



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES,  
JURÍDICAS Y ECONÓMICAS  
Escuela de Trabajo Social

Escuela de Trabajo Social  
Magister en Intervención Social Mención Familias

“La intervención de adicciones en adultos: La experiencia de los  
trabajadores sociales de centros de rehabilitación ambulatorios de comunas  
rurales de la VI región”

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAGÍSTER EN INTERVENCIÓN  
SOCIAL, MENCIÓN FAMILIAS

Autor: Aldo Italo Gentile Moscoso

Profesor Guía: Verónica Verdugo Bonvallet

Santiago

2018

## Agradecimientos

Quiero empezar por agradecer a mis padres Marisol y Enzo por darme la oportunidad de estudiar y formarme como profesional, por mostrarme que la constancia y el sacrificio tienen sus justas recompensas. A la vez agradecer a mis abuelos Sergio y Raquel por ser un ejemplo de esfuerzo y nobleza, valores que no han sido modificados a pesar de las dificultades que se les puedan presentar.

Agradecer Sergio Moscoso y Orieta Gentile mis tíos, por toda la ayuda entregada durante este proceso, pero por sobre todo por ser un ejemplo constante de esfuerzo y desarrollo profesional, ambos han alimentado y cultivado en mi persona los deseos y las ganas de seguirme formando y día a día avanzar apuntado a convertirme en un mejor profesional.

Darle las gracias también a Solange Cayuqueo, por apoyarme durante esta etapa en la que además ambos compartimos la llegada de nuestra hija Sofía, lo cual ha sido una experiencia que nos desafía día a día. Así mismo, agradecerle también a su familia en general por que cada uno de ellos me acogió en su hogar con las puertas abiertas y contribuyo en mi proceso de trabajo.

Por último agradecer a la profesora Verónica Verdugo que creyó y apoyo mi proceso de tesis, por tener paciencia con mi desarrollo y ser exigente en el proceso, porque gracias a aquello hoy puedo anunciar con orgullo y alegría el término de este proceso.

Aldo Gentile Moscoso.

## Índice

Índice .....	3
Presentación .....	1
Capítulo 1: Problema de investigación .....	3
1.1 Planteamiento del problema.....	11
1.2 Justificación .....	12
1.3 Supuestos .....	13
1.4 Preguntas de investigación.....	13
1.5 Objetivos generales y específicos .....	14
Capítulo 2: Marco teórico .....	15
2.1 Conceptualización de drogas. ....	15
2.2 Modelos teóricos para la intervención en adicciones.....	18
2.2.1 Modelo Biomédico.....	20
2.2.2 Modelo Biopsicosocial.....	23
2.2.3 Modelo Sociocultural.....	26
2.3 Política pública de tratamiento.....	28
2.4 Intervención social y adicciones .....	33
2.5 Género y territorialidad.....	40
Capítulo 3: Marco metodológico .....	43
3.1 Paradigma de investigación .....	43
3.2 Enfoque de investigación.....	45
3.3 Tipo de estudio.....	46
3.4 Técnica de recolección de información.....	47
3.5 Técnica de análisis de la información .....	48
3.6 Muestra .....	48

3.7 Validez y confiabilidad .....	49
Capítulo 4: Resultados de la investigación .....	51
4.1 Cuadro síntesis de categorías y sub categorías .....	51
4.2 Matriz de análisis categorial .....	54
4.3 Análisis de la información .....	72
Capítulo 5: Conclusiones .....	99
Bibliografía .....	104
Anexos .....	107

## Presentación

El consumo de drogas ha estado presente en todas las culturas desde tiempos inmemoriales, generalmente ha sido utilizado en ceremonias religiosas o colectivas, no obstante, su uso problemático se ha ido configurando en un problema de salud pública y un problema social que preocupa a la mayoría de los Estados modernos.

En Chile, el último estudio realizado por SENDA indica que la población que presenta un trastorno por el uso de sustancias, expresado en una dependencia, abuso o consumo problemático, ha registrado un aumento. En este sentido, los resultados del décimo primer estudio nacional de drogas en población general muestran que la región de O'Higgins ha experimentado un aumento en el consumo de drogas. Respecto del uso de alcohol, se observa que hay un aumento de tres puntos porcentuales, pasando así de un 43,4% en 2012, a un 46,4% durante el año 2014. Igualmente, en el caso de la cocaína se observa un aumento también en la prevalencia del uso de la sustancia, que pasó de un 0,3 a un 0,5 en relación al estudio anterior. Llama fuertemente la atención el aumento explosivo en el uso de la marihuana, puesto que si en 2012 el 4 % de la población declaraba la utilización de esta sustancia, en 2014 la cifra aumenta en 8 puntos porcentuales, llegando así a los 12,1%. (SENDA, 2015)

El consumo problemático y las adicciones a una sustancia generan problemáticas sociales para los individuos, su familia y la sociedad que los rodea. De esta manera, el Estado de Chile ha diseñado una política pública que intenta un abordaje integral, que considere los efectos asociados a una adicción tales como, problemas de salud mental, deterioro físico, disfunción familiar y acciones transgresoras de la norma social.

En Chile, los organismos gubernamentales responsables del diseño de la política pública en adicciones , son el MINSAL y el SENDA , los cuales han definido diversos programas orientados a la intervención con personas que presentan consumo problemático de sustancias, los que son ejecutados a nivel de todo Chile por los

organismos dependientes del Ministerio de Salud /u organismos colaboradores. Estos organismos y los distintos programas aplicados para la intervención del consumo de una sustancia son guiados a través de un documento orientador llamado “Norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol”.

El modelo de comprensión de las adicciones que incluye la normativa es sustentado en el modelo biopsicosocial que entiende la drogodependencia como una conducta o hábito compulsivo, moderado por factores biológicos, psicológicos y sociales.

Cabe destacar que una de los lineamientos orientadores desde el SENDA y el MINSAL pone el acento en la Integración Social que se entiende, como un proceso con diferentes niveles de intensidad dónde se busca que la persona pueda desarrollarse y pueda ser aceptada y considerada como ciudadano/a y sujeto de derechos y deberes.

El Documento orientador Nacional elabora una matriz de tratamiento que considera, calendarización, objetivos terapéuticos, tipos de actividades, responsables, indicadores evaluación, entre otros aspectos, según cada plan de tratamiento, especificando acciones específicas como actividades grupales, Visitas domiciliarias, Diagnósticos etc.

Para el Trabajador Social se establecen acciones como consulta en salud mental, estudio de casos, Visitas domiciliarias de rescate y/o seguimiento, gestión de la red, reuniones clínicas, elaboración informes sociales entre otros.

La presente investigación pretende comprender la manera en que los trabajadores sociales de tres instituciones de tratamiento de adicciones de la sexta región, construyen la intervención social en adicciones de sectores rurales, así como los desafíos y oportunidades presentes en el territorio en el que se desarrolla su quehacer profesional.

## Capítulo 1: Problema de investigación

Distinto a lo que pudiese pensarse, el uso de sustancias que alteran el estado psíquico humano, no se configura como un fenómeno exclusivo y particular de la época contemporánea. De ahí que, distintos sean los autores que plantean que el uso de sustancias que provocan alteraciones en el estado psíquico humano ha estado presente en distintos pueblos y sociedades a lo largo de la historia. En este sentido, Pérez (2009) plantea “que el hecho de descubrir y utilizar sustancias que alteren los estados psíquicos, ya sea provocando sedación, energía, cambios perceptuales o un simple bienestar a tenido desde siempre un lugar destacado en la cultura”. (Pág. 1)

Asimismo, Lobos (2012) afirma que el uso de distintos tipos de sustancias ha estado presente, incluso antes de la era cristiana mencionando que “...hacia el cuarto milenio A.C se tienen antecedentes sobre el uso de fibra de cáñamo en China, como también hay, hacia el tercer milenio A.C, datos que señalan el uso del té y la efedrina (su alcaloide, efedra, es precursor de las anfetaminas). También cercano a la misma fecha, hay registros escritos de la existencia y uso del opio en Mesopotamia. En relación al contexto latinoamericano, la autora además refiere que el uso de plantas psicoactivas como el hongo amanita muscaria, el peyote y la hoja de coca, entre otros, eran comúnmente utilizados en rituales chamánicos considerados como sagrados, por parte de sociedades precolombinas y su uso se extendía en casi toda la región.

Igualmente, García (2002) señala que el uso de sustancias psicoactivas se encontraba presente en el continente de América del sur, desde hace 1.000 años atrás, en la época de la América precolombina donde el uso de hongos, cactus, semillas con efectos alucinógenos, era una práctica común durante aquel contexto, además expone sobre el uso de estimulantes como la coca, la nicotina o el cacao.

Respecto a antecedentes que develen el uso de sustancias psicoactivas en nuestro País, Cornejo (1994) señala la existencia de evidencia que relaciona a la cultura antigua, de pueblos asentados en el oasis de San Pedro de Atacama con el uso de polvo de vilca, sustancia alucinógena proveniente de la mezcla de la cascara de la legumbre y el cal. (Cornejo, 1994 en García, 2002.)

Según lo anteriormente expuesto, resulta interesante observar cómo el uso de sustancias psicoactivas, ha estado presente en distintos momentos de la historia temprana de la humanidad y en diversos puntos geográficos del mundo. Desde ahí que se plantee entonces que no podría excluirse del devenir de la historia humana su simultánea relación con el uso de sustancias psicotrópicas.

Por otra parte y como otro punto de análisis, se observa cómo el consumo de este tipo de sustancias además ha sido asociado a una serie de normas y sanciones en cada periodo histórico del desarrollo humano, develando las concepciones asociadas al uso de tal o cual sustancia. Escotado (1995) advierte que, en la Roma pre imperial, el consumo del vino era de uso exclusivo de hombres mayores de treinta años y el castigo a la violación de la norma tanto por mujeres como por hombres jóvenes consideraba la pena de muerte. En un mismo sentido, en Rusia, el beber café fue un crimen castigado con tortura y mutilación de las orejas. Fumar tabaco se condenó con excomunión entre los católicos, y con desmembramiento en Turquía y Persia. Hasta la hierba mate que hoy beben en infusión los gauchos de la Pampa fue considerada brebaje diabólico, y sólo las misiones jesuitas del Paraguay –dedicadas al cultivo comercial de estos árboles- lograron convencer al mundo cristiano de que sus semillas no habían sido llevadas a América por Satán sino por santo Tomás, el más desconfiado de los primeros Apóstoles. Así, naturalmente los valores mantenidos por cada sociedad influyen en las ideas que se forman sobre las drogas”. (Pág. 10)



Por lo tanto, es posible observar cómo el uso de las sustancias psicoactivas a su vez también ha adquirido múltiples connotaciones, valoraciones y juicios culturales otorgadas por las distintas sociedades a través de su desarrollo histórico.

Según lo anteriormente expuesto, podemos advertir el dinamismo que ha experimentado el uso de sustancias en la historia, adquiriendo connotaciones duales, tanto positivas como negativas. En el contexto actual, la situación no ha mostrado una variación, observándose que la noción de droga adquiere gran polisemia. Al recurrir al diccionario de la Real Academia Española (RAE), nos encontramos con dos acepciones, la primera de ellas define droga como toda “sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes” y la segunda la define como “Toda sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”. (RAE, 2017)

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), considera como droga a cualquier sustancia que introducida en el organismo lo altera de forma psíquica o física, considerando dos enfoques en su definición. El primero de ellos, de carácter biológico – médico, la define como toda sustancia con la capacidad de prevenir, tratar o curar una patología física o mental. El segundo, es el enfoque de la farmacología, que lo asume como la sustancia química con las propiedades necesarias para modificar los procesos fisiológicos y bioquímicos del organismo humano. La institución además plantea que desde el lenguaje cotidiano, el término droga adquiere un uso más restringido del concepto ya que suele ser vinculado a las sustancias psicoactivas que se encuentran categorizadas como ilegales, dejando de lado sustancias de uso común como “La cafeína, el tabaco, el alcohol y otras, utilizadas a menudo con fines no médicos. Ello en tanto se toman, el menos en parte, por sus efectos psicoactivos”. (OMS, 2008. Pág. 33)

Como es posible observar, las definiciones anteriormente descritas, enfatizan en un enfoque médico, ya que se restringen a las repercusiones a nivel biológico del uso de

las drogas, dejando otras dimensiones fuera del análisis otras que incorporen aspectos culturales y psicosociales.

Según la oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC), en su Informe Mundial de drogas (2016) se calcula que alrededor de 250 millones de personas utilizaron al menos una vez alguna sustancia psicoactiva durante el año 2014. De este grupo se calcula además que 29 millones de personas sufren un trastorno relacionado al uso de sustancias. Así mismo, se señala que en el caso de América la cifra alcanza a un 5,9 % de su población. Sin embargo se señala que tan solo 1 de cada 6 de la población interactuante con estas sustancias recibe tratamiento. De ahí que se observe entonces cómo el consumo de estas sustancias sigue siendo una práctica extendida para distintos segmentos de la población, a pesar de ser ilegales. Por tanto, se puede señalar entonces que solo alrededor del 16% de los usuarios consumidores que presentan trastornos secundarios al consumo acceden a un tratamiento.

En el caso de Chile, una de las herramientas que ha constituido un aporte para el diseño de políticas públicas en este ámbito, es el estudio nacional de drogas y alcohol, publicación que cuenta con su onceava versión, lo que ha permitido contar con información actualizada y sistemática sobre los distintos alcances del uso de sustancias en la población. Respecto a la prevalencia del uso de drogas durante el último mes, en su onceava versión este estudio advierte que el 6,8% del universo estudiado declara haber consumido marihuana durante este periodo. En el caso de la cocaína, la cifra alcanza al 0,4% de la población y en el caso de la pasta base de cocaína su uso durante el último mes alcanza al 2,5 % de la población. En el caso de las drogas lícitas, como lo son el alcohol y el tabaco, las cifras muestran que la prevalencia de estos consumos durante los últimos treinta días se encuentran presentes en un 48,9 % de la población a para el caso del alcohol y en un 34,7 % de la población investigada en el caso del tabaco (SENDA, 2015).

En cuanto a las tasas de dependencia, según el citado informe, un 20% de los consumidores de marihuana han tenido síntomas de dependencia (medidos acorde a los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE10<sup>1</sup>), mientras que los usuarios de cocaína y pasta base presentan tasas de dependencia de un 25% y un 55% respectivamente. A continuación, en la tabla, se observa la evolución de las tasas de prevalencia de consumo, en la última década (CONACE, 2011). Tal como se muestra en el siguiente cuadro, los resultados obtenidos a partir de las distintas versiones del estudio, señalan que la población que presenta un trastorno por el uso de sustancias, expresado en una dependencia, abuso o consumo problemático, ha registrado un aumento en estas categorías en cuanto a los consumidores de marihuana, mientras que en el caso de los usuarios de cocaína y pasta base no existen variaciones estadísticamente significativas. (SENDA, 2015)

Trastorno por uso sobre total población general, según sustancia									
Serie	Marihuana			Cocaína			Pasta base		
	Dependencia	Abuso	Problemático	Dependencia	Abuso	Problemático	Dependencia	Abuso	Problemático
2006	1,4	1,4	2,0	0,4	0,3	0,5	0,3	0,4	0,4
2008	1,6	1,4	2,2	0,4	0,5	0,6	0,4	0,5	0,5
2010	0,7	0,8	1,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
2012	1,4	1,1	1,8	0,3	0,3	0,4	0,2	0,3	0,3
2014	1,9	1,2	2,5	0,3	0,3	0,5	0,3	0,3	0,3

Desde lo anterior, podemos decir que el uso de sustancias psicoactivas se ha constituido hace muchos años en un foco de atención para el Estado, dadas las múltiples

<sup>1</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, circunstancias sociales y causas externas de enfermedades, asociadas al uso de sustancias.

consecuencias para el individuo, su familia y la sociedad que le rodean. Esto ha desafiado a los gobiernos a diseñar diferentes estrategias de intervención, que den lineamientos de intervención para enfrentar este fenómeno de tan larga data.

El consumo de riesgo y el posterior desarrollo de una dependencia de una sustancia han incidido en el desarrollo de programas en distintas áreas, desde los ministerios de salud, educación y seguridad pública e interior. Este último, cuenta con una serie de organismos que cumplen distintas funciones, siendo uno de estos, el Servicio para la prevención y rehabilitación del consumo de alcohol y drogas (SENDA), entidad del Gobierno de Chile encargada de elaborar las políticas de prevención, tratamiento e integración de las personas afectadas por el consumo de drogas y alcohol. (SENDA, 2017.)

En relación al área de la rehabilitación de los consumos problemáticos de sustancias, el SENDA ha diseñado distintos programas aplicados por instituciones competentes para la atención de la población que requiere de tratamiento. Entre estos se encuentran los planes de tratamiento y rehabilitación básico, intensivo y plan de tratamiento y rehabilitación residencial. En la actualidad, el Estado de Chile financia instituciones, tanto públicas como privadas, que desarrollan una intervención orientada siempre por los citados planes de tratamiento.

El servicio, durante su cuenta pública del año 2016, entregó cifras de atención, respecto del ámbito de tratamiento y recuperación, refiriendo en este informe que la cobertura de la población alcanzó la cifra de 21287 casos atendidos en mayores de 20 años, a través de la oferta de planes tanto ambulatorios como residenciales distribuidos en los centros de tratamientos disponibles. Así también, se dio cuenta de las sustancias que movilizan las demandas de tratamiento en centros de rehabilitación, estableciendo que durante el año 2016 el consumo problemático y la adicción de la pasta base y el alcohol fueron las drogas que lideraron las solicitudes de ingreso a tratamiento con el 39% y el 38% de

los casos. Le sigue la cocaína con el 16% de los consultantes y la marihuana con el 4%. (SENDA, 2016)

Los establecimientos públicos de salud que se encuentran definidos como aptos para la ejecución de estos planes, son los centros de atención primaria de salud (APS), los centros de salud familiar comunitaria (COSAM), y los centros de tratamiento de modalidad ambulatoria. En el caso de los establecimientos privados, se encuentran las organizaciones no gubernamentales (ONGS), fundaciones y asociaciones de profesionales. Estos organismos, se rigen por la aplicación de un documento técnico elaborado por el SENDA y el MINSAL, el cual orienta respecto el abordaje del tratamiento, desde un enfoque biopsicosocial. En función de dicha norma se encuentra diseñada y establecida gran parte de la intervención, realizada por los equipos de tratamiento. Entre otros aspectos esta normativa, ofrece una orientación estandarizada y ciertos principios a tener en cuenta para la comprensión del fenómeno, así como algunos enfoques de intervención para llevar a cabo un tratamiento en adicciones. (SENDA – MINSAL, 2014)

Desde el modelo biopsicosocial que subyace a la oferta pública en adicciones se aborda el tratamiento, desde tres dimensiones: lo biológico, lo psicológico y lo social. La intervención en cada uno de estos ámbitos ha sido establecida con claridad en las bases técnicas, donde se establece que

“desde el enfoque biológico, el modelo intervendrá en los problemas específicos asociados al consumo de sustancias en los usuarios, potenciando el desarrollo de un estado de salud favorable. El componente intrapsíquico, contribuye la reparación de duelos, traumas, resolución de conflictos, desarrollo y autoestima, autoimagen y relaciones vinculares. Finalmente, el componente social trabaja con una mirada de la intervención en la dinámica familiar interactuante con de

los consumos problemáticos, como de la integración del sujeto con su medio, a través de la habilitación y fortalecimiento de competencias de integración social y en la articulación e intermediación de redes socio-comunitarias”. (SENDA - MINSAL, 2014. Pag.8)

Los equipos profesionales que trabajan en los centros de atención se encuentran conformados por terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psiquiatras y psicólogos, estableciéndose en el programa en detalle el quehacer de cada uno de ellos en el proceso de intervención que aborda cada uno de los componentes del enfoque biopsicosocial. En el caso del trabajador social, se describen acciones para el cumplimiento y logro del plan de tratamiento, las que incluyen entre otras, la visita domiciliaria, la consulta de salud mental individual, consulta e intervenciones familiares y la intervención psicosocial en grupo de pares. (SENDA – MINSAL, 2014)

Desde lo anterior, las prestaciones profesionales y el modelo de intervención que estos aplican, se encuentran circunscritos a una herramienta estándar, que corre el riesgo de no responder a los contextos y particularidades que asume el fenómeno en distintos sectores del país. Ello adquiere complejidad si se considera que, como se ha señalado a lo largo de este apartado, el consumo de sustancias, toma connotaciones específicas según el medio particular en el cual se presente el fenómeno y, por lo tanto es necesario conocer las maneras particulares que adopta en cada sector.

Por otra parte, y en el esfuerzo de contextualizar la investigación, se puede mencionar que los resultados del décimo primer estudio nacional de drogas en población general muestran que la región de O’Higgins ha experimentado un aumento en el consumo de drogas en relación a la versión anterior del estudio. Respecto del uso de alcohol, se observa que hay un aumento de tres puntos perceptuales, pasando así de un 43,4% en 2012, a un 46.4% durante el año 2014. Igualmente, en el caso de la cocaína se observa

un aumento también en la prevalencia del uso de la sustancia, que pasó de un 0,3 a un 0,5 en relación al estudio anterior. Llama fuertemente la atención el aumento explosivo en el uso de la marihuana, puesto que si en 2012 el 4 % de la población declaraba la utilización de esta sustancia, en 2014 la cifra aumenta en 8 puntos porcentuales, llegando así a los 12,1%. (SENDA, 2014) Estos antecedentes hacen de la VI región un sector interesante donde focalizar el presente estudio. Por lo mismo interesa, conocer la forma en que los profesionales de centros de tratamiento de adicciones de la VI región, construyen la intervención frente al consumo de sustancias, así como las particularidades que en su opinión asume el fenómeno en esta zona.

### 1.1 Planteamiento del problema

El consumo problemático y las adicciones generan problemas sociales graves, generalizados y costosos, tanto para el usuario y su familia como para la comunidad a la que pertenece. Por lo mismo, desde el Estado se ha diseñado una política pública que intenta un abordaje integral, que considere los efectos asociados a una adicción tales como, problemas de salud mental, deterioro físico, disfunción familiar y acciones transgresoras de la norma social. (SENDA – MINSAL. 2014)

De esta manera, para el tratamiento de los usuarios que presenten un trastorno por uso de sustancias, equivalente a un consumo problemático o dependencia a una o más sustancias. El Estado entrega un marco regulatorio homogéneo a nivel nacional que considera ciertas especificidades a la hora de realizar una intervención en adicciones, sin embargo, este corre el riesgo de no considerar las particularidades que asumen las adicciones en cada territorio, particularmente para la investigación, los sectores rurales. Por lo tanto, la presente investigación pretende comprender la manera en que los trabajadores sociales de tres instituciones de tratamiento de adicciones de la sexta región, construyen la intervención social en adicciones de sectores rurales, así como los desafíos y oportunidades presentes en el territorio en el que se desarrolla su quehacer

profesional. Además, se pretende que los resultados de la investigación sean un aporte para la incorporación de componentes específicos del contexto territorial en materia de intervención en adicciones.

## 1.2 Justificación

Durante la década de los 90, Chile adscribe a la Declaración de Caracas, tratado internacional que busca definir estándares de atención de la salud mental, a los que deben aspirar los países ratificantes de aquel tratado. Dentro de las consideraciones presentes en este acuerdo, se encuentra una que, en particular, dice relación con la importancia de la consideración de factores contextuales del fenómeno basados en las necesidades específicas y características contextuales de la población objeto para el abordaje de su tratamiento. Es así como estipula que los sistemas locales de salud deben ofrecer condiciones que les permitan desarrollar programas basados en las necesidades de la población y de características descentralizadas, participativas y preventivas. (Declaración de Caracas, 1990)

Asumiendo este desafío, el presente estudio busca generar conocimientos que puedan constituirse en un insumo teórico – práctico, tanto para los centros de tratamiento en los que se sitúa la investigación, como para otros centros de atención de salud mental que atiendan población rural. Esto se hace particularmente relevante si se considera que existen escasos estudios de carácter cualitativo sobre la forma en que los trabajadores sociales construyen la intervención en adicciones en sectores rurales, en consideración a las particularidades del perfil del usuario como a las del territorio.

Desde el punto de vista de su relevancia social, al igual que en el territorio nacional, en la VI región existe una prevalencia en el porcentaje de la población que declara haber consumido alguna sustancia psicoactiva en los últimos doce meses, existiendo en la



región de O'Higgins un aumento en los consumos principalmente de cocaína, pasta base y por sobre todo de marihuana (SENDA, 2014). De esta manera, este estudio se configura con un fuerte alcance social, ya que existe un número significativo y tendiente al alza de personas afectados por este problema.

Por otra parte, se observa que no existen estudios cualitativos que den cuenta de este fenómeno o estudios relacionados en las instituciones consideradas en la investigación.

Finalmente, los conocimientos generados a partir de esta investigación puede ser una herramienta útil a la hora de diseñar estrategias de intervención adaptadas a un territorio específico, en este caso, sectores rurales de la VI región.

### 1.3 Supuestos

El consumo de alcohol y drogas en sectores rurales de la VI región adquiere connotaciones y significados diferentes a los de los sectores urbanos, por lo que la intervención profesional estandarizada no genera los cambios esperados, lo que plantea la necesidad de particularizar y contextualizar su contenido.

### 1.4 Preguntas de investigación.

¿De qué manera construyen su intervención profesional los trabajadores sociales que trabajan en los centros de tratamiento de zonas rurales de la VI región, correspondientes a las comunas de San Vicente, Santa Cruz y Rengo?

¿Cuáles son las particularidades que, en opinión de los trabajadores sociales, asume el consumo de drogas en estas zonas?

## 1.5 Objetivos generales y específicos

### **Objetivo general**

- Comprender la manera en que los trabajadores sociales construyen la intervención social en adicciones con adultos de centros de tratamiento de zonas rurales de la VI región, correspondientes a las comunas de San Vicente, Santa Cruz y Rengo.

### **Objetivos específicos**

- Identificar las particularidades que asume o debería asumir la intervención social en adicciones por parte del trabajador social en las comunas de San Vicente, Santa Cruz y Rengo.
- Identificar las fortalezas y debilidades que visualizan estos profesionales en la intervención que realizan en programas de atención de adicciones, en las comunas señaladas.
- Conocer la opinión de los trabajadores sociales respecto de las características que tiene la política pública en adicciones, así como los desafíos pendientes en la materia.

## Capítulo 2: Marco teórico

En el presente acápite se dará cuenta de los principales enfoques que sostendrán la presente investigación, los cuales serán necesarios para orientar la comprensión del fenómeno y el análisis de la información recogida en las entrevistas.

### 2.1 Conceptualización de drogas.

Como todo fenómeno social, en la actualidad el concepto de droga no posee una definición única, existiendo autores que le reconocen el carácter dual al término. En este sentido, Caudevilla (2007) afirma que la noción y el uso del concepto es ambigua ya que señala que Drug y Drogue (droga) en el lenguaje común, son las terminologías utilizadas en Inglaterra y Francia respectivamente, para referirse de forma común a sustancias psicoactivas ilegales, como a fármacos de orden y suscripción médica amparados en lo legal. En un mismo sentido, Del Moral y Fernández afirman que el término droga en la farmacología clásica es utilizado para referirse, tanto al estado bruto de un medicamento en su estado natural, como para designar al producto psicoactivo resultante del proceso de una manipulación química de una o más sustancias. (Del Moral, Fernández. 1998).

Una de las definiciones más aceptadas por la comunidad científica es la otorgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), indicando que droga es cualquier sustancia natural o sintética que, al ser introducida en el organismo, es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y el funcionamiento del organismo (2015).

En el contexto nacional, la definición del término es proporcionada por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), principal institución que tiene injerencia en el diseño y gestión de las políticas públicas relacionadas con el tema. El SENDA adopta la definición otorgada por la OMS, agregando, además, que las drogas ilícitas son aquellas cuya producción, porte, transporte y comercialización se encuentra legalmente prohibida, además de las que son usadas sin prescripción médica. Por otra parte, las distingue según su origen en drogas naturales (provenientes de alguna planta) o sintéticas (elaboradas a partir de sustancias químicas) (SENDA, 2017).

El Congreso Nacional de nuestro país, comparte la definición anterior y le adosa el listado de sustancias cuya producción y comercialización son ilegales (como el LSD), sustancias legales de consumo habitual (como el alcohol o el tabaco) y fármacos de prescripción médica (tranquilizantes, por ejemplo), que pueden ser objeto de un uso abusivo. Además, la ley 20.000, en su decreto 867, en el artículo 1 entrega una lista detallada de las sustancias que serán consideradas drogas. (BCN, 2017). Según este listado se puede caracterizar a las drogas como: “sustancias provenientes de forma natural u obtenida a través de una manipulación química, que al interactuar con el organismo humano son capaces de incidir en el funcionamiento del sistema nervioso central, alterando el normal funcionamiento de los procesos neuronales.”

De la definición anterior se observa la dualidad del concepto ya que es utilizado para referirse tanto a productos legales de orden farmacológico (medicamentos) como a sustancias consideradas socialmente como ilegales. Lo anterior toma sentido si se tiene en cuenta que, desde un enfoque jurídico, la mirada de legalidad o ilegalidad resulta un objeto de análisis interesante que enfatiza en la prohibición, dejando fuera de

consideración la peligrosidad de las sustancias. Esto adquiere particular relevancia si se considera que en el marco legal actual hay drogas altamente tóxicas como el alcohol y el tabaco que no presentan restricciones a pesar de ser altamente adictivas en comparación a sustancias de origen natural que no presentan tales niveles de adicción (Lobos, 2012).

En este sentido y según la sociedad de que se trate, el carácter apreciativo respecto al uso y frecuencia de un consumo puede asumir distintas valoraciones según el contexto socio cultural en el que se observe el fenómeno y de qué tipos de sustancia se esté hablando. En consecuencia, es necesario subrayar que las conceptualizaciones anteriores se inscriben en un enfoque de salud Biomédico, ya que los resultados de mayor riesgo e impacto en la adicción a una droga se asocian a lo biológico. Por lo tanto, se puede decir entonces que, desde la forma en que sea construida la adicción y las dependencias dependerá la aproximación con la que se le aborde.

En este sentido, el enfoque Biomédico refiere que las drogas pueden ser clasificadas en sus efectos producidos sobre la actividad normal del sistema nervioso central (SNC). La primera de estas agrupa a las drogas en estimulantes del SNC tales como el café, el mate, la coca de orden natural y sintético como las anfetaminas o la cocaína. Por otra parte, se encuentran los depresores del SNC como el alcohol, sedantes, tranquilizantes. Finalmente, se consideran a las alucinógenas de orden natural como los hongos con psilocibina, cactus con mezcalina o de orden sintéticas como el ácido lisérgico, MDMA. La marihuana posee efectos tanto estimulantes como depresores del SNC, así como también alucinógenos, por lo que no se encasilla en ninguna categoría (Pavés y Prat, 2006).

Desde la clasificación de los tipos o formas de consumo, se puede mencionar que estos son definidos respecto de la frecuencia en el uso de una droga y las consecuencias que

tiene en el estilo de vida del usuario y su entorno. De esta manera se puede mencionar que estos son: consumo experimental, consumo habitual, consumo ocasional, consumo perjudicial, y un consumo problemático de drogas, siendo considerada en esta última categoría la dependencia y consumo abusivo de drogas (SENDA, 2017). Finalmente, es necesario señalar que esta última categoría es considerada en la actualidad como una patología de salud mental y se define como un trastorno por uso de sustancia. (DSM V, 2013).

## 2.2 Modelos teóricos para la intervención en adicciones

Antes de profundizar en los modelos de intervención en adicciones, es primeramente necesario detenernos a revisar lo que bajo la literatura se entiende por adicción.

Para la real academia española, una adicción es la dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico (RAE, 2017). Por su parte, la organización mundial de la salud (OMS) ha definido al término como un consumo recurrente en el tiempo resultante de un deseo compulsivo de consumir de forma continua la o las sustancias y que además presenta la incapacidad para interrumpir voluntariamente el consumo (OMS, 2008).

En consecuencia, una adicción o dependencia de una sustancia es el resultado del patrón des adaptativo del uso sostenido y repetitivo de una droga. El manual Diagnóstico de Salud Mental en su quinta versión (DSM V, 2013) refiere que el diagnóstico en una persona de un trastorno por uso de sustancias o una dependencia, debe incluir la presencia de las siguientes sintomatologías:

-La **tolerancia**. Considerada como la necesidad de recurrir a cantidades paulatinamente crecientes de la sustancia para alcanzar el efecto deseado. Lo anterior debido a una disminución de los efectos de la sustancia cuando su uso cotidiano genera una resistencia fisiológica a las mismas dosis.

-La **abstinencia**. Manifestación cognoscitiva y fisiológica producida cuando la concentración de una sustancia disminuye en el cuerpo, produciendo en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia, la aparición de desagradables síntomas que pueden variar según el tipo de droga consumida. En consecuencia, el sujeto sigue consumiendo la sustancia a lo largo del día para eliminar o aliviar los síntomas.

-El **uso compulsivo de una droga**. Esta sintomatología es apreciable cuando el sujeto consume cantidades mayores de sustancia o durante un período de tiempo más prolongado de lo que originalmente este pretendió. El uso compulsivo de una sustancia puede expresarse ante el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. Es posible que el sujeto además dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos, pudiéndose producir el abandono de las actividades escolares, laborales, familiares o recreativas con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que tomen la sustancia. Finalmente se puede mencionar que el uso compulsivo de una sustancia puede considerarse cuando a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico (síntomas de depresión o lesiones de órganos), la persona continúe consumiendo la sustancia (DSM V, 2013. Pag.181).

Como podemos observar, las consecuencias de una dependencia pueden manifestarse en múltiples ámbitos de funcionamiento del paciente, atravesando al sujeto consumidor e impactando además en entorno social. Lo anterior ha impulsado a través del tiempo a distintos enfoques y modelos a dar una respuesta en él ha tratamiento de la adicción, sin embargo, tres de estos son los que principalmente permean la intervención disciplinar en la actualidad, siendo estos el modelo biomédico, el modelo biopsicosocial y el modelo sociocultural. A continuación se desarrollará cada uno de ellos.

### 2.2.1 Modelo Biomédico

Los orígenes del modelo biomédico se sitúan en el siglo XIX, contexto en el cual las adicciones eran reconocidas como una enfermedad del cerebro y, por tanto, de la voluntad. Lo anterior, podría referirse como el modelaje de una mirada orgánica de las adicciones. En este sentido, Bright señala que el modelo biomédico, es sustentado desde la anatomía patológica, la cual comprende a las alteraciones en el cuerpo humano como consecuencia de la presencia de una enfermedad (Bright, 2005. en Apud y Romaní, 2016). Esta aproximación es compartida por Ceitillin (1998), quien señala además que este enfoque se centra en la visión patológica del consumo de sustancias, que interpreta a la adicción como una enfermedad. De esta manera el autor, además refiere que el modelo se caracteriza por el reduccionismo, comprendiendo a las adicciones únicamente a un nivel biológico, es decir tanto el diagnóstico como el tratamiento, son concebidos desde esta única variable. El autor señala además que desde este modelo se considera que el tratamiento es externo al paciente ya que supondría una intervención en la que el usuario tenga una mínima participación de su tratamiento.

Con el transcurso de los años, distintos autores han profundizado en el modelo biomédico. En este sentido, Polis (2008) refiere que el modelo centra su quehacer desde la reacción química del cuerpo ante la interacción con las sustancias. Por lo tanto, se considera un fenómeno exclusivamente relacionado con el individuo que además sitúa el uso de las drogas como una enfermedad que produce la pérdida de control por parte del individuo. Bajo esta forma de abordaje, el modelo biomédico propone la intervención de la adicción a un nivel biológico, buscando intervenir el factor causante de los efectos de la sustancia a nivel cerebral (Apud y Romaní, 2016).



En relación a la asociación patológica del consumo problemático o dependencia al uso de sustancias, el National Institute of Drugs Abuse (NIDA) o Instituto Nacional del Abuso de Drogas señala que el uso de una sustancia y el posterior desarrollo de una adicción son considerados como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano, afectando su estructura y funcionamiento (NIDA, 2014).

Este modelo se sustenta en los avances alcanzados en conocimiento científico para intervenir en las adicciones. Entre sus aportes se mencionan algunos tales como, la clasificación de la sintomatología asociada a una adicción (dependencia física), el tratamiento farmacológico para controlar la sintomatología del síndrome de abstinencia, y los avances a nivel neurobiológico que resultaron en el descubrimiento, de la neuroplasticidad neuronal y de los receptores opioides o sistema de recompensa en la adicción. Lo anterior explica la conducta adictiva a través de la recompensa mediante la sensación química de bienestar que esta produce en las neuronas. De ahí entonces que la adicción sea entendida como la habituación del órgano cerebral a funcionar bajo elevados niveles de dopamina, lo cual supone una forma de explicar de manera biológica la conducta adictiva (Apud, Romaní. 2016).

No obstante, los avances en el desarrollo del conocimiento de las adicciones han permitido la profundización en los límites y alcances del modelo biomédico a la hora de explicar una adicción. Se considera que empezó a mostrar sus limitaciones, ante la incapacidad para explicar la aparición de adicciones no relacionadas con el uso de sustancias, como por ejemplo, la ludopatía y la inexistencia de sintomatología de dependencia física a sustancias clasificadas como drogas (como la marihuana y los hongos alucinógenos). En tal sentido, la organización mundial de la salud agrega a los síntomas de una adicción la dependencia psicológica (Apud y Romaní, 2016).

Por su parte, Granero y otros, (2015) señalan que “el modelo médico sanitario considera que las drogas, las personas y el contexto se transforman respectivamente en agente, huésped y contexto, en correspondencia con el modelo de las enfermedades infecciosas. El agente es, por definición, activo, por lo que en este modelo la droga, como agente asume el papel principal de dicho tríó” (Pág. 6). Por lo tanto, el modelo transfiere gran parte de la responsabilidad del tratamiento al medicamento.

Otra limitante del modelo estaría dada por su visión drogocéntrica, que se ocupa de las variables exclusivamente biológicas excluyendo de su diagnóstico los factores sociales, culturales y psíquicos, que configuran al individuo consumidor. El modelo biomédico por lo tanto, al excluir de la visión de una adicción, las variables humanas, sociales y culturales en la comprensión del fenómeno, se configuraría como una visión sesgada (Ceitillin, 1998).

En razón de lo anterior, y considerando la necesidad de explicar de manera más integral el fenómeno de las adicciones, se empieza a generar otras teorías explicativas que intentan incluir aquello que el paradigma biomédico no logra revelar. Lo anterior significó la emergencia de las ciencias sociales en la comprensión de las adicciones, incorporándose disciplinas tales como la psicología, la sociología y la antropología. Todas ellas fueron fundamentales para complementar la visión patológica de la adicción. Como consecuencia, emerge el paradigma biopsicosocial, lo que significa una conciliación, un acuerdo, en el entendido que las adicciones tienen componentes biológicos, sociales y psicológicos. Por lo tanto, “se pasa en una medicina centrada en la enfermedad a centrarse en el individuo” (Ceitilin, 1998. Pág. 19).

### 2.2.2 Modelo Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial, por su parte, tiene sus orígenes en 1977. El psiquiatra George Engel, fundamenta su desarrollo basado en la teoría general de sistemas, según la cual todo en la naturaleza está relacionado mediante sistemas jerárquicos y la estructura de las relaciones que se establecen entre estos distintos sistemas (Ceitilin, 1998).

En este contexto, el paradigma biopsicosocial interpreta al individuo y la sustancia mediante la consideración de sus factores ambientales sociales (laborales, familiares y relacionales), psíquicos (duelos, traumas, configuración de identidad y tipos de personalidad) y biológicos (manejo de síntomas a través de la farmacología). (Apud y Romaní, 2016). De esta manera, se asume a la salud...

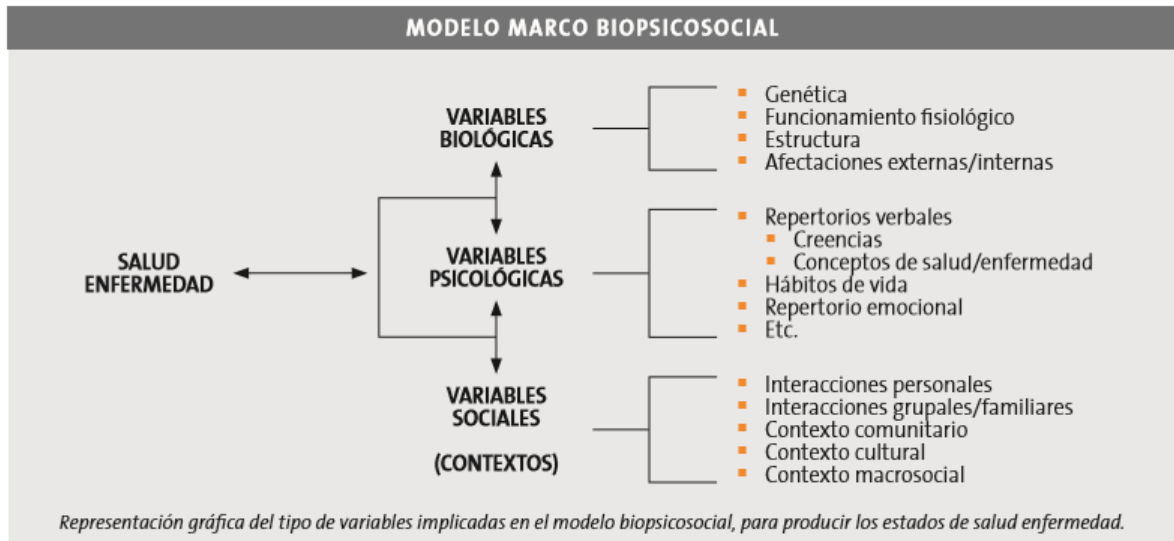
“...no solo como un producto, ni un estado, sino como un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales. Lo anterior modifica la función del profesional en salud, la cual no solo sería reducida al ámbito curativo de las enfermedades sino de cuidar la salud y la vida teniendo en cuenta a la persona en su contexto vital” (Vanegas y Gil 2007. Pág. 58).

A la luz de la evidencia, fue necesaria la incorporación de otras variables, además de la biológica para la comprensión y abordaje del uso crónico de una sustancia. Lo anterior generó un contexto propicio para una reformulación del concepto en el ámbito de la salud. De aquí que, la organización mundial de la salud pasó desde la comprensión biológica clásica de la salud a entenderla “como un estado completo e integral de bienestar físico, psicológico y social” (OMS en Polis, 2008; Pág. 165) En un mismo sentido, Granero y otros (2015), afirman que las adicciones son el resultado de la

interacción de múltiples factores y no la consecución de un elemento único. Por lo tanto, hablamos de una causalidad multifactorial, en la que los factores se influyen mutuamente. Lo anterior permite diagnosticar hipótesis causales entre estos distintos sistemas.

Por consiguiente, en el trabajo de definir a cabalidad los factores intervinientes que se relacionan a cada área de abordaje del modelo biopsicosocial, estos autores desagregan los tres enfoques de intervención del modelo, señalando que desde lo biológico el modelo biopsicosocial ve la adicción desde el funcionamiento del organismo. El componente psicológico, por su parte, busca relaciones causales de una adicción, mediante perspectivas como la falta de auto-control, la confusión emocional, y los pensamientos negativos, entre otras. Finalmente, su arista social alude a que los diferentes factores sociales, tales como el nivel socioeconómico, la cultura, la pobreza, la tecnología y la religión, influyen también en la comprensión de las conductas adictivas. (Granero y otros, 2015).

A continuación se presenta un cuadro resumen que muestra las variables que considera el modelo por áreas de estudio.



(Granero y otros. Pág. 9)

Desde el punto de vista de la intervención, este modelo permite dar una respuesta integral al sujeto ya que se le considera en distintas variables y determinantes sociales. Ello iluminará el camino de la intervención y ordenará en niveles de prioridades las necesidades que deben de ser cubiertas en cada área de conocimiento, elevando con ello las posibilidades de éxito en el tratamiento. Por todo lo anteriormente expuesto, se puede mencionar que el modelo biopsicosocial amplía la posición teórica, e interpela la relación lineal tradicional entre sujeto y enfermedad. En tal sentido, propone un tipo de relación causal, que se explica si se consideran las relaciones mente, cuerpo y contexto, en el sentido que éstas tienen un papel y una participación gravitante en el desarrollo de una adicción. Con el transcurso de los años y en el continuo esfuerzo de dar una mejor respuesta al consumo de sustancias por parte de la población, se incorporan la variable cultural y antropológica al análisis de las adicciones, dando lugar a la emergencia de un nuevo modelo. Este se desarrolla a continuación.

### 2.2.3 Modelo Sociocultural

Para finalizar, el último de los modelos que abordaremos en este apartado, es el modelo sociocultural. Como se ha planteado, tiene sus raíces en la Sociología y la Antropología clásica. Desde la óptica de Romaní y otros, una consideración importante es que este modelo se origina a partir de la investigación cualitativa, lo que permitió acercar el conocimiento científico a nichos de información de difícil acceso desde el paradigma cuantitativo. Es así como se incluye información que emana desde la propia perspectiva del sujeto, a través de estudios etnográficos. Ello permitió identificar la relación entre adicción, anomia y desviación, los estudios de la subcultura de la droga y la teoría de estigmatización social. Desde la antropología, el modelo aporta a la re significación del término droga, abandonando la concepción tradicional, entendida desde un enfoque penal – jurídico y patológico – médico, hacia un campo en el que interactúan las sustancias, los sujetos y los contextos (Romaní, 2007, en Apud y Romaní 2016).

En un mismo sentido, Ponz (2008) señala que el consumo de drogas forma parte de los estilos de vida de una persona, pero que estos estilos de vida, a su vez, están íntimamente vinculados a los estilos de vida de sus grupos de referencia. Desde esta perspectiva entonces, se entiende que el consumo de sustancias, si bien asume una elección personal, se ve condicionada por las características de los grupos y la relación con los factores socio estructurales normativos presentes en el contexto.

De esta manera, el modelo entiende que el consumo de drogas, interactúa con estructuras de grupos sociales, centrando su atención en las características de estos espacios. Lo anterior permite generar teoría respecto a la funcionalidad y el uso tras la sustancia para distintos grupos sociales en tal o cual contexto (Apud y Romaní, 2016). Como consecuencia de lo anterior, se profundizó en la comprensión del uso de sustancias desde

el punto de vista del usuario. De ello se colige que las normas, códigos, simbolismos y sentidos de pertenencia entre otros pueden ser objeto de atención a la hora de entender la conducta de una adicción. Las distintas perspectivas englobadas bajo este modelo sociocultural han ayudado a comprender las distintas prácticas sociales y culturales relacionadas con las drogas, desde el uso de psicoactivos en sociedades tribales o tradicionales (en sus usos religiosos, médicos, y recreativos), hasta las distintas subculturas de la droga y sus usos más generalizados en nuestras sociedades contemporáneas (Apud y Romaní, 2016).

De lo anterior se desprende que este modelo sugiere entonces que el uso de sustancias puede ser una conducta aprendida a través de la sociabilización con los propios espacios de interacción del sujeto. La droga viene a cumplir una razón y una función para la estructura propia del individuo, además de verse relacionada también a la estructura social en la que este individuo está inmerso. En este sentido, Ponz (2008) afirma que “Las dinámicas de funcionamiento grupal determinan el papel que debe desempeñar cada individuo y los patrones o pautas de comportamiento a que debe ajustarse” (Pág. 171).

En el ámbito de las adicciones, el modelo sociocultural entiende a la drogodependencia como la relación entre un sujeto que la padece y la interacción con las formas de organización de la sociedad en la vida cotidiana. Así también, entendiendo cómo el uso de sustancias permite procesos de identificación y construcción de identidad (Romaní, 2000). En aquel sentido, se entiende que la adscripción más o menos consiente a ciertos tratados invisibles que involucran un modo de comportamiento permiten el sentido de pertenencia a un grupo determinado. Así, el modelo analiza los significados otorgados por el sistema al uso de sustancias para comprender la forma de funcionamiento del sistema y las relaciones establecidas.

### 2.3 Política pública de tratamiento

En Chile, los dos principales organismos intervinientes en la configuración de la política pública de tratamiento en adicciones son el Ministerio de salud (MINSAL) y el Servicio Nacional de Drogas y Alcohol (SENDA). En esta tarea estos organismos adscriben a un marco orientador que le da sentido a cada uno de los programas y proyectos que forman parte del modelo de intervención.

El Ministerio de salud, asume su quehacer desde el enfoque de derechos, afirmando en su Plan Nacional de Salud Mental la necesidad de re conceptualizar el término de desarrollo humano, sugiriendo ampliar su mirada de desarrollo sin quedarse en el enfoque clásico que se refiere al desarrollo desde el ámbito económico. Lo anterior significa apuntar a un bienestar integral del sujeto. En este sentido, el Estado, en su esfuerzo por avanzar en la calidad de las atenciones, considera al usuario, un ciudadano demandante de un derecho, dejando atrás la aproximación filantrópica de sujeto de beneficio (MINSAL, 2017).

Dicho lo anterior y desde el enfoque en el que se enmarca la política pública general de salud, el enfoque comunitario, es a su vez, el modelo particular de intervención sugerido por el MINSAL en su plan de salud mental. Por consiguiente, el modelo busca la intervención tendiente a generar una serie de interacciones entre los distintos actores y dispositivos presentes en un territorio, intentando propiciar la integración social de los usuarios de espacios de salud mental con su entorno social.

En este sentido, la ley N°20.584 en su título II, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. De la citada ley



se resaltan dos artículos que enfatizan en el derecho del paciente a recibir un trato digno y una atención de salud de calidad y segura. En consecuencia, se considera que el MINSAL mantiene un estándar ético basado en una postura de derechos que guía y norma a los distintos dispositivos de atención en salud procurando un estándar en la prestación de salud y que, en el caso de la salud mental, promueve la integración de los sujetos a su contexto.

Por su parte, el SENDA nace luego de una serie de leyes que según Lobos (2012) desde el año 1873 a la fecha, se han basado principalmente en enfoques jurídico-penales centrados en sancionar el tráfico, la elaboración y la venta de drogas.

En este sentido, durante mucho tiempo el marco legal en Chile se limitó a enfocar sus esfuerzos en materia de adicciones a la persecución de quienes traficaban sustancias ilegales, incorporando la mirada preventiva y de rehabilitación solamente hace algunas décadas atrás. De ahí que la ley puede resultar confusa y poco clara ya que centra su sanción en el proveedor dejando al consumo sin sanciones. Ello plantea un vacío importante si se considera que ambos fenómenos están vinculados, ya que el consumo de una sustancia requiere de proveedores. Lo anterior adquiere centralidad ya que el contexto de demanda existente obliga a los usuarios a buscar estas sustancias en mercados negros, lo que fomenta actividades ilegales como el tráfico y otros delitos, con las consecuencias que este tipo de acciones trae a nivel de la sociedad.

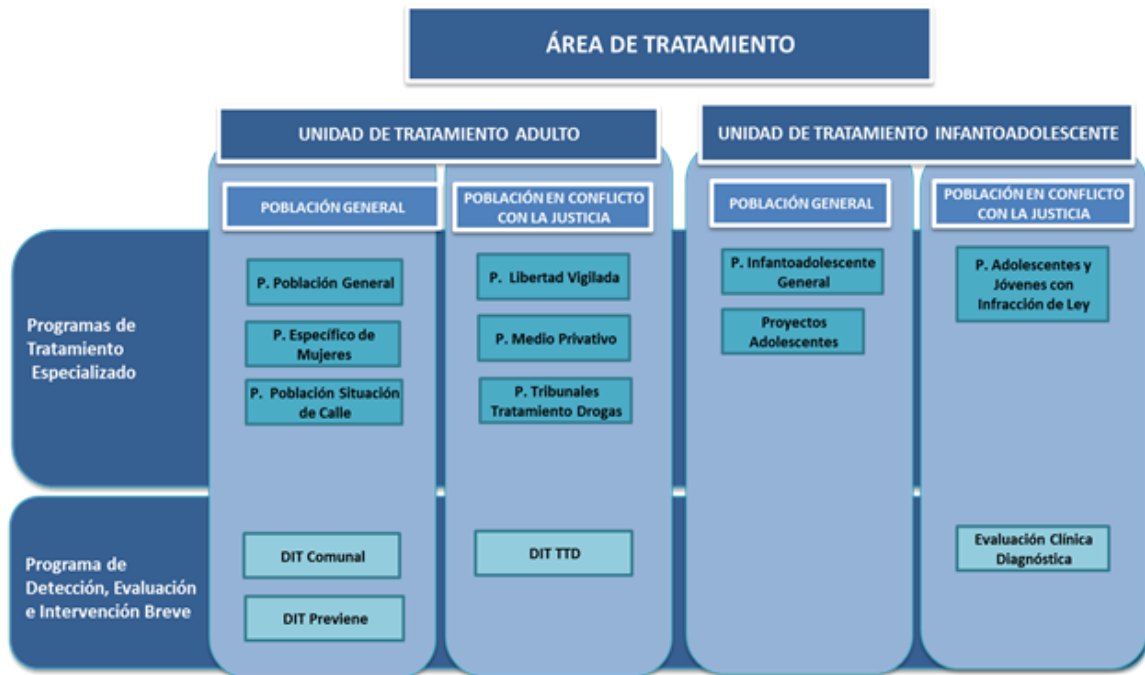
En este sentido, uno de los grandes hitos que refleja los esfuerzos del país en seguir avanzando en la materia, es la creación del Consejo Nacional para el Control de Estupefacentes (CONACE), institución que nace en 1990 y cuya responsabilidad en su origen fue asesorar al Presidente, en tareas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción (Pavés y Prat. 2006).

Durante el año 2011, se promulga la ley 20.502, la cual crea al Ministerio del interior y Seguridad pública. Al alero de este ministerio, se crea el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), institución que reemplaza al CONACE (Lobos, 2012).

Este organismo es el encargado en la actualidad de la elaboración de la estrategia nacional de drogas, lo que comprende el periodo 2009 - 2018. En cuanto al tratamiento y rehabilitación, debe fortalecer y facilitar el acceso de personas que presentan consumo problemático de drogas a programas diseñados para tal efecto, considerando necesidades y particularidades de los beneficiarios (SENDA, 2009, Pág. 25). Así, el SENDA ejecuta sus programas, sustentados desde el enfoque de Desarrollo Humano. Por lo tanto, se asume que el desarrollo tiene como finalidad última a la persona humana y su existencia social; lo importante es la ampliación de oportunidades que, en condiciones de igualdad todos tienen; que esas oportunidades están articuladas con las capacidades de las personas. Es decir, lo que la gente es capaz de ser y de hacer (PNUD, 2007 en SENDA, 2016).

Para el cumplimiento de sus objetivos institucionales (prevención, tratamiento e integración) en materia de tratamiento y rehabilitación, el SENDA dispone de un área de tratamiento dividida en dos unidades de atención: infanto adolescente y tratamiento adulto, cada una de ellas con una diversidad de programas específicos que intentan cubrir las necesidades de la población destinataria según la división etaria.

A continuación se presenta un cuadro que da cuenta del área de tratamiento ofertado y los distintos tipos de tratamientos en función de la población objetivo.



El programa, para el tratamiento y la rehabilitación de personas con dependencia de alcohol y drogas, se aplica en todos los servicios de salud del país desde el año 2001 y en él participan la Red de Atención Primaria, los Centros Comunitarios de Salud Mental, los hospitales y las comunidades terapéuticas. Este programa ofrece tratamiento gratuito con cobertura limitada a los beneficiarios de FONASA en alguna de sus cuatro modalidades de tratamiento que, según las características, las necesidades y la complejidad del caso, son: plan de tratamiento como primera respuesta, plan de tratamiento ambulatorio básico, plan de tratamiento ambulatorio intensivo y plan de tratamiento residencial en comunidades terapéuticas (SENDA – MINSAL, 2014).

Los planes de tratamiento mencionados contienen distintos tipos de dispositivos de atención que guían y basan su intervención desde la norma técnica, documento que entrega una línea base de consideraciones para el tratamiento de una adicción. La norma técnica orienta con una serie de factores en el abordaje del tratamiento de las adicciones,

tales como la situación familiar, relaciones interpersonales, salud física, salud psíquica, situación ocupacional y transgresión de la norma social, entre otros. (SENDA- MINSAL, 2015)

Los planes de intervención se dividen en, población general básico o intensivo, plan específico mujeres intensivo y plan población en situación calle. Además existen instituciones que ofertan estos planes de tratamiento en modalidad ambulatoria y otros de carácter residencial. Los centros que ofertan atención a través de estos planes de tratamiento son estructurados y guiados por la norma técnica y tienen ciertas diferencias según el plan de tratamiento.

Los centros de atención ambulatoria capacitados para aplicar estos planes de tratamiento en la actualidad son los Centros de Salud Mental (COSAM), centro de referencia de salud, centros de tratamiento, hospital de día, residenciales. El Plan Ambulatorio Básico se orienta a un perfil de usuario que se acerque a las siguientes características: Con un compromiso <sup>2</sup>biopsicosocial moderado, que mantenga una actividad laboral o educacional, con existencia de soporte familiar. Para su tratamiento se recomienda una frecuencia de asistencia de 2 días por semana con una estadía en el centro de 2 a 4 horas y su periodo estimado de tratamiento es de 6 meses. Por su parte, el Plan Ambulatorio Intensivo se dirige a su vez a un perfil de usuario que cumpla con las siguientes características: Con soporte familiar ausente o con gran conflicto relacional, con un compromiso biopsicosocial severo, en lo laboral se caracteriza por constantes despidos laborales, o el abandono actividades laborales o estudiantiles en la actualidad. Para su tratamiento se recomienda una duración estimada de 8 meses, con una frecuencia de asistencia de 5 días a la semana entre 4 a 6 horas de permanencia diaria y 3 a 4 prestaciones. (SENDA- MINSAL, 2016) A partir de lo anterior, se puede observar cómo los planes son divididos

---

<sup>2</sup> Herramienta de diagnóstico de tratamiento. Consiste en la evaluación de una serie de factores respecto a su condición biopsicosocial, las cuales se evalúan en una escala de leve moderado y alto.

según el tipo de compromiso biopsicosocial desarrollado por el sujeto en cuanto a su consumo, lo que determinará el tipo de plan al que será incorporado, del cual entre otras consideraciones, se sugiere la frecuencia en la asistencia y tiempos de permanencia en el centro de tratamiento.

Los planes detallados con anterioridad implican categorías diagnósticas que permiten vincular a un usuario con un plan de tratamiento sugerido según la severidad de sus consumos. Estos lineamientos, a su vez, entregan un marco orientador a los profesionales intervinientes respecto del quehacer profesional. Sin embargo, queda pendiente conocer la especificidad que estas normas y orientaciones asumen en el contexto rural, y particularmente saber cuáles son las disonancias, aciertos y desafíos de la intervención multiprofesional en este particular territorio.

Específicamente el presente estudio se desarrolla en centros de atención de adicciones con programas tratamiento especializados, los cuales tienen por objetivo ofertar planes de rehabilitación a personas con consumo problemático de sustancias. El perfil de atención de su población destinataria comprende a usuarios mayores de 18 años con una evaluación de compromiso biopsicosocial de moderado a severo, con una modalidad de atención ambulatoria ubicados en las comunas de Rengo, San Vicente y Santa Cruz.

Con el fin de realizar una aproximación a estas materias, a continuación se desarrollan algunos aspectos relativos a la intervención en adicciones en contextos rurales.

#### 2.4 Intervención social y adicciones

A lo largo de los años, el Trabajo Social ha tenido como uno de sus objetos del quehacer profesional la transformación social. Bajo esta premisa, la principal herramienta de transformación de la disciplina, es aquello que se ha definido como la intervención

social, concepto que tradicionalmente es entendido como el ejercicio práctico en el sentido más literal del término. Así lo señala Saavedra, (2015) quien refiere que generalmente la intervención social se concibe como la actividad práctica de la profesión. En este sentido, el autor indica que el enfoque asume la intervención social como una forma de resolver problemas sociales, y por lo tanto, se constituye como una práctica que surge desde la ética y el conjunto de valores asociados a las disciplinas en sus campos de acción, en un contexto local donde se puede generar un impacto o un cambio a través de la acción de intervenir el espacio. "Este hacer está vinculado con saberes teóricos y técnicos, pero especialmente con actitudes, valores y creencias que anteponen ética a la acción." (Saavedra, 2015: 137)

Con el pasar de los años, distintas disciplinas de las ciencias sociales han ido completando y complementando el término de intervención social, incorporando los conceptos y consideraciones específicas de cada área. En este sentido, Saavedra afirma que "el concepto de intervención es objeto de una controversia significativa sobre su naturaleza y alcance conceptual, por lo cual el examen de las posiciones argumentales resulta ilustrativo de la forma en que es configurada teórica y metodológicamente en la actualidad" (Saavedra, 2015: 136), y por lo tanto, es necesario enmarcarlo a partir de los aportes teóricos de los autores y disciplinas que forman parte de la discusión. Por ende la intervención social, si bien es la acción práctica de modificar una situación mediante la intervención, es nutrida desde distintas propuestas éticas sustentadas en un saber teórico. En este sentido, Muñoz y otros definen intervención como "una acción programada y justificada desde un marco legal y teórico, que se realiza sobre un colectivo o individuo, trabajando los perfiles psicoevolutivos y los sectores sociales con un doble fin de mejorar su situación, generando un cambio social, y eliminando situaciones que generen desigualdad" (Muñoz y otros en L. Begoña 2010, Pág. 423).

Desde la óptica de Rueda (2006), hablar de intervención social es hablar de procesos de diseño, gestión y evaluación de planes, proyectos y programas sociales. Lo anterior sugiere la necesidad del diseño de la intervención, el nutrirse de las consideraciones específicas tanto del caso como del contexto, con el fin de permitir al profesional trazar un plan en el que se prevea la mayor cantidad de variables, visualizando entonces los caminos más óptimos y reales de desarrollar una intervención exitosa.

Otro alcance dice relación con la complejidad social en la que se sitúa la intervención: "acepta que en la intervención existen pre configuraciones de sentido desde los operadores de las políticas sociales, los cuales complejizan tanto la explicación de los fenómenos sociales como el modo en que se actúa sobre estos problemas." (Saavedra, 2015, pág. 138). Lo anterior plantea que la intervención es antes que todo una interpretación de la complejidad de lo social, a través de la cual se puede generar un acercamiento para producir cambios. Por lo tanto, existe intervención social desde el momento en que la complejidad del entramado muestra síntomas conflictivos o problemáticos de lo social. En un mismo sentido, Matus (2003) rescata la importancia de la comprensión contextual y subjetiva de los distintos actores en un contexto, señalando que toda intervención social hoy se basa en los mecanismos de una comprensión compleja y diferenciada de lo social. Según lo anteriormente expuesto, existe una especie de exigencia al interventor de procurar la incorporación de los distintos componentes que interactúan en un problema social de realizar el proceso de intervención.

Desde un sentido técnico, Saavedra (2015) indica que en los procesos de intervención social no se trabaja con individuos en cuantos tales, sino más bien con categorías analíticas. De este modo, la intervención distingue múltiples subjetividades específicas (ej. mujeres trabajadoras, jóvenes infractores de ley, entre otras) y no recurre a contenedores genéricos utilizados tradicionalmente en el trabajo social, como son el caso

social, el grupo y la comunidad. Desde esta argumentación, se acentúa la necesidad superar la comprensión estática del actante de la intervención, para constituirse primero en intérprete de la compleja red de significados que configuran un problema social. Por lo tanto la intervención social puede ser entendida como “un proceso de categorización simbólica, que contribuye a la producción de subjetividades y la constitución identitaria, en el sentido que “no hay intervención sin interpretación social” (Pág. 27).

Desde lo anterior entendemos con Banu que la intervención es la planificación racional que considera los distintos componentes ambientales e individuales que permitirá la elaboración de hipótesis que serán intentadas ser respondidas mediante la utilización de distintos recursos de intervención. De ahí que, no hay intervención efectiva, sin una búsqueda rigurosa de un modelo de intervención que explique y configure el problema de intervención (Banu, Vuille y otros, 2014).

Para Carballeda (2007), al momento de diseñar una intervención debiesen tomarse en cuenta las siguientes consideraciones: La concepción de sujeto de intervención - la comprensión y explicación de los problemas sociales - la posibilidad de realizar acciones concretas de los problemas sociales. Como acción, la intervención modifica alguna o varias de las propiedades de un espacio, objeto y sujeto de intervención.

Una intervención social entonces es una acción programada y justificada desde un marco legal/ legítimo y teórico, que se realiza sobre un colectivo o individuo, trabajando sobre las características singulares de diferentes sectores sociales con el fin de mejorar su situación generando una forma de transformación (Carballeda, 2013). A través de lo anteriormente expuesto, se puede señalar que estas consideraciones, además de elevar las posibilidades de mantener una intervención exitosa, aportan a la articulación de las distintas variables, otorgando sentido a nuestra intervención. Por otra parte entrega luces y caminos óptimos de elecciones de estrategias de metodologías de intervención acorde a la necesidad y la singularidad de la situación a intervenir.



Desde la presente investigación, un aspecto que adquiere importancia es el territorio debido a que la intervención en adicciones adquiere complejidad y particularidad en los distintos tipos de territorio en el que se desarrolle, en este caso, el sector rural.

La modernidad, el modelo de desarrollo, la globalización, la revolución tecnológica y todo el proceso de cambio societal que se vive actualmente generan un escenario social complejo y desafiante para el trabajador social. Es así como Carballada (2013) habla de la intervención en escenarios complejos, los cuales según Matus (2002) deben ser trabajados desde una intervención social fundada, la cual sea capaz de dialogar, de escuchar, de leer y captar los procesos que se dan.

Dicha complejidad y particularidad se ve tensionada cuando la política social se ha diseñado con escasa o nula participación de los afectados sino que por instancias técnicas que definen el problema, la forma de enfrentarlo y las acciones que debe ejecutar un determinado profesional.

Para la intervención social, los territorios se presentan como elemento de análisis, pues estos poseen una serie de determinantes característicos y particulares, necesarios de ser tomados en cuenta a la hora de explicar la cristalización de cierto fenómeno social en un contexto determinado. En palabras de Damonte (2011), los territorios poseen características que son de interés para la intervención, como las construcciones sociales configurativas de una cultura que existen en un determinado espacio físico-social, dichas culturas se nutren desde el cumulo discursivo socializado por un grupo de sujetos en un espacio determinado y se establece bajo una lógica de poder capaz de empapar a los sujetos en su forma de interpretar el mundo. Los procesos en los que las culturas se definen entonces son una permanente construcción y deconstrucción de nuevos discursos articulados, que a su vez se instituyen como otras expresiones de poder. (Saavedra, 2015). Desde lo anteriormente planteado por el autor, se desprende entonces la idea de construcción de una identidad de los sujetos en un contexto, esta identidad genera

procesos de pertenencia, por lo tanto hablamos entonces de procesos de inclusión y exclusión, a los grupos presentes en el contexto social.

La importancia de la consideración de estos aspectos para la intervención social es crucial, así lo señala Carballeda (2013) quien refiere al “pensar situado”, como la necesidad de redefinir los conceptos en el diálogo con un territorio, incorporando este factor a la construcción del individuo, observando componentes del sector de historia y cultura que construyen el lazo identitario del sujeto en relación a la interacción con su entorno. Los territorios son una construcción social que se define y redefine continuamente a partir de las significaciones y usos que sus pobladores construyen cotidianamente, a partir de historias comunes, usos y sentidos. El territorio somos nosotros, nuestras relaciones con el mundo natural y social (Carballeda, 2007).

En relación a los territorios rurales, estos son definidos por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) como “asentamiento humano disperso con entre 1.001 y 2.000 habitantes en los que menos del 50% de la población económicamente activa se dedica a actividades secundarias” (Unidad de Información Municipal, 2008. Pag.4).

Según el último censo realizado en Chile durante el año 2012, el 13,05 % de la población de Chile se caracteriza como población rural, siendo un total de 2.171.745 millones de personas que viven en esta condición (Berdegue, Jara y otros, 2010).

Para el caso de la presente investigación, según datos recogidos desde la Subsecretaría de Desarrollo Regional (SUBDERE<sup>3</sup>) la comuna de Rengo contiene una población de 56.840 habitantes; de éstos un 27,24% corresponde a población rural y 72,76% a población urbana. En el caso de la comuna de San Vicente de Tagua Tagua, presenta una población de 44.430 habitantes de los cuales un 41,52% corresponde a población rural y

---

<sup>3</sup> Datos censales 2012.

58,48% a población urbana. Por último, la comuna de Santa Cruz cuenta con una población de 35.094 habitantes de los cuales un 46,59% corresponde a población rural y 53,41% a población urbana.

Se observa entonces, que estos territorios presentan un porcentaje significativo de población rural. En el caso de la comuna de Rengo, podemos señalar que un tercio de su población vive en esta condición. Así mismo, para las comunas de San Vicente y Santa Cruz los porcentajes de población rural alcanzan y superan la mitad de la población considerada como rural.

La consideración de las características del territorio y el contexto en el diseño de la intervención es resaltada por Matus (2003), quien rescata también la importancia del componente contextual en el ejercicio de la intervención, el cual debe incorporar las características propias de este lugar, señalando que es necesario revisar y replantear, la forma en cómo se construye el sujeto de intervención y la intervención misma, esto entorno a no caer en la naturalización u homologación de la intervención, invisibilizando su sentidos y la relación con su contexto.

Por otra parte, en la actualidad la ruralidad se moldea desde lo que ha sido referido por distintos autores como nueva ruralidad, concepto que adquiere relevancia debido principalmente a que lo rural ha comenzado a verse incorporado a procesos de globalización y apertura. En las últimas décadas, el país ha llevado a cabo diversos acuerdos comerciales, los que han profundizado la inserción de las economías rurales en los mercados internacionales, acentuando transformaciones de índole territorial, productiva, económica, tecnológica, social y cultural, los que hacen sentir sus efectos, positivos y/o negativos, en todos los ámbitos de la vida nacional, con ritmos distintos en diferentes áreas del país, lo que ha contribuido a alterar la ruralidad tradicional del país (Fawaz, 2007). Según lo anterior, se hipotétiza con nuevas formas de expresión de la cuestión social resultantes de las interacciones establecidas entre lo urbano y lo rural y que se materializan, a través del fenómeno de la globalización.

En conclusión, se puede señalar entonces que el territorio no es estático, este es transformado y es el lugar en el que se instalan una serie de componentes configurativos de la ruralidad en el intercambio cultural, lo anterior permite que este se presente como un contexto particular y desafiante por su especificidad, singularidad y nuevas manifestaciones, en el cual la intervención debe estructurarse en base a elementos particulares que se presentan de forma única a otros sectores del país. Lo anterior presupone que estas consideraciones se manifiesten en la intervención diseñada.

## 2.5 Género y territorialidad

Uno de los aspectos a tener presente en los sectores rurales se relaciona con la cultura patriarcal presente en mucho de ellos. Esto afecta la forma como se organiza la vida y en el caso que nos ocupa el consumo de sustancias y las adicciones. Para acercarnos a estos aspectos es necesario clarificar qué se entiende por género. Sánchez (2012) señala que el género hace referencia a las funciones, comportamientos, atributos y actividades que cada sociedad considera propios de los hombres y las mujeres. Los rasgos que cada cultura considera característicos de la feminidad y la masculinidad, son el origen de las desigualdades de género o la falta de equidad entre hombres y mujeres. Estas características trascienden las diferencias entre los sexos, centradas exclusivamente en aspectos biológicos. Por tanto, se utiliza la expresión género para describir las diferencias entre hombres y mujeres basadas en factores sociales o culturales y sexo para referirnos a las características que vienen determinadas biológicamente.

Datos extraídos desde el Décimo segundo Estudio Nacional de Drogas en población general, 2016, publicados en Octubre 2017 realizado por SENDA, dan cuenta del aumento del consumo de alcohol y drogas general, pero el incremento en la tasa de

consumo es mayor en el caso de las mujeres. Mientras la cantidad de hombres que beben alcohol este tipo de bebida aumentaron en 6,1 puntos, las mujeres lo hicieron en 10. Otro dato que aporta el estudio indica que el consumo de alcohol es una práctica culturalmente asociada a lo masculino, lo que podría hacer más complejo el consumo en las mujeres, así como la intervención con las mismas.

Por lo mismo, resulta particularmente conocer en profundidad cómo afecta en la vida cotidiana de las mujeres el hecho de ser una bebedora. Tal como indica Barria (2017), en Chile un hombre es bebedor pero una mujer es borracha. Esto va acompañado a una mala reputación en la gran mayoría de las veces, que varía de acuerdo a la edad de la mujer: “Es borracha, es fácil, es mala madre, no atiende las labores de su casa, es una mala mujer”. Lamentablemente en el caso de las mujeres es mucho más sancionado socialmente, no el hecho de beber en sí, sino el hecho de embriagarse, pasando de un simple “una mujer borracha se ve mucho más fea que un hombre” hasta frases como “deberían quitarle a los hijos porque seguro es mala madre”.

Por lo tanto, podemos decir que la identidad de género, es decir las características que atribuimos tanto a lo femenino como a lo masculino, nacen desde una construcción cultural determinada y situada en un contexto. En este sentido, lo rural alude a una cosmovisión, a partir de una cultura determinada, “normalmente marginal o excluida de las corrientes más dinámicas del desarrollo, que privilegia la economía urbana, terciaria e industrial.

Consumir drogas no tiene el mismo significado para hombres y mujeres, ni es valorado del mismo modo por los demás. Las mujeres con adicción a las drogas soportan un mayor grado de reproche o rechazo social, que se traduce en un menor apoyo familiar o social, ya que el consumo de alcohol en mujeres se asocia al abandono de atribuciones y

responsabilidades a nivel personal, familiar y social, calificándoseles como incapaces de desempeñar satisfactoriamente el papel que les ha sido asignado. La consecuencia de ello suele ser la desvaloración personal y la ocurrencia de tensiones y conflictos familiares. Así, las mujeres de áreas rurales se encuentran sometidas a diversas presiones e influencias que tensionan su vida cotidiana, observándose un aumento en problemas de salud mental y consumo de drogas y alcohol.

Esta diferente respuesta del entorno social ante los problemas de adicción a las drogas explica por qué muchas mujeres optan por ocultar el problema, por no demandar ayuda, temerosas de ser estigmatizadas como adictas y sufrir la exclusión o rechazo de su pareja, familia y entorno próximo.

La estigmatización de las mujeres con problemas de adicción a las drogas refuerza su aislamiento social, a la vez que favorece la ocultación del problema, la ausencia o demora de la petición de ayuda para superar el problema.

## Capítulo 3: Marco metodológico

Entendiendo a la investigación como un proceso en el cual se relaciona un sujeto que conoce, con un objeto que se espera conocer, para lograr un determinado conocimiento, resulta fundamental el método o camino que se elige para obtener dicho propósito. Así, el objetivo de la presente investigación se orienta a comprender la manera en que los trabajadores sociales construyen su intervención en programas de atención en adicciones en sectores rurales. En otras palabras se pretende comprender cómo los trabajadores sociales perciben, construyen y le dan significado a su intervención.

### 3.1 Paradigma de investigación

El paradigma como modelo, constituye una totalidad compuesta por una concepción antropológica (una visión de hombre), filosófica (visión de pensamiento crítico), científico-metodológica (visión de organización y sistematización de los procesos para construir conocimiento y sentido de conocimiento). En otras palabras, los “paradigmas científicos son ejemplos aceptados de la práctica científica actual, ejemplos que combinan ley, teoría, aplicación e instrumentación y proporcionan modelos a partir de los cuales se manifiestan las tradiciones coherentes particulares de la investigación científica” (Kuhn, 1962, pág. 10). También se entiende por paradigma a “Un conjunto básico de creencias que guía la acción, tanto de la vida cotidiana como la acción relacionada con la investigación científica” (Guba 1990 en Krause, 1995. Pág. 17)

Así, el paradigma constituye el marco orientador, que provee del enfoque, método, técnicas, y análisis de datos en una investigación. En el caso de la presente investigación se considera que el paradigma adecuado y coherente para la consecución del referido objetivo, es el Paradigma interpretativo, ya que este se esmera por buscar la comprensión y el análisis en las interpretaciones de los sujetos de estudio frente al desarrollo de experiencias e interpretaciones en su cotidianidad.

Según este paradigma, “existen múltiples realidades construidas por los actores en su relación con la realidad social en la cual viven. Por eso, no existe una sola verdad, sino que surge como una configuración de los diversos significados que las personas le dan a las situaciones en las cuales se encuentra. La realidad social es así, una realidad construida con base en los marcos de referencia de los actores”. (Briones, 1994. Pág. 31) A diferencia del paradigma explicativo, el paradigma interpretativo no pretende hacer generalizaciones a partir de los resultados obtenidos. La investigación que se apoya en él termina en la elaboración de una descripción ideográfica, en profundidad, es decir, en forma tal que el objeto estudiado queda claramente individualizado. La función final de las investigaciones fundadas en el paradigma interpretativo consiste en comprender la conducta de las personas estudiadas, mediante la interpretación de los significados que estas le otorgan a su propia conducta y a la conducta de los otros como también a los objetos que se encuentran en sus ámbitos de convivencia (Martínez, 2011).

Según Pérez (1994) el paradigma interpretativo implica que “La teoría constituye una reflexión en y desde la praxis, intenta comprender la realidad, describe el hecho en el que se desarrolla el acontecimiento, profundiza en los diferentes motivos de los hechos y entiende al sujeto como un sujeto interactivo, comunicativo que comparte significados” (Pág. 27). Por lo tanto, el proceso investigativo implica el estudio desde el punto de vista de las personas, enfatizando el proceso de comprensión por parte del investigador. Metodológicamente hablando, el paradigma interpretativo no supone un observador ajeno a la realidad estudiada, sino inmerso en ella.



### 3.2 Enfoque de investigación

En el caso de esta investigación, el enfoque que se utilizará será el cualitativo. De acuerdo con Martínez (2011) “El enfoque es la perspectiva o el horizonte de sentido desde el que se observa la realidad. Por lo tanto, en éste cuentan los intereses, las intencionalidades y los conocimientos con los que el investigador percibe, categoriza y conceptualiza los fenómenos estudiados” (Pág. 7). En este sentido, el enfoque propuesto para esta investigación es cualitativo, pues se busca describir las comprensiones y significados que le otorgan los trabajadores sociales a las intervenciones en adicciones en un medio específico, en este caso en el de la ruralidad y conocer la relación o diálogo entre el fenómeno estudiado y el contexto en el que se presenta. Desde esta perspectiva, el enfoque cualitativo permite adentrarse en las subjetividades y en los significados que le otorgan las personas a sus vidas. Lo que se intenta entonces, es dar una descripción de las características de un fenómeno tal, así mismo sus distintas interrelaciones y las manifestaciones de este, en cierto entorno.

La investigación cualitativa se refiere, a procedimientos que posibilitan una construcción de conocimientos que ocurre sobre la base de conceptos. “Son los conceptos lo que permiten la reducción de complejidad y es mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos que se genera la coherencia interna del producto científico” (Krause, 1995, pág. 21)

Respecto del contexto y los actores donde se desarrolla la investigación, Bodgan (1987) señala que...“El investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. El investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan” (Pág. 20) La investigación cualitativa esencialmente desarrolla procesos en términos descriptivos e interpreta acciones, lenguajes, hechos funcionalmente relevantes y los sitúa en una

correlación con el más amplio contexto social. Por tal razón rara vez se asignan valores numéricos a sus observaciones, sino que se prefiere registrar sus datos en el lenguaje de los sujetos (Martínez, 2011). Así, la investigación cualitativa tiene sus formas de conocer la realidad en lo subjetivo, por lo tanto, es el sujeto quien aporta los elementos necesarios para conocer. Las corrientes epistemológicas influyentes en este tipo de investigación son la Hermenéutica y la Fenomenología. La hermenéutica (interpretación) busca descubrir los significados de las distintas expresiones humanas, como las palabras, los textos, los gestos, pero conservando su singularidad. La fenomenología se preocupa por la comprensión de los actores sociales y por ello de la realidad subjetiva, comprende los fenómenos a partir del sentido que adquieren las cosas para los actores sociales en el marco de su proyecto del mundo. (Martínez, 2011). Las referencias teóricas anteriormente señaladas confirman que el enfoque cualitativo aporta la metodología apta para buscar y comprender las características que se presentan en la intervención en adicciones en un medio específico, en este caso en el de la ruralidad. De esta manera se apunta a conseguir una mirada determinada referente a las manifestaciones resultantes de la relación o diálogo entre el fenómeno estudiado y el contexto en el que se presenta.

### 3.3 Tipo de estudio

El tipo de estudio realizado será de tipo exploratorio ya que si el fenómeno a estudiar presenta investigaciones anteriores en temas similares en el ámbito urbano, no obstante se observa que los estudios relacionados al fenómeno situado en un territorio rural, son escasos. Según Hernández y otros (1997) dos grandes aportes desde este tipo de estudio, dicen relación con la posibilidad de aumentar el grado de familiarización con fenómenos relativamente desconocidos, permitiendo además identificar las manifestaciones particulares que un fenómeno asume en un contexto en particular.

### 3.4 Técnica de recolección de información

La recolección de datos es una tarea fundamental para el logro del levantamiento de información que resulte útil a la investigación. En este sentido, la elección de un correcto instrumento de investigación permitirá la satisfacción de las preguntas iniciales en la investigación. De esta forma la técnica del estudio, es la manera en la que se realizará la recolección de datos, para la consecución y el logro del objetivo de investigación. Se consideró para el presente estudio como medio de recoger la información a la entrevista semiestructurada, entendiendo a esta última como una conversación sistematizada, la cual tiene como fin obtener y registrar las experiencias de vida de las personas, respecto de un tema. En esta instancia, el investigador a través del lenguaje busca generar conocimiento respecto al tema de investigación (Sautu, 2005).

En otro orden de cosas, Díaz y Bravo (2013) afirman que la entrevista semiestructurada presenta un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos. (Pág. 163) Los autores además señalan que este tipo de herramienta permite la posibilidad de modificar la entrevista en relación a lo que ya se ha dicho durante la recolección de información. Por otra parte, además, permite profundizar en aquellas interrogantes en las que se necesite indagar en mayor profundidad o la decisión de dejarla fuera o sustituirla por otra. Otro reto es el manejo de un tiempo limitado y el interés por hacer todas las preguntas de la guía. Asimismo, el entrevistador debe estar alerta de su comportamiento no verbal y sus reacciones ante las respuestas, para no intimidar o propiciar restricciones en los testimonios del entrevistado.

### 3.5 Técnica de análisis de la información

Para el análisis de datos se utilizará el análisis categorial. De esta manera, se pretende codificar de forma fragmentada los datos obtenidos, para posteriormente articularlos, generando diálogo entre las interacciones de las categorías obtenidas, y las que paulatinamente puedan emerger, contrastando en un ejercicio dialéctico los conceptos obtenidos hasta una saturación teórica de éstos (Krause, 1995).

### 3.6 Muestra

“En el muestreo cualitativo es usual comenzar con la identificación de ambientes propicios, luego de grupos y, finalmente, de individuos” (Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, & María del Pilar Baptista Lucio, 2010, pág. 402).

En la investigación, se consideró los Centros de Tratamiento de Adicciones, con una modalidad de atención ambulatoria, pertenecientes a sectores rurales de la VI región y que éstos, a su vez, fuesen coordinados por trabajadores sociales.

En virtud de los objetivos de la presente investigación, se consideró para la elección de la muestra, un grupo heterogéneo de trabajador/as de centros de tratamiento de adicciones ambulatorios. La selección se realizó en virtud de los siguientes criterios:

Trabajadores sociales pertenecientes a centros de tratamiento de adicciones ambulatorios de sectores Rengo, San Vicente y Santa Cruz.

- 2 años mínimos de experiencia en el centro
- Dispuestos a participar voluntariamente
- Poseer condiciones para constituirse como informantes

El contacto con los participantes, se realizó mediante llamadas telefónicas para agendar las entrevistas y para explicarles el objetivo de la investigación y los fines académicos.

Una vez definidos los días de entrevistas se procedió a visitar personalmente a los funcionarios que se encuentran trabajando. Posteriormente se concretaron las entrevistas semiestructuradas.

En virtud de los criterios señalados, se entrevistó a seis funcionarios que en la actualidad se desempeñan en el cargo de trabajador social.

A continuación, se presentan los antecedentes generales de la muestra estudiada:

<b>Género</b>	<b>Edad</b>	<b>Nivel Educativo</b>	<b>Cargo</b>	<b>Años de experiencia en la temática</b>
Masculino	45	Superior Completa	Coordinador/ Trabajador Social	4 años
Femenino	38	Superior Completa	Coordinadora/ Trabajadora Social	6 años
Femenino	34	Superior Completa	Coordinadora/ Trabajadora Social	3 años
Femenino	34	Superior Completa	Trabajadora Social	2 años
Femenino	37	Superior Completa	Trabajadora Social	2 años
Femenino	31	Superior Completa	Trabajadora social	2 años

### 3.7 Validez y confiabilidad

Los criterios de validez a utilizar en la presente investigación, serán la confiabilidad que “representa el grado de similitud de las respuestas observadas entre el contexto del investigador o evaluador y el investigado o evaluado” (Hidalgo, 2005, pág. 3)

En relación a lo anterior se puede mencionar que la investigación cumplió con los criterios y con las siguientes estrategias para recabar la información Hidalgo (2005).

- La naturalización del consumo de alcohol, los tiempos y costos de traslados, la integración de los usuarios a la red social, el poli consumo de sustancias, el analfabetismo, la alta rotación profesional y la ausencia de especialistas en los sectores analizados, entre otras.
- En cuanto a los medios técnicos para mantener los discursos lo más fidedignos posibles, se puede comentar que el uso de la grabación por audio, permitió resguardar los relatos de los informantes, lo que posteriormente se transcribió conservando el respaldo en audio de los relatos.
- Se contó con apoyo del docente guía durante la investigación lo que permitió aportar una mirada externa al proceso.
- La participación del investigador corresponde a una posición de entrevistador, rol que fue llevado a cabo a través de la aplicación de una pauta semiestructurada de entrevista.
- Se contó con lugares aptos para el desarrollo de las entrevistas, las cuales fueron desarrolladas en dependencias de los centros de tratamiento, específicamente en oficinas previo acuerdo del horario de entrevista. Lo anterior, permitió garantizar niveles de privacidad y el desarrollo de entrevistas sin interrupciones.

Con la detallada información obtenida desde los informantes se realiza un análisis en base a la opinión de estos sobre la experiencia de la intervención en adicciones en sectores rurales.

## Capítulo 4: Resultados de la investigación

A continuación se presenta el análisis e interpretación de las entrevistas aplicadas a los profesionales trabajadores sociales pertenecientes a centros de tratamiento de comunas rurales de la VI región.

### 4.1 Cuadro síntesis de categorías y sub categorías

A continuación se expone el resumen sobre las categorías y subcategorías construidas en base a los objetivos planteados.

CATEGORIAS ASOCIADAS A OBJETIVO ESPECIFICO N°1		
Determinar las particularidades que en opinión de los trabajadores sociales asume o debería asumir la intervención social, en sectores rurales.		
	CATEGORIAS	SUB – CATEGORIAS
<p><u>Particularidades de la intervención rural en adicciones:</u></p> <p>Se entenderá como particularidades, todos aquellos aspectos que distinguen a la intervención rural en adicciones de la intervención urbana, constituyendo aspectos regulares en este contexto.</p>	Asociadas al territorio	Cultura patriarcal
		Naturalización del consumo de alcohol
		Tiempos y costos de traslados
	Asociadas a la intervención del trabajador social	Integración de usuarios a la red social
		Intervención con familia
		Intervención con grupo
	Asociadas al perfil de usuario	Vulnerabilidad de la mujer
		Analfabetismo / Escolaridad
		Policosumo de sustancias
		Trabajo temporal
		Consumo moderado a severo
		Sin delitos asociados al consumo

CATEGORIAS ASOCIADAS A OBJETIVO ESPECIFICO N°2

Identificar las fortalezas y debilidades que visualizan estos profesionales en la intervención que realizan en programas de atención de adicciones, en las comunas señaladas.

	CATEGORIAS	SUB – CATEGORIAS
<p><u>Fortalezas de la intervención rural en adicciones:</u></p> <p>Se entenderá por fortalezas de la intervención a todos aquellos aspectos que los profesionales identifican como positivos en la intervención que realizan</p>	Asociadas al modelo teórico de intervención	Énfasis Biopsicosocial
	Asociadas al equipo profesional	Análisis clínico de casos
		Tolerancia y empatía
		Versatilidad en la intervención
<p><u>Debilidades la intervención rural en adicciones:</u></p> <p>Esta categoría será asociada a aquellos aspectos que obstaculizan la intervención.</p>	Asociadas al equipo profesional	Alta rotación
		Ausencia de especialistas en adicciones
	Asociadas al modelo de intervención	Exceso de trabajo administrativo
		Invisibilización del hospital base



CATEGORIAS ASOCIADAS A OBJETIVO ESPECIFICO N°3		
Conocer la opinión de los trabajadores sociales respecto de las características que tiene la política pública en adicciones, así como los desafíos pendientes en la materia		
	CATEGORIAS	SUB – CATEGORIAS
<p><u>Características de la política pública</u></p> <p>Se entenderá como características de la política pública, la apreciación que los profesionales tienen respecto de la acción del Estado en materia de adicciones.</p>	Características	Estandarización de la herramienta técnica
		Incompatibilidad con características del territorio y perfil del destinatario
		Posibilidad de adaptación del programa
<p><u>Desafíos de la política pública</u></p> <p>Se entenderá por desafíos a todos aquellos aspectos que en opinión de los profesionales están pendientes en la política pública y que debieran desarrollarse en el futuro para mejorarla.</p>	Desafíos	Comprender la cultura familiar del territorio
		Formación continua del profesional
		Potenciar el desarrollo de capital humano
		Integración del usuario con el medio social
		Perseverancia en el trabajo con redes asistenciales
		Acercar la intervención profesional al territorio de los usuarios
		Incorporación perspectiva de genero
		Ampliar la intervención a un perfil más joven.

## 4.2 Matriz de análisis categorial

Objetivo 1 Determinar las particularidades que en opinión de los trabajadores sociales asume o debería asumir la intervención social en sectores rurales.			
	Categorías	Sub categorías	Discurso
<u>Particularidad</u>  Se entenderá como particularidades, todos aquellos aspectos que distinguen a la intervención en adicciones rural de la urbana constituyendo aspectos propios en este contexto	Asociadas al territorio	Cultura patriarcal	<p>“La cultura de la familia con las cuales trabajamos y la cultura de los sujetos con los cuales trabajamos, en qué sentido en que es tremendamente patriarcal, tremendamente convencional” (E1)</p> <p>“Una zona machista patriarcal eh... donde los contextos de violencia intrafamiliar están dados” (E2)</p> <p>“Cultural desde las propias creencias del sentido del machismo, el VIF en la crianza con hijos”(E3)</p> <p>“Sobre todo con mujeres en un contexto que es de ruralidad donde está mucho más naturalizado situaciones de violencia quizás, situaciones de violencia psicológica o económica” (E5)</p> <p>“eso hace que sea bien particular la forma de intervenir en contextos que son mucho más rurales le cambia un poco más el sello, está asociado a hartas practicas (de disfrute) prácticas que por lo general son más masculinas en relación a por ejemplo la caza la pesca el rodeo que están como bien ahondadas (arraigadas)” (E5)</p>
		Naturalización del consumo de alcohol	<p>“el consumo de sustancias está asociado es parte del arraigo de sentido de pertenencia que ha estado validado, por grupo de pares familia eh cultura” (E5)</p> <p>“por ejemplo acá nosotros ruralidad campo somos una zona vitivinícola, donde la gran mayoría de las personas trabajan de temporeros agrícolas en viñas entonces el consumo de alcohol es muy potente, es muy fuerte” (E2)</p> <p>“contextos donde es muy difícil dejar de lado el consumo de alcohol por que esta “permitido”, esta normalizado” (E2)</p> <p>“Por ejemplo el contexto trabajo-alcohol</p>

			<p>en las zonas rurales van de la mano, en donde jornadas en que el jefe –y acá lo han dicho- al terminar una hilera (de árboles) les tienen la cerveza, ese es el estímulo” (E3)</p> <p>“... y entender que todo el consumo es una multi problemática, que se ha presentado por años el consumo naturalizado y normalizado son comunes del lugar como el alcohol” (E6)</p>
		<p>Tiempos y costos de traslados</p>	<p>“El territorio yo creo que hay que tenerlo en consideración también, porque no es lo mismo, hacer un tratamiento cuando estas a tres cuadras al centro donde te vas a atender, que cuando estas a dos horas y media de viaje” (E1)</p> <p>“... pero aquí hay un componente del manejo del tiempo que es diferente por decirlo así, por ejemplo una persona que vende choco panda en Santiago trabaja informalmente, tiene más pega en cierta temporada, pero el gallo maneja sus horarios, en cambio el obrero agrícola no ” (E1)</p> <p>“Aquí tenemos socios que vienen de pongámosle que de navidad, son cuatro horas para llegar acá por parte baja” (E1)</p> <p>“hay muchos que tienen un trabajo entonces no se condice con que vengan tres o cuatro veces a la semana, vienen muchas veces dos veces a la semana hasta tres como máximo” (E2)</p> <p>“Cuando yo tengo un paciente que se demora 1 hora y media en llegar acá porque es una zona rural,”(E3)</p> <p>“las distancias porque hay sectores, por ejemplo en quinta de tilcoco que es bastante retirado que nos derivan a estos usuarios cumplen con el perfil pero llega un minuto en que no pueden asistir” (E4)</p> <p>“El tiempo de traslado si bien es cierto hay locomoción colectiva en rengó todo el día, creo que es importante al adaptarse tener esa consideración, los tiempos de traslados”(E6)</p> <p>“sí, desde ahí, la adaptación a nuestro usuario particular desde términos territoriales nos adaptamos al entorno, a las distancias largas, donde el usuario va a demorar en llegar, ...” (E6)</p> <p>“Algo no menor es la distancia este centro</p>

		<p>cubre varias sectores de la región y las distancias no son cortas” (E6).</p> <p>“Los tiempos de traslados los costos del mismo, les ayudamos con los pasajes, es una gestión del centro para ellos como método de financiar este ítem” (E6).</p> <p>“...algo no menor es la distancia este centro cubre varias sectores de la región y las distancias no son cortas ni el pasaje barato” (E6).</p> <p>“y el dinero porque es un factor importante, en este ejemplo que te acabo de dar (traslado desde Quinta de Tilcoco a centro ubicado en Rengo) , el usuario cada vez que viene gasta mínimo \$3000 y le exigimos que venga 2,3 veces por semana, hablamos de \$9000 a la semana” (E4).</p>
	Asociadas a la intervención del trabajador social	<p>Integración de usuario a la red social</p> <p>“Los trabajadores sociales deberían estar más orientados a vincular con redes asistenciales” (E1).</p> <p>“Si es necesario activar otras redes dentro del mismo tema, tenemos la red SENAME, Chile Crece Contigo, abordar eso desde lo social las problemáticas, habitabilidad, vivienda, salud también, como el conector entre este usuario y las redes sociales” (E3).</p> <p>“Por ejemplo, cuando las usuarias no están con su examen ginecológico, cuando los usuarios presentan enfermedades y necesitan asistencia, cuando van a hospitales los acompaño porque muchas veces no comprenden lo que tienen hacer” (E4).</p> <p>“La función del trabajador social, no estaba como bien especificada la verdad tenía un rol que era un poco más de acompañante en relación a poder trabajar con las redes que existen en el territorio, en relación específicamente a beneficios y prestaciones que las personas podían conseguir estando en el tratamiento. Era un proceso más de articulación la verdad.” (E5)</p>
		<p>Intervención con familia</p> <p>“En mi labor como trabajadora social, yo creo que tiene que ver con todo lo que...,la labor que uno realiza acá es en familia, el trabajo con la familia, el trabajo con vínculo con vincular a la familia, que la familia entienda el concepto de consumo de sustancias, la codependencia de los... lo que genera la</p>

		<p>codependencia” (E2).</p> <p>“Bueno, familiar entendiendo vínculos, redes familiares, comunicación, dinámica, si tenemos población con hijos implica ver cómo se desarrollan en esa área” (E3).</p> <p>“Particularmente es atención directa, en esta parte veo la situación familiar social del usuario ... la mayoría de las veces se trabaja la comunicación con la familia, buscar redes (familiares) de apoyo, porque están bastante solos” (E4).</p> <p>“¿Yo ahora? trabajado más bien con el área familia, estoy trabajando con los usuarios, en relación a poder identificar cuáles son las dinámicas familiares que se establecen en la casa o en la forma de poder mediar estas, las situaciones de conflicto. “(E5).</p> <p>“Yo particularmente desde el trabajo social veo historia familiar ...en mi área abordo el tema de restitución familiar, el abordar situaciones familiares actuales... donde abordo, historia familiar, integrantes de la familia, obstáculos, fortalezas, factores de riesgo, línea de la vida, historia del ciclo familiar... se realiza genograma, ecomapa” (E6).</p> <p>“Los trabajadores sociales deberían estar más orientados a hacer intervenciones familiares” (E1).</p>	
	Intervención con grupos		<p>“La psicoeducación, con talleres que tienen que ver con no se po, todo lo que influye el consumo de sustancias psicoactivas en la persona... el grupo fue como aumentando empezaron de dos personas y terminaron siendo doce, entonces las mismas personas, los mismos usuarios iban haciendo ellos mismos el taller, porque ellos mismos se iban dando consejos entre sí y funcionaba súper bien”(E2).</p> <p>“Porque tenemos mayormente usuarias de partes rurales y sus intereses son con el campo y la tierra, ahí utilizamos la estrategia del taller del huerto en donde de forma grupal forman un huerto, donde lo cuidan, cosechan, etc. El otro es el taller de entrenamiento que tiene más condiciones de salud y es más libre de</p>

			<p>espacio y no en gimnasio techado, eso ellos nos exigen y por eso hay buena relación y adherencia con el espacio, porque logran sentir el sentido de pertenencia y es estímulo terapéutico, es grato de venir, no es ajeno” (E6).</p>
	Asociadas al perfil del usuario	Vulnerabilidad de la mujer	<p>“La mujer presenta consumo de sustancias, consumo escondido que va asociado a la vergüenza, la culpa, al que dirán” (E4).</p> <p>“Las tipologías de familia, generalmente está normada la violencia, por la misma localización rural, donde el patrón de fundo manda y esa es una violencia escondida de jerarquía y patriarcado donde la autoridad es el hombre” (E6).</p> <p>“A las mujeres falta aún conocerlas para poder caracterizarlas porque están más ocultas, tenemos menos demandas de estas y cuando llegan peor, llegan solas y sin redes” (E1).</p> <p>“El perfil de nuestras mujeres son mujeres mucho más dañadas, con un compromiso biopsicosocial más complejo que el del varón, con precaria red de apoyo” (E3).</p> <p>“Es bastante diferente intervenir con mujeres que con hombres, las problemáticas son totalmente distintas. Es mucho más complejo el trabajar con mujeres y sobre todo mujeres en un contexto que es de ruralidad” (E5).</p> <p>“El tema de género, hay en sectores rurales, la mujer mayormente presenta consumo de alcohol, consumo escondido que va asociado a la vergüenza, la culpa, al que dirán, creo que, desde ahí incorporar a este marco metodológico” (E6).</p>
		Analfabetismo / Escolaridad	<p>“Pero si tener en consideración que también hay sobre todo en personas mayores baja escolaridad, hemos visto acá más analfabetos de los que he visto en Santiago, entonces creo que eso también corresponde a la cultura del territorio” (E1).</p> <p>“La escolaridad, la población rural en ocasiones no sabe leer, no sabe escribir” (E3).</p> <p>“...No puedo tener un taller socio-educativo que requiera abstracción, reflexión si mi</p>

			<p>población tiene tercero básico, y eso se hace” (E3).</p> <p>“Acá nosotros nos encontramos con un alto nivel de analfabetismo o de personas que no terminaron su escolaridad básica o secundaria, entonces eso también dificulta el trabajo con los mismo usuarios” (E5).</p> <p>“La población rural en ocasiones no sabe leer, no sabe escribir y si tú desarrollas un taller psicosocial donde tienen que escribir, donde tienen que hacer trabajos, es intimidarlos a ellos” (E3).</p> <p>“Particularmente las personas mayores tienden a tener menor escolaridad y eso te dificulta montones poder elaborar, digamos planes de tratamiento que trasciendan de lo concreto” (E1).</p>
		Policosumo de sustancias	<p>“Anteriormente el cuarenta por ciento de los usuarios consumía alcohol como única sustancia, hoy en día no, hoy en día tenemos opioides, analgésicos, marihuana, pasta base, cocaína, alcohol anteriormente no po anteriormente era alcohol como única sustancia” (E2).</p> <p>“Hoy en día hay un gran porcentaje de jóvenes con consumo de pasta base y de cocaína, mayoritariamente hombres” (E2).</p> <p>“El perfil varón, alto consumo de pasta base... Bueno, eso se debe a que tenemos la población masculina quebrada, o lleva mucho tiempo en pasta base, o está experimentando hace poco con basta base y por tanto todavía mantiene las otras sustancias” (E3).</p> <p>“El consumo en un minuto era casi solo alcohol... Hoy en día el alcohol es muy compartido con la pasta base” (E3).</p>
		Trabajo temporal	<p>“A pesar de que Rengo a crecido mucho aun es rural y desde ahí la fuerza laboral particularmente tiene que ver con el trabajo agrícola y eso tiene que ver con el por temporadas” (E6).</p> <p>“Tenemos muy claro que desde nov a marzo se van a trabajar, que pueden venir mucho menos en lo particular, hay que estar llamándolo</p>

			seguido, visitarlos, adecuar nuestros tiempos a que el usuario tenga una continuidad en el tratamiento” (E4).
		Consumo moderado a severo	“El nivel de complejidad de nuestros usuarios es de moderado a severo, dentro de su compromiso bio-psicosocial, ese es como el rango” (E3).
		Sin delitos asociados al consumo	“La demanda es más espontanea, si bien recibimos desde tribunales u otros centros ... la mayoría de la demanda es espontanea” (E4).



Objetivo 2			
Identificar las dificultades y fortalezas que visualizan estos profesionales en la intervención que realizan en programas de atención de adicciones, en las comunas señaladas.			
	Categorías	Sub categorías	Discurso
<p><u>Fortalezas</u></p> <p>Se entenderá por fortalezas de la intervención a todos aquellos aspectos que los profesionales identifican como positivos en la intervención que realizan</p>	Asociadas al modelo teórico de intervención	Énfasis biopsicosocial	<p>“Para eso disponemos de una parrilla de prestaciones de un programa de tratamiento que debiera adecuarse al individuo y que tiene prestaciones principalmente fundamentalmente centrada en intervenciones psicosociales y biomédicas” (E1).</p> <p>“La oferta es una atención biopsicosocial, una atención integral, un plan básico y uno intensivo” (E2).</p> <p>“La intervención tiene su base en el modelo biopsicosocial, por tanto por lineamiento técnico como por planteamiento del programa,” (E3).</p> <p>“Trabajamos el modelo biopsicosocial, contamos con profesionales como psicólogos, asistente social, terapeuta ocupacional, profesor de educación física, psiquiatra, socióloga, técnica parvulario” (E4).</p> <p>“En el tratamiento desde acá se abordan factores bio psicosociales en cada área respectiva” (E6).</p>
	Asociadas al equipo profesional	Análisis clínico de casos	<p>“Tienes muchas reuniones de equipo, eso en otros lugares cuesta mucho constituirse , claro es desgastante pero si lo ves positivamente, es un aprendizaje es compartir con distintas profesiones, distintos profesionales y poder llegar acuerdo” (E2).</p> <p>“El hecho de que podamos llevar</p>

			<p>una buena comunicación, si bien trabajamos en triada nos tomamos los tiempos para poder conversar de los usuarios” (E4).</p> <p>“Dedicarle tiempo a los análisis de casos, creo que a la larga radica y no me refiero solo a hacer diagnostico si no a conocerlos bien” (E1).</p>
		<p>Tolerancia y empatía</p>	<p>“Una visión que no juzga a las personas de entrada...yo creo que la gente valora mucho la acogida que se les da, el hecho de no sentirse juzgados” (E1).</p> <p>“Ser bastante empático, tener una escucha activa, sabes que (el usuario) llega con demandas. Si lo pilló en el pasillo y me topan me doy el tiempo para tener una disposición con el usuario” (E4).</p> <p>“Otra estrategia es la empatía, yo te escucho, yo te comprendo , y estoy acá contigo, con un poco de realidad porque o sea no hemos vivido lo mismo con el usuario sentado en tu box y desde ahí particularmente he logrado desde la empatía es , yo me pongo en sus zapatos y quizás no lo logre siempre, pero desde ahí yo estoy con usted, lo tratare de intentar, si no le parece dígame, desde la comprensión , empatía” (E6).</p>

		Versatilidad en la intervención	<p>“...Por qué no es que tu acá trabajes solamente con terapia cognitivo conductual, si no que trabajas con todos los modelos, tienes que desarrollar ver al usuario y ver qué modelo es el más de acuerdo para trabajar con él” (E2)</p> <p>“La intervención con casos, con grupos, con familias de sector vulnerable en tantas áreas... manejar redes... tener capacidad de gestión, son fortalezas” (E3).</p> <p>“... Entonces la fortaleza estaba en darle la mirada de todos los aspectos para poder entregar una mejor oferta” (E4).</p> <p>“Creo que algo que me ha resultado bastante es ocupar la línea de la vida, armar un relato de antecedentes familiares y hacer una cronología esta” (E6).</p>
<p><u>Debilidades</u></p> <p>Se entenderá por debilidad a aquellos aspectos que dificultan la intervención.</p>	Asociadas al equipo profesional	Alta rotación	<p>“Tuviéramos equipos estables en el tiempo, pero la verdad que eso no pasa aquí hay un equipo que se mantiene, una parte del equipo que cambia.... más menos cada cinco, siete años, debiera producirse una renovación total (del equipo), no por voluntad del centro sin por que la gente busca nuevos horizontes” (E1).</p> <p>“La situación contractual hace que se desmotive el equipo y luego quiera irse y todo lo sumado como equipo se pierde... da inestabilidad...” (E4).</p>

		<p>Ausencia de profesionales especialistas en adicciones</p>	<p>“En este territorio cuesta harto encontrar profesionales, cuesta mucho más encontrar profesionales bien preparados y cuesta muchísimo más hasta ser prácticamente casi imposible encontrar profesionales bien preparados que tengan formación y experiencia en sustancias” (E1).</p> <p>“Porque en estas zonas también faltan muchos profesionales, tiene que ver con la falta de expertos que se tiene en relación a la temática” (E5).</p> <p>“Siento que estos modelos también exigen harto en lo clínico y siento tal vez que ahí hay una desventaja en cuanto a la formación desde el área más clínica” (E3).</p> <p>“La verdad es que nos hemos ido haciendo especialistas con el tiempo y nos falta mucho para llegar a considerarnos especialistas. Ninguno de los centros de tratamiento que no puede contratar especialistas por razones presupuestarias” (E1).</p>
	<p>Asociadas al modelo de intervención</p>	<p>Exceso de trabajo administrativo</p>	<p>“Una de las debilidades que existe es la papelería, mucha papelería que te hace perder de repente mucho tiempo” (E2).</p> <p>“Si yo creo que nos juega en contra el trabajo administrativo, tener dos entes que nos supervisen, sentimos que todo el tiempo que gastamos administrativamente, se podría usar de otra forma” (E4).</p>

		<p>Invisibilización del hospital base</p>	<p>“Una debilidad que existe que ahora se está mermando con el tiempo, a estado disminuyendo, el hecho de que no éramos visibles, no éramos visibles, éramos poco visibles para los hospitales entonces éramos como SENDA y en realidad somos parte del hospital, entonces eso trae consigo también que tiene lo que uno pretende conseguir, gestionar ,cueste más” (E2).</p> <p>“Yo creo que no se ha hecho mucha inducción con respecto a los modelos de tratamiento del centro con el hospital” (E2).</p> <p>“No existe una retroalimentación entre los distintos dispositivos o como ellos intervienen en ciertas temáticas” (E5).</p>
--	--	---	--

Objetivo 3			
Conocer la opinión de los trabajadores sociales respecto de las características de la política pública en adicciones, así como los desafíos pendientes en la materia.			
	Categorías	Sub categorías	Discurso
<p><u>Características de la política pública</u></p> <p>Se entenderá como características de la política pública, la apreciación que los profesionales de tienen respecto de la acción del estado en materia de adicciones</p>	Características	Estandarización de la herramienta técnica	<p>“Yo creo que eso tiene una razón bien concreta y es que las normas y orientaciones técnicas del Ministerio de Salud están pensando para una realidad nación... entonces las normas y orientaciones técnicas no están pensadas para los distintos territorios de hecho yo creo que ni siquiera para Santiago... Si a eso tú le sumas que aquí no está para nada presente en el diseño de las norma y orientaciones técnicas ni la ruralidad ni el género ni la interculturalidad ni las barreras territoriales de acceso, claro que la oferta pública no responde para nada a la realidad del territorio” (E1).</p> <p>“Yo creo que se ha ido rigidizando todo, homologando todo, ...pero se pierde el sello de cada grupo humano que ingresa al centro... el perfil de los usuarios va cambiando entonces tú tienes que ir cambiando” (E2).</p> <p>“Se hace el esfuerzo para que eso sea así. Si bien viene una línea técnica, una base de trabajo, una de las observaciones que nosotros siempre hemos hecho es que muchas veces esos lineamientos técnicos chocan con la característica de la población” (E3).</p> <p>“Desde el tiempo que llevo trabajando acá he encontrado bastante incongruente la que está en la norma técnica, en las bases más administrativas y lo que se logra ejecutar” (E6)</p>

	<p>Incompatibilidad de los lineamientos técnicos con características del territorio y perfil del destinatario</p>	<p>“Se supone que una persona que está en un o plan intensivo debiera tener una asistencia de 4 a 6 horas por día de tratamiento y venir 4 a 5 veces a la semana ya, ya en algún momento nosotros decíamos pucha aquí todos los gallos son temporeros, tienen trabajo informal como en Santiago” (E1).</p> <p>“...como va a pasar 6 horas, como se va a comer 30 horas a la semana de tratamiento si además tiene que trabajar, eso no se puede hacer no están pensados conforme a la realidad nacional” (E1).</p> <p>“...no está para nada presente en el diseño de las norma y orientaciones técnicas ni la ruralidad ni el género ni la interculturalidad ni las barreras territoriales de acceso, claro que la oferta publica no responde para nada a la realidad del territorio” (E1).</p> <p>“Además que es población adulta que trabaja, trabaja en zona rural donde no hay contrato de trabajo, en donde no se puede justificar su tratamiento con una licencia médica” (E3).</p> <p>“El trabajo de las personas, digamos es un factor potente por el horario, nosotros trabajamos desde las 9 a las 8 de la tarde, y aun así el usuario te pediría que trabajáramos después de las 8 para poder venir e incluso los sábados” (E4).</p>
	<p>Posibilidad de Adaptación del programa</p>	<p>“Lo que te quiero decir en definitiva, es que el programa no es tan rígido que no te permita generar esa adaptación, nosotros también vamos teniendo más apertura, nos vamos dando cuenta que o rectificando las formas de trabajar” (E5).</p> <p>“Entonces choca, pero eso tampoco</p>

			<p>genera o implica que no puedas hacer el trabajo, te encuentras con una barrera que tal vez no se adecúa, pero siento que eso es responsabilidad de nosotros los ejecutantes poder reducir esa brecha y buscar estrategias” (E3).</p> <p>“No ser tan rígidos, porque las normas son normas, son lineamientos, pero tampoco es un manual que tengas que cumplir tan a cabalidad” (E3).</p> <p>“Si, desde ahí en términos más específicos...creo que todos trabajan en pro de la adaptación a nuestro usuario particular desde en términos territoriales nos adaptamos al entorno, a las distancias largas, donde el usuario va a demorar en llegar, donde tiene otros intereses, donde hay que generar estrategias desde sus mismos intereses” (E6).</p>
	Desafíos	Comprender la cultura familiar del territorio	<p>“Creo que el desafío particularmente tiene que ver con la comprensión con las dinámicas familiares particulares que existen acá” (E6).</p> <p>“En términos familiares son las dinámicas son dinámicas particulares, diferentes composiciones familiares desde lo extenso incluso más que lo nuclear o bi parental, los abuelos se hacen cargo de los nietos, los hijos viven con los papas por siempre, entonces son dinámicas diferentes, acá por ejemplo se da una dinámica que son particulares de la zona, la dinámica es bien particular en términos familiar” (E5).</p> <p>“O sea, otra consideración especial podría ser el tiempo de traslado, incorporaría un apartado de las tipologías de las familias en sectores rurales en términos metodológicos y teóricos</p>



			<p>considerándolo en situaciones especiales, podría ser una incorporación” (E5).</p> <p>“La cultura compañero de las familias. A ver, hay una cosa en la que uno le cuesta intervenirla y es la forma en las que las familias toman decisiones” (E1).</p>
		Formación continua del equipo	<p>“Que cada vez se van presentando más problemáticas que nos ponen a prueba” (E4).</p> <p>“Yo era nula a los textos judiciales, como no vivía en rengo, no sabía dónde estaban los tribunales como era la forma de actuar de ellos, entonces hice un diplomado para abarcar mejor el tema” (E4).</p> <p>“Desafíos siempre, cada usuario es distinto y eso nos hace tener que estar leyendo, estudiando, averiguando... todos los días algo nuevo” (E4).</p> <p>“Conocer bastante el área de intervención, tienes que ir capacitándote, sobre todo en trabajo social el trabajo con las familias es súper importante, sobre todo en adicciones, la psicoeducación con respecto a la enfermedad es súper importante” (E2).</p> <p>“El seguir aprendiendo...el trabajador social termina haciendo un poco de todo lo que no hacen los demás, y a veces incluso harto de lo que hacen los demás” (E1).</p>
		Potenciar el desarrollo de capital humano	<p>“Aunque quizás identificar, no sé, si hay personas que tienen habilidades para ciertas actividades en específico, potenciar esas habilidades, potenciar la nivelación de estudios a través de becas quizás” (E5).</p>

	Integración del usuario con el medio social	<p>“Desde el trabajo social, yo creo que uno de los grandes desafíos tiene que ver con poder ir incorporando una inserción a la red a los espacios de disfrute que no estén asociados al consumo articulación con espacios que también sean protegidos de trabajo” (E5)-</p> <p>“Generar una estrategia que le permita al usuario la inserción en otros espacios” (E5).</p> <p>“Generar empoderamiento político en nuestros usuarios y sus familias, finalmente hay un montón de situaciones que tienen que ver con los prejuicios, la cultura, la diferencia de acceso a las oportunidades, las posibilidades de tratamiento... están bien acostumbrados a funcionar desde abajo con poca capacidad de incidir en el entorno” (E1).</p>
	Perseverancia en el trabajo con redes asistenciales	<p>“El desafío de dialogar con los otros en la red, o sea, desde los centros de tratamiento los trabajadores sociales somos los encargados de hablar con la red. Muchas veces pasa que la red no está sensibilizada con el tema, que está enfocada en sus propios temas, en sus propios lineamientos y ahí tenemos dos opciones, o decir “pucha ya fui y me fue mal” o “me fue mal pero voy a ir mañana, voy a ir pasado y voy a seguir intentando... el perseverar con la red, que es como nuestro rol bien importante” (E3).</p> <p>“Generar, canales de comunicación con las redes asistenciales que permitan efectivamente resolver necesidades asistenciales puntuales concretas del momento” (E1).</p>
	Acercar la intervención al territorio de los	<p>“Desde el trabajo social desafío principal es llegar al territorio, salir de la zona de confort –porque estar en el box es súper cómodo-</p>

	<p>usuarios</p>	<p>entonces creo que ese es un desafío constante... salir de la zona de confort, acercarnos al territorio del paciente” (E3).</p> <p>“Desde el punto de vista del trabajo social debiera estar fuera del centro de tratamiento y debiera orientar intervenciones con familia e intervenciones con comunidad que permitan mejorar los territorios” (E1).</p> <p>“Si se visualizara si se pudiera administrativamente... tener la posibilidad de movilización una vez a la semana... se podría trasladar a los CESFAM de sectores alejados a trabajar” (E2).</p>
	<p>Incorporación perspectiva de género.</p>	<p>“La incorporación de más usuarias marca el tema de género,..., la incorporación femenina al centro, desafía a poder generar estrategias desde el empoderamiento del rol, la equidad de género, la equidad de oportunidades, la equidad de acceso puede ser un desafío de centro” (E6).</p> <p>“Si bien en este centro es rehabilitación de drogas incorporar en esta fase el empoderamiento del rol de género” (E5).</p>
	<p>Ampliar la intervención al perfil joven.</p>	<p>“La comprensión por esta nueva incorporación... ahora se atiende desde los 18 años, está llegando población de menor edad y es un desafío para los profesionales generar estrategias, tener herramientas metodológicas y poder abordar ...el área... de vulneración de derecho ...vienen con inicio de consumo temprano viene de dinámicas familiares negligentes, situaciones de abandono, violencia entonces poder de cierta manera lo que se llama en la infancia la resignificación de la infancia” (E6).</p>

### 4.3 Análisis de la información

En el siguiente acápite se expone el análisis de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas semiestructuradas durante el periodo octubre a diciembre de 2017, a un total de 6 trabajadores sociales, que trabajan en centros de tratamiento de adicciones de las comunas de Rengo, San Vicente y Santa Cruz

Con la información obtenida a partir de las entrevistas, se construyeron categorías, las que responden a los 3 objetivos específicos, los que a su vez tributan al objetivo general de este estudio, es decir, dar cuenta de la forma en que los trabajadores sociales construyen la intervención social en adicciones de centros de tratamiento de zonas rurales de la VI región.

De la construcción de categorías, se desprenden 31 sub categorías, en las que se unificaron los discursos de los trabajadores sociales, respecto a la manera en que los trabajadores sociales construyen la intervención en adicciones de centros de tratamiento en sectores con población rural de la sexta región, considerando las particularidades, fortalezas y debilidades de la intervención en estos contextos, además de la opinión que tienen los profesionales respecto a la política pública y los desafíos pendientes en la materia.

A continuación, se detallan los resultados obtenidos del análisis por categoría.

#### **Categorías asociadas al objetivo específico N°1**

*“Identificar las particularidades que asume o debería asumir la intervención social en adicciones por parte del trabajador social en las comunas de San Vicente, Santa Cruz y Rengo”.*

En este objetivo se logró identificar tres categorías, denominadas como: Asociadas al territorio, asociadas a la intervención del trabajador social y asociadas al perfil del usuario. De estas se desprenden once subcategorías que se presentan a continuación:

## **A) Asociadas al territorio**

### **1) Cultura patriarcal**

El pensar situado es entendido como la necesidad de redefinir los conceptos de la intervención establecidos en relación al diálogo con un territorio, incorporando desde este factores que construyen al individuo. Desde el territorio entonces se desprenden componentes particulares del sector de historia y cultura que construyen el lazo identitario del sujeto en relación a la interacción con su entorno (Carballeda, 2013).

*“La cultura de la familia con las cuales trabajamos y la cultura de los sujetos con los cuales trabajamos, (...) es tremendamente patriarcal, tremendamente convencional”  
(E1)*

Desde una perspectiva de género, las categorías de masculino y lo femenino son consideradas según cada sociedad como categorías atribuibles a funciones, comportamientos, atributos y actividades para cada género (Sánchez, 2012). En este sentido, los entrevistados de este estudio resaltan la cultura patriarcal como un elemento que marca muy fuertemente a los sujetos de atención en los centros de tratamiento en sectores rurales. Este aspecto es central en la intervención ya que los sentidos e imágenes asociados a cada género marcan la forma en que los hombres y mujeres se relacionan, así como las prácticas que desempeñan lo permitido y lo prohibido a cada uno. Desde ahí que esta cosmovisión patriarcal debe ser un elemento indispensable a considerar, si se quiere tener una intervención exitosa.

## **2) Naturalización del consumo de alcohol**

Otra de las características identificadas por los entrevistados en relación a las particularidades del territorio examinado, refiere a la naturalización del consumo de alcohol como práctica que define la identidad de la zona. Ello se encuentra íntimamente relacionado con la producción de alcohol que caracteriza este sector, donde la actividad vitivinícola es realizada o conocida por amplios sectores de la comunidad

*“acá nosotros ruralidad campo somos una zona vitivinícola, donde la gran mayoría de las personas trabajan de temporeros agrícolas en viñas entonces el consumo de alcohol es muy potente, es muy fuerte” (E2).*

En el ámbito de las adicciones, el modelo sociocultural entiende a la drogodependencia como la relación entre un sujeto que la padece y la interacción con las formas de organización de la sociedad en la vida cotidiana. Así también, lo entendiendo como el uso de sustancias que permite procesos de identificación y construcción de identidad (Romaní, 2000). En aquel sentido se entiende que, la adscripción más o menos consiente a ciertos tratados invisibles que involucran un modo de comportamiento permiten generar identidad en el sujeto y sentido de arraigo en un grupo. Desde esta perspectiva, la homogenización de los lineamientos de la política pública atenta contra la incorporación del componente cultural en la intervención.

## **3) Tiempo y costo de traslado**

Uno de los factores que más impactan en el nivel de éxito del tratamiento de un usuario, es la proximidad de éstos a los centros de atención. En gran medida, si los costos para asistir a las actividades de los programas de rehabilitación son muy altos (tiempo de traslado, dinero para locomoción, permisos laborales, etc.) es muy difícil que los

tratamientos sean eficaces, ya que no existe una participación continua por parte de los usuarios.

*“Algo no menor es la distancia, este centro cubre varios sectores de la región y las distancias no son cortas” (E6).*

*“Los tiempos de traslados los costos del mismo, les ayudamos con los pasajes, es una gestión del centro para ellos como método de financiar este ítem” (E6)*

En el territorio analizado este es un factor que atenta contra el logro de los objetivos de la intervención, ya que el tiempo de traslado entre localidades puede fluctuar entre las localidades aledañas a la comuna en el cual se encuentra inserto el centro de tratamiento, variando entre los 30 minutos hasta 1 hora y media. *“Cuando yo tengo un paciente que se demora 1 hora y media en llegar acá porque es una zona rural difícil es hacer tratamiento” (E3).* En consecuencia, se coincide con Carballeda (2007) que plantea la urgencia de reconocer la importancia del territorio en la intervención y su planificación. En este sentido, se deben contemplar las distancias, los horarios de atención y los costos de traslados para generar un diseño programático apropiado para la intervención en estas zonas rurales.

## **B) Asociadas a la intervención del trabajador social**

### **1) Integración de usuarios a la red social**

Si bien existe una oferta pública en materia de salud, educación o vivienda para estos sectores, la población destinataria del centro de adicciones en general no cuenta con la información para acceder a programas y beneficios sociales.

*“Por ejemplo, cuando las usuarias no están con su examen ginecológico, cuando los usuarios presentan enfermedades y necesitan asistencia, cuando van a hospitales los acompaño porque muchas veces no comprenden lo que tienen hacer” (E4)*

Por lo tanto, siguiendo los aportes de Matus (2003) la intervención profesional como tal debe contemplar las características propias del lugar donde se sitúa, señalando cada uno de los aspectos necesarios a revisar y replantear, además de definir la forma en cómo se construye el sujeto de intervención y la intervención misma. En este sentido, el desconocimiento que un gran número de usuarios experimenta respecto de los programas y beneficios sociales, limita las posibilidades de transformar las situaciones sociales que presentan. La intervención entonces, implica que los trabajadores sociales en su intervención, además de las actividades propias del programa de rehabilitación de drogas, deban realizar un trabajo importante relacionado con la vinculación a las redes del Estado. Ello implica no solo aspectos vinculados con la salud, sino también a la vivienda, a la educación, al trabajo y todo aquello que permita mejorar las condiciones de vida del sujeto.

## **2) Intervención con familia**

En la configuración del modelo de intervención de los trabajadores sociales se incluye cada vez más la participación familiar como variable de control sobre los procedimientos terapéuticos y los avances en los usuarios de los centros de rehabilitación.

*“En mi labor como trabajadora social, yo creo que tiene que ver con todo lo que..., la labor que uno realiza acá es en familia, el trabajo con la familia, el trabajo con vínculo con vincular a la familia, que la familia entienda el concepto de consumo de sustancias, la codependencia de los... lo que genera la codependencia” (E2).*

Para Donoso y Saldías (1998), en la actualidad existen familias que poseen múltiples configuraciones, y generalmente sus miembros se encuentran sometidos a grandes presiones y demandas, mientras que, por otro lado, es el único espacio de pertenencia real del ser humano. Por lo tanto, si se profundiza la intervención en familia, la cooperación que se produce por parte de los usuarios es mucho mayor y puede también producir mayores probabilidades de los programas más eficaces.



En este contexto la intervención que los trabajadores sociales realizan, recoge una línea integradora ya que repara en el trabajo con las redes inmediatas del sujeto tanto familiar como social.

### **3) Intervención con grupo**

Desde la perspectiva de Ponz (2008) entendemos que para las particularidades del territorio y de los usuarios, el consumo de sustancias, si bien es una decisión personal, radica en una actividad grupal que se ampara en la herencia cultural de la zona. En este sentido, es bastante estratégico el desarrollo de actividades a nivel grupal como una forma de incentivar la cooperación de los usuarios con las terapias que desarrolla el equipo profesional.

*“Porque tenemos mayormente usuarias de partes rurales y sus intereses son con el campo y la tierra, ahí utilizamos la estrategia del taller del huerto en donde de forma grupal forman un huerto, donde lo cuidan, cosechan, etc. el otro es el taller de entrenamiento que tiene más con condiciones de salud y es más libre de espacio y no en gimnasio techado, eso ellos nos exigen y por eso hay buena relación y adherencia con el espacio, porque logran sentir el sentido de pertenencia y es estímulo terapéutico, es grato de venir, no es ajeno” (E6).*

Dichas terapias recogen además el componente cultural y territorial al incorporar actividades propias de un sector rural en el trabajo grupal. Ello se constituye en una fortaleza de la intervención, toda vez que permite generar adherencia y compromiso con el programa.

## **C) Asociadas al perfil de usuario**

### **1) Policonsumo**

Como se ha planteado en el marco teórico referencial de este estudio, con la irrupción de la globalización y el consiguiente intercambio cultural entre sociedades, nacen nuevas manifestaciones sociales y culturales derivadas desde este fenómeno. En este sentido, el consumo de sustancias no es una situación exenta de esta realidad, lo anterior se ha manifestado en la diversificación de sustancias de consumo que irrumpen en la cultura rural.

*“Anteriormente, el 40% de los usuarios consumía alcohol como única sustancia, hoy en día no, hoy en día tenemos opioides, analgésicos, marihuana, pasta base, cocaína, alcohol. Anteriormente no po’, anteriormente era alcohol como única sustancia” (E2)*

El escenario actual en el que se desenvuelve la ruralidad ha sido referido por muchos autores como nueva ruralidad, concepto que se surge principalmente debido a que lo rural ha comenzado a verse incorporado a procesos de globalización y apertura. En las últimas décadas el país ha llevado a cabo diversos acuerdos comerciales, los que han profundizado la inserción de lo rural en los mercados internacionales, acentuando transformaciones de índole territorial, productiva, económica, tecnológica, social y cultural, los que hacen sentir sus efectos, positivos y/o negativos, en todos los ámbitos de la vida nacional, con ritmos distintos en diferentes áreas del país, lo que ha contribuido a alterar la ruralidad tradicional del país (Fawaz, 2007). Lo anterior plantea nuevos desafíos a la intervención en adicciones ya que el policonsumo exige contar con nuevos modelos y herramientas para abordar una realidad cada vez más compleja.

## **2) Consumo moderado a severo**

Al referirnos a un compromiso biopsicosocial de consumo moderado a severo en la intervención se habla de un tipo y una forma de consumo. En la clasificación del SENDA, éstos corresponden a: consumo experimental, consumo habitual, consumo ocasional, consumo perjudicial, y un consumo problemático de drogas siendo considerada en esta última categoría la dependencia y consumo abusivo de drogas (SENDA, 2017). Estas dos últimas categorías configuran una patología de salud mental denominada por el DSM V como trastorno por uso de sustancias. De acuerdo con los entrevistados, la población destinataria del programa de adicciones se ubicaría en el consumo problemático y dependencia a las sustancias.

*“El nivel de complejidad de nuestros usuarios es de moderado a severo, dentro de su compromiso bio-psicosocial, ese es como el rango” (E3).*

Ahora bien, al hablar de un compromiso bio-psicosocial moderado a severo, los entrevistados se refieren a una serie de indicadores que se encuentran claramente definidos en la tipología establecida y que señalan: el consumo de el o los tipos de sustancias, la vía y la frecuencia del consumo; la manifestación del síndrome de abstinencia; la presencia de una patología psiquiatra asociada; la mantención o la interrupción de actividades laborales o escolares; problemas judiciales asociados; la presencia de o inexistencia de red de apoyo familiar o social (sin consumo); los intentos de abstinencia previos y la existencia o no tratamientos anteriores, entre otros.

## **3) Sin delitos asociados**

Como se plantea en el marco teórico, al analizar las principales leyes que han regulado el consumo de sustancias, nos encontramos con que el énfasis jurídico ha estado presente históricamente en la construcción de las políticas públicas de adicciones, ligando

estrechamente el consumo con la comisión de delitos. En este sentido, Romaní y otros, señalan que la incorporación de la investigación cualitativa al desarrollo de conocimiento científico, permitió acceder a nichos de información de difícil acceso desde el paradigma cuantitativo. Es así como se logró acceder a información que emana desde la propia perspectiva del sujeto, a través de estudios etnográficos. Ello permitió identificar la relación entre adicción, anomia y desviación, los estudios de la subcultura de la droga y la teoría de estigmatización social. Sin embargo, según lo recogido en la investigación, en el sector analizado esto en general no ocurre y el consumo de sustancias estaría ligado a otros factores distintos al delito, lo que exige resignificar la concepción del consumidor.

*“La demanda de tratamiento es más espontánea, si bien recibimos derivaciones desde tribunales u otros centros (...) la mayoría de la demanda es espontánea”*

Este hallazgo va en un sentido más amplio del que tradicionalmente entiende la asociación del consumo de sustancia con la comisión de delitos. Así lo sugiere, la antropología, que ha aportado a la resignificación del término droga, abandonando la concepción tradicional, entendida desde un enfoque penal – jurídico y patológico – médico, hacia un campo en el que interactúan las sustancias, los sujetos y los contextos. (Romaní, 2007, en Apud y Romaní, 2016). En este sentido, el trabajo intermitente y la desocupación durante gran parte del año, sumados a la cultura que enmarca a estos territorios de producción vitivinícola generan en gran medida una naturalización de las prácticas asociadas al consumo de alcohol, y más recientemente a otro tipo de sustancias. Por lo mismo, el tipo de consumo característico e identitario de la zona en general, según los entrevistados no se ve asociado a la comisión de delitos, lo que demuestra una diferencia sustantiva con respecto a lo que ocurre en las zonas urbanas particularmente en la capital. Lo anterior es visualizado por los profesionales como una característica que permite una intervención menos compleja en el trabajo con el sujeto.

#### 4) Vulnerabilidad de la mujer

Una de las características que se resaltan por parte de los entrevistados tiene que ver con la vulnerabilidad de la mujer frente al consumo y como usuaria de los centros de tratamiento. Dado que existe una concepción rígida de roles, se entiende que la mujer debe asumir el cuidado de la casa, las labores domésticas, la crianza de los hijos y cuando esto no ocurre, es severamente sancionado. Lo anterior lleva a la configuración de una serie de prejuicios que la ubican en un lugar de mala madre, mala mujer. En este sentido, la mujer estaría expuesta a un mayor grado de reprobación ante el consumo problemático de una sustancia en relación a un hombre. Lo anterior además se configuraría como un obstáculo para la mujer de aceptar un problema de consumo y dilatar la solicitud de un tratamiento, prolongando los periodos de consumo y a su vez los daños asociados a estos. Como es de suponer, esta situación torna más compleja la intervención así como las posibilidades de éxito en la misma.

*”La mujer presenta consumo de sustancias, consumo escondido que va asociado a la vergüenza, la culpa, al que dirán” (E4).*

Tal como afirma Barria (2017), en Chile un hombre es bebedor pero una mujer es borracha. Esto va asociado a una mala reputación, la gran mayoría de las veces, que varía de acuerdo a la edad de la mujer variando sus discursos desde: Una mujer borracha se ve mucho más fea que un hombre, hasta es borracha, es fácil, es mala madre, no atiende las labores de su casa, es una mala mujer terminando en frases sancionadoras como deberían quitarle a los hijos porque seguro es mala madre. Lamentablemente, en el consumo de sustancias es mucho más sancionado socialmente en el caso de las mujeres y menos recriminado en el caso de los hombres por lo cual conlleva una menor reprobación.

## **5) Analfabetismo / escolaridad**

En otro orden de cosas, el analfabetismo y la baja escolaridad son elementos sindicados por los entrevistados como elementos a tomar en cuenta al momento de diseñar la intervención que se realiza con los usuarios de los tratamientos, ya que el nivel educacional de los usuarios determina en gran medida la metodología a aplicar y los resultados de la intervención.

*“(…) tener en consideración que también hay sobre todo en personas mayores baja escolaridad, hemos visto acá más analfabetos de los que he visto en Santiago, entonces creo que eso también corresponde a la cultura del territorio” (E1)*

En este sentido, Viñas y Roman (2003) señalan que en América latina se han “concentrado los esfuerzos en el desarrollo de las zonas urbanas, en desmedro de las zonas rurales. Éstas han pasado a depender de las grandes metrópolis, con dificultades en aspectos relativos al acceso de bienes y servicios. Esto ha llevado a que la mayor parte de la población rural de Latinoamérica se encuentre en condiciones de privación sociocultural” (Viñas-Román, 2003 en Fuica, 2014). En consecuencia es necesario, impulsar programas descentralizados que fomenten el desarrollo rural garantizándose el acceso a la educación en sectores aislados y de difícil acceso, asegurándose las condiciones y herramientas necesarias para superar los obstáculos territoriales en localidades alejadas de las urbes.

### **Categorías asociadas al objetivo específico N°2**

*“Identificar las fortalezas y debilidades que visualizan estos profesionales en la intervención que realizan en programas de atención de adicciones, en las comunas señaladas”.*

En este objetivo, se construyeron dos categorías en relación a las *fortalezas* de la intervención constituidas en base a el modelo teórico de intervención y al equipo profesional de los centros de tratamiento, de estas se desprenden cuatro subcategorías.

## **A) Asociados al modelo teórico de intervención**

### **1) Énfasis Biopsicosocial**

El paradigma biopsicosocial interpreta al individuo y la sustancia mediante la consideración de sus factores ambientales sociales (laborales, familiares y relacionales), psíquicos (duelos, traumas, configuración de identidad y tipos de personalidad) y biológicos (manejo de síntomas a través de la farmacología). (Apud y Romani, 2016)

*“Trabajamos el modelo biopsicosocial, contamos con profesionales como psicólogos, asistente social, terapeuta ocupacional, profesor de educación física, psiquiatra, socióloga, técnica parvulario,” (E4)*

*“Para eso, disponemos de una parrilla de prestaciones de un programa de tratamiento que debiera adecuarse al individuo y que tiene prestaciones fundamentalmente centrada en intervenciones psicosociales y biomédicas” (E1).*

De esta manera, este modelo entiende a la salud “no solo como un producto, ni un estado, sino como un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales. Lo anterior modifica la función del profesional en salud, la cual no solo sería reducida al ámbito curativo de las enfermedades’ sino de cuidar la salud y la vida teniendo en cuenta a la persona en su contexto vital”. (Vanegas & Gil, 2007: 58) Este enfoque, es valorado por los profesionales ya que ofrece la posibilidad de otorgar una intervención integral al sujeto de atención, incorporando además del componente biológico en un mismo tratamiento, componentes de trabajo en la línea de lo psicológico y social. De

esta manera, se apunta a que el sujeto pueda transformar las situaciones detonantes y consecuencias asociadas a un consumo problemático de una sustancia, las que se ven ligadas al área psicológica y social.

## **B) Asociadas al equipo profesional**

### **1) Análisis clínico de casos**

La experiencia clínica de los trabajadores sociales y los distintos profesionales presentes en los centros de tratamiento, constituye una oportunidad para el aprendizaje y la innovación, aspectos fundamentales para el mejoramiento continuo de los programas de rehabilitación y los mecanismos de atención que ofrecen los centros.

*“Tienes muchas reuniones de equipo, eso en otros lugares cuesta mucho constituirse, claro es desgastante pero si lo ves positivamente, es un aprendizaje es compartir con distintas profesiones, distintos profesionales y poder llegar acuerdo” (E2)*

Justamente, las posibilidades que ofrece el análisis clínico de casos desde un énfasis biopsicosocial, tiene que ver con que se mire a la adicción desde el punto de vista psicológico, social y biológico. Es así, como el análisis permanente y clínico en conjunto del equipo ofrece la posibilidad de tener diagnósticos más acertados y repensar en nuevas alternativas de intervención en las que se tenga presente otras características, ligadas a las áreas de saberes intervinientes.

### **2) Tolerancia y empatía**

Dentro de las entrevistas, los profesionales otorgan una gran importancia a las habilidades de tolerancia y empatía de los trabajadores sociales para con los usuarios de los programas. En este sentido, se afirma que la puesta en práctica de estas habilidades



en la generación de estrategias, produce intervenciones mucho más efectivas y facilita la cooperación de los usuarios.

*“Otra estrategia es la empatía, yo te escucho, yo te comprendo, y estoy acá contigo, con un poco de realidad porque o sea no hemos vivido lo mismo con el usuario sentado en tu box y desde ahí particularmente he logrado desde la empatía es, yo me pongo en sus zapatos y quizás no lo logre siempre, pero desde ahí yo estoy con usted, lo tratare de intentar, si no le parece dígamelo, desde la comprensión, empatía” (E6)*

Como se observa en el anterior relato, las habilidades comunicativas que ponen en práctica estos profesionales, se constituyen en un factor fundamental en la intervención social. Lo anterior toda vez que la escucha activa, el posicionamiento del profesional en la situación del sujeto, genera una cercanía que propende a la vinculación y configuración por parte del profesional como una figura significativa y aliada en trabajo de intervención para el usuario.

### **3) Versatilidad en la intervención**

Como característica de los trabajadores sociales, la versatilidad ocupa un lugar importante en las competencias que se estima debe poseer un profesional de la intervención. En el caso de la intervención en adicciones, esta cualidad es altamente valorada toda vez que cada usuario requiere una metodología diferente y la atención es determinada en gran medida por la adaptabilidad que hacen los trabajadores sociales a los programas de rehabilitación.

*“...por qué no es que tu acá trabajes solamente con terapia cognitivo conductual, si no que trabajas con todos los modelos, tienes que desarrollar ver al usuario y ver qué modelo es el más de acuerdo para trabajar con él” (E2)*

En este sentido, una intervención exitosa estaría determinada en gran medida por la habilidad del trabajador social de hacer un buen diagnóstico y definir un plan de trabajo coherente con el mismo.

Con respecto a las *debilidades* los profesionales visualizan en la intervención, los relatos aportaron a la construcción de tres categorías, las cuales fueron asociadas al equipo profesional y asociadas al modelo de intervención.

### **C) Asociadas al equipo profesional**

#### **1) Alta rotación del equipo**

Las dificultades para consolidar equipos de trabajo estables es un asunto pendiente en los programas de intervención en el territorio rural, lo que significa un entorpecimiento al servicio que otorgan los centros y una discontinuidad en los tratamientos de los usuarios.

*“Si tuviéramos equipos estables en el tiempo, pero la verdad que eso no pasa aquí hay un equipo que se mantiene, una parte del equipo que cambia.... más menos cada cinco, siete años, debiera producirse una renovación total (del equipo), no por voluntad del centro sino porque la gente busca nuevos horizontes” (E1).*

Como se observa en el relato precedente, la rotación profesional es uno de los aspectos que caracteriza la forma en la que se establecen los equipos de trabajo. Esto genera dificultades ya que no permite acumular experiencia y no permite la construcción de un equipo estable. En este sentido, un aspecto que influye en esta realidad, es que los centros de atención ubicados en la zona rural no dispondrían de los incentivos necesarios para poder retener a los profesionales que buscan desarrollarse profesionalmente.

## **2) Ausencia de especialistas en adicciones**

Para poder realizar sus labores, el trabajador social se vale de recursos teórico metodológicos que obtiene a través de su formación profesional especializada, los que deben estar sujetos a actualización permanente y a la adecuación a las condiciones históricas de la actualidad (Claramunt & García, 2013). En este sentido, la demanda del mercado y la iniciativa de perfeccionamiento del profesional configuran la especialización como un elemento escaso en los territorios rurales.

*“En este territorio cuesta harto encontrar profesionales, cuesta mucho más encontrar profesionales bien preparados y cuesta muchísimo más hasta ser prácticamente casi imposible encontrar profesionales bien preparados que tengan formación y experiencia en sustancias” (E1).*

*“Porque en estas zonas también faltan muchos profesionales, tiene que ver con la falta de expertos que se tiene en relación a la temática” (E5).*

Este aspecto se ve íntimamente relacionado con la alta rotación señalada por los informantes, señalando que afecta la intervención en el territorio analizado.

## **D) Asociados al modelo de intervención**

### **1) Exceso de trabajo administrativo**

En diversos servicios públicos se ha ido construyendo un fuerte rechazo a los protocolos burocráticos que están arraigados en la metodología de atención en las instituciones del Estado.

*“Si yo creo que nos juega en contra el trabajo administrativo, tener dos entes que nos supervisen, sentimos que todo el tiempo que gastamos administrativamente, se podría usar de otra forma” (E4)*

De lo anterior se desprende la idea de revisar los procedimientos propios de la burocracia en las instituciones públicas, ya que estos implican costos en tiempo y recurso profesional para actividades burocráticas, lo cual conlleva un desmedro de acciones de planificación e intervención.

## **2) Invisibilización del hospital base**

La falta de promoción del modelo de trabajo de los centros de tratamiento constituye un problema importante para el alcance de los objetivos de atención. Las dificultades que acarrea el desconocimiento de los modelos de intervención entre dispositivos de salud, dificulta el trabajo con la red e impacta directamente en las prestaciones ofertadas a los usuarios de estos tratamientos.

*“Una debilidad que existe, que ahora se está mermando con el tiempo, ha estado disminuyendo, el hecho de que no éramos visibles, no éramos visibles, éramos poco visibles para los hospitales entonces éramos como SENDA y en realidad somos parte del hospital, entonces eso trae consigo también que tiene lo que uno pretende conseguir, gestionar ,cueste más.” (E2)*

Por lo tanto, una campaña de difusión es vital para generar un trabajo colaborativo entre ambas instituciones, el poder generar las acciones que den a conocer la oferta programática de los centros de tratamiento, los cuales son parte de los hospitales, significa entre otros beneficios el llegar a potenciales usuarios que necesiten de atención en la temática de adicciones.

### **Categorías asociadas al objetivo específico N°3**

*“Conocer la opinión de los trabajadores sociales respecto de las características que tiene la política pública en adicciones, así como los desafíos pendientes en la materia”.*

A partir de este objetivo surgen tres subcategorías las que se denominan: Características de la política pública de esta se desprenden tres subcategorías:

#### **A) Características**

##### **1) Estandarización de la herramienta técnica**

En la mayoría de los centros se asumen metodologías estandarizadas de atención para los beneficiarios de la política pública para así poder mantener cierto control sobre los procedimientos de intervención.

*“Yo creo que eso tiene una razón bien concreta y es que las normas y orientaciones técnicas del Ministerio de Salud están pensando para una realidad nación... entonces las normas y orientaciones técnicas no están pensadas para los distintos territorios de hecho, yo creo que ni siquiera para Santiago... Si a eso tú le sumas que aquí no está para nada presente en el diseño de las norma y orientaciones técnicas ni la ruralidad ni el género ni la interculturalidad ni las barreras territoriales de acceso, claro que la oferta pública no responde para nada a la realidad del territorio” (E1).*

Es necesario contar con instrumentos que orienten la intervención, éstos deben considerar las características del territorio y sus destinatarios. Como plantea Carballada, una intervención social entonces es una acción programada y justificada desde un marco legal/ legítimo y teórico, que se realiza sobre un colectivo o individuo, trabajando sobre

las características singulares de diferentes sectores sociales con el fin de mejorar su situación generando una forma de transformación (2007).

## **2) Incompatibilidad de herramienta técnica con características del territorio y perfil del destinatario**

En estrecha relación con lo anterior, las indicaciones presentadas en los lineamientos técnicos respecto a los tiempos de asistencia y permanencia para el tratamiento de una adicción, son configurativas de una incompatibilidad importante para los sujetos de atención en sectores rurales ya que no consideran en su planificación elementos como la frecuencia en el transporte público, las distancias territoriales ni los recursos económicos necesarios para los traslados.

Por el contrario, Matus (2003) rescata la importancia de la integración del componente contextual en el ejercicio de la intervención, el cual debe incorporar las características propias de este lugar, señalando que es necesario revisar y replantear la forma en cómo se construye el sujeto de intervención y la intervención misma, evitando caer en la homologación de la intervención, sin revisar los sentidos de ésta, y cómo se relaciona con su contexto.

*“Se supone que una persona que está en un o plan intensivo debiera tener una asistencia de 4 a 6 horas por día de tratamiento y venir 4 a 5 veces a la semana ya, ya en algún momento nosotros decíamos pucha aquí todos los gallos son temporeros, tienen trabajo informal pero como se va a comer 30 horas a la semana de tratamiento si además tiene que trabajar” (E1)*

Para los profesionales, el diseño centralizado de los programas de rehabilitación pasa por alto las particularidades del territorio y del perfil de usuario que demanda los servicios

en los centros de atención. En este sentido, los profesionales refieren que la planificación del tratamiento mismo debe flexibilizarse y adaptarse a las condiciones que se presentan en el territorio ya que de otra forma el desarrollo del tratamiento es inviable.

### **3) Posibilidad de adaptación del programa**

Como se ha señalado, la política pública viene diseñada a un nivel nacional. Tiene ciertos estándares y agrupa un selecto número de programas a implementar en las diferentes localidades que componen el territorio nacional. Sin embargo, ésta no considera la realidad local y, en muchos sentidos, podría decirse que es insuficiente para generar una atención eficaz de los usuarios de estos centros. En esta misma lógica, los profesionales que trabajan en los sectores rurales adaptan los programas a las condiciones materiales de sus propios centros de atención.

*“Lo que te quiero decir, en definitiva, es que el programa no es tan rígido que no te permita generar esa adaptación, nosotros también vamos teniendo más apertura, nos vamos dando cuenta que o rectificando las formas de trabajar” (E5)*

De los *desafíos* pendientes en la política pública surgen ocho subcategorías las cuales se presentan a continuación.

#### **B) Desafíos**

##### **1) Comprender la cultura familiar del territorio**

De acuerdo a lo que plantean los profesionales uno de los desafíos es comprender la cultura familiar del territorio, ello es coherente con los planteamientos de SENDA para quien actuar eficazmente frente a las necesidades de los usuarios, supone considerar el componente social a partir de la comprensión del entorno familiar en la que se encuentran los beneficiarios de la intervención (SENDA - MINSAL, 2014), ya que la

simultánea relación entre los consumos problemáticos y la integración del sujeto con su medio nuclear (la familia), nos entrega las pistas a seguir para reformular las competencias de integración social y en la articulación e intermediación de redes socio-comunitarias.

*“En términos familiares son las dinámicas son dinámicas particulares, diferentes composiciones familiares desde lo extenso incluso más que lo nuclear o bi parental, los abuelos se hacen cargo de los nietos, los hijos viven con los papas por siempre, entonces son dinámicas diferentes, acá por ejemplo se da una dinámica que son particulares de la zona, la dinámica es bien particular en términos familiar” (E5).*

Estos planteamientos son recogidos en estudios que muestran la importancia del componente familiar en la intervención. Una publicación del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid (2012) señala que entre los problemas que suelen aparecer relacionados con las adicciones es frecuente observar una ausencia de la vinculación con el entorno inmediato, una falta de sentimiento de pertenencia del sujeto, una baja percepción de sí mismo, y de los propios problemas como algo ajeno a la realidad familiar y social. Ante este hecho, es urgente impulsar la inclusión de los aspectos relacionados a la composición familiar, ya que incorporar estos aspectos permite generar hipótesis diagnósticas que podrían delatar situaciones como el aglutinamiento, el consumo transgeneracional y la codependencia presente en las familias de un sujeto que padece de un trastorno por uso de sustancias.

## **2) Formación continua del profesional**

Otro aspecto que aparece relevado en los discursos, dice relación con que el mejoramiento continuo del servicio que prestan los centros de atención tiene que ver con la formación continua de los profesionales.



*“Conocer bastante el área de intervención, tienes que ir capacitándote, sobre todo en trabajo social el trabajo con las familias es súper importante, sobre todo en adicciones, la psicoeducación con respecto a la enfermedad es súper importante” (E2)*

*“Cada usuario es distinto y eso nos hace tener que estar leyendo, estudiando, averiguando... todos los días algo nuevo” (E4)*

En este sentido, los profesionales refieren la necesidad de capacitarse continuamente para dar una mejor respuesta al sujeto de intervención que paulatinamente se presenta de manera más dinámica, acarreando nuevas categorías de intervención que en ocasiones tampoco cumplen a cabalidad con el perfil establecido de intervención de la misma institución. En palabras de Carballeda, se configura como un sujeto inesperado, el cual en ocasiones “no coincide con los mandatos fundacionales de las instituciones y es contradictorio con la idea de sujeto de intervención que éstas generaron dentro de las fragmentaciones que se fueron construyendo desde las lógicas neoliberales. En otras palabras, una subjetividad que se funda desde la exclusión, dentro de trayectorias fragmentadas, marcadas por la pérdida de derechos y la incertidumbre”. (Carballeda, 2017 pág. 50). Lo anterior es sindicado por los entrevistados como un elemento desafiante tanto para los profesionales como para la política pública, lo que demanda la continua formación en temáticas relacionadas a las categorías emergentes presentadas por los usuarios.

### **3) Potenciar el desarrollo de capital humano**

Dentro del compromiso ético y político que adquieren los profesionales, la promoción del desarrollo humano es una de las temáticas con mayor trayectoria histórica del Trabajo Social (López, 2011). En este sentido, la identificación de intereses y

habilidades en los usuarios es considerada fundamental para el éxito de los objetivos de rehabilitación y el diseño de actividades terapéuticas.

*“Aunque quizás identificar, no sé, si hay personas que tienen habilidades para ciertas actividades en específico, potenciar esas habilidades, potenciar la nivelación de estudios a través de becas quizás.” (E5).*

En este sentido, se señala el desafío de propiciar durante el trabajo del tratamiento, específicamente en sus intervenciones con el usuario, la necesidad de desarrollar nuevas o mejores capacidades en las personas usuarias que le permitan una mayor y mejor interacción con su medio social. Si bien lo anterior es sugerido por el lineamiento técnico, parece no ser compatible desde el trabajo en redes, por lo tanto es mencionado por los profesionales como una necesidad de ser incorporado desde los mismos centros de tratamiento.

#### **4) Integración del usuario con el medio social**

A lo largo del marco teórico se señala la gran influencia que ejerce el medio (tanto social como territorial) en la consolidación de hábitos y prácticas características de los usuarios en el territorio rural. Trabajar el componente cultural es uno de los desafíos más grandes para los trabajadores sociales en los centros de atención, ya que los valores asociados a la vida rural están arraigados muy fuertemente en la forma de interacción social y el tipo de actividades que adoptan los usuarios en su cotidianidad.

*“Desde el trabajo social, yo creo que uno de los grandes desafíos tiene que ver con poder ir incorporando una inserción a la red a los espacios de disfrute que no estén asociados al consumo articulación con espacios que también sean protegidos de trabajo” (E5).*

No se debe perder de vista, que el consumo de sustancias en estos territorios cumple una función estrechamente asociada con la identidad cultural de los sujetos con su contexto, por consiguiente, se genera un sentido de pertenencia e inclusión de los usuarios en su espacio y su grupo de pares. En este sentido, el poder generar las acciones necesarias para asociar al sujeto con otros espacios o intervenir en la concepción que se tiene de éstos podría aumentar la posibilidad de que el usuario transforme los espacios de disfrute asociados al consumo o manifieste disposición incorporarse en otros.

### **5) Perseverancia en el trabajo con redes asistenciales**

Las dificultades para el trabajo con redes asistenciales muchas veces radican en la incompatibilidad del perfil del sujeto con los establecidos para el acceso a un beneficio o un servicio social. Lo anterior, en palabras de Saldaña (2008) es sindicado como la enfermedad de la medición en la sociedad que consiste en querer traducir los fenómenos sociales y humanos a una categoría rígida. El autor señala que esta obsesión por transformar cualquier experiencia social y humana en términos numéricos es una expresión caricaturizada de la ilusión de creer que la realidad puede ser rigidizada. Sin embargo, el autor refiere que en este mismo intento de equiparar las condiciones sociales de un sujeto, paradójicamente, la forma que es comprendida genera inmediatamente exclusión. En este sentido, la incompatibilidad de los perfiles presentados por los usuarios en relación a los requisitos de acceso a beneficios y servicios de parte de la red social, exige al profesional la perseverancia en el trabajo con redes.

*“El desafío de dialogar con los otros en la red, o sea, desde los centros de tratamiento los trabajadores sociales somos los encargados de hablar con la red. Muchas veces pasa que la red no está sensibilizada con el tema, que está enfocada en sus propios temas, en sus propios lineamientos y ahí tenemos dos opciones, o decir “pucha ya fui y me fue mal” o “me fue mal pero voy a ir mañana, voy a ir pasado y voy a seguir intentando... el perseverar con la red, que es como nuestro rol bien importante.” (E3)*

Por lo tanto, para desarrollar una metodología de seguimiento que permita vislumbrar los estados de avance de los usuarios del programa y los resultados de cada institución de rehabilitación, es importante garantizar la participación de diferentes organismos de la red y la implementación de mecanismos de comunicación efectiva entre áreas, departamentos y centros de atención respectivamente, que aumenten la probabilidad de la permanencia de los cambios generados por el usuario.

## **6) Acercar la intervención profesional al territorio de los usuarios**

Si bien las condiciones territoriales son concebidas en gran medida como un obstáculo para la intervención, uno de los desafíos para el profesional es poder acercar el tratamiento al sujeto, ello implica que el trabajador contemple las posibilidades que le entrega el centro de atención en el cuál se desarrolla como profesional y gestione soluciones creativas al problema de accesibilidad del servicio.

*“Si se visualizara si se pudiera administrativamente... tener la posibilidad de movilización una vez a la semana... se podría trasladar a los CESFAM de sectores alejados a trabajar” (E2).*

*“Desde el trabajo social el desafío principal es llegar al territorio, salir de la zona de confort y acercarnos al territorio del paciente” (E3).*

En concordancia con los aportes de Fuica (2014) podemos afirmar que existe un gran contraste en la cobertura y accesibilidad de los centros de atención, ya que evidentemente se han concentrado los esfuerzos en el desarrollo de las zonas urbanas, en desmedro de las zonas rurales. Considerando el contexto en el que se configura la accesibilidad de los usuarios inserto en localidades rurales, la información recabada apunta a la necesidad de descentralizar la intervención. En este sentido, un desafío para el profesional sugiere promover acciones tendientes a acortar las brechas impuestas por

las configuraciones del territorio, desafiando al profesional a insertarse en espacios como postas rurales, juntas de vecinos u otros espacios presentes en la comunidad del usuario para la atención en adicciones

## **7) Incorporación de la perspectiva de género**

Desde la fuerte presencia del modelo patriarcal en sectores rurales, los programas de rehabilitación para las usuarias con problemas de adicción se ven constantemente desafiados por las características del entorno y de la cultura que enmarca las relaciones sociales en estos territorios, por lo tanto es necesario incorporar la perspectiva de género a la intervención.

*“La incorporación de más usuarias marca el tema de género... la incorporación femenina al centro, desafía a poder generar estrategias desde el empoderamiento del rol, la equidad de género, la equidad de oportunidades, la equidad de acceso puede ser un desafío de centro” (E6)*

Bajo esta lógica, es urgente proyectar una incorporación de la perspectiva de género en el diseño programático e institucional de los centros de atención, ya que la ausencia de ésta impacta en gran medida el modelo de atención a las usuarias y compromete la eficacia de los programas de rehabilitación. Ante esta realidad, “seguir pensando e investigando sobre esa complejidad será una labor de todos y todas, con el objetivo de poder facilitar esa traducción operativa de los principios feministas que es necesaria en la intervención social” (Alcázar, 2014, pág., 32).

## **8) Intervención con jóvenes**

La ampliación en los rangos etarios de atención, es señalada por los entrevistados como un desafío, ya que implica la incorporación de usuarios que apenas cumplen con la mayoría de edad. Estos usuarios son sindicados como jóvenes, lo que añade un nuevo

componente para el diseño de planes de tratamiento, la incorporación de este grupo de usuarios a los programas de rehabilitación significa un cambio en la metodología de trabajo de los profesionales en los centros de atención.

*“(...) ahora se atiende desde los 18 años, está llegando población de menor edad y es un desafío para los profesionales generar estrategias, tener herramientas metodológicas y poder abordar (...) el área... de vulneración de derecho (...) vienen con inicio de consumo temprano viene de dinámicas familiares negligentes, situaciones de abandono, violencia entonces poder de cierta manera lo que se llama en la infancia la re significación de la infancia” (E6).*

En este sentido, es interesante considerar lo que plantea el Protocolo de Intervención desarrollado por el Instituto de Adicciones de Madrid (2012), el que busca el desarrollo de programas específicos de atención al consumo de sustancias en jóvenes, mejorando su acceso a un tratamiento de calidad. De esta forma, se hace necesario adicionar a los lineamientos técnicos, metodologías y enfoques para la intervención con jóvenes ya que si bien son considerados mayores de edad es un rango etario que apenas ha superado las etapas de la adolescencia e inicia su etapa adulta. En conclusión, es necesario incorporar estos enfoques para la intervención.

## Capítulo 5: Conclusiones

Las adicciones a las drogas se configuran en Chile como un problema de salud pública y un problema social que requiere de una intervención temprana, pues según los últimos estudios, el fenómeno de la adicción ha ido en aumento, diversificándose el tipo de drogas consumidas y aumentando el número de consumidores. Por lo mismo, se ha establecido una Política Pública para su enfrentamiento, cuya responsabilidad se encuentra en el Ministerio de Salud y el Servicio Nacional de Prevención SENDA.

La política de enfrentamiento del consumo problemático de drogas y alcohol cuenta con planes, programas y proyectos a nivel nacional y un modelo de intervenciones diseñado para trabajar en la problemática de adicciones, que si bien asume variables como el género, la etnia y el ciclo vital de cada sujeto, no considera el territorio, específicamente el rural. Ello adquiere complejidad si se considera que, los teóricos y los estudios actuales sobre intervención social, señalan la relevancia que tiene la variable territorio en la intervención, indicando la relación entre el escenario necesidad social y los problemas sociales. En este contexto, conceptos como “pensar situado”, “polifonía de la intervención”, “complejidad de los escenarios sociales”, cobran relevancia.

No obstante lo anterior, los modelos de Intervención establecidos en planes, programas y proyectos establecen matrices de intervención con prestaciones predefinidas, que constituyen los marcos referenciales de trabajo para los equipos interdisciplinarios, definiendo la trayectoria a trabajar y las prestaciones a ejecutar, lo que se configura como un elemento orientador que es visualizado como una fortaleza por los profesionales, así como el modelo biopsicosocial y el trabajo interdisciplinario.

Para dar un orden a las conclusiones, estas serán presentadas de acuerdo a los objetivos específicos.

### **Particularidades del territorio**

Con respecto a las particularidades de la intervención en sectores rurales, una primera conclusión tiene que ver con la necesidad de entender la naturalización del consumo en los sectores analizados. En este sentido, la cultura rural es tremendamente patriarcal, cuestión que provoca la emergencia de aspectos tales como una concepción rígida de roles, la violencia de género, el maltrato infantil, la violencia económica y una serie de prejuicios y procesos de estigmatización hacia las mujeres que consumen drogas, quienes realizan un consumo escondido que va asociado a la culpa y a la vergüenza.

Por otra parte, la naturalización del consumo de sustancias, se expresa principalmente en el alcohol, el cual en sectores rurales se encuentra ligado a prácticas cotidianas como celebraciones, fiestas, caza, pesca, y a la finalización de la faena agrícola, dado que esto forma parte de la vida en el campo, se constituye como “normal”, por lo que resulta complejo problematizar con el sujeto: “Por ejemplo acá, nosotros somos zona vitivinícola, la gran mayoría de las personas trabaja como temporeros agrícolas en Viñas, entonces el consumo de alcohol es muy fuerte” “el contexto trabajo-alcohol en las zonas rurales van de la mano, en donde jornadas en que el jefe –y acá lo han dicho- al terminar una hilera les tienen la cerveza, ese es el estímulo.” En este sentido, existe una normalización del uso de alcohol en muchos lugares de trabajo zonas de historia vitivinícola, de producción de alcohol por lo tanto este se encuentra presente en el desarrollo de las comunas y ciudades que emergen continuas a estos lugares de trabajo. Por último, la presencia de gran parte de la población destinataria con problemas de lecto escritura, exige a los profesionales diseñar actividades que respondan al perfil de los usuarios con las complejidades que aquello implica.

Así mismo, los tiempos y costos en los traslados de los usuarios para realizar tratamiento se visualizan como una característica particular del territorio, y que es relevante de considerar en la planificación de la intervención, ya que los problemas de acceso a tratamiento podrían impactar en la motivación del usuario a realizar tratamiento.



Otro elemento que se configura como particular en el territorio y que comparte un grupo de la población de atención de los centros de tratamiento, es que presenta niveles de analfabetismo y baja escolaridad, lo anterior es configurado como un elemento a considerar de algunas prestaciones pre-establecidas. “No puedo tener un taller socio-educativo que requiera abstracción, si mi población tiene tercero básico”.

En relación a la intervención del trabajador social, se puede señalar que se ha ido perfilando en su práctica la integración del sujeto con la red social en áreas de salud, vivienda, educación, asistenciales entre otras. Por otra parte, la intervención con familias se hace necesaria para la intervención con el fin de evitar la segregación familiar, los fenómenos de codependencia y los consumos transgeneracionales. A su vez, el trabajo con grupos es otra de las particularidades identificadas por los entrevistados en la intervención en adicciones, toda vez que estos se adecuen a estrategias acordes a los territorios, tales como el trabajo con huertos.

### **Fortalezas y debilidades de la intervención**

En relación a las fortalezas señaladas por los entrevistados, el modelo biopsicosocial es relevado como una oportunidad para realizar una intervención integral, lo que supone un enfoque apto para dar respuesta al fenómeno de las adicciones y sus distintas manifestaciones en el sujeto y su entorno social. Estrechamente relacionado con lo anterior, otra de las fortalezas reconocidas por los profesionales es el análisis clínico de casos, espacio de análisis permite la socialización de conocimientos y perspectivas desde los distintos profesionales para, finalmente, la elaboración de un plan de tratamiento que responda de forma más rigurosa a las características particulares del individuo.

En otro orden de cosas, habilidades sociales como la tolerancia y la empatía son identificados como positivas para la intervención, configurándose como oportunidades de generar un vínculo con el usuario. Estas habilidades blandas son fundamentales para elevar las probabilidades de éxito en la intervención con el sujeto.

Por su parte, la versatilidad en la intervención permite al profesional superar la rigidez de un programa prediseñado que no siempre se ajusta al perfil del usuario y el contexto socio cultural en el que se desenvuelve.

En cuanto a las debilidades, la alta rotación profesional en los equipos de tratamiento dificulta el desarrollo de un equipo de trabajo estable, lo que exige una constante acomodación de los profesionales a nuevos integrantes del equipo. Este aspecto es producido en gran medida debido a que muchos profesionales se cambian de trabajo buscando mayores condiciones laborales y nuevas oportunidades de trabajo que ofrezcan mayor proyección o mayores niveles de capacitación. Finalmente, en estrecha relación con lo anterior, otro de los elementos obstaculizadores de la intervención, dice relación con la ausencia de profesionales especialistas en adicciones en los sectores rurales.

### **Desafíos de la intervención**

El modelo de intervención en adicciones establece mínimos de asistencia a las actividades predeterminadas y en horarios preestablecidos, lo que obliga al desplazamiento del sujeto que se encuentra en tratamiento a su centro de atención. Esto se complejiza en el territorio rural por los tiempos de traslado, los costos, las jornadas laborales del trabajo agrícola, entre otros: “El territorio yo creo que hay que tenerlo en consideración, porque no es lo mismo cuando estas a tres cuadras del centro, donde te vas a atender, que cuando estas a dos horas y media de viaje”.

El modelo estandarizado de prestaciones no considera la ruralidad generando algunas disonancias con el territorio. En este sentido, las barreras de acceso, las prácticas cotidianas de la vida rural y su vida laboral influye en las posibilidades de éxito en su tratamiento.

El Trabajo social vislumbra como un gran desafío profesional en estos sectores el trabajo con la familia dadas las particularidades de las mismas. De ahí que se plantea como una necesidad la formación profesional permanente y continua, que les permita desarrollar competencias e instrumental comprensivo del territorio y sus

particularidades, entendiendo que en estos contextos la intervención en adicciones debe considerar la cultura patriarcal al igual que la vulnerabilidad de la mujer.

Los aspectos anteriormente descritos constituyen un insumo interesante para pensar la intervención en estos sectores.

Otro de los desafíos señalados para la intervención refiere a profundizar el trabajo de integración social de los sujetos, específicamente en lo relativo a potenciar su capital humano, la incorporación al medio social.

Otro de los desafíos más interesantes relevado por los trabajadores sociales, es cambiar el sitio de intervención, trasladándose al territorio del sujeto, para intervenir en el entorno inmediato de cada uno de ellos. Para los trabajadores sociales, también resulta un desafío en la intervención llevada a cabo tradicionalmente, la demanda de atención de otros grupos como mujeres y jóvenes rurales, para lo cual también necesitan diseñar estrategias acordes al contexto, incorporando la perspectiva de género y el desarrollo de capital humano respectivamente.

Finalizando, se hace necesario señalar que los hallazgos de esta intervención permiten dar cuenta de la necesidad de diseñar modelos locales de intervención que consideren a las personas como sujetos y no objetos de la política, donde se considere las particularidades del territorios, sus prácticas, su cultura, su cotidianidad, la participación activa del sujeto, su familia, su comunidad y sus organizaciones sociales.

El fenómeno de la adicción y el consumo de alcohol en sectores rurales se encuentra en proceso de cambio, variando desde un consumo preponderante de alcohol a incorporarse drogas como la pasta base y la cocaína, lo que configura policonsumo de sustancias en la población. Lo anterior requiere una constante reflexión y comprensión de los equipos profesionales que allí trabajan, ya que el perfil del usuario se complejiza. En ese sentido, los trabajadores sociales advierten la necesidad de seguir capacitándose en temáticas actualizadas y de carácter teórico práctico vinculadas a la intervención en adicciones.

## Bibliografía.

Alcázar, A. (2014) *"Miradas Feministas y/o de Género al Trabajo Social, Un Análisis Crítico"* Universidad de Granada, España.

Ander – Egg, E. (2011) *"Diccionario de Trabajo Social"*, Instituto de Ciencias sociales aplicadas, Editorial Brujas, 25° edición.

Asociación americana de Psiquiatría, (2013). *Diagnóstico de salud mental, 5° edición.* Washington: American Psychiatric publishing.

Apud, I. y Romani, O. (2016), *"La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia"* Vol. 16, Montevideo, Uruguay. *Revista de Salud y Drogas.*

Banu, M. Guille, M. (2014) *"Una mirada sobre Trabajo Social y Naturaleza, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales"*, Uncuyo Centro de Publicaciones. Mendoza.

Carballeda, J. (2013) *"La Intervención en lo Social desde una perspectiva americana. Algunos aportes de Enrique Dussel y Rodolfo Kusch"* Volumen 70

Carballeda, A. (2007). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos.* Paidós, Buenos aires.

Carballeda, J. (2017) *"La irrupción de un sujeto inesperado"* Revista *"Voces en el fénix"* Volumen 62, página 50.

Berdegú, J. Jara, E., Modrego, F. San clemente, X., Schejtman, (2010) *"comunas rurales de Chile"* Documento de Trabajo N° 60 Programa Dinámicas Territoriales Rurales, Rimisp – Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural.

Bergoña, L. (2010), *cuadernos de trabajo social vol. 23, departamento de trabajo social y servicios sociales, Universidad complutense, Madrid.*

Bodgan, S. T. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación la búsqueda de significados.* Barcelona: Paidós.

Briones, G. (1994). *"Incompatibilidad de paradigmas y compatibilidad de técnicas ciencias sociales"* Universidad de Chile, Revista de sociología. Extraído desde <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/122220>

Caudevilla, F. (2007) *"Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo"*, Barcelona, Grupo de intervención en drogas.

Ceitillin, J. (1999) *Revista de medicina Vol. 21 no.3*

CONACE, (2005) *"Modelo de intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, reclusas en los establecimientos penitenciarios Chilenos"* Santiago.

CONACE (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2018. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Santiago.*

Claramunt, A. & García, A., (2013) "La formación continua de los trabajadores sociales en debate: trayectoria, límites y desafíos" Universidad de la República, Uruguay

Del Moral, M., Fernández, P. L., Ladero, L., & Lizasoain, L. (1998). *Conceptos fundamentales en drogodependencias*. Ladero L, Lizasoain L. Drogodependencias. Madrid (ES): Medica Panamericana.

Díaz, L. Torruco, Uri. Martínez, Mildred, Varela, M. (2013) "La entrevista, recurso flexible y dinámico Investigación en Educación Médica", vol. 2, núm. 7, Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México

Diccionario de lengua española, Real academia española, 2017. <http://dle.rae.es/?id=0k8i4DT>

Donoso M. & Saldías P. (1998) "Modelo de Intervención para el Trabajo Social Familiar" Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica.

Escohotado, A. (2006). *Aprendiendo de las drogas: usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona: Anagrama

Fawaz, j. (2007) "Características de la nueva ruralidad en Chile. Reflexiones a partir de la realidad de la provincia de Ñuble", región del Biobío, Chillán.

Fernández Carballo, Secades-Villa y García (2007). *Papeles del Psicólogo*, vol. 28, 2007. Vol. 28, Madrid

García, Fernando, (2002). *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, 04- Vol. 3, Santiago. Extraído de [http://criminnet.ugr.es/recpc/recpc\\_04-r3.pdf](http://criminnet.ugr.es/recpc/recpc_04-r3.pdf)

Hidalgo, Laura (2005) "Confiabilidad y Validez en el Contexto de la Investigación y Evaluación Cualitativas", Santiago.

INE, (2005) "Chile: Ciudades, pueblos, aldeas y caseríos", Santiago.

Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid (2012) "Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones". Madrid, España.

Krause. M. (1995) "La investigación cualitativa: un campo de posibilidades" *Temas de educación* N° 7. Santiago.

Ley 20502: <https://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20502>

Ley 20000: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=235507>

Lobos, M (2012). *Políticas públicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas*. Santiago: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.

López, J. (2011) "Intervención y Saberes de Acción desde el Trabajo Social" Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Martínez, Jorge (2011) *Revista Silogismo* N° 8 Bogotá –Colombia. Artículo *Métodos de investigación cualitativa*.

- Matus, T. (2003) *“La intervención social como gramática. Hacia una nueva semántica propositiva del trabajo social frente a los desafíos de la globalización”* Numero 71, Santiago.
- M, Juan. Pérez F. (2009), *Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Campus Sur. Universidad de Chile. Santiago.*
- NIDA. (2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Rescatado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion-en-2018>, February 27*
- Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas (2016) *“Informe mundial sobre las droga”, UNODC research, Viena.*
- Organización mundial de la salud (1994). *“Glosario de términos de alcohol y drogas”.* Madrid: Centro de publicaciones, Ministerios de sanidad y consumo.
- Pavés, J., Prat, A. (2006) *“análisis crítico de la ley N° 20.000”.* Universidad de Chile, Santiago.
- Saavedra, J. (2015). *“Cuatro argumentos sobre el concepto de intervención social”* Cinta moebio 53: 135-146 Extraído de <http://www.cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/36718/38299>
- Saldaña, A. (2008). *“La sociedad enferma de gestión. Ideología gestionaría, poder managerial y hostigamiento social”.* CPU-e, Revista de Investigación Educativa, 7. Recuperado el [14-3-2018], de [http://www.uv.mx/cpue/num7/resena/saldana\\_sociedad\\_gestion.html](http://www.uv.mx/cpue/num7/resena/saldana_sociedad_gestion.html)
- Sánchez (2012) *“Genero y drogas”* Alicante, Diputación de alicante. Área de Igualdad y Juventud.
- SENDA (2016) *Cuenta Pública 2016, Santiago.*
- SENDA - MINSAL (2014) *“Norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol”.* Santiago.
- Muena, C. (2007) *“El Paradigma Biomédico y la Formación de Pre-grado de los Estudiantes de Medicina de las Universidades Chilenas”* Universidad de Chile, facultad de ciencias sociales departamento de sociología, Santiago.
- Saavedra, J. (2015). *Cuatro argumentos sobre el concepto de intervención social* Cinta moebio 53: 135-146 Extraído de <http://www.moebio.uchile.cl/53/saavedra.html>
- Rueda, A. (2006) *“El concepto de intervención social y sus retos frente a la gestión”* Revista Polis, programa de Sociología Universidad de Icesi, Calí.
- Unidad de Información Municipal, (2008) *“Glosario de términos de salud municipal”*, Santiago.

## Anexos

### **PROTOCOLO DE ENTREVISTA**

1. ¿Cómo es el proceso de intervención que usted desarrolla, que hace un profesional en esta área?
2. En Su opinión, ¿la oferta programática en adicciones responde a las necesidades específicas de la población en este sector?
3. ¿En qué consiste el programa en adicciones?
4. ¿Qué aspectos del contexto se debería tener presente a la hora de realizar una intervención social en adicciones en sectores rurales?
5. Según su experiencia ¿Cuáles serían las fortalezas que del quehacer profesional en centros de tratamiento de adicciones en sectores rurales como este? (cuales serían las fortalezas)
6. Según su experiencia ¿Cuáles serían las debilidades que influyen en el quehacer profesional en centros de tratamiento de adicciones en sectores rurales como este? (¿el programa tiene debilidades, Cuáles?)
7. Si usted tuviera la oportunidad de participar en el diseño de un modelo de intervención en adicciones en sectores rurales. ¿Qué propondría?
8. Según su experiencia ¿Cuáles son según usted, los principales desafíos para la intervención en adicciones en sectores rurales como este, desde el trabajo social?

9. En relación con su experiencia respecto de su quehacer profesional ¿cuáles han sido las estrategias, que según su opinión, han generado mejores resultados en la intervención? (En su experiencia ¿cuáles han sido las estrategias, que han generado mejores resultados en la intervención )
10. Según su opinión, ¿el programa contempla la posibilidad de adaptarse a los contextos territoriales específicos en las que se ejerce el quehacer profesional?
11. Según su opinión, ¿el/la trabajador social tiene alguna posibilidad de adaptar el programa a las características del contexto en el que tiene lugar? (¿La intervención en adicciones que usted realiza, se adapta a las características del contexto en el que tiene lugar?)
12. Según su experiencia, cómo describiría o caracterizaría usted al sujeto de atención de este programa.

#### ANTECEDENTES ENTREVISTADO

-Nombre: \_\_\_\_\_

-Profesión: \_\_\_\_\_

-Nombre Centro de Tratamiento Adicciones:

\_\_\_\_\_