sé. Porque en la comunidad estay bien, te están como guiando en lo que tení que hacer, y te vai´ como así como... yo creo que es por ganas de consumir nada más.

F: Puede ser porque podí estar diez meses, un año o tres años sin consumir, pero si no trabajai´ tus problemas, la problemática tuya, no lo vay a dejar nunca.

E: Son los miedos además.

H: Uno puede mantenerse en abstinencia físicamente, uno puede hacer todo el esfuerzo, uno puede durar mucho tiempo, pero eso no basta. Entonces hay muchos que duran mucho tiempo en esa abstinencia a base de esfuerzo físico, pero la rehabilitación pasa también por hacer un esfuerzo emocional.

D: De repente, nuestra motivación por cambiar no es la misma de cuando entramos, ponte tu cuando entramos nuestra motivación es alta, de repente van pasando problemas, problemas y tu motivación baja.

¿Y en qué baja?

D: Que se yo, de repente hay problemáticas, hay rollos, hay... que se yo, la pila de cosas que pueden pasar. Exceso de confianza claro.... De repente te vai´ cabriándote y que las cosas te van saliéndote bien de tu abstinencia que hay tenido y te estay confiando y te estay dando permiso pa´ juntarte con los cabros en la esquina, o... cachay te vai´ sintiéndote mejor pa enfrentar el grupo.

R: Como lo que le paso a la Claudia, que llegó un momento que también po´ vio que estaba viendo las cosas bien, pero no tenía nada, no lograba nada, entonces yo creo que también puede gatillar en dejar el proceso, porque veí que te estay esforzando y que es un sacrificio igual grande por nada... entonces bueno igual... no sé... igual es difícil.

C: Hay muchos de nosotros que llegamos aquí viendo todo bonito, como que uno deja la droga y va a ser todo bonito, es lo único que uno tiene que hacer pa´ vivir bien así, pa´ que la vida sea bonita. Porque uno vive un mundo de fantasía cuando se está drogando, o sea, ahí no tení problema te vay a la esquina o te vai´ pa´ otra población o te vai´ lejos de tu casa y viví tu mundo y estay bien po cachay. Uno drogá está bien porque es lo querí hacer, pero cuando te dejai´ de drogarte y te dai´ cuenta de que la vida no es fácil, que igual hay problemas, que igual no todo es color de rosa, también es un aspecto muy importante que gatilla... a lo que me pasó a mi por ejemplo, que yo pensaba ha ya.... yo dejé drogarme ahora todo va a ser bonito, y la verdad que no es fácil, y uno se pega el porrazo.

D: Pero si es un paso grande si, pa´ mi es un paso grande pa´... es dejar de drogarse obvio, es dar un primer paso. Ya después estay más claro mentalmente, sentimentalmente como dice el compañero y... pa´ resolver tus problemáticas que se te atochan todas, o sea, los problemas están, te vai´ a drogarte pa´ olvidarte cachay pero... pa´ estar ahí po´, o sea, pueden llegar pasao´, pasao´, pasao´, pero el problema está, siempre están ahí, pero manteniéndote abstinento podí resolver el problema.

R: Tení más claridad pa´ ver las cosas.

C: Yo creo que también va en la fortaleza que le pone uno al trabajo, porque con respecto todo pasa por los problemas, por ejemplo, cuando no lo apoya a uno cien por ciento la familia, empieza la familia apoyándote. Bueno en mi caso, lo que yo empecé, me acuerdo que habían varios casos, no me acuerdo de los nombres de los chiquillos, pero si por ejemplo se deprimen por el asunto del apoyo familiar,

cachay, por ejemplo, el apoyo de la señora, el apoyo del marido, cachay y... que pasa de que empiezan a venir como más presionado aquí al asunto, me entendí, ya cuando empieza a fallar ese punto de vista, como que ya se... como uno está acostumbrado ahí a todos los problemas a guardarlos en la droga, ahí en un bolsillito de la droga, piensa uno que se va a acabar, pero no se acaba po'. Cachay, yo creo que ahí pasa en la fortaleza que le pone uno, más que nada la fortaleza porque es bien difícil dar vuelta la página de dejar de ser drogadicto, a pesar de que... del tiempo que uno se haya drogado, porque como dicen... la sensación, el sabor, y todo... no te le quita, nunca se va a quitar, nosotros toda la vida vamos a cargar con esa mochila encima po', cachay, y por ejemplo, este proceso dura un año y medio, yo creo que a los seis años después igual podemos llegar a un sitio de riesgo, cachay, que ahí más o menos puede venir una prueba fuerte y decir: no po, cachay y saber ahí que todavía tenía la fortaleza de decir que no porque igual tu podías llegar al consumo, cachay, no llegar al consumo como lo trataí, como lo arrastrabai' desde antes, pero si decir, ahh si yo esto me la sé al revés y al derecho, por decir una cosa.... si con un grupo de amigos en la playa, yo te pongo un ejemplo, yo creo que ahí uno tiene que poner su fortaleza no más po', si vamos a cargar con la mochila toda la vida... y con respecto de que dejan los procesos algunos yo creo que los factores implica mucho la sociedad de ellos, implica mucho, por ejemplo, la sociedad familiar que tienen y la misma de la calle, cachay, porque hay personas que llegan acá y mienten cachay, uno se da cuenta cuando una persona miente o no miente y qué pasa, que a lo mejor al terapeuta lo puede estar engañando, pero se engaña a él mismo. Yo me he dado cuenta con dos o tres compañeros que ya no están, que yo partí con ellos y que ahora no están y yo me di cuenta de que ellos mentían, yo creo que fueron más y uno por mayor preocupación que le ponía a ellos, porque los veía más débil que uno no están po', yo creo que la incógnita va por lo social familiar.

D: Al fin y al cabo uno tiene que hacer su proceso igual po', o sea, yo igual me he dado cuenta de compañeros que mienten y todo, pero mi proceso a lo mejor no es como el de ellos cachay, si ellos se mienten y yo me doy cuenta, lo dejo no más po', a mi que no me afecte eso, hay que tratar de separar las cosas, porque el loco a lo mejor quiere hacer el proceso de otra manera, hacerse un proceso cuantiándose a uno mismo.

C: No si estamos claros, yo lo que digo que por ejemplo, en el punto de vista de cuando empiezan a mentir sabí que van para abajo, eso tu lo tomái' como ejemplo, yo lo tomo como ejemplo, no es como pa' que lo quiebre a uno y... poder hacer lo mismo, cachay, yo creo que ser sincero con nosotros mismos es primordial.

E: Lo primero que hay que hacer es dejar de mentir, lo primero. Basta, basta, basta.

H: Lo que dice el compañero, hay una cosa que es bien cierta, muchos vienen motivados por la familia, y eso también es una motivación, cachay, por la familia, por esto, por otros, hay muchos motivos que son todos exteriores, pero cuando toda esta cosita está así y las piezas se empiezan a mover, no hay fortaleza en esa persona, cachay porque no hizo un proceso anterior, entonces hay muchos compañeros que cuando todo está bien, no hay problema, pero... empiezan a haber problemas en el trabajo, en la familia y todo... los compañeros prácticamente no tienen la fortaleza como pa' mantenerse abstinente porque su motivación, eran muchas cosas exteriores a ellos, cachay, entonces es muy real lo que dice él, hay muchos que vienen por la familia y todo eso y eso influye mucho en ellos.

¿Ustedes, aquí en la comunidad, de qué manera sienten o no sienten que han trabajado las emociones?

C: En mi caso, yo sí po'. Yo soy un tipo bien emocional... yo expresé harta emoción acá cachay, yo acá por ejemplo en mi caso, como que venía confundido con respecto al problema de mi papá po' y ahí me empezaron como un poco a centrar a mí y... en tanto, bien sincero me empecé a soltarme tal como soy yo po', bien emocional. Yo, eso me sirvió bastante porque, desahogarte así, yo me saqué cualquier peso de encima que tenía, venía muy encerrado en mis problemas, venía consiente a lo que venía también po' y... bueno po'.

D: A mí me cuesta como detectar mis emociones, caleta. O sea, yo cacho que tengo pena y... no sé po', me puedo demorar un rato en darme cuenta de mi estado emocional que siento, no sé po', la otra vez también lo dije po', es complicado... no sé...

¿Y es difícil darse cuenta de la emoción o es difícil expresar la emoción? Yo cacho que las do po'... expresar es como más po', expresar como que cuesta más y de repente si lo hacía, no lo hacía de la mejor manera.

E: Es como lo más difícil encuentro yo del proceso, o lo que más me ha costado a mí. Porque desde que llegué a mí me ha costado mucho eso y como cuando llevaba como seis meses, recién como que empecé a soltar mi problema porque... lloraba mucho en los grupos, o sea, contaba y lloraba y andaba súper mal, me duele, me cuesta, sufro.

S: A mí me afectó harto eso, del momento en que falleció mi señora, por qué, porque yo tuve que tomar dos papeles en uno, ya... claro que toda mi vida yo... desde chico yo sufrí mucho, pero... me costó mucho soltar todas esas emociones que yo sufrí para atrás, estos sufrimientos del duelo, después el sufrimiento de la droga, me costó mucho y todo eso me ha afectado. Con las drogas... no es que las

borraba, pero las olvidaba por un minuto, pero igual estaban. Pero ahora yo he aprendido a tener eso como con más calma, porque estoy más tranquilo. Eso.

D: Yo cacho que curao' te salen mejor las emociones, detectai' mejor las emociones curao'... cosa que no sede hacer.

S: Eso que tu decí es verdad, pero yo he aprendido a demostrar mis emociones lúcido. He aprendido, es que eso uno antes lo... lo hacía mal po'.

D: Yo he conocido gente que toma pa' desahogarse y dar a conocer sus emociones, sus sentimientos y después andan parejito un mes y después de volver a tomar, a beber y después de nuevo....

S: Porque todos hacíamos eso.

D: No todos.

S: Todos... todos nos refugiábamos en la droga, o ¿no?

F: Con respecto a las emociones a mi me cuesta harto igual ese tema, harto me cuesta cachay, yo soy súper frío. Me cuesta harto sacarlas, así como llorar... no... no soy así de... de hecho me da vergüenza llorar. O decir te quiero, que salga me cuesta caleta y lo otro que sacado un poco más acá es que.... No sé po' yo antes estaba en los grupos, pero yo era bien callao', no hablaba, era como bien pa' entro... como tímido, con vergüenza y ahora he ido sacado un poquito eso.

¿Ustedes conocen el concepto de educación emocional?

D: ¿Educación a través de las emociones?

F: No sé po', saber... interpretar las emociones o aprender a interpretarlas.

R: Aprender a reconocer los estados de ánimo, a cómo poder expresarlos...

(Cuando se les realizan preguntas acerca del concepto de la educación emocional, se muestran dudativos al dar una respuesta, aún así logran dar ciertas apreciaciones de lo que es, de manera resumida y con un lenguaje cercano a ello. Luego se les explica, de manera sintetizada y dejando fuera tecnicismos los objetivos de la educación emocional y de qué trata)

¿De qué manera, ustedes sienten que influiría hacer un trabajo aquí en educación emocional?

H: Ese es un tema que a mí me complica mucho. Porque uno se crió con... antes la crianza, no había que expresar la emoción, había que ser duro, no había que

llorar cachay y no había mucha comunicación en mi casa, entonces expresión emocional yo no tengo ninguna y tengo... yo siento que tengo muchas cosas reprimidas. Entonces me gustaría encontrar la técnica pa' deshacerme de esto cachay. Porque ante muchos miedos, siempre reacciono automáticamente, entonces... cómo cambio esto yo. O sea, mi reacción es automática, me cuesta mucho... yo creo que sí, sería fantástico.

E: Yo creo que sería muy bueno, porque a mí me pasó algo bien especial con el tema, yo no quería estar como contenta, no quería estar feliz, porque lo relacionaba con consumo. Cuando yo estaba feliz, eufórica... me iba a consumir, entonces pasé mi cumpleaños acá en febrero y yo no quise cumpleaños, no quería na' porque no quería estar contenta cachay, no sabía cómo tratar esa emoción de felicidad... entonces sería muy bueno para mí.

D: En mi caso sería como aprender a detectarla y manejarla de la mejor manera más adecuada, cachay.

R: Si yo creo que igual estaría bueno, porque escuchando aquí al compañero que está en reinsertión (Héctor) y... no sé po', por lo que noto, las palabras que hay dicho compadre, han sido muy certeras, la dura, de verdad. Y hay tocado hartito el tema de las emociones, entonces si tu lo decí que llevai' más tiempo, que ya hay pasado todos los procesos, o sea... yo creo que qué más referencia que él, de verdad.

C: Pa' mi el tema emocional... me cuesta igual como expresarlo, o sea, soy súper llorona y me lo guardo y... yo sola, cachay... o sea, no le demuestro emociones a nadie. Tampoco soy del te quiero... soy súper fría, también me gustaría tratar.... Aparte más con mi mamá... con mi mamá somos las dos súper frías así que me gustaría tratar ese problema.

C: Es ideal, porque yo soy una persona bien emocional. Yo si... pero no la controlo, yo si cuando expreso mis emociones descanso bastante, me siento súper bien después que... lo hago. A veces, por ejemplo, cuando yo estoy solo, pienso así y llego al efecto de... de desahogarme emocionalmente, que yo lo demuestro así llorando, yo a veces lloro solo y me hace súper bien po'. A veces, como que estoy muy... muy oprimido así, hay un problema que son por ejemplo monetario, o qué sé yo, y... lo mismo de uno po' cachay, pero no las controlo, por ejemplo cuando yo tengo rabia he... o expresivo así, a veces me dura demasiado... me enoja y... cambio por ejemplo el sector, yo me enoja aquí y voy a otro lado y voy con la misma cara, con el mismo enojo, el cual eso no lo puedo controlar y me pasa muy seguido porque soy una persona que está constantemente con esos efectos emocionales. Así que sería ideal así, poder controlarlo.

H: A mí me pasó que... yo reprimí mucho mis emociones, entonces... después algo te falta en la vida cachay, te sentí vacío, que no estoy sintiendo lo que realmente soy, entonces uno tiende a llenarlo con cualquier cosa. Yo primero me volqué a los amigos, a sentir amistad y a ser uso de gente, pero eso nunca llenó lo que me faltaba, después uno se mete cualquier cosa pa sentirse bien. Uno reprime mucho de lo que es uno mismo, no se vive uno mismo.

F: Tiene miedo a verse uno mismo.

H: Lo que pasa es que uno tiene que ver como persona, como soy tu, por qué yo no soy capaz de... de sentirme bien por mí mismo, por lo que yo soy, por lo que tengo, por qué tengo que acudir a algo exterior a mí para sentirme bien, porque yo no soy capaz de producir esa felicidad. Se supone que uno tiene que sentirse bien con uno mismo, cachay, por qué necesitai´ algo exterior para reemplazar eso que te falta.

TRANSCRIPCIÓN GRUPO FOCAL COMUNIDAD TERAPÉUTICA DIANOVA SAN BERNARDO.

MN: Hola mi nombre es MN, tengo 33 años, estoy separada y tengo cinco hijos, la mayor tiene quince y la menor un año, toy con las tres menores acá con la de tres y un año. En este proceso llevo... ayer cumplí cinco meses y ha sido difícil, pero como mi disposición está, se ha podido superar todas las barreras que ha habido, eso.

YC: Yo llevo diecisiete días, hoy día mí hija cumplió cinco años hee... ha sido difícil, soy epiléptica. Yo vengo de Copiapó, tengo cuatro hijos y tengo compañeras que pa´ mi me han servido caleta, por mi enfermedad me han ayudado. Me han dado ganas de irme.

YB: Hola, yo me llamo YB, tengo cuatro hijos, soy de Serena y llevo... voy a cumplir 2 meses acá y... igual me ha sido difícil estar acá, el fin de semana quería irme, pero no me fui po´, igual estoy acá por mi y por mi hijo, porque quiero tener una familia normal, eso.

PO: Hola, yo me llamo PO y llevo un día no más, llegué ayer. Igual me he sentido acogida por las chiquillas y nerviosa un poco y espero terminar bien mi proceso, o sea, ganas no me faltan y aquí estamos, eso.

CA: Soy de acá, de la comuna de San Bernardo, heeeee... este es mi segundo proceso de rehabilitación, hemmmm... llevo acá veintisiete días que no han sido fáciles, heemmmm, estoy acá por la custodia y la tuición de mis hijos, me los quitaron, hemmmm, eso.

LS: Mi nombre es L y tengo diecinueve años, no tengo hijos, soy de la comuna de San Miguel, hemm, el domingo cumplí cinco meses en rehabilitación, este es mi segundo proceso y... eso.

ML: Hola mi nombre es M, tengo veintitrés años, tengo tres hijos, también es mi segundo proceso, estoy aquí también por la custodia de mis hijos y... no ha sido fácil, no ha sido fácil los roces con mis compañeras, pero sin embargo, la he pasado bien aquí y... me gusta porque es un lugar bien lindo y eso.

K: Mi nombre es K, tengo 2 años, tengo tres hijos, aquí estoy con la menor que tiene ocho meses. Soy de La Serena y estoy aquí para recuperar a mi familia y recuperarme yo primero y... ha sido difícil, muy difícil, no sé, tengo fuerzas para recuperar todo lo que perdí y eso es lo que me tiene acá.

MC: Hola, yo soy M, tengo cuarenta años, tengo cuatro hijos, el menor de mis hijos está aquí conmigo y se llama Martín. Heeee ha sido un proceso muy difícil para mí, en el sentido de que esta problemática generalmente es de jóvenes y no de adultos y... me ha costado mucho aprender a madurar aquí. Me costó mucho adaptarme, mi pareja también consume, o sea, consumía porque también está haciendo un proceso, lo bueno es que me han orientado, me han ayudado en todo lo que son mis falencias. Mi familia, a pesar de todo, lo molesta que estuvo conmigo, me está apoyando, no por mí, por mi hijo. Y la familia de mi pareja también.

A las personas que éste es su primer proceso. ¿Qué las motivó para tomar la decisión de rehabilitarse?

YC: Yo llevaba diecisiete años consumiendo, falleció mi marido y mi hermano y sufrí mucho, en vez de salirme de la droga me metí más. Caí demasiado, al extremo que mis hijos me vieron ahorcándome, ellos me salvaron la vida y... la última vez fue cuando llegué a la casa y me vi toda asquerosa y me bañé y cuando desperté, desperté en el hospital, me había dado un paro cardíaco. De cincuenta kilos pesaba treinta y cinco y el doctor le dijo a mi papá de que era un cadáver. Me quedaban tres meses de vida si seguía consumiendo, vi a mi mamá... como lloraba, y me decía hija no quiero que te vay' perdía', ya perdí a tu hermano y no quiero perderte. Y quiero recuperar el cariño de mi hija, porque nunca he tenido el cariño de mi hija mayor. Y gracias a la tía Carolina, la asistente social que me ayudó, estoy aquí.

PO: Toqué fondo, llevo como seis años consumiendo pasta base y siento que toqué fondo, llegué a estar desnutrida, deterioro físico y aparte que me veían mi hijo, porque me los quitaron. Cuando me quitaron a mis hijos yo tomo la decisión... es que me da pena, es que igual yo era drogadicta, pero nunca me quedaba fuera de mi casa, igual me preocupaba de mis hijos, he... yo sé que no

era un buen ejemplo para él, pero como que se me cayó el mundo cuando me tocó ir a juicio y me dijeron que mi hijo tenía que vivir con mi cuñá, o sea, igual él vive al lado de mi casa pero... no era lo mismo. Porque igual es mi hijo y me costó parirlo... no dormía en la noche, era terrible estuve desvelá como una semana, no andaba volá ni nada, hasta esas ganas se me quitaron de consumir, no consumía porque como que me sentaba a cuidarlo hacia la pieza donde él dormía y... parece que yo lo escuchaba que me llamaba, que no podía dormir... no sé po', yo me pasaba películas. Estuve como una semana así, de ahí estuve yendo al psicólogo y le dije a él que quería internarme y que iba a recuperar a mi hijo... y ese fue el trato también, y aparte de que estaba aburrída también de la vida que llevaba y todo eso. Lo único que quiero es recuperarme y recuperar a mi hijo.

T: Yo más que nada vine como a pedir auxilio, llegué a tocar fondo, he... me querían quitar mi niñita, como el papá no es vicioso opté por dejársela a él y yo internarme. Fueron muchos años y mis hijos se avergonzaban de mí ya. Culpa... la degradación a la que uno llega, llega hasta vender sus cosas, que la hija sea la mamá de uno, porque mi hija tomó ese lugar. Era como... pa' buscar más personalidad o... suplir como carencias que tiene uno. Y me hizo tocar fondo y por eso quise venirme acá y que algún día la familia se enorgullezca de uno y no la miren mal, porque uno se degrada, no se siente nada porque todo el mundo la mira feo.

Y para las demás ¿Qué cosas las hace tomar esta decisión?

Y: Yo por mi hija y mi pareja que es una excelente persona, he... yo tengo cuatro hijos y... tengo una niña de doce años y veía todo lo que yo hacía, entonces a mí me costaba llevarme con ella, tenía súper mala relación y... con mis otros tres hijos los tenía todos repartidos porque no querían estar conmigo y... yo le conté a mi pareja que yo consumía... pasaron tres años y él jamás se dio cuenta, porque es muy inocente. Pero le tuve que contar porque empecé a gastar la plata y no tenía que decirle, reaccionó bien, tranquilo, nunca ha sido agresivo conmigo y... pensamos en un tratamiento. Él pensó, yo no pensé, yo le dije que bueno, y le dije que la única posibilidad que tenía de salir adelante era internarme. Igual me ha costado, porque echo de menos a mis hijos, ellos son todo para mí. Tuve una visita y mi hija más chica me miraba con rabia porque la había dejado, pero quiero terminar mi tratamiento y salir adelante, por mí, por mis hijos y por mi pareja... y eso no más.

M: Yo en mi caso... ya todos me habían dado la espalda, me echaron de la casa, yo viví un tiempo en la calle, dejé mucho tiempo de lado a mis hijos, lo que más me duele es que abandoné al más chiquitito de meses, he... toqué fondo porque empecé a robar. Empecé a trabajar con los mismos traficantes, pero lo que me dio más pena fue dejar de lado a mis hijos y eso me hizo reacción porque los estaba

perdiendo a todos, a mi pareja que también es buena pareja, que siempre quiso ayudarme, pero yo me arrancaba. Me di cuenta a tiempo que ya era tiempo de parar, porque si no iba a perderlo todo: a mi familia; iba a perder a mis hijos, que son lo más importante; a mi pareja, que lo quiero mucho y no quería seguir en los mismo, la calle, robando, no quería seguir sucia y decidí internarme por eso para recuperar mi familia y tener una familia bien constituida y... eso

LS: Yo me quise internar porque me di cuenta que estaba sola y yo creo que pa' la edad que tenía ya las había hecho toas. O sea, en el primer proceso fue como pa' dejar tranquilos a viejos, porque era la oveja negra de la familia. La primera vez que me fui de mi casa fue a los catorce años, ya me había ido varias veces, ya nadie confía en mí, niun aporte la L y el ambulatorio lo hice el año pasado, llevo ya dos meses ahí y recaí, llevaba una tras otras iba a ser presencia solamente. Tenía el apoyo de mi ex pareja hasta me fue a vivir con él y... al final me fui a vivir con él y todo y también toqué fondo, ya no tenía parte familia por ningún lado. Al único que tenía era a él y sentí que lo estaba perdiendo, ya cuando me vi sola, terrible sola, decidí internarme porque era la única manera de salir de todo. Porque ya era mucho, robé en mi casa, fuera hice de todo y... eso...

CA: Bueno lo mío fue más por cansancio, de muy chiquitita siempre quise ayudar en la casa, siempre quise ayudar a mi mami porque siempre faltaban cosas. Mi padre es alcohólico, nos golpeaba mucho y a mi mamá. Entonces a los doce años me fui de la casa a la calle. A los cuatro años me apadrinó la directora de un colegio, volví cuando tenía ocho. Y después, empezaron cosas que me pasaron en mi casa y después el abuso y después empecé a ver cosas que pasaban en mi casa. Decidí internarme porque la última vez que consumí convulsioné y estuve internada en el hospital y llegué a mi casa y mi mamá me dijo que no me dejaría sola y yo le dije ya no quiero más, no quiero que mi cuerpo me pida esto y sentirme mal, quiero levantarme, en consumo andaba llorando mis penas por las calle y con la droga me anestesiaba, se me olvidaba po', se me olvidaba la pena, se me olvidaba todo po' y quería seguir fumando, fumando, fumando y conversando porque me venía la personalidad, el contentamiento, se me olvidaba que no tenía a mis hijos, que estaba sola, se me olvidaba que los necesitaba, me entiende. Y mi motivo principal son mis hijos, de verdad, dicen que tiene que ser por mí, pero quiero recuperarme para estar con ellos, quiero que mi mamá me vea como era yo antes y no como era antes, sino una persona normal, una persona que hace las cosas bien, una persona que se gana el pan con trabajo, no con cosas malas y eso...

MC: Cuando yo decidí pedir ayuda busqué por el consultorio, pero sentí que eran muy livianos para mí. Yo necesitaba algo más intenso y un día me miré de afuera hacia dentro, pensé qué haría yo si viera a mi hijo consumiendo, me miré lo deteriorada que estaba, en el hoyo en que estaba y yo le dije a mi pareja lo siento,

yo voy a buscar la alternativa para internarme, yo me voy a ir pero voy de dejarte el mejor regalo, voy a irme para recuperarme para que me hijo viva como tiene que vivir. No me costó mucho esta decisión porque sabía que no tenía otra opción. Yo ya soy vieja tengo cuarenta años y el resto de mi vida quiero vivirla tranquila, quiero disfrutar la vida, no llevármelo puro carreteando, estar en la reuniones que perdí, en los cumpleaños que perdí, quiero que mis papás antes de morir digan pucha la “Maco” no tuvo una profesión como los demás que son todos universitarios, pero salió adelante, dejó de hacer leseras podemos estar tranquilos y para ver crecer a mi hijito porque si seguía igual tarde o temprano lo iba a perder por eso decidí internarme.

MN: Lo que me hizo a mi decir está bueno ya, fue llamar a mi mamá y decirle quiero venirme porque tengo un hijo que me necesita, él es la guagua es lindo él... yo lo vi fumando y cuando lo vi fumando yo dije qué estoy haciendo yo tengo hijos hermosos, sacan los primeros lugares en el colegio, son educados y cuando vi a Felipe fumando yo dije qué lo voy a ver haciendo después. Él estaba en un círculo, donde lo estaba absorbiéndolo todo, en donde veía tomar todos los días, veía consumir, veía gente que entraba y salía. Entonces yo ahí dije ya no doy más. Yo me miré al espejo, se me translucía los huesos en el pecho, tenía mi hija que tenía dos años que andaba dando bote en la casa, a mi guagua de seis meses que la descuidaba mucho. Mi mamá me vino a buscar y me trajo y si no me hubiera venido, no sé lo que hubiera pasado con mis hijos; mi hija de tres años fue abusada ahí, yo pienso que si me hubiera dado cuenta antes, no hubiera pasado nada, pero la saqué a tiempo de ahí, porque yo pienso que ni viví hubieran quedado con todo lo que pasaba en esa casa y aquí estoy con hartas dificultades, yo tengo bien metido adentro que no quiero consumir, no quiero, no quiero, no quiero, lo que más me debilita a mi son las culpas, todo eso se me viene encima y me duele mucho, pero algunas eso las lleva a recaer, pero al hacerme cargo de mis culpas de todo lo que por causa de mi adicción sucedió a mi me hace mas tirar para arriba, a mi no me hace recaer o ganas de irme. No, porque yo todo eso lo voy a superar, lo voy a reparar estando bien y por eso estoy aquí y por mí porque ellas dependen mucho de mí.

¿De qué forma sientes que este proceso te ha ayudado?

CA: Aquí influyen mucho las emociones, fluyen las preguntas, las habilidades sociales que nosotras podemos adquirir también aquí, como el aprender a escuchar, el aprender a hablar, cosas que tenemos que aprender, cosas que... el saber recibir órdenes, el saber dar una orden de una manera en que contestamos, controlar nuestra impulsividad que para mí es muy complicado y... y creo que... me ha servido mucho porque... aunque me la he pasado llorando todos estos días, de verdad, porque he llorado mucho yo, siento que siempre hay un equipo que me está escuchando y que me está dando aliento y que me está sanando las heridas

que tengo... en el interior, porque vengo muy avergonza', con la cabeza gacha, el grupo me ha ayudado mucho a levantar los brazos y levantar mucho el autoestima, yo sé que es poco tiempo, pero siento que voy a ser capaz, yo sé que me voy a ir de aquí muy agradecida de este equipo.

Y: Para mí también ha sido... bueno, aquí el equipo excelente, muy, muy bueno, yo igual he tenido ganas de irme y me han apoyado, igual de repente andaba llorando en el patio y cuestiones y todos ellos se acercaban siempre a conversar conmigo... y yo creo que nadie... nadie se preocupa tanto de uno, entonces eso me hace sentirme que soy importante po', porque yo sé que todavía valgo po', pero tengo que seguir luchando para valer más, y eso po'.

ML: Yo igual acá llevo... diecinueve días, diecinueve días en que me han dado craving. He tenido mucho pena y ellos siempre han estado ahí, el equipo es muy bueno y espero terminar mi tratamiento, tengo que terminar mi tratamiento y sé que lo voy a lograr con la ayuda de ellos, porque es un buen equipo, eso.

MC: Yo aquí me he aprendido a conocer, porque yo pensaba que poco menos era perfecta, no tenía defectos, yo todas las cosas las hacía bien, yo a mi hijo lo criaba bien. Claro era drogadicta, pero no me daba cuenta de todo lo malo, de todo lo que había fallado, lo negligente que había sido, no sabía que era manipuladora, demandante, eran como palabras que... o sea, yo no.... Y a conocerme a mí, quién era yo, en realidad yo soy muy distinta a lo que yo pensaba, a madurar bastante porque mi mamá siempre me dice, "soy una vieja que te creí lola", he... y aprendí a aceptar que soy muy inmadura, hem... el equipo ha sido bien estricto conmigo, tengo un monitor que... si me las tiene que cantar, me las canta y tratando de ponerme los pies en la tierra. Eso yo creo que es lo esencial porque cuando somos adictos no vivimos en la realidad, vivimos la realidad que queremos vivir no más y... con todo lo que he aprendido aquí y... Dios mío que ignorante era yo, el simple hecho de comunicarse con una persona ya es valioso, en mi casa habían puros gritos, nunca nos tratamos bien... o sea consumiendo éramos felices, terminábamos de consumir y empezaban las peleas.

L: Igual estos cinco meses igual se me han hecho así... enanos, enano, enano, enano. Desde el momento en que empecé a salir ya era otra cosa; aparte que aquí al principio, al primer mes uno dice... pucha ¡¡¡diez meses!!! Lo veí eterno así pero enano, como que fuera ayer cuando llegué, igual así me ha costado caleta igual como madurar... igual yo creo que el tema de la edad influye... pero yo le doy gracias a Dios por haberme pasar esas cosas y por darme cuenta que a la edad que tengo igual... querer ser algo más. Porque igual yo creo que si no hubiese pasado por todas las cosas a los diecinueve años, ni cagando estaría aquí po'. Igual miro a mi alrededor y miro mujeres adultas... sin desmerecer a nadie igual, pero, que no quiero estar así po, o sea yo ojalá tenga la posibilidad de estudiar,

quiero tener una familia, pero sin consumo. Me han ayudado en too po, en el madurar, en verle la otra cara a las cosas po, el tratar de aprender a controlarme, igual yo era súper impulsiva y si tenía que pegarle a alguien me daba lo mismo po, acá yo me la he comio', porque he aprendido a controlarme, porque vivir en comunidad no es fácil, porque es mucha gente, son distintos caracteres, pero igual... nos enseñan a nosotros a controlarnos, a saber llevarnos, a también nosotros entregar lo que nosotros sabemos, lo que hemos aprendido a las más nuevas... hem... igual he cambiado caleta. Yo siento que he cambiado mucho, desde mi forma de hablar... too así, porque cuando llegué aquí yo... flaite pero al máximo, ni yo me aguantaba lo flaite que era. Igual a veces, se me salen sus palabras pero, na' que ver y a parte que he recuperado tanto igual. Aquí enseñan a quererse y a no depender de la gente... yo igual dependía mucho de mi pareja emocionalmente, cuando yo llegué a mi me preguntaron qué pasa si terminó con él y yo dije "yo me muero" y ahora pasó y estoy viva po' y... no sé po' yo creo que igual yo creo que si no hubiese estado aquí yo quizá adonde estaría hueviando ahora. Entonces estar contenido aquí igual sirve mucho po'... pero igual, a veces, uno pierde el rumbo de donde está, a veces, uno piensa que está veraniando aquí, pero no po'. Te enseñan a poner los pies en la tierra y ahí está el equipo po'... aunque yo no tengo "feeling" con todos pero si uno sabe aprovechar el tiempo... si va todo en uno. Lo más que hay aquí son como herramientas y de a poco te enseñan cómo usarlas, porque uno igual no sabe sabiendo too po'. El autocuidado por ejemplo, el... sentirme que yo valgo po' y que sola igual me la puedo po', si uno se la puede pa' vivir en la calle, porqué no me la voy a poder ahora, si uno quiere un bien pa' uno. Entonces uno también compara esas cosas y dice "ya po' si me la pude pa' mandarme tantas cagá, también tengo que podérmela pa' salir adelante"

YC: En quererme más, tener más comunicación, en contar mis cosas porque yo no contaba mis cosas. En no ser agresiva, porque yo no avisaba, llegaba y pegaba, me ha costado el controlar las ansias, me ha costado "n" pero dentro de todo me he sentido bien. Aquí estás pendiente de todos, son excelentes personas, fuera de ser buenos hombres y mujeres son excelentes personas.

¿Por qué creen ustedes que algunas de sus compañeras abandonan sus procesos?

L: Yo creo que es porque no es su momento. O sea, yo lo veo de esta manera porque fue lo que me pasó a mí y yo creo que le ha pasao' a la mayoría. Creo que tocamos fondo po', algo que nos remeció y nos dijo loca párate, déjate de vacilar si ya no podí po', y no lo vay' a dejar y empezai' a buscar alternativas no más po', y yo creo que casi la mayoría de la gente que se ha ido o está por obligación, o la familia no sé po... la presionan. Yo me fijo que ninguno ha estado porque de verdad quiere estar aquí, porque de verdad quiere mejorarse, de verdad quiere

cambiar su vida. Si nosotros estamos acá pa' cambiar nuestras vidas, entonces yo creo que pasa porque no ha llegado el momento que han tocado fondo po'.

CA: Muchas veces mi madre me preguntó qué quieres que te pase hija... que me vengan a avisar lo peor, que te pasó esto, esto y esto... y en el otro proceso que yo estuve vi mucha gente entrar y salir y del tiempo de los veintitantos días que llevo acá he visto entrar y salir. No puedo decir que no me han dado ganas de ir, que eso también va de la mano con la abstinencia, pero también están las ganas de superarse po' y eso es lo que a una más lo motiva po'. Están las ganas de recuperar y ser mucho mejor persona que antes y poder enseñar a otras personas que quizá, en alguna situación verla como uno estuvo, entregarle algún apoyo y decirle sí si se puede, en realidad se puede, porque yo creí que no podía y lo pude y si en algún momento pensé que era débil y Dios me hizo fuerte y... sí se puede, y eso es bueno po', saber que uno puede entregar y ayudar a alguien que... tal vez para mi yo sé que es muy poquito el tiempo, pero yo sé que igual lo voy a lograr, porque no estoy aquí ocupando un espacio que a lo mejor una persona lo necesita con más intensidad que yo.

L: Yo igual desde que llegué he ido anotando a todas las que se van, y... de 25 que llevo solamente una se ha egresado, y... no sé yo lo puse también pa... no sé porque lo puse, porque mientras más se van más ganas me dan de quedarme. Porque yo sé que igual me voy a mejorar, o sea, yo sé que jamás me voy a mejorar porque esta es una cuestión crónica, yo sé que toda la vida voy a ser drogadicta y tengo que cuidarme, pero sé que voy a poder salir adelante sin necesitar esas cosas. Igual como mis planes ahora son estudiar técnico en rehabilitación, porque yo creo que si yo ya supero esto, tengo mucho que entregarle a gente que está en las mismas, porque yo ya lo pasé po', entonces como decía mi compañera aquí, decirle mira yo pude... así como lo hace la Carito y el Leo que son dos técnicos rehabilitados que nosotros tenemos, porque a uno igual le nace más hablar con ellos porque la vivieron como nosotros. En cambio, alguien que nunca la ha pasado, no sé, a mí me pasa que yo no puedo hablar así muy bien con otros monitores que no la han pasao', que jamás han pasado por lo que yo estoy pasando. En cambio, como ellos yo sé que sí, como que me nace igual hablar con ellos, porque sé que tienen más que entregarme.

ML: Yo hice un proceso cuando tenía quince años, pero no lo dejé, he... estuve un año en un ambulatorio intensivo, he... logré... estuve cinco años en abstinencia y... ahora hace dos años recaí.

CA: Yo siempre asociaba todo al miedo, a la culpa, a la rabia... todo eso para mí era el gatillante. Yo lo hacía porque eso me hacía olvidar cosas, olvidar cosas ¿me entiende?

MC: Porque uno se miente a sí mismo, uno busca excusas para dejar los procesos, por ejemplo, yo inicié un proceso en el consultorio. Iba bastante bien, mi hijo cayó hospitalizado, pero después de que mi hijo salió, yo no lo retomé, entonces puse excusas que no... que tenía que cuidar a mi hijo... para que no se volviera a enfermar y todo eso. Pero en el fondo, no era por cuidar a mi hijo, era por seguir drogándome. En el segundo proceso hubo un problema que iban a cambiarme las horas y en eso “claro, me atienden una vez a las quinientas, de qué me sirve, de qué me sirve”... para seguir fumando y... el hecho de que en mi casa se consumiera, por más que yo quisiera salir no se podía porque los estaba viendo, lo estaba viviendo, lo estaba oliendo. Pero yo me escudaba en excusas para seguir consumiendo.

¿Han trabajado con sus emociones en el proceso? ¿De qué manera lo han hecho?

MC: Si lo trabajamos, de forma teórica y práctica. Desde lo teórico, enseñando a identificar las emociones, a diferenciarlas de los sentimientos y... a manejar las emociones que más nos cuestan, y... en la práctica, con ejercicios que nos han enseñado la psicóloga que es la que nos hace este taller de regulación emocional. Entonces nos ayuda a identificar las emociones y las que nos cuesta manejar, cómo manejarlas, nos da ejercicios físicos, de respiración, de relajación para que pudiéramos manejar una situación que fuera emocionalmente fuerte para nosotras.

CA: O sea, ella nos explicaba que nunca vamos a dejar de sentir emociones, pero si también es importante saber diferenciarlas y controlarlas, o sea, la rabia, la ira, la tristeza, pueden ir todas entre el conjunto, pero siempre hay una manera de controlarla, me entiende. O sea, siempre vamos a tener una emoción, pero siempre una manera de controlarla... y nos ha enseñado mucho eso, autocontrol de emociones.

L: Sentimiento es algo que perdura y emoción es algo del momento.

C: O sea, también nos enseñaba que un sentimiento es de menor intensidad que las emociones porque es más largo en el tiempo. La frustración es la emoción que más hemos trabajado.

L: Y a parte que tenemos baja tolerancia a la frustración.

M: Es una conducta habitual del drogadicto tener baja tolerancia a la frustración, porque todo lo queremos altiro.

C: Y te lleva a sentir impulsos, emociones. Ahí es cuando confundí las emociones con la abstinencia, te duele la guata... porque nosotros confundimos esa emoción con el deseo de que el cuerpo te esté en abstinencia. Entonces hay que aprender a diferenciar ese tipo de emociones que nos están enseñando.

L: Después vay´ aprendiendo que no todo es ganas de consumir. Porque uno al principio que todo es... el dolor de guata uno va a consumir... y uno va aprendiendo que no po´, que también podi´ tener dolor de guata y que no es por consumo. Porque uno va aprendiendo que eres persona y no una máquina de drogarse.

¿Ustedes han escuchado hablar del concepto Educación Emocional?

L: Lo que nos enseñan a diferenciar, a aprender de las emociones.

C: Este trabajo, yo creo que es uno de los más importantes que tenemos acá, porque va de la mano con el autocontrol, va de la mano también con el poder controlar las recaídas, con el poder controlar todo po´, es como un círculo... yo creo que es la clave de todo, es la cabeza de todo.

L: Es que con ese trabajo aprendemos a ver cuáles emociones son las que nos afectan más, todo eso, entonces uno también puede prevenir... yo creo que va todo, la prevención de recaída... entonces todo va junto.

M: Ahí yo volví a sentirme persona, una persona cuando es adicta es cualquier cosa. Al volver a reconocer que teni´ emociones y sentimientos, a diferenciarlos, a vivirme las emociones y los sentimientos... a sentirme viva de nuevo.

¿Cómo influiría insertar un trabajo de educación emocional en un proceso de rehabilitación?

L: Yo creo que es importante, porque hay gente que no es adicta y que a lo mejor no tienen idea de lo que está pasando en el momento y a lo mejor tampoco sabe cómo... no sé po´, a lo mejor la gente que es violenta no saben lo que está sintiendo en el momento. Yo creo que no solamente siendo adicta uno tiene que aprender a conocerse de nuevo, o sea, yo creo que... no necesariamente tendría que ser en un lugar de rehabilitación, pa´ conocerse, pa´ autocuidarse, pa´ quererse más también, porque uno también aprende a ponerse en el pantalón del otro, tratando de sentir la emoción del otro cuando el otro te está tratando de expresarte algo, por ejemplo, así empatizar con el otro.

C: Yo creo que es importante como dice la Laudi, no solamente pa´ drogadictos.

M: Yo creo que somos privilegiadas en ese sentido porque a nosotras nos están enseñando eso, pero lo ideal sería ponerlo en práctica, enseñarlo a nuestro entorno. Porque todas tenemos que reparar, todas y... con las personas que tenemos que reparar van a sentir emociones y sentimientos y... el comprendérselo en ayudarlo en orientarlos en ese sentido.

L: Yo creo que más que nada nos ayuda a empatizar la posición del otro también po', lo que puede estar sintiendo y que ya uno sabiendo ya, uno puede manejar la situación pa' no llegar al extremo que se llaga antes. Esa es la idea. Es como identificarla pa'no explotar, como que yo estoy cachando que me estoy empezando a sulfurar, ya... baja la revolución y... es identificarse, como aprender a conocerse, así no le hago daño al otro, ni me hago daño a mí porque estaba peliando con el otro. Uno se mira de adentro para que no salga para afuera.

Transcripción entrevistas a profesionales de la Comunidad Terapéutica Talita Kum

Guía para terapeutas de rehabilitación de drogas

Nombre: Carlos Blanch

1. ¿Desde qué paradigma se basan para la construcción de un modelo de rehabilitación?

En estos momentos, se está reformulando el modelo por lo que resulta difícil definirlo pero paradigmáticamente hablando, somos como modelo de atención, una comunidad terapéutica centrado en un proceso terapéutico educativo con influencias humanistas, con una fuerte influencia Rogeriana, con influencia del modelo cognitivo, con influencias del modelo transteórico de Prochaska y Diclemmente. Con alguna influencia constructivista desde mi percepción y con la necesidad de reformularnos.

2. ¿Qué rol cumple el CONACE dentro este modelo?

CONACE compra meses de tratamiento a centros conveniados como el nuestro y cumple un rol regulador y supervisor con el objetivo de que se cumpla el número de prestaciones mínimo para cumplir con dicho convenio. También se encarga de supervisar las buenas prácticas en las que basa sus políticas públicas y que los centros deben implementar al igual que define para los meses de tratamiento que paga, el equipo que debe implementar dichas prácticas.

3. Desde la perspectiva de la comunidad ¿Cuáles son las áreas que deben ser trabajadas en una persona en rehabilitación? Y ¿De qué manera las trabajan?

Las áreas que se trabajan en una persona en rehabilitación, las define la misma persona ya que el modelo, se centra en las necesidades de los usuarios y en base a esto crea un plan de intervención individualizado.

Hay propuesta de trabajo en diversos temas como son:

Desarrollo personal, integración socio-laboral, prevención de recaídas, dificultades y problemáticas familiares y de pareja haciendo hincapié en la asunción del rol que desempeñan o deben desempeñar, se trabaja la motivación al cambio, el vínculo, se trabaja riesgos como una forma de reducir los daños, se trabaja duelos o pérdidas pasadas, se trabaja en el área afectiva, trabaja cambio conductual, etc.

4. Dentro de las deserciones al proceso ¿Cuáles creen ustedes que son los motivos principales del abandono al tratamiento?

Fundamentalmente el abandono del proceso se da por una vuelta al consumo o recaída.

Existen otros motivos como la dificultad de compaginar los horarios, la falta de motivación o el cambio de ésta, el que en un periodo relativamente corto, las personas en tratamiento consideran que ya no necesitan de un centro para hacerse cargo de su problema de drogas y se autoimparten un alta terapéutica. En algunos casos(los menos hoy en día) no coincide el perfil con la propuesta hecha por el centro. En otros casos las personas no adhieren ya que sienten que el programa no cubre sus necesidades y hay algunos casos en los que no se conocen los motivos.

En referencia al CONACE:

5. ¿Qué opinión tienen a cerca de los planes y programas del CONACE referentes a rehabilitación de drogas?

CONACE se ha hecho cargo de subvencionar a centros ya que no tiene recursos e infraestructura como para crear unidades de tratamiento de alta complejidad. Por lo que crea junto con los centros de tratamiento programas en los que es necesario intervenir y los subvenciona y supervisa con el objetivo de dar la mayor cobertura a las personas que necesitan un espacio de rehabilitación. El objetivo es cubrir todas las áreas en las que existe necesidad

de rehabilitación de drogas aunque esto no es posible dada la complejidad de los perfiles en los que se da dicha condición y las distintas instituciones que se ven implicadas en la toma de decisiones en relación a cada tipo de población.

6. Dentro de estos planes y programas ustedes ¿Qué modificarían o mejorarían?

Pienso que debería existir mayor consenso entre las instituciones y entregar a CONACE la potestad de regular todo lo que tiene relación con el tema de drogas ya que cuando se entremezclan otras instituciones como Minsal, Fonasa, SENAME, etc. Surgen demasiados problemas administrativos y burocráticos y los que sufren las consecuencias son los usuarios que tienen la necesidad.

Por otro lado sería más exhaustivo con la calidad de las intervenciones realizadas por los distintos centros por lo que mejoraría tanto las planillas de supervisión como las pautas de supervisión trimestral in situ.

También aumentaría los aranceles asignados por mes de tratamiento lo que facilitaría que los centros de tratamiento, mejoraran en la calidad de atención accediendo a la contratación de profesionales más capacitados para poder desempeñar el acompañamiento necesario para apoyar a los usuarios.

7. Dentro de sus programas de intervención, ¿Está incluido el trabajo en el área emocional?, ¿De qué manera?

Sí, está incluida. Los centros utilizan distintas técnicas para abordar esta área, dependiendo de los paradigmas a los que están adscritos son las distintas prácticas diseñadas.

8. ¿Han escuchado el concepto de educación emocional?

Si.

9. ¿Cuál sería el impacto de insertar la educación emocional como herramienta complementaria a los programas de rehabilitación de drogas?

Creo que es necesario que los profesionales que acompañan los procesos de rehabilitación tengan elementos de los distintos paradigmas de intervención

en las distintas áreas por lo que adquirir conocimientos en educación emocional que puedan aportar elementos de intervención a los distintos profesionales.

Guía para terapeutas de rehabilitación de drogas

Nombre: Héctor Ferreira

1.- ¿Desde qué paradigma se basan para la construcción de un modelo de rehabilitación?

Nos basamos desde los siguientes paradigmas:

Humanista

Cognitivo Conductual

Teoría Sistémica

Aprendizaje Social

Modelo Bio-Psico-Social

Modelo Transteórico de Cambio

2.- ¿Qué rol cumple el CONACE dentro de este modelo?

El CONACE una vez al mes supervisa y asesora el modelo que se desarrolla en la comunidad, a través, del cumplimiento de una pauta base que ellos elaboran.

3.- Desde la perspectiva de la comunidad ¿Cuáles son las áreas que deben ser trabajadas en una persona en rehabilitación? Y ¿De qué manera se trabajan?

Las áreas a trabajar son:

Social (el usuario con su familia, parejas, hijos, compañeros de trabajo, entorno, etc.)

Biológica (Psiquiátrica, Enfermedades, Riesgos, Psicológica, etc.)

Ocupacional (En habilidades personales y laborales)

Motivacional (Mantener la motivación al cambio)

Cognitiva (Entendiendo que es posible un cambio en la comprensión del problema de consumo)

El programa consta de cinco etapas

1.- Acogida, tiene una duración aproximada de nueve sesiones y se debe cumplir una serie de normas (abstinencia de alcohol y drogas) y se busca motivar la adherencia al tratamiento.

2.- Comunidad Terapéutica (Grupo A) tiene una duración aproximada de tres meses, se realiza en régimen ambulatorio. Se debe cumplir una serie de normas (abstinencia de alcohol y drogas, control de visitas y llamadas telefónicas, entre otras) Durante esta fase se produce una depuración del comportamiento y un alejamiento del mundo de las drogas.

3.- Comunidad Terapéutica (Grupo B) tiene una duración aproximada de cuatro meses. Se realiza en régimen ambulatorio y busca el autoconocimiento personal analizando conflictos presentes e históricos y el desarrollo de autocontrol emocional, junto a la gestión de la responsabilidad personal.

4.- Comunidad Terapéutica (Grupo C) tiene una duración aproximada de cinco meses, se realiza en régimen ambulatorio y busca reforzar lo aprendido en las etapas anteriores y prepararlos en potenciar las habilidades para enfrentar situaciones cotidianas apuntadas a la etapa de reinserción.

5.- Etapa de Reinserción tiene una duración aproximada de seis meses y se realiza en régimen ambulatorio buscando el afianzamiento de la autonomía personal y la inserción social.

Cabe destacar que se hace un acompañamiento con la familia del usuario o con algunas personas de referencia que él tenga y se hacen terapias familiares. Unifamiliares y de parejas al menos una vez al mes, ya sea solos o con los usuarios alternadamente.

4.- Dentro de las deserciones al proceso ¿Cuáles cree usted que son los motivos principales del abandono al tratamiento?

Cuando la persona ingresa a tratamiento por presiones familiares.

El concepto del usuario y la familia al pensar que el dejar de consumir por un tiempo corto (un mes aproximadamente) es suficiente para no volver a hacerlo nunca más.

La presión económica (busca de empleo)

Desmotivación en el proceso

Tener un perfil equivocado en donde necesita más contención (comunidad residencial)

Derivación por cambio de domicilio

Acuerdo de las partes, en caso de hacer una pausa en el proceso

Cumplimiento de plazos personales en el proceso

Razones familiares

Recaídas

En referencia al CONACE:

5.- ¿Qué opinión tienen a cerca de los planes y programas del CONACE referente a rehabilitación de drogas?

Creo que Conace sienta un precedente a nivel gubernamental en el tema drogas, se reconoce el problema y se buscan soluciones, es un organismo autónomo encargado de supervisar y autorizar los centros de rehabilitación para el consumo de drogas.

Pienso que los planes si bien es cierto logran financiar un numero importante de atenciones, faltan recursos para ampliar esta atención y hacerla mas extensa, hasta el punto de insertar efectivamente a la persona que cumpla con su tratamiento, y que esta inserción sea realmente efectiva y respaldada con planes post rehabilitación.

6. Dentro de estos planes y programas ustedes ¿Que modificaría o mejoraría?

Principalmente dentro de nuestro plan de atención y funcionamiento yo reforzaría el tema de la capacitación para técnicos en rehabilitación, empoderaría esta función desde la perspectiva de la capacitación constante y que apunte a los

cambios que enfrentan los individuos que consumen drogas, complementaria y reforzaría el tema de un seguimiento continuo con respecto a los abandonos del proceso como también a los egresos por altas. (Generalmente para estos temas se requiere de más personal y de mayores recursos). Aumentaría el valor por cupo que ofrece el CONACE y complementaría las atenciones adicionales que necesita y merece un usuario para una rehabilitación más completa. También invertiría en atención para la familia del usuario, ya que ellos también son afectados por el consumo de drogas.

7. Dentro de sus programas de intervención. ¿Está incluido el trabajo en el área emocional?, ¿De qué manera?

Si está incluido en las intervenciones con los usuarios día a día, se trabaja identificando sus emociones desde lo que sienten y cómo se sienten, aunque no hay un programa específico que tenga que ver con trabajar específicamente las emociones, si se logran identificar y trabajar en ellas y esto se ve en todas las áreas antes mencionadas.

8. ¿Ha escuchado el concepto de Educación Emocional?

Sí, lo he escuchado y lo veo desde el punto de vista de identificar la emoción en el usuario y poder trabajar sobre lo que siente y cómo la siente. Darle un significado desde el presente de la emoción y de cómo la maneja.

9. ¿Cuál sería el impacto de insertar la educación emocional como herramienta complementaria a los programas de rehabilitación de drogas?

En general, creo que sería una buena forma de reforzar el trabajo que se hace en otras áreas, ayudaría a que el individuo logre identificar y expresar lo que siente y trabajar sobre esa emoción, con la idea de que lo pueda incorporar día a día y también lograr identificar las emociones en los demás, entendiendo que vivimos de emociones a diario y que muchas veces nuestras conductas nacen y se desarrollan desde la emoción.

Guía para terapeutas de rehabilitación de drogas

Nombre: Johana Tapia (Terapeuta Ocupacional)

1. ¿Desde qué paradigma se basan para la construcción de un modelo de rehabilitación?

En primero lugar me ajusto al paradigma de la comunidad que en este momento es..., por otra parte mi enfoque particular se sostiene en la Ocupación Humana como ciencia y enfoque terapéutico y en particular utilizo mucho el modelo de la Ocupación Humana que es derivado del modelo sistémico, a su vez, las ciencias de la ocupación humana tienen múltiples componentes: humanistas, constructivistas, neurobiológicos, entre otros.

2. ¿Qué rol cumple el CONACE dentro este modelo?

El CONACE en cuanto a mirada con enfoque ocupacional utiliza un manual “Abriendo Puertas” que está cimentado en conceptos del modelo de Ocupación Humana, sin embargo, su desarrollo es aún muy básico.

3. Desde la perspectiva de la comunidad ¿Cuáles son las áreas que deben ser trabajadas en una persona en rehabilitación? Y ¿De qué manera las trabajan?

Desde mi área profesional, aquellas necesidades percibidas desde el enfoque ocupacional (desempeño ocupacional, roles, rutinas, etc.). Sumando a estas las miradas de cada profesional, ya sea, en cuanto a sus afectos, emociones e historia de vida (psicólogos), apoyo en redes y otros afines (trabajo social), apoyo en prevención de recaídas y todo lo específico en el manejo de la abstinencia y consumo (Técnico en rehabilitación) y así con cada profesional e integrante del equipo. Siendo de forma transversal la mirada en contexto familiar, ambiental y con miras a la integración plena.

4. Dentro de las deserciones al proceso ¿Cuáles creen ustedes que son los motivos principales del abandono al tratamiento?

Estado motivacional no compatible con la realización de acciones de tratamiento, dificultades contextuales (trabajo, distancia, etc.), necesidades no acorde con el modelo de la comunidad (mayor contención, sistema valórico, entre otros), en algunos casos creo que la falta de apoyo extra comunidad o presiones del mismo medio, fuerzan una deserción.

En referencia al CONACE:

5. ¿Qué opinión tienen a cerca de los planes y programas del CONACE referentes a rehabilitación de drogas?

En base a mis conocimientos que son teóricos de los programas externos a la comunidad creo que faltan profesionales capacitados, equipos multidisciplinarios y permanencia de los profesionales en los programas. Sobre los programas propios de la comunidad de CONACE, creo que faltan apoyos en cuanto a patología dual principalmente.

6. Dentro de estos planes y programas ustedes ¿Qué modificarían o mejorarían?

Sumado a lo anterior creo que hace falta posicionar la necesidad de equipos multidisciplinarios con una mirada clara sobre los conceptos principales a intervenir (dependencias, persona, etc.). Además de apoyar la capacitación constante y reforzar las redes de apoyo para sostener las múltiples necesidades que se perciben en las personas con abuso y dependencia a sustancias.

7. Dentro de sus programas de intervención ¿Está incluido el trabajo en el área emocional?, ¿De qué manera?

Desde la mirada ocupacional, en primer lugar está la necesidad de observar como las personas se desempeñan en su quehacer diario y estar atentos a sus intereses, motivaciones y de una u otra forma a las emociones que van expresando en esto, a su vez se potencia que a través de ocupaciones o actividades con sentido puedan contactarse con sus emociones y aprender a comunicarlas en los distintos contextos y según sus propios objetivos. Todo lo anterior en un marco de cuidado entendiendo la necesidad de poder contar con un psicólogo o profesional con mayores herramientas en este ámbito. Me gustaría comentar en mi trabajo particular es interesante estar atento a las emociones que surgen en el trabajo del desempeño de roles y de re significación, por ejemplo, de rutina o actividades de tiempo libre.

8. ¿Han escuchado el concepto de educación emocional?

Si, en la escuela. Sin embargo, no estaba supeditado a un modelo particular, además se realiza en especial con niños a través del juego.

9. ¿Cuál sería el impacto de insertar la educación emocional como herramienta complementaria a los programas de rehabilitación de drogas?

Creo que sería una de las herramientas potentes que podrían tener nuestros usuarios ya que es claramente observable el déficit en esta área que muchas veces, podría aventurarme, fue una de las causantes de mantener el consumo hasta hacerlo problemático.

Guía para terapeutas de rehabilitación de drogas

Nombre: M. Verónica Cortés

1. ¿Desde qué paradigma se basan para la construcción de un modelo de rehabilitación?

1. Desde un paradigma Pluralista (desde diversos enfoques, desde diversas técnicas).
2. El objeto de la salud mental es la persona.
3. Este paradigma está centrado en la necesidad del usuario.
4. Ofrece multiplicidad de aproximaciones.
5. Establece una estrecha relación de cooperación y de equipo.
6. Los resultados surgen de lo mejor que sabe hacer cada uno de los usuarios.
7. Transdisciplina.
8. Permite diferencias en la comprensión del fenómeno de las adicciones, no elimina la diferencia, la incorpora.
9. Se basa en un concepto de persona basado en los modelos humanistas.
10. El ser humano posee diferentes áreas: Intelectual, Afectiva, Corporal.
11. Lo que le otorga diferentes dimensiones:
Ser consciente.
12. Libre.
13. Responsable.
14. Social.

Las intervenciones se basan en:

1. La horizontalidad en las relaciones.
2. Respeto por las diferencias.
3. Flexibilidad.
4. Transdisciplina.

Es un enfoque terapéutico educativo que posibilita el aprendizaje para la integración.

2. ¿Qué rol cumple el CONACE dentro este modelo?

El rol que cumple CONACE de Orientador, regulador y financiador. Orientador pues ellos entregan los lineamientos técnicos. También nos ha acompañado en la formación y capacitación del equipo profesional regulador porque contamos con su evaluación permanente. Financiador, a través, de los cupos de atención que nos otorgan y nos financian. Nos ha posibilitado ir incorporando los diferentes programas de tratamiento (Población General, Mujeres, Infractores y Adolescentes)

3. Desde la perspectiva de la comunidad ¿Cuáles son las áreas que deben ser trabajadas en una persona en rehabilitación? Y ¿De qué manera las trabajan?

Las áreas a trabajar son la intelectual, afectiva y corporal. Y las variables de intervención terapéutica son:

El patrón de consumo, Salud física y mental, Relaciones interpersonales, Familia y redes sociales, Situación ocupacional, Situación Legal.

4. Dentro de las deserciones al proceso ¿Cuáles creen ustedes que son los motivos principales del abandono al tratamiento?

Deserciones al proceso:

Los motivos principales que yo he visto.

Situación económica. Necesidad de buscar trabajo para responder a las obligaciones que tiene.

Falta de contención o acompañamiento familiar o de un adulto significativo.

El factor de motivación también es un elemento importante para hacer abandono del proceso terapéutico.

Por último, el no ser respuesta a la necesidad de la persona. No tenemos todas las respuestas.

En referencia al CONACE:

5. ¿Qué opinión tienen a cerca de los planes y programas del CONACE referentes a rehabilitación de drogas?

En referencia a CONACE en cuanto a los Planes y Programas

Creo que los planes y programas de CONACE se ajustan a la realidad de población a la cual atendemos, tienen una mirada amplia, pues consideran varias áreas de intervención (variables anteriormente nombradas) lo cual posibilita un abordaje bastante integral de la persona. Hay un trabajo serio en cuanto a ir integrando nuevos elementos de intervención en tratamiento como es el área de la integración y los diferentes perfiles de usuarios a quienes se ofrece estas prestaciones, como son últimamente adolescentes y el programa de infractores (Suspensión Condicional de Procedimiento)

Siento que en adolescentes al ser tres actores institucionales los que intervienen, CONACE, Servicio de Salud, y SENAME, no ha sido fácil llegar a acuerdos de intervención y por lo mismo ha sido difícil consolidar los programas como tales. Siento que aún se está ensayando.

En cuanto al tiempo que ellos consideran para lograr un tratamiento con alta terapéutica creo que es muy corto y por lo mismo no real. Aunque se entiende al pensar en el factor económico.

Aún no hay una apertura clara en cuanto a reducción de daño, creo que posiblemente nunca se dé, pues debe responder a una realidad cultural diferente a lo que podemos ver en otros países como en Europa.

6. Dentro de estos planes y programas ustedes ¿Qué modificarían o mejorarían?

¿Qué modificaría?

El considerar el factor tiempo, un proceso más largo que el de 8 meses.

El trabajar la perspectiva de género considerando también lo masculino propiamente tal.

7. Dentro de sus programas de intervención ¿Está incluido el trabajo en el área emocional? ¿De qué manera?

Dentro de mis intervenciones (Acogida) aunque planificadamente, intencionadamente no está direccionado el trabajar el área emocional. Pero, sin embargo, cuando realizamos contención, acogida, empatía, etc. En las personas que acompañamos en la primera etapa de su proceso de por sí tocamos esta área de las emociones. Siento que cuando abordamos el patrón de consumo, el manejo de la abstinencia, estamos tocando también el área de las emociones. Lo que no hacemos es profundizar en ellas pues no nos corresponde ni tenemos las herramientas para un buen desarrollo de las mismas.

8. ¿Han escuchado el concepto de educación emocional?

Te respondo sin haber leído antes tu apunte. Lo que he escuchado es sobre inteligencia emocional. Me imagino que tienen que ver.

9. ¿Cuál sería el impacto de insertar la educación emocional como herramienta complementaria a los programas de rehabilitación de drogas?

Creo que puede ser interesante, pues es un área que a muchas personas nos falla, no sabemos o nos cuesta estar en contacto con nuestras emociones. Saber ponerle nombre a lo que sentimos. Creo que sería un buen canal para enfrentar muchos conflictos. No caer en el tema moralista acerca de las emociones. Muchas veces se ha dado una cultura muy castradora al respecto. Eso sí que hay que tener cuidado con el manejo de las emociones en las personas que presentan una patología psiquiátrica de base.

Guía para terapeutas de rehabilitación de drogas

Nombre: Daniela Silva

1. ¿Desde qué paradigma se basan para la construcción de un modelo de rehabilitación?

Principalmente desde un enfoque sistémico, ya que las terapias se enfocan en un todo. Se cree que este problema no afecta solamente al usuario, sino también a su familia. Y para que sea un tratamiento óptimo se necesita un cambio tanto en el comportamiento del usuario como de sus familias.

2. ¿Qué rol cumple el CONACE dentro este modelo?

CONACE es quien maneja en cierto modo el tratamiento en drogas. Claramente cada establecimiento tiene su propio modelo a seguir, pero es CONACE quien hace posible que existan estos lugares. Ellos determinan los programas de rehabilitación y llevan registro de lo que se hace en cada comunidad.

3. Desde la perspectiva de la comunidad ¿Cuáles son las áreas que deben ser trabajadas en una persona en rehabilitación? Y ¿De qué manera las trabajan?

En todas las áreas: afectivas, sociales, médica etc. Se trabajan desde lo grupal, individual, familiar. La idea es abordar todas las áreas afectadas por las drogas e intervenir en ellas de manera positiva para realizar el cambio.

4. Dentro de las deserciones al proceso ¿Cuáles creen ustedes que son los motivos principales del abandono al tratamiento?

Principalmente la desmotivación de la persona en el proceso. Se ponen a trabajar y priorizan eso, vuelven al consumo, se aburren, etc. Muchas veces las personas llegan a hacer un tratamiento para satisfacer a los demás, para que los demás se queden tranquilos, cuando se hace de esa manera, lo más seguro es que la persona se retire a los meses del tratamiento, pero cuando la persona lo hace desde su propia motivación, desde sus ganas de hacer un cambio, lo más seguro es que termine el tratamiento.

En referencia al CONACE:

5. ¿Qué opinión tienen a cerca de los planes y programas del CONACE referentes a rehabilitación de drogas?

Hay distintos programas y creo que todos tienen el mismo fin, que es la rehabilitación de las personas que consumen drogas y su reinserción social. Estos programas están enfocados a las necesidades de cada consumidor y dependiendo su grado de adicciones que se deriva al que corresponde.

Cada persona necesita algo en particular, es por eso que cada lugar para rehabilitación de drogas es distintos, quizás con el mismo fin pero con distintas intervenciones.

6. Dentro de estos planes y programas ustedes ¿Qué modificarían o mejorarían?

Claramente no sé de qué se trata cada programa, sí podría hablar del ambulatorio intensivo, que es en el que trabajamos y creo que siempre se puede mejorar lo que se hace. Uno tiene que estar dispuesto a ir innovando para que el tratamiento sea más efectivo.

7. Dentro de sus programas de intervención ¿Está incluido el trabajo en el área emocional?, ¿De qué manera?

Dentro de todo el proceso se va trabajando dentro del área emocional, las personas que llegan con problemas de adicciones llegan en condiciones precarias, pero con la motivación a cambiar y es ahí donde entregan todo de su parte, para que los terapeutas puedan intervenir. Es aquí, en donde se trabaja las emociones, que sienten y de dónde lo sienten, qué les pasa con esto.

Principalmente se trabaja desde las emociones de las personas, de lo que siente.

8. ¿Han escuchado el concepto de educación emocional?

No lo había escuchado, pero dentro de lo que se trabaja en la comunidad, se trabaja en cierto modo para educar en varios aspectos y uno de estos es identificar las emociones, aprender a hablar desde la emoción, trabajar con esta emoción, lograr expresarse y controlar las emociones.

9. ¿Cuál sería el impacto de insertar la educación emocional como herramienta complementaria a los programas de rehabilitación de drogas?

Creo que sería una herramienta positiva a utilizar, ya que si se aprende de las emociones es más fácil poder intervenir en diversas áreas, teniendo en cuenta que siempre el área que más cuesta entrar es en la emocional, por los costos que implica abrir temas de esta índole.

Guía para terapeutas de rehabilitación de drogas

Comunidad Terapéutica: Dianova San Bernardo

Nombre: Mariela Cavieres

1. ¿Desde qué paradigma se basan para la construcción de un modelo de rehabilitación?

Nosotros hacemos...se basa en los planteamiento de CONACE para el trabajo con mujeres con problemas de consumo con o sin hijos y se hace a través del paradigma supra-paradigmático. Que compone diferentes áreas, desde ese paradigma, que es bien conductual... cognitivo-conductual se trabaja grupal e individualmente. Es un paradigma integrativo, que es un modelo que se está utilizando bastante.

2. ¿Qué rol cumple el CONACE dentro este modelo?

Mira, yo recién me estoy involucrando de lo que es la red, porque llevo diez meses sólo trabajando en esto. El CONACE lo plantea, desde lo que yo entiendo, de abordar al ser humano desde las diferentes áreas. Desde lo cognitivo, desde el trabajo más familiar, desde lo conductual que es lo que más se hace... es como eso.

3. Desde la perspectiva de la comunidad ¿Cuáles son las áreas que deben ser trabajadas en una persona en rehabilitación? Y ¿De qué manera las trabajan?

A ver pensando en el paradigma integrativo se toman todas las áreas; son seis pero se abordan profundamente cuatro, que es el sistema biológico, desde lo cognitivo, la otra área es la conductual, funciona... yo creo que es lo que más funciona. Y la otra área desde lo sistémico, se trabaja la familia y eso es el gran fuerte del programa de mujeres, el tema de integración. Desde ahí se va abordando... desde lo más inconsciente que el paradigma también lo incluye, no mucho. Es más lo conductual, lo sistémico y lo cognitivo.

4. Dentro de las deserciones al proceso, ¿Cuáles creen ustedes que son los motivos principales del abandono al tratamiento?

Esto ocurre cuando las chicas están muy contemplativas y hacen un tratamiento no porque ellas efectivamente consideren que es un problema, ya porque la mamá le dijo o porque perdieren al hijo, o sea, es bien desde lo pre-contemplativo. Entonces cuando tú las ves bien pre-contemplativas uno ve que lo más probable es que desee desertar del tratamiento. Ese es uno de los grandes factores que yo he visto. Son motivaciones más extrínsecas que no tienen mucho soporte para ellas. Porque claramente si entras a hacer un tratamiento es porque de verdad estás motivado... aunque te motive lo que sea, ¿me entendí?... es súper potente y tiene un valor importante, pero cuando son presionados... o cuando ellas sienten que en verdad no tienen un problema frente a la adicción, desertan mucho. Otra situación que provoca mucha deserción es cuando esto está asociado a otros trastornos y que no han sido bien diagnosticados ni tratados, que podría ser la adicción un trastorno recurrente al diagnóstico principal, las chicas desertan mucho... las bipolares ponte tu. Y ese también es otro factor importante que yo he visto. Otro factor también es la red de apoyo, el no sentir apoyo de nadie es súper importante en el momento de la deserción.

En referencia al CONACE:

5. ¿Qué opinión tienen a cerca de los planes y programas del CONACE referentes a rehabilitación de drogas?

Desde lo que conozco... un poco el tema de los manuales, desde la abstinencia... yo considero que eso está como bien planteado, en cuanto al paradigma también, me parece que es el más asertivo. Pero de ahí, la verdad es que no conozco más.

6. Dentro de estos planes y programas ustedes ¿Qué modificarían o mejorarían?

Desde el programa que aquí se trabaja, que está un poco basado en los lineamientos de CONACE, yo creo que está muy bien planteado. Ahora lleva poco tiempo, está todavía en proceso y se han ido reformulando cosas. Pero en general yo encuentro que es bastante bueno. Esas formulaciones van enfocadas

netamente a los talleres, porque aquí hay muchos talleres, pero de pronto hay muchas falencias en ellos también. Porque muchas veces estas intervenciones no responden a las necesidades de las chicas. Por ejemplo, había un taller de prevención de recaída que era para todas... y no es lo mismo una chica que viene ingresando a otra que ya está en una etapa de integración... entonces ahí nosotros hicimos diferencias.

7. Dentro de sus programas de intervención, ¿Está incluido el trabajo en el área emocional?, ¿De qué manera?

A ver, cuando yo ingresé tenía todo el interés, además de la psicoterapia, tener un espacio para hacer algún taller, entonces los primeros meses, la verdad que me enfoqué en evaluar un poco las necesidades de las chicas y... cuando yo vi que las chicas tenían grandes dificultades en comunicar qué les pasa... el conectarse con las emociones, desde los afectos, desde esos temas o la desconexión emocional... es tremenda, entonces por eso surge el taller de la regulación emocional, ese es el nombre del taller. Yo este taller lo había implementado en el Sótero del Río también, porque estaba en una unidad con muchos trastornos de personalidad, más límites, entonces uno de los grandes temas de ellos era la regulación emocional, y... empecé a darme cuenta que aquí también ocurría, que efectivamente la conexión, la expresión, desde el poder nombrar las emociones había una gran dificultad. Entonces logré identificar esa necesidad y ahí nació el taller de regulación emocional, esta es ya la segunda vez que lo estoy haciendo, ahora con las chicas más nuevas. Ahora claro, traté de hacer algunos cambios de las actividades, porque es bien teórico-práctico. Ya hacemos he... la expresión corporal... con unas actividades bien lúdicas para que vayan practicándolo y a ver cómo lo regulan, qué tan inadecuado es esto... si hay otras alternativas; que es un trabajo también desde la vivencia, poder observar qué ha pasado, cuál es la emoción que más te ha costado controlar, entonces, eso es más o menos lo que estamos haciendo ahora.

Se ve qué es una emoción, un sentimiento, los tipos de emociones, el circuito, evento gatillante, cambios fisiológicos... conductas como desde ese modelo de las emociones, revisamos hem... cómo es la expresión corporal de cada emoción, lo verbal, el movimiento, el cuerpo, las palabras que se utilizan y desde ahí vamos viendo técnicas de control, manejo desde técnicas que ellas también proponen, “a mí se me ocurre que esto también podría servir porque... entonces a través de eso... y eso es el taller. Desde los contenidos es bien básico. Y finalmente termino con algo de inteligencia emocional, algunas definiciones, el cómo se enfoca y hem... algunos planteamientos es eso. Una duración de diez sesiones más o menos.

8. ¿Han escuchado el concepto de educación emocional?

No, yo me manejaba con el tema de regulación emocional, que es más desde lo conductual. (Se explica un poco lo que busca la educación emocional, a través, de un pequeño resumen antes elaborado)

9. ¿Cuál sería el impacto de insertar la educación emocional como herramienta complementaria a los programas de rehabilitación de drogas?

Yo creo que sirve desde el punto que la conexión se logra desde la vivencia. Por ejemplo... desde la rabia yo llegaba a... agredir a mi hija, entonces es un tema que enseña a reconocer desde las emociones, también otras áreas y saber que no era porque sí.

Entrevista a Juan Casassus: Filósofo, Doctor en Sociología de la Educación (Universidad París V) durante 25 años fue especialista internacional en educación de la UNESCO. Director del Programa de Educación Emocional impartido en la UAHC. Autor del libro “La educación del ser emocional”

¿Conoce los planes y programas en rehabilitación de drogas?

Si entiendo bien, toda esta cuestión es conductual, se enfocan en los cambios de conductas de las personas, es de afuera para dentro, no de adentro para fuera y esa cuestión no sirve, o sea, puede servir un ratito pero no es definitivo. Hay que ir de adentro para fuera, para captar cómo funciona esto, uno tiene que saber cómo funciona uno, si es que no las has visto hay unas pistas de toda esta cuestión... tener un poco la idea de cómo funciona el mundo, o sea, por ejemplo.... El placer te fijas, el placer no es el placer por el placer, o sea, las corrientes más preocupadas de las necesidades del ser humano son un precedente de contagio del placer; un estado de bienestar que no estoy buscando porque no estoy involucrado en el proceso preedípico eso no te da, no te produce un estado bien, entonces dónde están las carencias, entonces desde el punto de vista de la educación emocional esta medida es poder observar el mundo emocional comunicador de estado de satisfacción de las necesidades fundamentales; es una detención, una detención que tiene que ver con lo que ustedes están trabajando.

¿Tal trabajo implica que la persona que tenga algún problema de adicción reconozca estas emociones, las sepa interpretar?

Claro, pero para ese trabajo necesita alguien que sea capaz de ayudarlo en ese trayecto. El equipo tendría que formarse en esto y esto es uno de los trabajos que se tiene que ver con emociones, el tema de la inteligencia emocional, por ejemplo. Por otro lado que es bastante más manipulativo, el tema del coaching, que viene

por el lado del lenguaje te fijas, que en Chile se ha trabajado hartito el tema del coaching pedagógico, que es la creación del núcleo de las realidades del lenguaje que vienen desde la teoría, es decir, de un mundo artificial, que no es el mundo real; el mundo real es el mundo de las emociones, no desconfiguración de la emoción, en el mundo somos mucho más emocionales que racionales y eso entonces te lleva a una serie de estándares, normativas, valores..., por ejemplo, la exploración del mundo emocional desde una perspectiva valórica, que hay que ser bueno, que hay que ser el bien bla, bla, bla, eso es instruccional. La exploración del mundo emocional te va a involucrar, por ejemplo la expresión de la pérdida, la pena es la expresión, es lo que surge cuando hay pérdida, la profundidad, la intensidad, la duración, dentro de lo que está asociado a la pérdida es la internalización de lo que se pierde es algo valorado. Entonces, establecer una necesidad de valores por otra parte, la rabia por ejemplo, lo que tienen en la Academia tiene que ver mucho con rabia, tiene que ver con una sensación de injusticia, justicia; el valor es la justicia. Entonces, la exploración es lo que te permite acercarte al mundo real, no es ni siquiera equivocado o no equivocado, esas son puras interpretaciones, uno tiene unos valores que tiene adentro y para saber cuáles son esos valores estás conociendo el mundo de las emociones, si uno puede valorar... por ejemplo, yo te decía el Rito Social, participar en el rito social es satisfacer una necesidad fundamental de pertenencia, entonces uno por más que quiera pertenecer al grupo de su amigo donde están todos fumando, o estén tomando, en este caso la razón de la adicción puede que esté en la necesidad de pertenencia, más que en una necesidad biológica de satisfacción. Si tu dejas de fumar, te consideran no sé, cómo se dice; flaute, cuico, no sé qué palabra usarán, desadaptado; estando ahí está satisfaciendo una necesidad fundamental de pertenencia y por eso siente que está bien siendo adicto, no tiene ningún sentido salirse de ahí porque no se está bien no siendo adicto.

¿Y en ese sentido, por ejemplo la necesidad biológica es secundaria, o sea, vendría después de la adicción?

No tengo idea... Sería aventurarse a decir que probablemente las necesidades biológicas tienen que ver con patrones conductuales que están incorporados y que ten han generado eso. O sea, si el mundo emocional tiene impacto corporal, pero no se remite sólo a eso, pero no está exento, no es biología, no química pura, o sea, por ejemplo cuando se habla en biología de lo que es la emoción, esa es la descripción del vehículo emocional, no es la cosa. Entonces desde el punto de vista de la educación emocional, de partida es pa' dentro, segundo desde la exploración del mundo emocional, nosotros planteamos que esos son indicaciones del nivel de satisfacción o destitución de las necesidades fundamentales, he... y necesidades fundamentales al estilo de Maslow, he... cuando uno no tiene ciertas

necesidades satisfechas, tiene un cierto tipo de conducta, entonces una parte de la educación es llevarte al mundo de las necesidades y cómo conocemos nuestras necesidades a través de la exploración emocional siendo que una de las dimensiones de las emociones es que son un indicador de estado de satisfacción del mundo de las necesidades. Porque distintas personas tienen distintos niveles o grados de satisfacción o no satisfacción en su mundo de necesidades; por otra parte, en el mundo de las necesidades hay algo de complejidad y sofisticación que llevan a grados de satisfacción mayor o no satisfacción mayores, no es para decir que unos sean más importantes que otros, pero no son parejos, por ejemplo, a ver desde Maslow, la autorrealización es con un nivel de un nivel de complejización interesante que te amplía tu esfera de vida desde el significado, pero qué es más importante, tener alimento diario o tener... altos grados de autorrealización, probablemente el bienestar... solamente que hay como un... que produce como situaciones evolutivas distintas; entonces, por ejemplo, esta cuestión de... marihuana... todos los estudios o escritos dicen que el consumo de marihuana es el paso a otras drogas más fuertes y eso es nada que ver, es una alternativa si, pero la mayoría de las personas que pasan a otras drogas, no es por la marihuana; es por la pertenencia.

¿Y cómo se trabajaría desde la educación emocional esta necesidad de pertenencia?

El instrumento principal de la educación emocional es la conciencia y la conciencia como capacidad de preservar el todo, de ver lo real, pero lo que es la conciencia en cuanto te permite acercarte a ver lo real, entonces muchas veces las necesidades fundamentales, uno no tiene idea cómo se generan... de partida, una tarea es la formación emocional, o sea, todo esto de meterse en este mundo y saber qué es lo que está pasando, entre paréntesis una vertiente de esto es que todo lo que hacemos es impulsado por una energía emocional, no es mecánico, no está determinado, pero sí impulsado. La expresión del mundo emocional nos puede dar una idea para la toma de conciencia de por qué estás haciendo lo que estás haciendo. La pieza del puzzle sería saber cuál es la característica de esta particular emoción o particular grupo de emociones que me lleva a hacer esto, de partida me da más conciencia de lo que hago y de lo que no hago. Por eso, la definición que te decía “la emoción como un indicador del grado de satisfacción del mundo de las necesidades”, entonces si no tenemos buen acceso al mundo de la emocionalidad, tenemos más lejos el mundo de las necesidades porque esas están escondidas. Entonces es ayudar a que la persona pueda hacer un proceso exploratorio que lo lleve a evaluar el mundo de las necesidades y además eso es a través de las emociones. Hay un tipo de trabajo, o sea, un tipo de exploración, que tiene la característica de que esa exploración es una exploración de conexión y

conexión estamos diciendo, bien corto, exploración sin juicio. Cuando uno acepta, cuando uno opta por estos trabajos personales la definición es la siguiente “es la capacidad que tiene una persona para que la otra persona sienta, no que piense, que sienta, que está siendo acogida, sostenida, sin juicio, por lo que es”. Entonces... estas son competencias; las competencias se aprenden, están en el mundo del sentir, no del pensar y cuando hay esta aceptación sin crítica se abre al proceso de esta relación un vínculo, un vínculo que permite que la persona pueda abrirse, si la persona está cerrada, no tiene acceso a este ser. Y esto es muy importante porque muchas veces las necesidades no se satisfacen por el hecho de no conocerlas.

La dificultad que tienen entonces estos programas de rehabilitación es que son estrategias para resolver las necesidades sin saber cuál es la necesidad, es lo que yo diría, que hay que dar con la necesidad primero y la estrategia ahí, en una de esas, no es necesaria la estrategia, estrategia pa´ que, para resolver no la adicción si no que pa´ resolver una necesidad que te lleva a la adicción.

Entrevista vía correo electrónico con Lic. Laura Vélez de León. Logoterapeuta en adicciones y fundadora del Centro de Atención Logoterapéutico y Médico en Adicciones (CALMA) México.

1. ¿Cómo se entiende la adicción desde la logoterapia y cuáles serían los abordajes desde esta mirada?

La adicción desde el punto de vista de la Logoterapia es uno de los tres síntomas del vacío existencial, siendo las otras dos: la depresión y la agresión. A lo que Viktor Frankl les llamó "la triada neurótica masiva"

No niega la multicausalidad de la dependencia a las drogas, pero cuando la mayor causa es la falta de espiritualidad y de vacío existencial, se habla de la adicción **noógena**.

El abordaje es en primer lugar no centrarnos en lo enfermo del humano, sino en lo humano del enfermo. No estamos frente a un adicto, sino más bien frente a una persona con problemas de adicción. Se recomienda el abordaje interdisciplinario, integrando al logoterapeuta en el trabajo del sentido de su recuperación y de su vida.

2. ¿Qué relación tiene la adicción con el manejo emocional?

Mucha, ya que una de las grandes causas de la adicción es el mal manejo de las emociones y la impotencia de no saber qué hacer con ellas, por lo que frente a esa desesperación eligen el drogarse sintiendo una tranquilidad aparente para convertirse posteriormente en provocación de nuevas emociones que los lleva a un mal estar.

3. ¿Qué relación tiene la educación emocional y la Logoterapia?

Podemos entender a la Logoterapia como una educación centrada en la habilidad de responder desde la libertad a nuestra propia vida y en esta educación estarán inmersas nuestras emociones, las cuales será necesario conocerlas e identificarlas, para tomarlas en cuenta en nuestras decisiones que nos llevarán a vivir una vida con sentido.