



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ

Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y Económicas

Escuela de Psicología

FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y EMPÍRICOS SOBRE EL LUGAR
QUE OCUPA EL APOYO SOCIAL EN EL PROCESO DE
REHABILITACIÓN DE SUJETOS QUE PADECEN TRASTORNOS
ADICTIVOS EN LA SALUD PÚBLICA CHILENA

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO
DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Autores: Fernanda Andrea Bascuñán Soto

Carolina Denisse Epul Epul

Valentina Paz Moya Rodas

Javiera Galicia Sarmiento Jara

Profesor Guía: Ps. Daniel Holloway Sahli

SANTIAGO - CHILE

2018

Resumen

La presente investigación se propondrá explorar el lugar, en tanto noción y relevancia que ocupa el apoyo social en el tratamiento y rehabilitación de las adicciones en la salud pública chilena desde el relato de los profesionales. Para esto se dispondrá de distintas instituciones de atención mental de orden público, como COSAM y CESFAM ubicados en diferentes comunas de la región Metropolitana de Chile.

Esta tesis de investigación cuenta con un enfoque cualitativo, por tanto; la recolección de datos consta de la realización de entrevistas semiestructuradas y posteriormente, mediante teoría fundamentada, se establecen las relaciones entre los relatos obtenidos, aportando así a la sistematización de las nociones de apoyo social que manejan los profesionales y contribuyendo a la teorización de esta noción en nuestro medio nacional.

Palabras clave: Apoyo social, tratamiento de adicciones, profesionales salud mental pública.

Abstract

The present investigation will propose to explore the place, in as much notion and relevance that social support occupies in the treatment and rehabilitation of the addictions in the Chilean public health from the story of the professionals. For this purpose, different public order mental care institutions will be available, such as COSAM and CESFAM located in different communes of the Metropolitan Region of Chile.

This research thesis has a qualitative approach; therefore, data collection consists of conducting semi-structured interviews and then, through grounded theory, the relationships between the stories obtained are established, thus contributing to the systematization of the notions of social support managed by professionals and contributing to the theorization of this notion in our national environment.

Keywords: Social support, treatment of addictions, public mental health professionals.

Agradecimientos

La elaboración de esta tesis fue un proceso arduo lleno de obstáculos y dificultades, sin embargo, todo es posible en presencia del cariño de las personas que quieres. Por eso damos las gracias:

A Dios por darnos las fuerzas cada día para seguir continuando con este proceso.

A nuestro querido grupo de tesis: amigas y hermanas que a pesar de enfrentar muchos “peros”, supimos hacer frente a todas esas adversidades continuando juntas hasta el final.

A nuestra familia por la paciencia, los consejos y la escucha. Fueron nuestra terapia.

A nuestro profesor guía por su colaboración y voluntad.

¡Sí se pudo!

Muchas Gracias.

Tabla de contenidos

Resumen	2
Abstract	3
I. Introducción	8
II. Planteamiento del problema	10
III. Desarrollo	14
Pregunta de Investigación	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos	14
IV. Marco Teórico	15
A. Definiendo el fenómeno de apoyo social en el consumo problemático de sustancias de la salud pública chilena	15
B. ¿Cuál es la aproximación entre apoyo social y lazo social en el consumo problemático de sustancias?	20
C. ¿Cuál es la relación entre apoyo social y redes de apoyo en el consumo problemático de sustancias?	22
D. Consumo problemático de sustancias y tratamientos desde el apoyo social	24

V. Marco Metodológico	29
A. Enfoque metodológico	29
B. Tipo de investigación	29
C. Muestra.....	30
D. Estrategias del levantamiento de la información	31
E. Estrategias de análisis de la información y procedimiento	32
F. Resguardos éticos de la investigación.....	33
VI. Resultados	36
VII. Discusión	50
VIII. Conclusiones y reflexiones finales	52
IX. Referencias Bibliograficas	56
X. Anexos	60
A. Autorización trabajo en terreno.....	60
B. Consentimiento informado.....	63
C. Resumen Ejecutivo.....	67
D. Entrevista Semi-Estructurada.....	69
Entrevista A.....	69
Entrevista B	91
Entrevista C	105

Entrevista D.....	115
Entrevista E.....	128
Entrevista F.....	146

I. Introducción

La motivación por esta investigación surge a raíz de que constantemente los profesionales de la salud mental se percatan acerca de la relevancia que cumple el apoyo social en el tratamiento “exitoso” de sujetos por consumo problemático de sustancias, siendo analizado desde la salud pública chilena. Esto se debe al alza sostenida en el país de los niveles de consumo de sustancias adictivas, mientras que, por otra parte, se encuentra la problemática social a la que se enfrenta la salud pública chilena con recursos presupuestarios muy limitados y en gran medida a la desinformación de cómo se debería apoyar a una persona adicta. La atención digna y métodos de promoción y prevención ante el consumo de sustancias. Esta investigación está orientada a la obtención del grado académico, conocer cómo se ejecuta el fenómeno de apoyo social en el tratamiento en salud pública desde el relato de los profesionales con la finalidad de obtener una noción previa de cómo funciona en la práctica el sistema de salud mental en el contexto de consumo problemático de sustancias.

Los primeros cuatro capítulos de esta tesis constan de conceptos teóricos donde el concepto de apoyo social es fundamentado por diferentes autores y estudios previos que respaldan su condición de fenómeno por sobre la de un mero concepto. Mientras que los últimos tres capítulos se centran en el aporte empírico a la formación, relevancia y lugar que ocupa el apoyo social para el tratamiento por consumo problemático de sustancias.

El interés por el concepto de “apoyo social” se origina en los años ‘70 desde el movimiento social comunitario como una variable que se vuelve primordial en estudios del área de la salud, especialmente en el afrontamiento de las adicciones como problema de salud pública dado que ha ido incrementando sostenidamente sus niveles de daño en la población chilena según SENDA (2014), este incremento junto a las críticas hacia el modelo médico, y el cuestionamiento de la efectividad de la psicoterapia, nos ha llevado a otorgar mayor importancia a los factores socio-ambientales, provocando así la búsqueda de nuevas formas de intervención más adecuadas a dicho problema como: terapias breves, centradas en crisis, terapia grupal, cooperación con otros recursos de la comunidad, autoayuda, etc. (Barrón,1996) Dichos tratamientos aportan al sujeto: cariño, seguridad social y sentimiento de pertenencias.

II. Planteamiento del problema

Los trabajos de Cassel y Cobb (1976) dieron origen a la idea de que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos. Desde entonces, la investigación realizada en este campo ha crecido geométricamente. Sin embargo, a pesar de las variadas investigaciones con respecto al concepto de apoyo social continúa siendo dificultoso de llevar a cabo el concepto tornándose ambiguo, debido a que se cruza o se mezcla encontrándose con términos tales como: relaciones sociales, redes sociales, integración social, vínculos sociales, lazo social, entre otros. Esta ambigüedad no es azarosa, sino más bien es lo que enriquece este concepto y lo transforma en un fenómeno, dado que está presente en todo ámbito de la vida de los individuos independiente de su condición y contexto. Dicho fenómeno involucra una serie de definiciones -como las anteriormente nombradas- y métodos para ser utilizados, en este aspecto toda forma es correcta (Barrón, 1996).

Sin embargo, la aplicación del fenómeno de apoyo social en el sistema de salud público comienza desde las distintas definiciones acuñadas y utilizadas en el sistema de salud público. Para efectos de la presente investigación se considera la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud abreviado con las siglas OMS (2018), en la cual un sistema de salud, “consiste en el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restablecer y mantener la salud...”

Para esta investigación, se pone énfasis en el proceso de atención primario y secundario, que en los últimos años se han orientado al Enfoque de Atención Integral y Comunitario, donde el CESFAM (Centro de Salud Familiar) y COSAM (Centro Comunitario de Salud Mental) son su eje central. (SENDA,2016) El objetivo principal es poder ayudar a superar la dependencia y reconstruir los vínculos familiares, sociales y laborales de los sujetos, con la colaboración del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol desarrollando junto a ellos un modelo de intervención efectivo e innovador.

La problemática observada a efectos de esta investigación se encuentra plasmada en el marco de la prevención y promoción de la salud pública frente al consumo problemático de sustancias en sujetos enfrentados a un contexto precario social, cultural, incluso en ocasiones económico. En este aspecto cabe señalar que uno de los métodos de tratamiento o de aminoración de consumo se encuentra bajo el apoyo social, es por esto que se busca conocer qué lugar y relevancia ocupa para los profesionales pertenecientes a COSAM y CESFAM de distintas comunas de Santiago de Chile.

La Organización Mundial de la Salud define droga como toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. (OMS, 1994).

De esta manera podemos definir el consumo problemático como un estado de dependencia psíquica o física, -entendiendo la dependencia física como un acto psicosomático- o ambas a la vez frente a una sustancia que se establece en un sujeto después de la administración periódica de la misma. (OMS, 2017)

De acuerdo con SENDA (2016) un indicador para monitorear la demanda de uso de drogas en Chile es la tasa de incidencia en el último año, definida como la proporción de individuos que declaran iniciar el consumo de una sustancia durante los últimos 12 meses, respecto a la población que no ha declarado consumo en la vida. El análisis de la tasa de incidencia en el último año para las sustancias principales no muestra cambios significativos para ninguna de las drogas.

Incidencias de Consumo Último Año (%)					
Serie	Tabaco	Alcohol	Marihuana	Pasta Base	Cocaína
1994	17,5	29,3	1,9	0,5	0,5
1996	4,7	13,6	1,3	0,3	0,4
1998	4,5	11,8	1,4	0,3	0,5
2000	6,6	21,8	1,1	0,2	0,4
2002	8,3	28,1	0,8	0,1	0,3
2004	3,8	15,0	0,9	0,1	0,2
2006	8,0	24,3	1,7	0,2	0,3
2008	11,4	25,4	1,3	0,2	0,5
2010	9,9	18,9	0,8	0,1	0,1
2012	10,2	19,0	1,6	0,1	0,1
2014	9,5	21,7	2,8	0,1	0,4
2016	8,7	21,9	3,4	0,1	0,2

Tabla 29: Evolución Tasa de Incidencia de Consumo de Sustancias Principales en el Último año, Chile 1994-2016 (SENDA)

Si bien, no es un incremento sostenido en todas las sustancias, se puede inferir que estas distintas drogas ya se encuentran “instaladas” en el colectivo nacional. Es por esto que finalmente, la relevancia social de esta investigación radica en dar cuenta del impacto que tiene el fenómeno de apoyo social para la realización de un tratamiento “exitoso” frente al consumo problemático de sustancias; esto será tratado en los siguientes apartados.

III. **Desarrollo**

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las nociones y la relevancia desde el relato de los profesionales de la salud pública chilena sobre el apoyo social en el tratamiento de adicciones?

Objetivo General

Explorar, desde el relato de los profesionales, el lugar, en tanto noción y relevancia, que ocupa el apoyo social en el tratamiento y rehabilitación de las adicciones por sustancias dentro de la salud pública chilena.

Objetivos Específicos

A.- Identificar en el relato de los profesionales pertenecientes a la salud pública chilena las nociones y relevancia del apoyo social.

B.- Relacionar la perspectiva que tienen los profesionales pertenecientes a la salud pública chilena, sobre la noción de apoyo social y su relevancia en el proceso de tratamiento y rehabilitación por consumo de sustancias.

IV. **Marco Teórico**

A. Definiendo el fenómeno de apoyo social en el consumo problemático de sustancias de la salud pública chilena

A lo largo de esta investigación, se ha hablado sobre el fenómeno de apoyo social, el cual a partir de la perspectiva de la psicología social se ve implicado desde los pensamientos, comportamientos y sentimientos de las personas, quienes a su vez son intervenidas por la presencia de otras. Por otra parte, el propósito de esta tesis se encuentra enmarcado principalmente de una aproximación crítica, cuestionando el método sistemático de la aplicación de la psicología actual dominante en la salud pública chilena frente al tratamiento con apoyo social por consumo problemático de sustancias.

Este fenómeno se considera como uno de los factores que está relacionado con el “éxito” del tratamiento y la no reincidencia del consumo problemático de sustancias. Definir este concepto no es una tarea sencilla, ya que existen numerosas definiciones y variadas actividades que se han incluido bajo este término, pero existe algo claro: El apoyo social es un concepto claramente interactivo -convirtiéndose así en fenómeno-, ya que se refiere en cualquier caso a transacciones entre personas. (Barrón, 1996, p. 10)

(Barrón, 1996) señala que dentro del concepto de apoyo social se deben distinguir tres aspectos:

➤ **Niveles de análisis: Comunitarios, redes sociales, redes íntimas.**

Lo comunitario, tiene relación con la sensación de pertenencia e integración social, en el cual se ejercen diferentes roles y contextos sociales. Con las redes sociales, se aporta con un sentido de unión con los demás, aunque sea de forma indirecta. Por último, se encuentran las redes íntimas, las cuales se ligan con el bienestar y la salud.

➤ **Perspectivas de estudio: Estructural, funcional y contextual.**

Desde la perspectiva estructural, se utiliza el análisis de las redes y se examinan los contactos que mantiene el sujeto. En cuanto la perspectiva funcional, a la hora de definir el apoyo social desde ella se acentúan las funciones que cumplen las relaciones sociales. Por otro lado, desde la perspectiva contextual se considera un contexto ambiental y social para que el apoyo social sea percibido, movilizado y recibido.

➤ **Diferencia entre aspectos objetivos y subjetivos de dichas transacciones.**

La diferencia entre ambos es que, por un lado, el aspecto subjetivo conceptualiza el apoyo social en términos cognitivos, en cambio, el apoyo recibido -aspectos objetivos- se evalúa de forma concreta preguntando al sujeto sobre el apoyo concreto que recibió en algún momento determinado.

De esta manera al ser un fenómeno interactivo está presente en diversos contextos del sujeto con consumo problemático de sustancias tales como: cultural, económico, social, al mismo tiempo, desde sus relaciones interpersonales, el ambiente en donde vive y se desenvuelve hasta los centros donde se atiende, "Todos estos sistemas son altamente interdependientes y en la práctica funcionan de manera integrada." (Martínez, 2006, p.51)

En cuanto a la salud pública, el apoyo social se entrega a través de las instituciones que la conforman y los profesionales que trabajan en ella hacia el sujeto de atención, entregando herramientas de distintas índoles, ya sean tanto emocionales, que comprenden la empatía; instrumentales, caracterizadas por conductas específicas que ayudan a quienes lo necesitan; informativas, que proveen de conocimientos a las personas afectadas y/o evaluativas, implicando sólo transmisión de información.

En cuanto al sistema de salud público chileno, y su comprensión -el cual aplica el fenómeno de apoyo social en sus tratamientos para el consumo problemático de sustancias-, se debe tener en cuenta que está conformado por dos subsistemas: público y privado. En primer lugar, refiriéndose al financiamiento público, se compone por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), mientras que el sector privado se financia por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

Por su parte los servicios que se brindan a través de FONASA se encuentran en los Centros de Salud (CES) y Centros de Salud Familiar (CESFAM). Éste corresponde a la atención de salud primaria, en donde se pueden atender todas las personas beneficiarias de FONASA o del sistema PRAIS (Programa de Reparación y Atención Integral de Salud)

de todas las edades e inscritas en los centros de salud. Éste es un dispositivo ambulatorio que ofrece tratamiento para personas que tienen problema de consumo problemático de sustancias, a saber: alcohol, marihuana, solventes y otros. En el caso de ser menor de edad, la persona será evaluada y recibirá la información necesaria para atenderse a través del programa de tratamiento para población adolescente de 10 a 19 años inserto en el régimen de garantías del sistema público de salud (AUGE). SENDA (2016) Por otra parte, otras instituciones que se encuentran dentro de la atención primaria corresponden a los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Postas Salud Rurales (PSR) y SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia).

Por su parte, la atención secundaria es entregada por Hospitales, Institutos, Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), establecimientos hospitalarios y establecimientos de atención ambulatoria secundaria, (Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2018). La salud mental es tratada dentro de este ámbito de atención por el COSAM, representando una unidad de salud comunitaria, pública y gratuita, que brinda atención ambulatoria de especialidad en salud mental y psiquiátrica a personas y familias con problemas y trastornos mentales de moderada a alta complejidad en todas las etapas del ciclo vital. Para poder acudir a la atención, se debe estar inscrito en alguno de los Centros de Salud Familiar de la comuna, ser beneficiario del sistema público de Salud Fonasa A, B, C o D y que sean derivadas desde otras instancias de la red de salud como hospitales y unidades de psiquiatría. (MINSAL, 2018)

Los beneficiarios de salud pública que presenten un problema de salud GES o AUGE (los cuales comprenden ochenta en total), deben acudir a los establecimientos de la Red Asistencial Pública como los consultorios de atención primaria, donde el médico hará el diagnóstico correspondiente verificando si se trata de una enfermedad incluida en las GES y será ingresado automáticamente al sistema.

En este aspecto, los problemas de salud mental constituyen la principal fuente de carga de enfermedad afectando en mayor medida a los más jóvenes y/o mujeres, la mayoría de estas enfermedades o patologías se encuentran cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud (GES), las que constituyen un conjunto de beneficios garantizados por ley para las personas afiliadas al Fonasa y a las ISAPRES, prestando garantías como las de: a) acceso, referidas a una serie de prestaciones de acuerdo con las condiciones para cada uno de los doce problemas de salud vigentes; b) oportunidad, referida al plazo en que las prestaciones deben ser entregadas; c) protección financiera, dada con un copago del 20% del valor arancelado dejando a la persona beneficiada a pagar el resto del porcentaje de la afiliación; y por último d) calidad en la prestación del servicio. En el caso particular del consumo problemático de sustancias este sistema ha permitido un mayor acceso a quienes lo requieran.

Por otra parte, el sistema privado realiza sus acciones de salud a través de diferentes prestadores como centros médicos, clínicas privadas, etc. En el caso de las ISAPRES, el sujeto que presente un problema GES o AUGE deberá dirigirse a la Red de Isapre y hacer presente su condición, ésta le designará un prestador que se encuentre

dentro su Red de prestadores y posteriormente ser derivado al establecimiento de la Red que proporcionará el tratamiento. (Superintendencia de Salud, 2018). El beneficiario tendrá completa libertad de elección con respecto a aceptar o rechazar el prestador que le ha sido designado, sin embargo, si decide atenderse en otro establecimiento, perderá los beneficios de las GES o AUGE.

B. ¿Cuál es la aproximación entre apoyo social y lazo social en el consumo problemático de sustancias?

Como es sabido desde el mundo de las ciencias sociales -específicamente aquellas ciencias que estudian el comportamiento humano-, las relaciones interpersonales son importantes en cuanto a la manera que el sujeto tiene de vincularse con su entorno, este lazo social según Cobb (1976); desencadena beneficios, los cuales derivan en que los individuos se sientan amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social. En este aspecto el sentido de pertenencia, estima y valoración que el sujeto siente por medio del lazo social es lo que este término comparte con el concepto de vínculo social, sin embargo, este último puede variar en su condición, ya que presenta una relación directamente proporcional entre la autoestima y autovaloración que presenta el sujeto frente al tipo de vínculo que este genera con su entorno; ya sean amigos, familia, pareja amorosa, etc. Es por esto que “las dimensiones del apoyo social incluyen apoyo emocional o afectivo; ayuda material y financiera; asistencia física; información y contactos sociales positivos.” (Martínez, 2006, p.63). Estas son denominadas redes de

apoyo, las cuales muchas veces en el tipo de vinculación puede evaluarse como poco favorable, independiente de su relación, el cual al mismo tiempo es normalizando por el individuo, considerándolo como un único tipo de vinculación existente, es por esto que el otorgamiento de apoyo social contribuye a la educación emocional del sujeto para la formación de vinculación positiva “las vinculaciones negativas han de ser reemplazadas por vinculaciones positivas, y debe desarrollarse la propia capacidad de vínculo.” (De León, 2009, p.237)

Es por esto por lo que el término lazo social o vínculo se convierte en un cabo central dentro del apoyo social, su definición en un sentido amplio es lo que une a los individuos en la sociedad, de esta manera se irá generando el modo en cómo se conforma y en cómo se desarrollan las relaciones entre las personas, afectando también el sentimiento de sentirse parte de la sociedad y valorado por ésta.

Este vínculo que el sujeto forma con las personas de su entorno da pie a la pertenencia de su red de apoyo, estas permiten una valoración y sentido de pertenencia permanentes hacia él, pudiendo mantener o modificar su comportamiento, de esta manera las redes de apoyo al poseer vínculos positivos o negativos pueden promover o no el consumo problemático del sujeto. Así se ve evidenciada la relevancia de las redes de apoyo y su respectivo impacto en el sujeto con consumo problemático, así como también se da a conocer la distinción entre que, si bien puede que exista una red de apoyo, ésta no necesariamente implicaría un apoyo social para el sujeto.

C. ¿Cuál es la relación entre apoyo social y redes de apoyo en el consumo problemático de sustancias?

Una de las influencias que pueden ser gatillante en las conductas adictivas y en el respectivo tratamiento del paciente son las redes de apoyo. Por un lado, si el sujeto adicto carece de redes de apoyo puede afectar directamente en los comportamientos o actitudes del individuo, así como si éste posee de una red de apoyo más sólida, el resultado en el consumo, tratamiento y rehabilitación también se verá influenciado por estas redes.

En esta misma línea, la importancia de las redes de apoyo de un sujeto puede permitir el mantenimiento de una salud mental estable, así como también el individuo reconoce en estas redes su importancia, en donde en condiciones difíciles los sujetos eligen a estas personas para intentar solucionar estas situaciones. "(...)la comunidad también está constituida por redes sociales, por las relaciones entre las personas." (Martínez, 2006, p.60)

En cuanto a la relevancia y a los beneficios de las redes de apoyo, estas tienen directa relación y proporción al tamaño de éstas y que el individuo al tener una relación o relaciones es equivalente a conseguir apoyo de ésta misma. En otras palabras, las redes de apoyo que tienen los individuos pueden proveer apoyo social, el cual será recibido por el sujeto afectado. Peña (2005)

Así mismo, las redes de apoyo se consolidan a partir de las relaciones que los individuos perciben como significativas, ya sean familiares, comunitarias o de amistades. Es importante en este punto destacar de igual manera el efecto protector que posee la interacción social. Colombo, et al. (2012).

Por otro lado, con respecto a la noción de apoyo social, Gracia, y Herrero (2006) proponen tres niveles de análisis del entorno social asociados a esta noción -redes de apoyo-. El primer nivel es el macro, vinculado a la integración y participación social, el nivel meso, asociado a redes sociales y el nivel micro, vinculado a las relaciones íntimas que tiene un sujeto. De este modo, las relaciones del sujeto y la valoración que tiene de ellas tienen relación con la noción de redes de apoyo, por lo que dicha noción se ubicaría dentro del fenómeno de apoyo social.

En párrafos anteriores se menciona la relevancia de las redes de apoyo y su influencia en el sujeto adicto, redes de apoyo que pueden estar constituidas por diversos vínculos, siendo uno de ellos la familia. Con relación a esto, Botella (2007) señala que para muchos individuos la familia de origen y actual, provoca una dinámica para el uso de sustancias, de esta manera, las interacciones con la familia pueden provocar el agrave de la problemática del consumo, así como también resolverlo.

Es por esto que, tanto apoyo social como red de apoyo se relacionan como términos ligados entre sí, debido a que contar con redes de apoyo genera un impacto significativo en la calidad de vida, comportamientos y prácticas de la persona con consumo problemático, de aquí su relación con el tratamiento eficaz dentro de la salud pública, ya

que si el sujeto recibe redes de apoyo éstas afectarán en su no reincidencia de sustancias, produciendo por un lado efectos amortiguadores y por el otro reducir las consecuencias de su consumo.

D. Consumo problemático de sustancias y tratamientos desde el apoyo social

Como se ha mencionado a lo largo de la presente investigación, hemos recorrido el camino de la noción de apoyo social relacionado tanto con lazo social, Salud Pública y consumo por sustancias; y bajo este último concepto es que se ahondará en los siguientes párrafos acerca de sus tratamientos y sus posibles efectos.

El camino hacia el consumo problemático de sustancias comienza con el acto voluntario de consumir drogas, pero con el tiempo la capacidad de una persona para decidir no consumir drogas se debilita -ya sea por el contexto de instituciones especializadas en esto o por decisión propia- y es aquí cuando la estructura de tratamiento toma un papel fundamental dentro del proceso de la adicción para el consumidor. Se define tratamiento como el cumplimiento de éste; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. OMS (*s.f*)

De acuerdo con la investigación científica realizada desde mediados de la década de 1970, todo programa eficaz de tratamiento debería tener como base los siguientes principios fundamentales: NIDA (2018).

- La adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta el funcionamiento cerebral y el comportamiento.
- No existe un tratamiento único que sirva para todos.
- Las personas necesitan tener acceso rápido al tratamiento.
- El tratamiento eficaz abarca todas las necesidades del paciente, no solo el consumo de drogas.
- Continuar con el tratamiento durante todo el tiempo que sea necesario es un factor clave.
- La orientación psicológica y otras terapias conductuales son las formas más comunes de tratamiento.
- Los medicamentos son a menudo una parte importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con terapias conductuales.
- Los planes de tratamiento se deben evaluar con frecuencia y se deben modificar como sea necesario para adaptarlos a las necesidades cambiantes del paciente.
- El tratamiento debe abordar también otros posibles trastornos mentales.
- La desintoxicación con ayuda clínica es solo la primera etapa del tratamiento.
- No es necesario que el tratamiento sea voluntario para que sea eficaz.
- El consumo de drogas durante el tratamiento se debe vigilar constantemente.
- En los programas de tratamiento se hacen pruebas de VIH/sida, hepatitis B y C, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas y los pacientes aprenden las medidas que pueden tomar para reducir el riesgo de contraer esas enfermedades.

Siguiendo la misma línea y según el Instituto Nacional de Abuso de Drogas son varias las opciones de tratamiento para la drogadicción, entre las más destacadas se encuentran, la orientación conductual, la medicación, aplicaciones y dispositivos médicos que se usan para tratar los síntomas de abstinencia, evaluación y tratamiento de problemas concurrentes de salud mental y por último el seguimiento a largo plazo para evitar la recaída. (NIH, 2018). De este modo, contar con una gama de servicios asistenciales en un programa de tratamiento y tener opciones para el seguimiento puede ser crucial para el éxito del programa, incluyendo además servicios médicos y de salud mental tanto como sea necesario, posibilitando así incluir sistemas de apoyo para la rehabilitación basados en la comunidad o en la familia.

En cuanto a los servicios médicos otorgados por el sistema público de salud para el tratamiento del sujeto, corresponden a una búsqueda de orientación especializada permitiéndole conocer la gravedad de su problemática, existiendo además centros públicos y privados que se dedican a brindar apoyo, orientación y asistencia terapéutica en caso de drogodependencias como los consultorios, centros de salud especializados, comunidades terapéuticas, etc., poseen equipos multidisciplinares especializados en el tema, de este modo SENDA (2016) junto al Ministerio de Salud cuentan con un convenio que facilita la atención gratuita a las personas con consumo problemático de drogas, beneficiarias del sistema público de salud. Estos planes de tratamiento son interdisciplinarios, que pueden contemplar farmacoterapia, psicoterapia individual, familiar y/o grupal, intervención ocupacional e intervenciones a nivel sociofamiliar, entre otras.

Tomando en cuenta lo anterior, este tipo de atención es muy importante para enfrentar el contexto de consumo problemático de sustancias, ya que, si existe una combinación de terapia ambulatoria, medicación y seguimiento continuado, hacen que los resultados sean beneficiosos para el usuario. Dentro de esta combinación, se encuentra el apoyo social, que como se ha detallado en páginas previas, es un elemento que aporta a la rehabilitación del sujeto consumidor, orientando a mejorar la comprensión del abuso, dependencia y potenciar recursos personales y sociales para contribuir a contener las conductas adictivas. Todo esto, desde una perspectiva de respeto de los derechos que tienen las personas que acuden a estos centros, además de ofrecerles una base de conocimientos de alta especialización técnica y metodológica, en constante generación y desarrollo. Fundación Paréntesis (2018)

Por su parte, SENDA (2016) incluye programas de tratamiento como los de población general, programas específicos para mujeres, para la población adulta en situación de calle y privada de libertad, para los adolescentes en general y con infracción de ley, finalizando con un programa de tribunales de tratamiento de drogas. Si bien este último se dedica específicamente a una mirada más social ambos desarrollan factores positivos y beneficiosos para el éxito del programa. Y es bajo estas premisas, que se puede llegar a pensar si ¿Es posible tratar con éxito la adicción? o dicho de otra manera ¿Se puede curar la adicción?

Si se ha de buscar causas concretas desde una perspectiva pragmática aplicada en apoyo social y su relevancia en los programas de tratamiento y rehabilitación debemos de hablar del impresionante volumen de evidencia a favor de los efectos positivos que juega el apoyo social en el bienestar. Gottlieb (1988). Primeramente, en términos de costos los tratamientos basados en el apoyo social movilizan recursos informales por lo cual podríamos referirnos a este tipo de terapia o tratamiento como económico, en segundo lugar, las intervenciones basadas en el apoyo social son más eficaces debido a su carácter informal, así mismo las intervenciones desde este enfoque interactivo tendrían mayor validez ecológica debido a que la búsqueda de ayuda los guía directamente a sus propias comunidades. Por otra parte, dichas intervenciones centradas en el apoyo social son más adecuadas para profesionales (psicólogos) que trabajan en intervención social, debido al alto número de personas que requieren de ayuda por desajustes en sus relaciones sociales donde lo más útil sería intervenir mediante grupos de ayuda o autoayuda, compañeros etc. (Barrón, 1996)

Por último, para lograr una rehabilitación exitosa se requiere no solo del sujeto que sufre sino de aquellos que le brindan apoyo emocional, es decir, aquellos que se relacionan con él para que estos puedan guiar y manejar de mejor manera los problemas a los que pueden verse enfrentados durante el tratamiento (Barrón, 1996).

V. Marco Metodológico

A. Enfoque metodológico

La presente investigación, se enmarca en la metodología cualitativa, la cual estudia la realidad en su contexto natural, ésta se puede describir según Strauss (2002) desde el vocabulario ordinario para expresar ideas sobre personas, lugares y/o cosas, incorporando ciertos conceptos de manera implícita, pudiendo organizar los datos en categorías, para así encontrarle sentido a los datos desde la perspectiva y análisis de los investigadores, utilizando los marcos de referencia de los propios sujetos de estudio; en este caso profesionales encargados del tratamiento y rehabilitación de adicciones por sustancias en salud pública que permiten entregar diferentes visiones y posturas. Asimismo, la investigación es de carácter abierta, pues no excluye la recolección, el análisis de datos, siendo interactiva y reflexiva, para con el objeto de estudio, -sin imponer visiones previas-

B. Tipo de investigación

Este estudio es de tipo exploratorio, ya que busca examinar un tema o problema de investigación poco estudiado. La relevancia de este tipo de estudio reside en la familiarización con fenómenos poco conocidos, ya que se obtiene la información inicial, para continuar con una investigación más rigurosa, o bien se deja planteada y se podrá retomar para nuevas investigaciones. (Hernández, 2006)

C. Muestra

Para la muestra, se utilizaron criterios sustentados en una selección de conceptos para dar respuesta al problema de investigación, con el fin de obtener la mayor información posible y relevante. Para poder lograr el objetivo se recurrió al muestreo teórico, cuya selección radica en un total de seis profesionales de diferentes comunas de Santiago de Chile, correspondientes a distintas profesiones del área de salud pública que tengan relación en el tratamiento de adicciones por sustancias. A los profesionales que formaron parte de esta investigación se les realizó la entrevista semiestructurada que fue ejecutada en una sola sesión, con una duración que no superó los noventa minutos.

Los criterios de selección fueron aplicados a todos los profesionales, sin excepción los cuales son:

- ✓ **Pertenecer como trabajador vigente a algún dispositivo de salud pública.**
- ✓ **Pertenecer al equipo de la unidad de adicciones dedicado al tratamiento y/o rehabilitación.**
- ✓ **Tener un año o más de antigüedad en el cargo.**
- ✓ **Disponibilidad de horario para la realización de entrevistas semiestructuradas por parte de las estudiantes a cargo de la investigación.**

En cuanto a los criterios de exclusión, estos correspondieron a:

- ✓ **No ser trabajador vigente del área de adicciones en salud pública chilena.**
- ✓ **No ejercer su profesión en una de las comunas de Santiago de Chile en la unidad de tratamiento y/o rehabilitación de adicciones en salud pública.**
- ✓ **Ejercer el cargo con una antigüedad inferior al año.**
- ✓ **No contar con disponibilidad para la realización de entrevistas por arte de las estudiantes encargadas de la investigación.**

D. Estrategias del levantamiento de la información

A través de la entrevista semiestructurada, el entrevistador despliega una estrategia mixta, alternando preguntas estructuradas y preguntas espontáneas. Esta forma es más completa ya que permite una mayor libertad y flexibilidad en la obtención de información y a través de la teoría fundamentada como herramienta de tratamiento de los datos que serán recolectados.

Para poder llevar a cabo la investigación, y como se mencionó anteriormente, el uso de la entrevista semiestructurada será la indicada. Debido a esto se presentará un modelo tentativo de cuestionario a realizar.

E. Estrategias de análisis de la información y procedimiento

El plan de análisis de esta investigación está a cargo de la teoría fundamentada, ésta es un método de investigación en el que la teoría emerge de los datos, mediante un proceso de descripción, ordenamiento conceptual, de donde se desprende -mediante la creatividad del investigador- una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación.

Dicho proceso, comienza en la codificación abierta, la cual, identifica propiedades de los datos. En esta codificación no se combinan ni se relacionan los datos ni tampoco se interpretan sus significados, los códigos pueden ser conceptos, experiencias, ideas o hechos relevantes. También el número de códigos aumentan cada vez que se identifican unidades diferentes -con respecto a significados- del resto de los datos. (Hernández, 2014)

En el segundo momento del proceso denominado codificación axial, éste consiste esencialmente en: “ a) agrupar categorías en temas, identificando así las categorías centrales del fenómeno (el axis o eje) y b) conectar dichas categorías fundamentales (en hipótesis, vínculos, modelos, etc.).” (Hernández, 2014, p. 450), luego de esto se realiza la codificación selectiva, esta ejecuta una interpretación donde se debe describir cada categoría y ubicarla en el fenómeno, analizar el significado de la categoría para los participantes, se enfoca en desarrollar las explicaciones finales a partir de la codificación axial -refinándola- y produciendo teoría. (Hernández, 2014)

Esta metodología de análisis permite construir “teorización” (término para denotar esta actividad que construye teoría), implica no sólo concebir o intuir ideas (conceptos), sino también formularlos en un esquema lógico, sistemático y explicativo, implica tomar decisiones y actuar en relación con muchas cuestiones a lo largo del proceso de investigación: qué, cuándo, dónde, cómo, quién, etc.

La aportación más relevante de la teoría fundamentada es su poder explicativo en relación con las diferentes conductas humanas dentro de un determinado campo de estudio. La manera en la cual se llevó a cabo este estudio fue a través de la realización de la entrevista semiestructurada donde el procedimiento de grabación fue por medio de audio, permitiendo captar la fuente de investigación la cual será explorada en la etapa de análisis y comprensión posterior a esta, asimismo, el tipo de registro facilitará la transcripción del relato original. Para aclarar este punto será necesario delimitar y nombrar algunas cuestiones de las dimensiones éticas de manera de poder hacer de esta un trabajo más transparente donde no se pase a llevar a ningún profesional.

F. Resguardos éticos de la investigación

Dado el tipo de procedimiento de esta investigación se contó con la entrega de la autorización de trabajo n terreno, un resumen ejecutivo y un consentimiento informado, los criterios de reclutamiento utilizados en este último constan de la participación voluntaria de los profesionales que presten servicio a la rehabilitación y tratamiento de adicciones en salud pública, siendo no excluyente su profesión, edad, años de experiencia, género o estado civil.

Por otra parte, es posible que si no se logra realizar la entrevista completa en una reunión se agende una segunda, dependiendo de la disponibilidad del profesional, pero no superará el máximo de dos entrevistas a realizar por individuo. Los entrevistados cuentan con la posibilidad de retirarse voluntariamente del estudio sin mediar explicación alguna y sin consecuencias en el momento que lo decida.

El tiempo que demandará cada entrevista, no superará los noventa minutos. Dichas entrevistas serán agendadas bajo la disponibilidad de cada profesional, así también, el lugar en el cual se realizará la entrevista. El tipo de registro de la entrevista será mediante grabación de audio y anotaciones por parte de los investigadores.

A los entrevistados, se les asegura el acceso a los resultados de la investigación, la cual tiene una finalidad meramente académica.

Por otra parte, no existen costos ni incentivos asociados a esta investigación.

Un elemento importante por considerar es la garantía de la confidencialidad de los datos personales del entrevistado. Su eventual utilización será en forma anónima ya que todo nombre, alusión a lugares u otro tipo de referencias que pudiesen develar la identidad del entrevistado o de terceras personas, serán omitidos en la redacción final del documento de investigación. Igualmente, este documento otorga la certeza que estos datos no tendrán aplicación en otro proyecto o personas ajenas al presente estudio, sin la autorización de los entrevistados o su institución, en caso de ser publicada, siendo utilizada meramente con fines académicos para optar al grado de Licenciado en Psicología de la Universidad Católica Silva Henríquez, este documento firmado por los profesionales permanecerá

reservado por un periodo de un año en caso de ser requerido por el grupo de investigadores.

VI. Resultados

Los resultados obtenidos desde las entrevistas semiestructuradas realizadas a los profesionales pertenecientes a centros de salud pública de nivel primario y secundario de diferentes comunas de Santiago de Chile nos permiten identificar en sus relatos las distintas nociones y su respectiva relevancia frente al apoyo social.

En este aspecto, el total de la muestra de esta investigación resalta -en cuanto a las nociones sobre apoyo social- el desconocimiento de una definición clara y precisa de lo que es este fenómeno. De esta manera los profesionales muestran un sesgo común al momento de delimitar la definición de apoyo social utilizando otros conceptos para lograr llegar a una noción, tales como: redes de apoyo, lazo social, herramienta de apoyo, sociedad precaria, entre otros.

Por otra parte, al momento de expresar la relevancia del apoyo social, la muestra señalada en la presente investigación, destaca que la relevancia de la incorporación de este fenómeno en el tratamiento es de carácter fundamental, coincidiendo en este término el total de los/as entrevistados/as.

Los profesionales se muestran críticos en relación con su contexto institucional en el cual se desempeñan, hay cierta ambivalencia señalando por un lado que es la falta de recursos la que obstruye un tratamiento que se pueda considerar apoyo social, y señalando por otra parte, que es el asistencialismo la única solución ante la problemática de la resolución de las adicciones.

Sin embargo, al sujeto que presenta este tipo de problemática en sus relatos los profesionales lo muestran como una persona pasiva de su propia mejoría. Esto producto del propio sistema asistencialista al que se acostumbra a brindar desde el área de la salud. Por otro lado, una minoría de los profesionales entrevistados toman una postura de guía y acompañamiento a la persona y tratan de hacer consciente su problemática para que así este pueda ser activo de su propio tratamiento, enseñándole a este sus propios derechos como ciudadano, con el fin de obtener una rehabilitación “exitosa”. En este aspecto el éxito del tratamiento a ojos de la totalidad de los profesionales no significa dejar de consumir en absoluto, sino más bien, problematizarlo y que el sujeto tenga control sobre éste, cambiando así su condición de consumidor problemático por consumidor social u ocasional. Es por este motivo que es a ojos de la muestra de vital importancia aplicar apoyo social en el tratamiento por consumo de sustancias.

A raíz de las entrevistas realizadas a la muestra anterior surgen distintas dimensiones, las cuales se agrupan en: rol del profesional, noción de sujeto, noción de apoyo social y problemática social. Estas permiten evidenciar la composición y estructura del apoyo social según la noción de los profesionales sobre este fenómeno estudiado.

Para una mejor comprensión de estas dimensiones a continuación se exponen unos cuadros explicativos acompañados por viñetas de dichas entrevistas, proporcionando códigos que permiten generar categorías para comprender mejor la noción del apoyo social.

Todo lo anterior es respaldado a través de los siguientes cuadros.

Dimensión de análisis	Viñetas	Códigos
a) Rol del profesional	<p>“...y principalmente en psicoterapia tratar de fortalecer el compromiso y la motivación por el cambio. Intervenciones individuales mayormente y también trabajo mucho con la familia...” (C, declaración registrada, 18 de octubre de 2018)</p> <p>•“nosotros le explicamos a las personas que ellos tienen todas las herramientas necesarias para dejar de consumir y nosotros los vamos guiando, no les tomamos las decisiones por ellos” (E, declaración registrada, 22 de octubre de 2018)</p> <p>•"Pero hay pacientes en realidad, nosotros tenemos pacientes que están aquí desde hace como ocho años, pacientes que en realidad no tienen ninguna y absolutamente ninguna otra red de apoyo que no sea esta aquí, ya su problema no es el alcohol ni la droga, si no que su problema es que no tienen donde más estar" (E, declaración registrada, 22 octubre de 2018)</p> <p>•“...Tratamos en lo posible de desarrollar habilidades y competencias que los pueden ayudar para desarrollarse en distintos ámbitos. (C, declaración registrada 18 de octubre de 2018)</p> <hr/>	<p>Motivador por el cambio</p> <p>Promotor del autocontrol</p>

(Fuente: Elaboración propia, diciembre 2018)

Dimensión de análisis	Viñetas	Códigos
a) Rol del profesional	<p>“ a ver si vamos como (pausa) está lo blando y lo duro cierto, lo duro tiene que ver con toda tu formación académica y lo blando con todo esto que les estaba contando, el tema del trato, del lenguaje, del despreciar cierto, del trato digno, del ambiente que tu generas cierto” (A, declaración registrada, 18 de octubre de 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> •“más que la calidad técnica del profesional tenía que ver con la disponibilidad de escucharla orientarla y acompañarla en el fondo ser un apoyo pa’ ella, y el hecho que te considere parte de su red y sepa en el fondo que estás disponible para apoyarla” (F, declaración registrada, 24 de octubre de 2018) •“una escucha activa, un ponerse en el lugar, un ser respetuoso” (A, declaración registrada, 18 de octubre de 2018) <p>•una de las cosas más importante para las instituciones y en el fondo también para el mercado es que las personas vuelvan a tener su salud de alguna forma para volver a ser productivas porque en el fondo si no son productivas pasan a ser una carga para el estado” (F, declaración registrada, 24 de octubre de 2018)</p> <hr/>	<p>Motivador por el cambio</p> <p>Promotor del autocontrol</p>

(Fuente: Elaboración propia, diciembre 2018)

Dimensión de análisis	Viñetas	Códigos
b) Noción de sujeto	<p>“La persona no puede dejar de consumir por mas que lo quiera, es como ue pierde la libertad de elegir” (F, declaración registrada , 24 de octubre de 2018)</p> <hr/> <p>“tení el consumo que genera perdida de trabajo, genera una imagen, una autoimagen y proyectar una imagen muy mala por lo tanto pierde el acceso al mundo del trabajo, por lo tanto, tu autoimagen baja, la sensación de desesperanza es más alta... y así las condiciones van generando condiciones sociales que son desfavorables y genera condiciones desfavorables y probablemente los consumidores comiencen a generar acciones que no sean legales para el acceso del consumo”(D, declaración registrada, 19 de octubre de 2018)</p> <hr/> <p>’Las personas que nosotros atendemos no saben que tienen derechos, ¿cachai? va desde, desde eso más básico no saber que tú tienes el derecho (pausa) a estudiar, a tener un trabajo a que se te trate de forma digna (A, declaración registrada, 18 de octubre de 2018)</p>	Marginal Alienado

(Fuente: Elaboración propia, diciembre 2018)

Dimensión de análisis	Viñetas	Códigos
<p>b) Noción de sujeto</p>	<p>"pero son personas mayores de 18 años por lo general el consumo o es de cocaína, alcohol o de pasta base eeh... harto harta violencia harta relaciones de violencia sobre todo lo que es la población masculina eeh... también hay elementos culturales importantes que también determinan esos comportamientos eeh... hay harto rasgo de cultura machista también están instalados en la comunidad harta discriminación por lo general el perfil de personas que llegan acá se dedican a trabajos de tipo informal por lo general vendedores ambulantes, (A, <i>declaración registrada</i>, 18 de octubre de 2018)</p> <hr/> <p>'Las personas que nosotros atendemos no saben que tienen derechos, ¿cachai? va desde, desde eso más básico no saber que tú tienes el derecho (pausa) a estudiar, a tener un trabajo a que se te trate de forma digna (A, <i>declaración registrada</i>, 18 de octubre de 2018)</p> <p>hacer conciencia de que tú tienes derecho y que tienes un valor y que por tanto tení que hacer valer tus derechos en cuanto al valor que tienes como persona (A, <i>declaración registrada</i>, 18 de octubre de 2018)</p> <hr/>	<p>Marginal Alienado</p>

(Fuente: Elaboración propia, diciembre 2018)

Dimensión de análisis	Viñetas	Códigos
c) Noción de apoyo social	<p>“ El apoyo social tiene que ver con el vínculo, con la atención inmediata, con la atención digna...” (A, comunicación personal, 18 de octubre de 2018)</p> <p>"el apoyo social tiene que ver con el vínculo, con la atención inmediata, con la atención digna, por eso yo les decía el trato (A, declaración registrada, 18 de octubre 2018)</p> <hr/> <p>“ El apoyo social pa’ mi es una reinterpretación de la vivencia personal, en cuanto a... (Pausa) a que la persona tome conciencia (pausa) de que el problema que tiene o que está presentando va más allá de su decisión personal... " (A, comunicación personal, 18 de octubre de 2018)</p> <p>“me motiva, aunque suene feo cambiar el asistencialismo que la gente está acostumbrada...tratamos de siempre, no victimizar al paciente, entonces me motiva que logremos quizás cambiar la perspectiva de los pacientes que vienen acá” (B, declaración registrada, 18 de octubre de 2018)</p> <hr/> <p>’Si, es fundamental, uno se tiene que vincular bien con el paciente para generar una verdadera intervención y que sea efectiva, porque si tu atiendes por atender el paciente se da cuenta y si se da cuenta que tu en verdad estas haciendo esto sin sentido, y no estas interesada en escucharlo en su historia de vida, en querer ayudarlo a e se va a dar cuenta y no va a venir más" (C, declaración registrada, 18 de octubre de 2018)</p>	<p>Asistencialista</p> <p>Reconocimiento de derecho</p> <p>Soporte emocional</p> <p>Omnipresencia</p>

(Fuente: Elaboración propia, diciembre 2018)

Dimensión de análisis	Viñetas	Códigos
<p>d)Problema Social</p>	<p>“Está determinada por la precariedad que se vive en la sociedad que nosotros estamos viviendo actualmente, se da el sistema es nefasto, nos excluye, hoy día nos está quitando el valor como personas si no soy un ente productivo no tení ningún valor” (A,declración registrada, 18 de octubre del 2018)</p> <hr/> <p>’Ehh... ehh... Precariedad en términos laborales. Precariedad en términos económicos, precariedades. Está determinada por la precariedad que se vive en la sociedad que nosotros estamos viviendo actualmente, se da el sistema es nefasto, nos excluye, hoy día nos está quitando el valor como personas si no soy un ente productivo no tení’ ningún valor” (E, declaración registrada, 24 de octubre del 2018).</p> <p>... no llegó a consumir drogas porque quiso porque fue el contexto el que fue determinando ciertas cuestiones, ciertos conflictos familiares como les decía delante exclusión ehh... tanto laboral como educativa.” (A,declaración registrada, 18 de octubre del 2018).</p> <hr/> <p>“la adicción como una enfermedad sino como un problema psicosocial cierto que está más allá de ... es como que si nosotros estuviéramos pensando que la persona decide estar fuera del sistema y no es así cierto son las condiciones socioeconómicas las que llevan a una persona a que quede marginada” (A,declaración registrada, 18 de octubre del 2018).</p>	<p>Soporte Institucional</p> <p>Sociedad precaria</p> <p>Contexto ambivalente</p>

(Fuente: Elaboración propia, diciembre 2018)

Para comprender los cuadros anteriores se procede a desarrollar la codificación axial es por esto que, es preciso tener en cuenta en un primer lugar las dimensiones de análisis planteadas, ya que estas nos van a situar en los distintos contextos en los cuales el apoyo social se ejecuta en virtud del tratamiento y posterior rehabilitación del consumo de sustancias, a través del método de análisis -planteado con anterioridad- es que se les fueron asignados ciertos códigos según las significaciones de los relatos dados por la muestra.

Estos son representados por las aristas de: a) Rol del profesional. Este representa el papel que ejecuta el profesional frente al tratamiento por el conflicto de consumo problemático de sustancias, las características de este fueron significadas como motivador por el cambio y promotor del autocontrol. El funcionamiento de estos códigos es observado como un proceso dentro del tratamiento con apoyo social dado que la autenticidad del profesional genera un vínculo positivo con el sujeto, el cual permite un cambio de actitud frente a la problemática que presenta. Por otro lado, el segundo código deviene de la realización exitosa del primero, ya que, este solo puede presentarse una vez que comienza el cambio de actitud en el sujeto, donde el individuo es capaz de diferenciar el consumo adictivo del consumo social.

La dimensión de análisis correspondiente a b) noción de sujeto, es comprendida como la descripción de la naturaleza del individuo que presenta consumo de sustancias y al lugar que este ocupa en la sociedad. En cuanto al primero es catalogado como alienado

y marginal, producto del contexto social en el que se encuentra ya que el consumo adictivo resta al sujeto de su libertad de elección y condicionándolo a éste.

Como ayuda a la prevención de recaídas y aporte al tratamiento surge la tercera arista denominada c) noción de apoyo social, a esta noción se le otorgan los códigos de: asistencialismo, omnipresencia, soporte emocional y reconocimiento de derechos. Cada uno de ellos representa en las entrevistas limitaciones y características básicas del apoyo social. En cuanto a las limitaciones encontramos el asistencialismo, el cual interviene en el proceso de aprendizaje del sujeto.

Otra limitación corresponde al soporte emocional que se le intenta brindar a los sujetos desde los centros de salud a los cuales acude, en un primer lugar se puede analizar que el factor tiempo provoca que el sujeto solo puede ser atendido por un breve periodo y cortas sesiones, dificultando la generación de un vínculo y a su vez de soporte emocional. Puesto que no es factible en ninguna circunstancia que exista apoyo social sin vínculo, sin embargo, es viable que exista vínculo sin que esté presente el apoyo social, esto debido a que el apoyo social es de carácter flexible e independiente.

En cuanto a las características básicas de la noción de apoyo social desde los relatos de los profesionales, se encuentra en todo momento del tratamiento. Es posible analizar que este fenómeno es de carácter omnipresente el cual refiere a la presencia física -como herramienta- del apoyo social, así como también, de aquel apoyo otorgado desde el rol del profesional hacia el sujeto en forma de lazo o vínculo, este vínculo tendrá carácter positivo, ya que, el profesional prioriza la psicoeducación del sujeto en cuanto a

autocontrol, comprensión de su contexto -y a cambio de este- , en este aspecto, el sujeto presenta vínculos debilitados generando en él un malestar el cual se ve cubierto desde relaciones o lazos de carácter negativo con figuras de apoyo a través del consumo de sustancias. Es por esto que el terapeuta brinda apoyo a través de este vínculo positivo entre ellos y hacer consciente al sujeto de sus derechos ciudadanos a los cuales muchas veces desconoce por su situación educacional o económica.

La última dimensión de análisis corresponde a d) problemática social, donde la significación que se le otorgan a los relatos equivale a los siguientes códigos: soporte institucional, contexto ambivalente y sociedad precaria. Por un lado, el soporte institucional está conformado por aspectos materiales, humanos, afectivos, económicos, entre otros. Los que son entregados bajo la perspectiva de apoyo social por parte de los profesionales que trabajan en los distintos centros de salud públicos. El segundo código se refiere al contexto ambivalente, cuyo sentido corresponde al ambiente bajo el cual el sujeto está inmerso, destacando en este la inestabilidad familiar, en cuanto a problemas, situación económica, propiedad, etcétera.

Por otra parte, cabe mencionar los factores de educación y marginación social producto del estigma que conlleva poseer una problemática de consumo.

En este aspecto la significación otorgada al último código correspondiente al de sociedad precaria, se entiende como una carencia de recursos no solo en lo monetario sino también en aspectos de atención, redes de apoyo, protección social, integración social, igualdad y equidad.

En definitiva para aclarar de mejor manera los ejes descubiertos en virtud del lugar, noción y relevancia del apoyo social se utiliza la codificación selectiva, es por esto, que es pertinente precisar ciertos aspectos previamente; para comenzar se puede dar cuenta que no existe una única manera, método o herramienta para brindar apoyo social, este concepto es más bien un fenómeno de carácter flexible, orientado a la sociedad, a sus redes de apoyo, lazos sociales o vínculos, por lo cual, el único impedimento para brindarlo - desde la perspectiva de los entrevistados- se encuentra en los recursos monetarios, humanos, de promoción y prevención frente a la problemática desde el sistema de salud referente al conflicto de consumo de sustancias.

A raíz de lo anterior se pueden armar tres grandes categorías; en primer lugar, se concibe al apoyo social visto desde un enfoque asistencialista en la salud pública, caracterizado por no otorgar herramientas al otro para su propia mejoría, si no que más bien generar una necesidad en el otro con el sistema y con el profesional. Este enfoque asistencialista proviene desde la arista de la precariedad del sistema público de salud, aludiendo a la mala distribución y carencia en cuanto a la educación y cultura en la promoción y prevención. De este modo el apoyo social es un eje definido como ilusorio, entendiéndose éste como la aplicación de apoyo social desde los factores económicos institucionales brindados desde el estado.

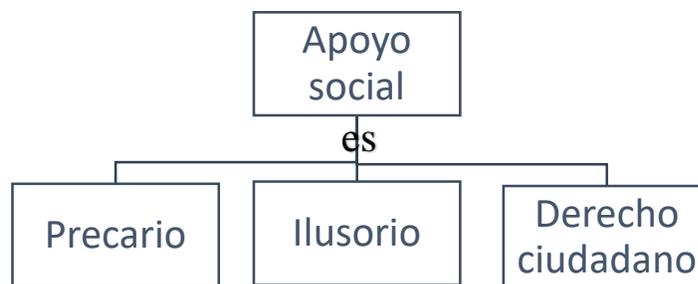
En segundo lugar, el apoyo social desde el enfoque de derechos refiere principalmente a la legitimidad del sujeto como ciudadano, así como sus derechos de salud, atención digna, de vivienda, en otros, de igual manera sus libertades, responsabilidades etc. En este aspecto es posible desprender como eje discursivo la noción de derechos ciudadanos, dado que estos son poseídos por todos los sujetos independiente de su condición, y aquellos que desconocen de estas facultades inherentes proporcionarles la intervención de un otro para psicoeducarse, convirtiendo esta psicoeducación en una herramienta a la comunidad y comprendiendo a cada individuo como un sujeto activo en todo proceso de su vida.

Así mismo se deduce que el término de apoyo social para efectos de este trabajo fue definido como un fenómeno de carácter social, cultural, económico, afectivo, etc. La forma en que se llega a conocer este fenómeno a través de las entrevistas realizadas a la muestra es guía en la búsqueda de mejores tratamientos. Es en esta búsqueda que surgen dos conflictos con los cuales la salud pública se encuentra de manera constante, los que deben ser mejorados para un tratamiento “exitoso”. Uno de éstos son los bajos recursos -ya mencionados- tanto humanos como materiales, mientras que el otro representa al manejo de los ya existentes, y aunque a través del tiempo se han incorporado mayores recursos al parecer el conflicto no pareciera tener remedio mediante el aumento de recursos humanos profesionales en virtud de él, sino que, más bien radicaría en cambiar los métodos de tratamientos hacia aquellos grupos que se han visto en este conflicto de consumo de sustancias. En este punto, es que se comienza a optar en la salud pública mental a reducir la incidencia de la enfermedad mental, a promover la salud poniendo

énfasis en la promoción y prevención de ésta, buscando un estado de bienestar en el sujeto de atención precario, fruto de sus vinculaciones.

Por otra parte, recordando que esta tesis tiene un enfoque social crítico queda clara la carencia de tratamientos desde el fenómeno de apoyo social, siendo el enfoque más potente para brindarlo el Movimiento de Salud Comunitario. Esto debido a la naturaleza de la realización de tratamientos. Ya que, dentro de sus características principales se encuentra que no basa en transformar a las personas, sino que su meta radica en modificar los sistemas sociales, vinculaciones y relaciones del sujeto; fortaleciendo sus competencias y fortalezas, busca convertirse en un recurso de la propia comunidad.

Es posible analizar de los resultados que el apoyo social está sostenido desde los relatos de los profesionales como apoyo social precario, ilusorio, y un derecho ciudadano. Como queda explicitado en la figura 1.



(Fuente: elaboración propia, diciembre 2018)

VII. Discusión

En primera instancia, la implicancia que adquiere la noción difusa del fenómeno apoyo social encuentra su origen en la ausencia de normativas de acción en métodos de aplicación en apoyo social, producto de su subjetividad y flexibilidad es por esto que lo aplican de distintas maneras, llegando incluso a no aplicarlo creyendo que solo puede devenir de factores económicos.

Tomando en cuenta el análisis anterior, es pertinente relevar el nivel de desconocimiento en que se encuentra este fenómeno. Por otra parte, esclarecer el lugar y relevancia que los profesionales le otorgaron a este fenómeno en el tratamiento. En cuanto al lugar -que fue descrito en la codificación como omnipresente- se encuentra presente en cada momento del tratamiento por consumo problemático de sustancias, mientras que el segundo refiriéndose a la relevancia es de carácter fundamental para la elaboración de un tratamiento con un final “exitoso”.

Desde el análisis realizado a los relatos de los profesionales, la relevancia del lugar del apoyo social radica en dos aristas positiva y negativa, en cuanto a la primera de estas el carácter omnipresente le permite estar involucrado en todo referente al tratamiento, a las redes de apoyo del sujeto, la vida económica de este, incluso en aspectos íntimos y profundos del individuo, permitiéndole psicoeducarse sobre estas –mediante la intervención de otro- haciendo consciente al sujeto de sus derechos ciudadanos como los de: poseer un hogar, educación, atención digna etc. Brindando así herramientas a la

comunidad y comprendiendo a cada individuo como un sujeto activo en todo proceso de su vida.

Correspondiente a lo segundo, el aspecto negativo se genera dado una utilización errónea del apoyo social, desde el propio desconocimiento del fenómeno y su subjetividad al momento de aplicarlo desde la metodología de la salud actual, desde la precariedad, por tanto la transforma en asistencialismo ya que, convierte al sujeto en pasivo, entendiéndolo como un sujeto enfermo o problemático al cual se debe ser diagnosticado, se le debe brindar todos los pasos a seguir, acompañándolo en cada momento sin permitirle reflexionar, ni participar, ni hacer consciente aquel malestar biopsicosocial que podría ser la causa de su consumo.

Por otra parte, la implicancia de la relevancia del apoyo social en el tratamiento es fundamental, dado que permite que el sujeto se convierta en activo de su propia mejoría en cuanto a su problemática de consumo, y que éste logre darse cuenta que es posible un cambio desde el consumo adictivo a un consumo social, volviendo a ser productivo en su contexto social a través de la psicoeducación obteniendo herramientas que contribuyan al autocontrol y a la toma de consciencia de la condición y características de aquellos vínculos negativos y ausencias de redes de apoyo constantes. Sin embargo, de no aplicarse de esta manera en la salud pública actual -por motivos del modelo médico asistencialista imperante- el sujeto persiste en el consumo de manera constante, no es capaz de generar autocontrol, por tanto, no logra un tratamiento “exitoso” ni mucho menos alcanza la categoría de rehabilitado.

VIII. Conclusiones y reflexiones finales

Llegando a la etapa final de esta investigación, se ha hecho cada vez más evidente la comprensión del fenómeno, logrando aportaciones que nos llevan a la resolución de los objetivos específicos planteados al inicio de esta tesis.

En este aspecto desde la identificación de las diferentes nociones, lugar y relevancia del apoyo social donde los profesionales a cargo del tratamiento de consumo problemático de sustancias se les dificultó explicar y definir la noción de éste, ya que, al momento de responder las preguntas realizadas en la entrevista, dan cuenta que este fenómeno involucra diversos factores, a saber: sociales, culturales, económicos etcétera. El carácter flexible de la noción de apoyo social ha logrado a través de los años que el concepto original se desvirtúe al interactuar con varios otros conceptos tendientes al tratamiento global hacia el sujeto con consumo problemático de sustancia, lo que no ha permitido definir claramente este fenómeno, sin embargo, esto no limita a los profesionales a aplicarlo como método o herramienta para enfrentar el tratamiento por consumo de sustancias. A pesar de reconocer el contexto precario en el que se sitúa este fenómeno en nuestra salud pública, su aplicación ha prevalecido.

Por otra parte, con respecto a la diferencia entre sujetos de atención con consumo problemático de sustancias que poseen redes de apoyo y aquellos que no cuentan con ellas, se observa una notoria diferencia en cuanto a los resultados -desde la opinión de la muestra-, es decir para aquel último sujeto de atención que se enfrenta a esta situación se ve dificultado en el logro de la rehabilitación.

Con respecto al lugar que le asignaron los profesionales al fenómeno de apoyo social, éste es de carácter omnipresente, ya que se encuentra en todo proceso del tratamiento, lo cual busca generar en el sujeto un aprendizaje -mediante un otro- sobre los vínculos positivos y negativos, permitiéndole a éste volver a su capacidad de elección -la cual se encontraba suprimida por el consumo problemático de sustancias- en este sentido el fenómeno de apoyo social tiene una estrecha relación con el concepto de vínculo o lazo. Este lazo es fundamental para llevar a cabo un tratamiento, dado que cuando el profesional es poco auténtico a la hora de brindar una atención, provoca que no se genere un vínculo positivo genuino entre ambos.

Dicho lazo se relaciona con el rol del profesional en que éste depende de las características que ejerce en la institución con respecto al sujeto con consumo problemático, refiriéndose al profesional como el encargado de la vinculación que se genera con el sujeto y de cómo éste es visto bajo la condición de consumidor; así el rol ideal del profesional aplicado al apoyo social debiese ser de guía, acompañamiento y motivador por el cambio, brindándole las herramientas al sujeto percibido como pasivo para convertirlo en un sujeto activo de su propia problemática. Sin embargo, el rol del

profesional que se percibe actualmente en salud pública -evidenciado en las entrevistas realizadas- es un rol procedente del modelo asistencialista, dicho rol persiste en sostener al sujeto de una forma pasiva sin mostrarle herramientas propias para hacerlo consciente y participe de su propio tratamiento a beneficio de éste.

Esta vinculación en la salud pública actual se ha observado que es muy difícil de construir, ya que, funcionan con atención de corta duración producto de la alta demanda y listas de espera no logrando desarrollar este lazo con el sujeto -al menos en la atención primaria CESFAM-. En cuanto a las atenciones brindadas desde la salud pública ésta demuestra que no cuenta con un tratamiento dirigido desde el apoyo social, por parte de este servicio, ya que, se dedican a realizar tratamientos ambulatorios y evaluaciones de la condición de la adicción, por tanto, han caído inevitablemente en el modelo asistencialista; desencadenando un círculo vicioso en donde el sujeto abandonará el proceso secuencial de atención producto de las largas listas de esperas en el sistema de salud, lo cual ha generado consultas espontáneas en la atención secundaria de salud -COSAM-.

En la salud pública actual en Chile se revela el modelo asistencialista durante el tratamiento por consumo problemático de sustancias. Pese a lo anterior, se respalda bajo las entrevistas ya realizadas, que existe un grupo minoritario de profesionales que no pertenecen a este modelo y su enfoque se basa en hacer consiente y participe al sujeto de su problemática.

La forma de brindar apoyo social desde la naturaleza flexible de éste, puede otorgarse mediante -la actualmente disminuida- promoción y prevención del consumo problemático de sustancias en la salud pública. Esta falencia se fundamenta en los relatos de la muestra -vistos en apartados anteriores-, donde fue posible analizar la existencia de un bajo financiamiento por parte del estado provocando un escaso conocimiento de cómo prevenir el consumo de drogas y de las consecuencias que esta problemática genera, lo cual a su vez es el causante del alto número de atenciones en espera por tratamiento.

Desde este mismo punto, para que el tratamiento pueda rendir resultados positivos es que el apoyo social juega un papel de gran importancia para una rehabilitación “exitosa”, los profesionales entrevistados mencionan que dicha rehabilitación radica en remitir el trastorno adictivo por sustancias con el gran aporte de redes de apoyo en el sujeto de atención, ya que estos mencionan que el individuo se ve obstaculizado en su tratamiento al no poseer un soporte afectivo o vínculos significativos.

De este modo, esta tesis presenta la importancia de reflexionar si es posible realizar tratamiento con apoyo social en los distintos niveles de la salud pública y mental, ya que, se encuentran caracterizada bajo un contexto de sociedad individualista, precario, asistencialista etc., bajo el modelo neoliberal, por lo que sería difícil incluir al sujeto adicto debido a que éste es constantemente excluido producto de esta sociedad neoliberal.

Por lo tanto, cabe preguntarse ¿Es posible el apoyo social en la Salud Pública chilena? Todo esto será respondido en investigaciones futuras.

IX. Referencias Bibliográficas

Adis, G. (1973). Investigación sobre drogadicción: Un esquema conceptual. San José, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.

Aranda, C., & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de investigación en psicología*, (Nº16) (Vol.1), 233-245.

Álvaro, D. (2017). La metáfora del lazo social en Jean-Jacques Rousseau y Émile Durkheim. *Papeles Del CEIC, International Journal on Collective Identity Research*, (Vol. 1).

Barrón, A. (1996). Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Editorial: Siglo XXI. España, Madrid.

Botella, H. C. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. *Salud y drogas*. (Vol. 1), 45-56.

Castro, R., Campero, L., & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, (Vol. 31), 425-435

CEP, E. (abril- mayo de 2017). Estudio nacional de opinión pública (N°79). Obtenido de (22 de septiembre, 2018) : <https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20170601/>

Cobb S. (1976). El apoyo social como moderador del estrés vital. Editorial: Psychosom Med (Vol. 38) 300-14.

Colombo, G., Pombo, G., & Luxardo, N. (2012). Género, embarazo y adolescencia. Modelos familiares, redes de apoyo y construcción de proyectos personales desde la perspectiva de las adolescentes. Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales, (N°8). (Vol. 2), 161.

De León, G. (2009). *La comunidad terapéutica y las adicciones: teoría, modelo y método*. Editorial Desclée de Brouwer. Obtenido de (9 de octubre, 2018): <https://ebookcentral.proquest.com>

Eco, U. (2001). *Cómo hacer una tesis. Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*. (Primera edición) Editorial Gedisa. Barcelona, España.

Fundación Paréntesis, (2018). Apoyo Social/ Área Social. Obtenido de (13 de diciembre, 2018): <http://www.hogardecristo.cl/parentesis/nuestros-servicios/apoyo-socialarea-social/>

Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile*, (N°136). (Vol. 2), 169-178.

Gottlieb, B. H (1983), *Social support strategies*, Beverly Hills, sage.

Gottlieb, B.H (1988) *Mashalling social support*, Newbury Park Sage.

Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista latinoamericana de psicología*, (N°38). (Vol. 2), 327-342.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (Vol. 3). México: McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Abuso de Drogas, (NIDA). (2018). Diferentes enfoques de tratamiento para la drogadicción. Obtenido de (26 de noviembre, 2018): <https://www.drugabuse.gov/es/en-espanol>

Martínez, V. (2006). El enfoque comunitario. El desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales. Santiago de Chile: Magíster en Psicología Comunitaria, Universidad de Chile. Obtenido de (13 de diciembre, 2018): http://dspace.utralca.cl/bitstream/1950/9417/1/martinez_ravanal.pdf

OMS. (marzo de 2017). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de (7 de octubre, 2018): <https://www.paho.org/chi/index.php?>

Peña, R. F. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Perifèria. Revista d'investigació i formació en Antropologia*, (Vol. 3). (Segunda edición), 48-63.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2016). Recuperado en (4 de octubre, 2018): <http://www.senda.gob.cl/>

Strauss, A. L., Corbin, J., & Zimmerman, E. (2002). Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada, p. 341. Medellín: Universidad de Antioquia.

X. Anexos

A. Autorización trabajo en terreno



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ

Santiago, viernes 05 de octubre de 2018

Señores profesionales de la unidad de adicciones en Salud Pública chilena

Presente.

Estimados Profesionales:

Junto con saludarlos, nos dirigimos a ustedes con la finalidad de solicitar formalmente su autorización para que un grupo de nuestros estudiantes puedan realizar el trabajo de campo de su Tesis de grado en su organización. Este trabajo de campo es parte de la actividad curricular de Seminarios de Grado de la carrera de Psicología de la Universidad Católica Silva Henríquez y es requisito para su aprobación.

El proyecto de investigación tiene como nombre “Fundamentos teóricos y empíricos sobre el lugar que ocupa el apoyo social en el proceso de rehabilitación de sujetos que padecen trastornos adictivos en la Salud Pública chilena”. La presente investigación pretende explorar el lugar en tanto noción y relevancia que ocupa el apoyo social en el tratamiento y rehabilitación de las adicciones por sustancias en la Salud Pública chilena desde el relato de los profesionales y la teoría sustantiva.

Esta investigación, se propone aportar hacia la construcción de una diagnóstico respecto de las formas que adquiere el apoyo social desde la Salud Pública en los procesos de rehabilitación de los pacientes, considerando la perspectiva multidisciplinar del equipo. La herramienta que se utilizará en esta investigación se basa en la metodología cualitativa, manejando la recolección de datos a través de la realización de entrevistas semiestructuradas. Dicho esto, en cuanto a las dimensiones éticas de esta investigación el medio de registro es de tipo grabación de audio y anotación de observación del entrevistador con consentimiento informado a los profesionales entrevistados.

Por otra parte, cuando se hable sobre los sujetos adictos se hará de forma anónima resguardando sus nombres, de tal manera que su identidad no se ponga en juego protegiendo su vida personal, así también serán resguardadas las identidades de los profesionales entrevistados, igualmente estos podrán retirarse del proceso de entrevista de manera voluntaria cuando lo estimen conveniente.

Este trabajo está destinado a fines exclusivamente académicos, por lo que la información que aquí se exponga no será divulgada ni expandida frente a otras instituciones, establecimientos o por cualquier otro medio de comunicación sin su previa autorización.

Los estudiantes responsables de la investigación son los siguientes:

- Fernanda Bascuñán Soto Rut: 19.523.704-2
- Carolina Epul Epul Rut: 19.499.064-2
- Valentina Moya Rodas Rut: 19.524.045-0
- Javiera Sarmiento Jara Rut: 19.374.422-2

La dirección del proyecto está a cargo del profesor Daniel Holloway Sahli, Rut: 14.145.649-0, quien supervisará directamente el proceso.

La duración del proyecto está sujeta a la disponibilidad de los profesionales a realizar la entrevista a contar del mes de octubre. La regularidad de las visitas será fijada entre el grupo de investigación y la contraparte representante.

Por último, existirá una instancia de devolución de los resultados de este proceso de investigación al establecimiento según lo acordado entre las partes.

Sin otro particular, se despiden cordialmente.

Gabriela Robles

Directora

Escuela de Psicología

Universidad Católica Silva Henríquez

Henríquez Teléfono: 224601235

Correo: grobless@ucsh.cl

Ernesto Bouey

Coordinador de Seminarios de Grado

Escuela de Psicología

Universidad Católica Silva

Teléfono: 224601276

Correo: eboueyv@ucsh.cl

El profesor Daniel Holloway Sahli, responsable del proyecto de investigación, se encuentra disponible para resolver cualquier duda o consulta referente a la investigación. Su correo electrónico es danielholloways@gmail.com

Firma Profesor

guía

Daniel Holloway

Sahli.



B. Consentimiento informado

Santiago, octubre del 2018

El consentimiento informado es un proceso cuyo fundamento es una conversación entre investigador y colaborador. Los puntos esenciales de esta interacción personal son recogidos en un documento firmado por el investigador para ratificar el proceso e información y por el colaborador para confirmar que otorga el consentimiento para participar en el estudio.

La presente investigación se propone explorar el lugar, en tanto noción y relevancia que ocupa el apoyo social en el tratamiento y rehabilitación de las adicciones en la salud pública chilena desde el relato de los profesionales y la teoría sustantiva. Para esto se dispondrá de distintas instituciones de atención mental de orden público, como COSAM en distintas comunas de la región Metropolitana de Chile.

Los criterios de reclutamiento utilizados en esta investigación constan de la participación voluntaria de los profesionales que presten servicio a la rehabilitación y tratamiento de adicciones en Salud Pública, siendo no excluyente su profesión, edad, años de experiencia, género o estado civil. Por otra parte, es posible que si no se logra realizar la entrevista completa en una reunión se agende una segunda, dependiendo de la disponibilidad del profesional, pero no superará el máximo de dos entrevistas a realizar por individuo. Los entrevistados cuentan con la posibilidad de retirarse voluntariamente del estudio sin mediar explicación alguna y sin consecuencias en el momento que lo decida.

El tiempo que demandara cada entrevista, no superaran los noventa minutos. Dichas entrevistas serán agendadas bajo la disponibilidad de cada profesional, así también, el lugar en el cual se realizará la entrevista. El tipo de registro de la entrevista será mediante grabación de audio y anotaciones por parte de los investigadores.

A los entrevistados, se les asegura el acceso a los resultados de la investigación, la cual tiene una finalidad meramente académica.

Los beneficios directos de participar de esta investigación incluyen a los profesionales y a sus instituciones, ya que se podrán mostrar y sistematizar las nociones del apoyo social que manejan los profesionales contribuyendo a la teorización de esta noción en nuestro medio nacional. Además, otro beneficio es que los resultados de esta investigación pueden ser utilizados como una herramienta de apoyo a la labor del profesional y a su equipo reflexionar sobre su quehacer.

El riesgo de participar en esta investigación, radica en que las entrevistas se dirigen a que el profesional exponga sus experiencias personales, dando una perspectiva propia de la noción de apoyo social que se tiene, a lo cual el equipo de investigación otorga los resguardos necesarios para su contención y seguridad subjetiva.

Por otra parte, no existen costos ni incentivos asociados a esta investigación.

Este consentimiento informado garantiza la confidencialidad de los datos personales del entrevistado. Su eventual utilización será en forma anónima ya que todo nombre, alusión a lugares u otro tipo de referencias que pudiesen develar la identidad del entrevistado o de terceras personas, serán omitidos en la redacción final del documento de investigación. Igualmente, este documento otorga la certeza que estos datos no tendrán aplicación en otro proyecto o personas ajenas al presente estudio, sin la autorización de los entrevistados o su institución, en caso de ser publicada, siendo utilizada meramente con fines académicos para optar al grado de

Licenciadas en Psicología de la Universidad Católica Silva Henríquez este documento firmado por los profesionales permanecerá reservado por un periodo de un año en caso de ser requerido por el grupo de investigadores. Estos son:

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADOR
Nombre: Fernanda Bascuñán
R.U.T: 19.523.704-2
Correo electrónico: fbascunan@miucsh.cl
Teléfono celular: 950541918

INVESTIGADOR
Nombre: Carolina Epul
R.U.T: 19.499.064-2
Correo electrónico: cepul@miucsh.cl
Teléfono celular: 998949859

INVESTIGADOR
Nombre: Valentina Moya
R.U.T: 19.524.045-0
Correo electrónico: vmoyar@miucsh.cl
Teléfono celular: 975841018

INVESTIGADOR
Nombre: Javiera Sarmiento
R.U.T: 19.374.422-2
Correo electrónico: jsarmientoj@miucsh.cl
Teléfono celular: 954229067

Si se requiere por cualquier motivo contactar de manera expedita con el profesor a cargo de esta investigación se adjunta a este documento su contacto Psicólogo Daniel Holloway, danielholloways@gmail.com

Con su firma, el entrevistado declara que su participación es voluntaria, esclarecida y no está influida por ningún tipo de relación con el investigador.

FIRMA Y RUT

C. Resumen Ejecutivo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS Y ECONÓMICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA

Fundamentos teóricos y empíricos sobre el lugar que ocupa el apoyo social en el proceso de rehabilitación de sujetos que padecen trastornos adictivos en la salud pública chilena.

Para optar al grado de licenciadas en Psicología

Por:

Fernanda Bascuñán

Carolina Epul

Valentina Moya

Javiera Sarmiento

Profesor guía:

Daniel Holloway Sahli

Santiago de Chile

Octubre 2018

La presente investigación se propone explorar el lugar, en tanto noción y relevancia que ocupa el apoyo social en el tratamiento y rehabilitación de las adicciones en la salud pública chilena desde el relato de los profesionales y la teoría sustantiva. Para esto se dispondrá de distintas instituciones de atención mental de orden público, como COSAM y hospitales.

De este modo, el objetivo general es explorar los relatos de los profesionales encargados del tratamiento y rehabilitación en adicciones en las distintas instituciones de salud pública sobre el lugar que ocupa el apoyo social tanto en noción como en relevancia. Siendo un estudio de tesis de investigación empírica, basada en un enfoque metodológico cualitativo, manejando la recolección de datos a través de la realización de entrevistas semiestructuradas y posteriormente mediante la teoría fundamentada se estudiarán los relatos extraídos de los profesionales, así como también la teoría sustantiva, con la finalidad de relacionar ambas para explorar a fondo este fenómeno (apoyo social).

Con esta investigación se espera dar cuenta sobre en qué consiste el apoyo social dentro de los tratamiento y rehabilitación en la Salud Pública de manera tal de aportar al crecimiento de este concepto dentro de la teoría conocida en nuestro medio nacional.

La relevancia de esta investigación radica en finalmente brindar un aporte teórico sobre el lugar que ocupa tanto en noción como en relevancia el fenómeno de apoyo social contribuyendo a los profesionales que trabajan en instituciones de salud pública en el tratamiento y rehabilitación de las adicciones.

D. Entrevista Semiestructurada

Entrevista A

Entrevistadora: Bueno como lo mencioné anteriormente mi nombre es Javiera Sarmiento y mi compañera Fernanda Bascuñán, estudiantes de cuarto año de la Carrera de Psicología en la Universidad Católica Silva Henríquez, y junto con mi grupo nos encontramos en proceso de tesis, razón por la cual nos encontramos el día de acá pudiendo entrevistarlos, por esto primero que todo dejar constancia que recibió el consentimiento, que está de acuerdo que va a ser anónimo y va a ser grabado, ¿me puede decir que si accede?

Entrevistado: Sí accedo

Entrevistadora: Ya gracias. Bueno, quisiéramos saber primero en que consiste su trabajo que nos cuente un poco sobre el proceso...alta, egresos

Entrevistado: Ya Primero mi formación es técnica, técnico eehh en rehabilitación en problemas de adicciones, además tengo técnico en rehabilitación psicosocial. Emmm... experiencias de trabajo quince años más o menos en este dispositivo salud mental COSAM llevo ya 7 años eehh... previamente he trabajado en diversas comunidades terapéuticas, residenciales, ambulatorias emmm... y eso más o menos mi... mi... (Tartamudeo) a grosso modo mi carrera profesional. ¿Algo más aparte de eso?

Entrevistadora: ¿El proceso como lo ha trabajado en este dispositivo por ejemplo... eh? ¿Cómo funciona cuando ingresa una persona?, ¿los pasos?

Entrevistado: Ah yaya, quiere que le comente ehh... las características del programa. En COSAM hay distintos programas que tienen que ver con atención de adulto, infante adolescente, se trabaja el tema de la violencia

Observadora: Si el de nosotros es solo de adicciones

Entrevistado: Ehh ya, el proceso de ingreso de un paciente inicial puede ser referenciado de una red ¿cierto? APS OPD, PPF, municipalidad en este caso también y también

tenemos eeh las modalidades eeh espontáneas, consulta espontánea ¿cierto? y somos como el único programa que recibe consultas espontáneas, los otros programas tienen que ser referenciados desde la red.

Entrevistadora: ¿Cómo? ... disculpe que lo interrumpa, ¿Cómo funciona lo de consultas espontáneas?

Entrevistado: Todas las preguntas que quieran las hacen.

Entrevistadora: (risas) Gracias, Sí, es que para que quede claro lo que entendemos por consultas espontáneas.

Entrevistado: Consulta espontánea es cuando una persona llega por la suya propia cierto, porque le comunicó otro paciente o un amigo un familiar porque se enteró por ahí ¿cierto? Que acá había un programa de rehabilitación llega un día equis, emm a solicitar atención, esa es una consulta espontánea, en ese caso se hace una entrevista breve ¿Cierto? se le agenda una hora de entrevista eeh y de ahí se inicia el proceso de ingreso. El proceso de ingreso es una entrevista inicialmente conmigo en este caso; con el técnico o con la profesional porque tenemos dos acá. Y emm... ahí se va se hace la entrevista, se determina, se hace el tema de quién es la persona, la primera entrevista eeh... es vincular ¿cierto? y se le informan las características del programa. Las características del programa son las siguientes (pausa).

Hay un mes que es evaluativo ¿cierto? Donde se determina si el dispositivo va a ser idóneo a la necesidad del usuario.

Entrevistadora: O sea en el fondo es ¿Si el tratamiento o la rehabilitación que se hace aquí le conviene o si hay que derivarlo a otro centro?

Entrevistado: Exactamente, se hace la evaluación... ehh atendemos perfil que va de leve a moderado ¿cierto? En forma ambulatoria ehh el programa está estructurado en atenciones dos veces por semana ¿cierto? Y se solicita también eh... pero esto no es excluyente acompañamiento familiar. (Pausa) Si no cuenta con acompañamiento familiar

se lo atiende... Después de la evaluación, es una evaluación integral que se hace con todo el equipo, hay un equipo multidisciplinario el que está compuesto por psiquiatras, psicólogos, asistente social, terapeuta ocupacional, técnico, médico, enfermería, fonoaudiólogo, ¿cierto? En caso de necesidad se evalúa se... entonces inicialmente se determina qué es lo más necesario inicialmente. Muchas veces, ... Pero la evaluación inicial tiene que ser de parte de todo el equipo. Después en reuniones de programa cierto se discute el caso y se van tomando las determinaciones correspondientes cierto qué es lo que necesita más se elabora un PTI inicial que va desde lo clínico y después se consensua con el propio paciente.

Entrevistadora: ¿PTI...?

Entrevistado: PTI es el programa de tratamiento individual ¿ya? Se consensua con el paciente dependiendo de la percepción de él y de la necesidad que él tenga en el momento ¿cierto? En caso de que el perfil no cumpla ehh leve... moderado, porque hay severidad también y que necesitaría otra modalidad más intensiva un residencial, se conversa con el paciente o con... y junto con su acompañante ¿cierto? si es que cuenta, se le sugiere, porque al final la decisión es de la propia persona y si la persona dice bueno ya, se articula la red y se busca el lugar correspondiente. Nosotros tenemos en este momento dos lugares de referencia ¿cierto? Uno es un ambulatorio intensivo que tienen las características de todas las semanas, cierta cantidad de horas y el residencial que es donde la persona va durante una cantidad de tiempo a vivir lugar que cumple condiciones que tienen que ver con lo terapéutico ¿cierto? nosotros atendemos como les decía delante dos veces por semana ¿cierto? Son ocho atenciones al mes (pausa) ya sea por los profesionales que están determinados al usuario ¿cierto? Dependiendo de la necesidad más dos atenciones para el familiar o la persona que acompaña el tratamiento ehh... que consisten en un taller ¿cierto? son talleres que se hacen una vez al mes más una atención, y estos talleres son grupales ¿ya? Más una atención grupal para la familia para ir chequeando ehh avances, retrocesos, qué es lo que está pasando en realidad que como es ambulatorio o sea una persona puede venir y decir no estoy súper bien pero no nos quedamos con eso, entonces necesitamos

igual de alguna manera tener alguna referencia en que nos vaya de alguna manera guiando, guiando y (pausa) o sea en el fondo como ehh como... esa palabra... como corroborando la información que se nos está entregando cierto esa es como la idea de la entrevista individual además también los familiares también tienen la posibilidad de en caso de necesidad acceso a tratamientos también si es que fuera necesario, ¿ya? el taller tiene las características formativas, psicoeducativas, que tienen que ver con temas: vínculo, límites, emm... en este caso la idea el factores de riesgo, protectores ¿cierto? Desde el ámbito familiar o social si es que se diera el caso. Ese es más o menos la estructura que tiene el programa. Nosotros tenemos dos modalidades de atención. Nosotros atendemos a población general ¿cierto? y ehh... tenemos los programas ambulatorios básicos e intensivos. Entonces ahí hay una diferencia porque lo básico tiene un tiempo de duración que va desde hasta los seis meses que pudieran ser mas en caso de, y el intensivo tiene una duración de ocho meses que pudieran ser mas en caso de.

Entrevistadora: ¿Y eso depende del... paciente?

Entrevistado: Del nivel de severidad de acuerdo a un diagnóstico biopsicosocial que se hace inicialmente ya nosotros hacemos varias evaluaciones en el inicio para determinar este compromiso ¿ya? Porque nosotros no solamente nos enfocamos en el tema del consumo, sino que tenemos que ver el...el espectro más amplio, entonces estamos divididos por ámbitos que tienen que ver con patrón de consumo, con problemáticas personales, aspectos físicos, aspectos psicológicos, ehh... y el tema de lo sociocupacional. Entonces nosotros elaboramos un PTI en virtud de esos cinco seis ámbitos que les acabo de mencionar.

Entrevistadora: Entonces, para entender un poco mejor... el tratamiento para el sujeto que viene a solicitarlo digamos, con familiar o sin familiar. Consiste en algo básico, por ejemplo, que vaya el psiquiatra, el técnico el psicólogo, y ¿entre todos se articulan y hacen el tratamiento? ¿Cuánto dura el tratamiento? Y ¿Cómo funciona un tratamiento aquí, por ejemplo?

Entrevistado: Son... por eso le decía. Hay básicos e intensivos ya y eso va a depender del nivel de severidad que está presentando la persona en cuanto al compromiso biopsicosocial y de ahí se estructura el tema del tratamiento. Por eso los tratamientos son individualizados. Tienen un tiempo de duración, pero ese tiempo de duración es flexible o sea dependiendo de avance, retrocesos o logros que vaya teniendo el paciente o el usuario en el tiempo de tratamiento. Entonces ¿qué es lo que se determina al principio? ¿Cuál es la necesidad inicial del paciente? Por ejemplo, si hay una necesidad más de psicólogo se estructura en función a la atención técnico-psicológica. Podría decirse de esa manera, pero el psiquiatra siempre tiene que estar presente porque el psiquiatra es transversal en todo el tratamiento. El psiquiatra va haciendo las evaluaciones, el psiquiatra es el que determina esquemas farmacológicos. El psiquiatra es el que determina diagnósticos en caso de por ejemplo trastorno psiquiátrico o trastorno de personalidad, en... va determinando ese tipo de situaciones. El técnico va determinando patrón de consumo, psicólogo va viendo el tema de psicoemocional, el tema de terapeuta ocupacional va a hallar los últimos tres meses de tratamientos en términos de reinserción social. ¿Ya? Trabajo, hábitos, ocupación ¿cierto? Tiempo libre, y así sucesivamente todo lo que es trabajo terapeuta ocupacional. El...el... el social lo que hace es vincular con redes cierto eso es lo que hace el social. Vincula con redes, si hay necesidades como se llama, de estudios por ejemplo... como se llama cuando una persona está desescolarizada y hay que volver a reintegrarlo

Entrevistadora: los analfabetos

Entrevistado: Sí, llega mucha gente que muchas veces tiene básico y hay una necesidad, si es que la persona así lo determina. O sea, nosotros en este caso no hacemos nada que el usuario no sienta que no sea necesario para él. ¿Ya? ¿Porque? Porque nuestros principios que guían el tratamiento general son derechos ciertos (pausa) y reducción de daños. Nosotros trabajamos con la reducción de daños, no somos abstencionistas.

Entrevistadora: Perfecto, como usted mencionaba entonces el psiquiatra es transversal... ¿Qué opina usted con respecto a la medicación en los pacientes?

Entrevistado: Cuando es necesario es necesario, sino es necesario estoy en contra.

Entrevistadora: ¿Cómo lo podría determinar?

Entrevistado: Eso lo determina en las reuniones clínicas...lo vamos...lo vamos viendo, pero idealmente el tratamiento farmacológico tendría que cumplir en caso de que no haya algún trastorno ¿cierto? Tanto de personalidad como psiquiátrico, eh... tendría que cumplir la función de disminuir sintomatología de abstinencia inicial ¿ya? Eso es y esa sintomatología debería estar siendo tratada en los primeros tres meses, después de los primeros tres meses la idea es que los usuarios queden sin medicación, pero si tienen un trastorno a la base el psiquiatra determina cuanto tiempo la persona necesita tratamiento farmacológico. Dependiendo de la necesidad y del trastorno que presenta.

Entrevistadora: Y en su opinión, por ejemplo. ¿Qué sería la rehabilitación o en qué consiste?

Entrevistado: ¿En qué consiste la rehabilitación?

Entrevistadora: ¿Qué es para usted la rehabilitación?

Entrevistado: Eh... uy que difícil la pregunta que usted me hace porque constantemente nos estamos preguntando lo mismo es una pregunta que está siempre presente ¿cierto? En que consiste la rehabilitación y la rehabilitación (tartamudea) o sea hoy día, hoy día ya se está hablando o nosotros estamos hablando porque en cierto...en estricto rigor ya la rehabilitación como que no existe ¿cachai?, ¿porque? Porque hoy día esta... estamos guiados bajo el concepto de inserción cierto, pero nosotros hoy día estamos pensando en inclusión

Entrevistadora: O sea ¿Usted está entendiendo inserción o reinserción como algo más a lo laboral como en ese aspecto o no?

Entrevistado: Más integral, más integral porque eh... esta... la rehabilitación... la palabra pa mí me dice desde una persona que está totalmente desarticulada de todo ¿cachai? entonces hay como meterlo nuevamente en un sistema y eso es lo que yo no estoy a

favor... con ese concepto cierto como una persona que esta fuera y que hay que dentro de estas reglas. ¿Cachai? Esa es la idea que tengo yo de la rehabilitación. Una persona que no tiene capacidades que no tiene que ha perdido su... su calidad o capacidad de reflexionar, de tomar decisiones de pensar, y así sucesivamente. Cosa que yo no creo ¿cierto? Las personas que... por eso que junto con el cambio de concepto nosotros no estamos pensando en ... la adicción como una enfermedad sino como un problema psicosocial cierto que está más allá de ... es como que si nosotros estuviéramos pensando que la persona decide estar fuera del sistema y no es así cierto son las condiciones socioeconómicas las que llevan a una persona a que quede marginada cierto desde...desde muchas veces desde la infancia donde son excluidos de desde de los colegios por tener mala conducta y así sucesivamente. Las personas que nosotros atendemos por lo general ehh están insertas ehh en ámbitos de alto riesgo cierto con grupos e pares, con culturas con una serie cuestiones y esas cosas hay que tenerlas en consideración porque la rehabilitación es como esto es lo bueno y tu estay en lo malo es un estigma en el fondo.

Entrevistadora: Claro, y en su opinión y en su experiencia obvio, quince años me decía. Ehh La drogadicción para usted, ¿El problema de dónde viene? ¿Cómo lo entiende usted el problema de la drogadicción?

Entrevistado: Pucha el problema viene desde distintos ámbitos, viene de lo social, viene de lo cultural, viene de lo económico viene de la inclusión, desde el excluir a una persona desde siempre. O sea, chiquillos que participan en el programa, son cabros que están en contexto de alto riesgo, que les cuesta eh llegar a un trabajo, que les cuesta he tener expectativas, yo creo que es una falta de expectativas, una falta de expectativas que viene desde, desde, desde el modelo económico que...que... que cada vez te va excluyendo, te va excluyendo, te va excluyendo, va quitando el valor, va quitando el valor a una persona.

Entrevistadora: Bueno y hablando también de lo social, ¿Cuál es la idea o la noción que usted tiene sobre apoyo social? Que es lo que nos trae acá.

Entrevistado: El apoyo social pa mi es una reinterpretación de la vivencia personal, en cuanto a... (Pausa) a que la persona tome conciencia (pausa) de que el problema que tiene o que está presentando va más allá de su decisión personal.

Entrevistadora: ¿A qué se refiere?, un ejemplo por favor

Entrevistado: Un ejemplo: yo no llegué a consumir drogas porque quise porque si fue el contexto el que fue determinando ciertas cuestiones, ciertos conflictos familiares, como les decía delante exclusión ehh... tanto laboral como educativa... Ehh... ehh... Precariedad en términos laborales. Precariedad en términos económicos, precariedades. Está determinada por la precariedad que se vive en la sociedad que nosotros estamos viviendo actualmente, se da el sistema es nefasto, nos excluye, hoy día nos está quitando el valor como personas si no soy un ente productivo no tení ningún valor

Entrevistadora II: Entonces acá en el programa tratan como de darle ese apoyo que la sociedad los quita

Entrevistado: Es hacer conciencia, una conciencia social. O sea, tu estay consumiendo drogas porque a la sociedad le conviene que tú consumas drogas porque así no vai' a reclamar tus derechos. Va en virtud del derecho. Las personas que nosotros atendemos no saben que tienen derechos, ¿cachai? va desde, desde eso más básico no saber que tú tienes el derecho (pausa) a estudiar, a tener un trabajo a que se te trate de forma digna porque además también como te decía delante como hay una conciencia de desvalor o sea tu teni que (pausa)

Entrevistadora: Entonces para ver si estamos entendiendo bien lo que usted nos quiere decir ¿Usted interpreta más el apoyo social como una cosa en cuanto a redes de apoyo para usted se vincula o cómo podría interpretar el apoyo social con otros conceptos si lo pudiera vincular?

Entrevistado: Desde la rehabilitación es redes

Entrevistadora: Pero su opinión

Entrevistado: En mi opinión desde la rehabilitación hacer conciencia de que...

Entrevistadora: No, su opinión de apoyo de apoyo

Entrevistado: Hacer conciencia.

Entrevistadora: ¿Es hacer conciencia?

Entrevistado: Sí, hacer conciencia de que tú tienes derecho y que tienes un valor y que por tanto tení que hacer valer tus derechos en cuanto al valor que tienes como persona eso pa mi es el apoyo social.

Entrevistadora: ¿Y el lazo social como lo interpreta?

Entrevistado: El lazo social es como la red que tu tení que articular en virtud de lo que se te ofrece ¿cachai? porque hay un hay un hay un te ofrecen algo ¿cachai? si no es como se llama si no es un trabajo que está mal pagado, es un micro emprendimiento que... es pa seguir manteniendo el circulo.

Entrevistadora: Claro, bueno hablamos un poco del ingreso, un poco del tratamiento. ¿Cómo saber cuándo uno ya está... el paciente está listo para el alta, ¿Cómo lo determina?

Entrevistadora II: es voluntario por ejemplo si yo llevo... entré al mes

Entrevistado: El tratamiento, el tratamiento es voluntario

Entrevistadora II: Entonces cuando yo decida irme se va el alta

Entrevistado: Sí, cuando yo decida me voy, pero eso es el derecho de la persona, así como llegaste tú te podi ir en cualquier momento cierto, pero por estructura del tratamiento de programa cierto porque ahí hay que hacer una diferencia. El programa tiene un tiempo de duración como les dije que va desde los seis a los ocho meses, dependiendo del compromiso biopsicosocial ¿ya? Entonces nosotros vamos haciendo evaluaciones en cuanto a esta articulación de red cierto, dependiendo de las necesidades que el paciente va presentando. Entonces como vamos evaluando: primero, como la persona llega por una

necesidad inmediata que tiene que ver con el tema del consumo primero despejamos el tema del consumo en la medida en que la persona se propone. ¿Qué se propone?

Entrevistadora II: Dejar de consumir

Entrevistado: No necesariamente. (Pausa) porque nosotros trabajamos desde el modelo de reducción de daños. Por ejemplo, no es necesario que una persona decida dejar de consumir todo porque hay policonsumidores que por ejemplo tienen consumo problemático, pero ellos problematizan el consumo de pasta base, pero están consumiendo marihuana alcohol y llegan ... lo primero que hay que preguntar (iniciando monólogo) ¿Qué quieres hacer tú con tu consumo? “ah sabí que yo quiero dejar de consumir pasta base” ¿Qué es lo que pasa con el alcohol? “No, el alcohol, no tengo problemas con el alcohol, no tengo problemas con la marihuana. Pero si tengo problemas con la pasta base” ya. Vamos. Trabajemos con el tema de la pasta base. El alcohol lo vamos dejando un poquito de lado, l marihuana la vamos a dejar... o la otra sustancia la vamos dejando un poquito de lado y cuando llegue el momento la vamos a problematizar. (Fin monólogo) Qué es lo que pasa con esos otros consumos. Entonces, ya la persona después de un rato se da cuenta de que quizás a lo mejor el consumo es pasta base, logra dejar pasta base. Pero el consumo de alcohol también es problemático entonces ya, la persona dice (empieza monólogo) ya sabí que yo me doy cuenta por todo lo que hemos trabajado me doy cuenta de que si tengo un problema de consumo de alcohol. Ya trabajemos entonces el consumo de alcohol entonces ahora. (Fin monólogo) Le vamos sumando uno a otro. Pero hay estrategias que uno puede utilizar para ir problematizando los consumos en la medida en que uno se va dando cuenta de que esto te está perjudicando ¿cachai?, en términos médicos, en términos sociales ¿cierto? en términos personales, en términos familiares, por eso yo les hablaba de los ámbitos de intervención que nosotros tenemos que abordar y ahí vamos problematizando con la persona pero en la medida en que la persona quiera, si me dice, sabí que yo no quiero dejar de consumir alcohol pero sí quiero dejar de consumir. Nosotros te vamos a ayudar en esto (fin monólogo). Entonces vamos evaluando logros, progresos, retrocesos eh... estancamientos y así sucesivamente, por eso

que muchas veces necesitamos a alguien que acompañe para que nos vaya dando una referencia de que en realidad esa mejorando esto, estamos mejorando en esto otro, estamos bien acá cachai entonces como les decía yo delante eso se va problematizando pero con las persona y al final la persona es la que decide porque nosotros no podemos obligar a un mayor de edad a hacer eso que él no quiere porque tiene un derecho porque nosotros por el discurso tenemos que ser consecuentes de este derecho que él tiene, a decidir, pero cuando nosotros recién iniciamos, pero decide a conciencia, deciden a conciencia. ¿Cachai? Porque en algún momento tu no decidiste porque empezaste a consumir cuando teniai trece años, ¿teniai conciencia de lo que estabai haciendo? ¿Teniai la capacidad desarrollada al cien por ciento de decidir realmente o esto se fue dando?, ¿Cachai? Estas son cosas que se van a ir problematizando dentro del (tartamudea) del proceso. Porque nosotros entendemos tratamiento un proceso que va paulatino ¿cierto?, que muchas veces va a tener retrocesos, que va a tener muchos avances, entonces jugamos mucho con eso del ludo: avanzar, retroceder, avanzar, retroceder. Cachai e ir eh... en la medida que avanzamos, retrocedemos, problematizamos junto con la familia, junto con el mismo usuario.

Entrevistadora: Podría a raíz de esto ¿contarnos un caso a lo mejor que a usted lo haya marcado?

Entrevistado: Mira hoy día estaba precisamente con un... con una persona eh... sexo masculino... cuarenta años... cuarenta y cuatro años... eh... consumo de alcohol masivo ¿cierto? Llega hace eh... aproximadamente nueve meses con cero expectativas ¿cierto?

Entrevistadora: ¿Voluntariamente llega?

Entrevistado: Y llega voluntariamente... ¿cierto? ehh... se pierde en algunos momentos de tratamientos porque nosotros tampoco andamos persiguiendo o sea una de las cosas que yo no soy es gendarme entonces no puedo andar persiguiendo a las personas entonces tenemos un protocolo de todas maneras de rescate como lo llamamos nosotros. O sea si la persona desaparece más de dos meses que no asiste a tratamiento, quizás a lo mejor una llamada telefónica dos llamadas telefónicas pa intentar poder re vincularlo en caso de que

sea positivo se le agenda una hora cierto, y si es que estas dos llamadas telefónicas no hay resultado nosotros tenemos que por necesidad hacer una visita una intervención domiciliaria de recate que le llamamos nosotros en este caso nosotros vamos con (pausa) se le pregunta usted quiere volver no quiere volver si no quiere volver por obligación nosotros tenemos que hacer, firmar un una carta de disentimiento ¿cierto? . Es el protocolo que tenemos que cumplir por programa ¿ya? Pero... pausa este caballero se había desaparecido dos meses se le llamo lo llamo por teléfono me comunico con la mama cierto pero el a había tenido logro los primeros tres meses deja de consumir cierto cuando deja de consumir empezamos a ver el tema laboral porque está fuera del (tartamudeo) estaba des inserto laboralmente cierto empezamos a trabajar el tema laboral. Una vez que se inserta laboralmente ehh tenemos un tiempo de porque muchas veces también se presenta que son hay mucha inestabilidad en la historia cierto, eh hh hoy día a estamos trabajando el tema ehh recreacional por ejemplo el tema social que tiene q ver con... la búsqueda de interés personales en cuanto a ... la recreación en cuanto a mmm a ciertos hábitos que, que pueden ser beneficios como mmm deportes eh organizaciones sociales eh quizás haya... un interés de... es más espiritual que tiene que ver más con participación en (tartamudeo) en comunidades religiosas cierto, muchas veces iglesias y ese tipo de cosas que muchas veces se van presentando en los usuarios y vamos vinculando con ese tipo de instancias cierto,

en la medida que, o también hábitos que a lo mejor pueden estar siendo alimenticios quizás, que muchas veces los chiquillos cuando dejan de consumir empiezan a comer más entonces hay que regular ciertas cosas también, se les va problematizando ciertas cuestiones que podrían ser dañinas para las personas, otros empiezan a fumar más entonces eso también, oye a ver qué es lo que pasa con tu hábito de fumar, quizás representa algún problema o tú no has tenido ningún... quizás cuando hay mucho consumo de pasta base por ejemplo hay mucho daño pulmonar, entonces pucha tu teni antecedentes, quizás vincularlo con el tema de la PS para que se vaya a hacer chequeos médicos cierto cuando ya hay una desvinculación, porque hay cabros que están desvinculado de todo, hay otros que no, que no están tan desvinculados, entonces se

empieza a trabajar ese otro aspecto que puede ser relevante, si hay problemáticas familiares ahí también es importante, se empieza bueno a trabajar junto con la persona con l familia cierto, entonces se va ampliando el tema de la atención ehh y de las intervenciones que se va realizando junto con el paciente. ¿Me perdí donde estábamos?

Entrevistador: en el caso de

Entrevistado: ¡Ahh! Ya (risas). Estábamos con este caballero entonces hoy día nosotros estamos trabajando ehhm... un proyecto de vida cierto, un proyecto de vida que lo va elaborando él en cuanto a tiempos, por ejemplo, ehhmm, objetivos medianos, cortos, largo plazo cierto.

Entrevistadora: entonces es un caso que usted catalogaría como exitoso o no

Entrevistado: Él mismo se cataloga como un éxito cierto, así mismo yo le refuerzo claramente, porque yo también considero que haya sido el tema de su tratamiento porque hoy día él está pensando cierto a partir de el mismo, lo que problematiza ehhm... irse de Santiago por ejemplo, al sur ehh... pagar deudas, formar una familia cierto, imagínate tiene 44 años y todavía no había decidido formar una familia y hoy día ya está pensando en formar una familia en el camino se reencontró con una antigua polola que había tenido se revinculó con una, hoy día ya están pensando en irse a vivir al sur, tiene la idea de ir ya saldando todas sus deudas económicas que tenía, entonces eso lo está pensando en un año, saldar deudas, en dos años quiere ya tener una casita en el sur, tiene un terreno que esta tirado por allá, imagínate aparecen ese tipo de cuestiones ehh formalizar una relación de pareja ehh.. Tiene dos trabajos en este momento, quiere dejar uno para tener más tiempo libre cierto, hoy día está pensando en su tiempo libre y en el negocio en el disfrute, hoy día a cambiado su concepto de “ya no puedo tomar más” a “no quiero tomar más” porque eso también se va trabajando a nivel cognitivo cierto, ehh... el termino porque muchas llegan “ya es que no puedo consumir más” y ese viene desde afuera desde la obligatoriedad cierto que se le impone desde lo familiar lo legal, nosotros también atendemos muchos casos legales que vienen desde, derivados desde tribunales cierto, hoy día atendí a un caballero que venía de una gendarmería por una, por un beneficio carcelario

que tiene, una libertad vigilada, ya, entonces este otro caso está pensando en ya hacer cambios radicales en su estilo de vida en el fondo, entonces eso es lo que nosotros promovemos, cambios radicales en el estilo de vida, en los distintos ámbitos que nosotros estamos, está pensando también en mejorar su calidad en la alimentación porque se está encontrando medio gordo, quizás son como detalles que van haciendo entender esta persona está tomando conciencia de su integralidad cierto, entonces ehh.. como le decía ya estamos también trabajando el tema del alta terapéutica pensando en que, hoy día yo le preguntaba “yapo hemos avanzado”, ehh evaluamos cuales son las situaciones que él considera que ha logrado hoy día hasta el momento, que es el tema de la abstinencia que él se lo propuso en algún momento, la abstinencia, ehh... como se llama, familiarmente ya no hay conflicto, el haber recuperado la confianza de la familia que para él es como súper significativo, cierto que hoy día ya no por ejemplo, se pierde algo en la casa ya no es al primero que apuntan y él lo reconoce como “chuta ya no soy yo el índice” cierto, si no que ya no piensan en mí cuando se pierde alguna cuestión al tiro

Entrevistadora: Claro y aquí ya más hacia el término después cuando ellos ya deciden irse, se les hace algún tipo de seguimiento

Entrevistado: Sipo, nosotros tenemos ehh... un año de seguimiento, se le ofrece a la persona que tampoco es inflexible, o sea unas de las cosas que nosotros somos bien majadero es que usted tiene las puertas abiertas de aquí a la eternidad, se podría decir cierto, el año de seguimiento también es optativo, porque hay algunos que no les interesa seguir viniendo nunca más porque consideran que no es necesario, pero se les ofrece “mira sabes que tú vas a tener un año, ese año también está en una estructura, son atenciones bimensuales por lo tanto se le ofrecen seis atenciones al año, con un profesional específico que lleva el caso cierto, en caso de que se presenten dificultades o lo que sea, si es que necesita a venir a conversar con alguien porque se dio cuenta de cualquier cosa, ven pa acá cierto, nuestras puertas siempre van a estar abiertas, de hecho nosotros todavía tenemos contactos por vía Facebook o por las redes sociales con varios chiquillos que han pasado por procesos terapéuticos que hoy día están bien cierto, y no necesariamente bien

significa que no estén consumiendo, ya, ese no es, para nosotros no es un indicador exclusivo de logro, bienestar, éxito cierto, porque hay chiquillos que han podido regular sus consumos y hoy día se mantienen con cierta frecuencia pero ya no es lo que era antes cierto, pero sin embargo se mantienen en contacto y muchas veces oye sabi que puta necesito conversar con alguien, yapo ven pa acá, agendamos una hora y nos juntamos, no hay ningún problema en eso nosotros podemos tener la disposición y la libertad de hacer eso

Entrevistadora: Claro, y este contacto que dice usted, es por Facebook de la comunidad o personal

Entrevistado: No, no, personal, ese es uno de los resguardos, o por lo menos yo tomo en mi caso cierto, he tenido a través de la historia ciertos casos que me han hecho no tener redes sociales, por ejemplo, yo no tengo Facebook ,jamás darle mi numero personal a usuarios cierto, a no ser que ya haya habido un proceso más o menos largos, porque yo tengo vinculo y me junto con hartas personas que han pasado por procesos terapéuticos muy largos y que hoy día somos amigos por ejemplo, pero después de haber habido mucho tiempo, yo ehh de hecho comparto con un grupo de chiquillos que acompañe ehh en otro lado, cuando trabaje en una unidad terapéutica y hoy día nos juntamos dos, tres veces al año pero ya como amigos cierto, uno no hace haciendo vínculos, pero inicialmente dentro del tratamiento yo tomo ciertos resguardos porque me han ocurrido situaciones, por ejemplo que me ha llamado un día sábado a las cuatro de la mañana y sabi que oye necesito ayuda estoy acá y la cuestión ,entonces ya, cachai es como, me ocurría cuando tenía el hábito de oye ya toma mi número de teléfono y por experiencia de otro compañero que el tema de los limites no está ahí bien definidos cierto, entonces los llaman por teléfono para contarle cosas que en realidad son parte de la vida personal que está siendo transgredida por ejemplo.

Entrevistadora: En estos casos que usted nombra ¿usted que catalogaría como un obstáculo dentro del tratamiento? Por ejemplo

Entrevistado: Un obstáculo, ehh...

Entrevistadora II: Que pueda existir dentro del tema de Salud Pública o del COSAM.

Entrevistado: El acceso, si, el acceso, nosotros es que por esto que tenemos esta modalidad en algún momento se nos ocurrió porque el centro en si funciona con la derivación, cachai, entonces nosotros en algún momento como equipo lo pensamos cierto, y por experiencias también previas ese es un obstáculo, el que una persona venga derivada y tenga que solicitar una hora y que la hora te la den para el año de la pera, entonces eso nosotros entendemos como que la persona que viene a solicitar ayuda y sobre todo que esta del consumo de droga que los chiquillos son súper inestables, hoy día si mañana no, ambivalentes en el fondo, ehh la primera atención y si mientras más inmediata son mejores los resultados cierto, ahora lo otro que yo encuentro que también es un obstaculizador es el trato

Entrevistadora II: y ahí usted catalogaría el apoyo social, por ejemplo, las herramientas que tiene el COSAM para entregarle a los usuarios

Entrevistado: Sipo eso es un apoyo, si tú lo quieres ver de esa manera totalmente es un apoyo crucial porque, resulta los chiquillos si no reciben la atención hoy día por esta ambivalencia que presenta cada determinado momento, ehh vienen le dan un ahora y el cabro no va a venir

Entrevistadora II: es muy importante entonces el apoyo social para la, para una rehabilitación exitosa

Entrevistador: Sipo, a ver... el apoyo social

Entrevistadora II: Es como un cincuenta y cincuenta.

Entrevistador: Ahora como que estoy entendiendo mejor, o como es, bueno lo estoy resinificando de alguna manera , el apoyo social tiene que ver con el vínculo, con la atención inmediata, con la atención digna, por eso yo les decía el trato, muchas veces los chiquillos por, es que yo lo he notado, muchas veces por ejemplo ahí en, de ciertos compañeros, de ciertos profesionales que por ejemplo un cabro que es consumidor de

pasta base a veces llegan acá o bebidos o consumido cachai, o cabros que vienen de haber carreteados de una semana completa llegan todos cochinos, hediondos y toda la cuestión entonces hay como un.. Cachai. Entonces pucha muchas veces me han preguntado oye pero y tu mira la oficina como esta hedionda la dejaron, esta pasada a copete, pasada a pasta, hasta cocaína incluso yo puedo sentir el olor, entonces es, este apoyo inmediato, ese ‘al tiro’ es súper significativo, entonces es determinante muchas veces porque es el vínculo inmediato, entonces esto de no hacer un prejuicio cierto, de no estigmatizar, ehh es relevante, los chiquillos necesitan una atención digna independiente de donde vengan, y sabi que otra cosa que es súper importante, las mujeres son más estigmatizadas que los hombres.

Entrevistadora: Hacen distinciones

Entrevistado: Si hacen distinción de géneros importantes, hay una distinción de género importante ahí que también repercute positiva o negativamente dependiente de si tú lo teni presente o no lo teni presente cachai, por eso es que es importante por ejemplo, el tema de la formación así como ehh a nivel bien general, yo tengo mi formación de técnico como les decía, pero sin embargo ehh... hoy día estoy como en el tema de genero ehh... tengo diplomado en muchas cuestiones que me han ido interesando, que han sido apoyo cachai, en el sentido este apoyo social pa los chiquillos que, porque me permite de alguna u otra manera tener una visión más amplia de lo que un apersona podría estar viviendo, entonces me va a permitido desprejuiciar, el prejuicio es una cuestión que limita, entonces uno de los tema que se trata en los talleres familiares es el prejuicio, porque la familia muchas veces tiene prejuicios cuando dice ‘tú no tienes fuerza de voluntad’ ehh ahí ya te están cuartando, ósea te están limitando, tú no tienes fuerza de voluntad entonces hay un lenguaje que también tiene que ver con el apoyo social y el vínculo que puede ser determinante cierto, en termino de lenguaje tu puedes destruir o construir cierto, entonces es súper importante.

Entrevistadora II: Y a modo como de programa, así usted modo personal trabajador y profesional que trabaja acá, ehh que herramientas cree usted que son las que

complementan el apoyo social para los usuarios, por ejemplo, si usted viene... así como si las podría enumerar

Entrevistado: A ver, si hay emm... a ver si vamos como (pausa) esta lo blando y lo duro cierto, lo duro tiene que ver con toda tu formación académica y lo blando con todo esto que les estaba contando, el tema del trato, del lenguaje, del desprejuiciar cierto, del trato digno, del ambiente que tu generas cierto, ehh... del entendimiento que tú puedas tener en relación al tema, porque por ejemplo si tu vienes de un modelo biomédico vas a ver trastorno todo el rato, medicación todo el rato y eso no es digno, ehh pero cuando tu veí a una persona, ósea eso es, eso tan simple que va desde el paciente al usuario cierto.

Entrevistadora: Claro, en ese mismo sentido, usted que opina con respecto a esta vinculación que se hace de drogadicción y delito

Entrevistado: ese es un prejuicio.

Entrevistada: Lo entiende como un prejuicio, no es algo que se dé por aquí por ejemplo en casos de drogadicción y delito.

Entrevistado: Si nosotros atendemos muchas persona que viene judicializadas, pero se los atiende tal cual como a cualquiera, no hay... viene desde un... y se le explica a la persona, por lo menos yo trato de hacerlo, de que lamentablemente del contexto en el que el viene determina ciertas cosas que nosotros tenemos que hacer, pero yo creo que ese, ese es un prejuicio, o sea ehh anexar droga- delito es algo que no, cachai, los chiquillos que muchas veces incurrn en delito ehh no es porque sean malos cachai, porque también está asociado a (tartamudea), cuando a que hablo yo de prejuicio anexar droga-delito, droga delito malo ehh droga- delito –malo-sin capacidades, droga- delito irresponsable, droga- delito- malo mentiroso ehh y así sucesivamente le vai sumando puros aspectos negativos, entonces cuando empezamos a hablar, entonces ahí hay un cambio de paradigma que tiene que ver con la carencia que esta puesta ahí en droga-delito-malo-irresponsable- falta de voluntad, y todas las faltas cierto, cambio de paradigma veamos cuales son todos tus recursos que es lo positivo que tú tienes, porque ya los chiquillos

vienen muy estigmatizados y que son malos que son aquí, que son allá, se los repiten hasta por el cansancio, y cuando tu empiezas a hablar de recursos cierto, esta re significación, de hecho con el caballero que yo estaba en la mañana y con un chiquillo que atendí ayer que es, precisamente hicimos, hablamos este de ‘ es que no tienes fuerza de voluntad’’, entonces aquí hay una re significación, mira, yo les explicaba lo siguiente, eso de que tu no tengas fuerza d voluntad no es tan así ya, ahora que es lo que pasa, tú tienes fuerza de voluntad porque todos tenemos voluntad, la voluntad es intrínseca a los seres humanos, ahora lo que puede pasar es que tu voluntad está dirigida en función de lo que tú quieres cachai, y si tú quieres consumir drogas toda tu voluntad va a estar dirigida en ese propósito, si tú quieres dejar, toda tu voluntad va a estar dirigida a ese propósito, o sea acá los propósitos son súper importantes, y los propósitos se determinan de acuerdo a tus intereses, entonces se hace una re significación de por ejemplo es que un drogadicto es irresponsable, no un drogadicto no es irresponsable, por qué, porque yo estoy seguro que si a ti alguien te dice ‘oye juntemos a las cinco de la tarde para que nos fumemos un pito’ tu vai a estar a esa hora allá, y eso me habla de algo irresponsable, nopo me está hablando de una responsabilidad que a lo mejor está mal dirigida si puede ser, pero la responsabilidad esta cachai, entonces ahí hay una re sindicación de todo este prejuicio que hay entorno desde, porque el prejuicio viene desde el sistema de lo que está estructurado, que yo tengo que cumplí horarios que tengo esto que tengo lo otro, pero si mis intereses son otros, cierto. Entonces estamos hablando de irresponsable cuando el chiquillo está ahí para fumarse el pito es súper responsable o no, dentro de ese contexto, dentro de ese interés, por lo tanto, aquí a lo mejor lo que habría que hacer, que era lo que conversábamos con los cabros es. Ehh... esta la responsabilidad, pero redirijámosla a otros objetivos cierto, entonces vamos haciendo resignificaciones porque como te digo una persona que llega acá, llega súper desvalorizada por este discurso institucional que te hace pensar que tu hoy di ano teni ningún valor po, yo entiendo valores con principios como responsabilidad como...

Entrevistadora: ¿y cómo entiende a la persona que viene a solicitar ayuda?

Entrevistado: Como a una persona, primero que todo es una persona y como te decía yo delante, que tiene derechos cierto, como un a persona que tiene derechos, para mí no es un drogadicto, para mí no es un irresponsable, no es un mentiroso, para mí es una persona, una persona igual que yo cierto, que estamos en situaciones distintas sí, que hay que poner límites sí, que hay que hacer ciertas sí, pero en la medida que la persona lo decida cierto, que como te decía yo delante, o como les decía delante, yo no puedo obligar a nadie, porque yo no soy nadie para venir a obligar a nadie a que haga esto o lo otro pero sí, porque yo le decía al caballero de hoy que estábamos evaluando su proceso de progreso, ¿Qué hicimos nosotros realmente?, porque también lo hemos pensado ¿Qué es lo que nosotros realmente hacemos?, a veces así como tirando la talla la verdad es que nosotros no hacemos nada, más que recibir, acompañar cierto, que estas son de estas habilidades blandas de las cuales hablábamos delante nosotros, una escucha activa, un ponerse en el lugar, un ser respetuoso un ehh... un cómo se llama un ser empático ehh.. no se po un sr persona también po, que son dos personas que están dialogando de posiciones distintas y quizás pueden llegar a converger en algo que, que sea, porque yo he aprendido mucho de los chiquillos que atienden así como ellos han aprendido mucho de mí, muchas veces nosotros hablamos de puras leceras, así como un diálogo de ‘‘oye que hiciste el fin de semana’’ ‘‘como te fue ayer’’, que esto que lo otro cuáles son tus intereses, el otro día estábamos conversando con otra persona sobre que, por ejemplo que pensaba el de las mujeres por ejemplo, entonces fuimos conversando llegamos a ciertos consensos, dialogamos no más, como te digo a veces son conversaciones a menos que no tienen que ver con oye a ver factores de riesgo y que esto, que tiene que ver como con la estructura del programa y como nosotros vamos, a veces muchas veces, hasta uno también llega si como pucha hoy día no quiero hacer nada... entonces ya conversemos o cuéntame algo cualquier cosa cachai, entonces es el espacio, es abrir un espacio que tiene que ver con el respeto, con el respeto de los derechos, voy a seguir majaderamente hablando si es eso, básicamente lo que tiene que, por lo menos para mí que tiene que ser transversal a todo cierto, por eso que delante señale esta falta de respeto cuando chuta ‘‘oye pucha que estai hediondo’’ o que esta hediondo acá, pucha es un a persona que tiene problema cachi, y por

eso estamos acá, a los chiquillos que vienen a las adicciones son o cómo del mismo, desde el mismo sistema, así como me imagino que les pasa a las personas trans o a los homosexuales o a las mujeres que ejercen el comercio sexual o a los hombres que ejercen el comercio sexual ehh..., es oye yo he sabido de casos que no los atienden porque tú eres tras no mas o eres homosexual.

Entrevistadora II: ¿en el COSAM?

Entrevistado: No en el sistema de Salud Pública, me imagino que el privado a lo mejor es peor, no sé, nunca he trabajado en, o sea si he trabajado en privado, pero con financiamiento público cachai, bueno una vez trabajé en una comunidad residencial que era privada

Entrevistadora II: pero no los atienden

Entrevistadora: Pero se refiere a que los derivan o se les cierran las puertas

Entrevistado: No, no, no. Se les cierran las puertas, porque el trato ya es indigno y eso te va a producir, o sea si, si tú vas a un centro de atención de salud además, y te miran como con una cara así de (hace un gesto de desaprobación) de pies a cabeza tú no te vas a sentir, vas a querer volver a eso, cachai, si lo que estás buscando es dignidad en el trato además, cierto, yo he sabido de esto hasta la mismas personas que andan haciendo el aseo “oye y este...” cachai, hacer indigno eso que a lo mejor uno podría pensar que habría más empatía pero es como sentirse esa sensación de superioridad, y estudiantes cinco años, tres años, dos años lo que hayas estudiado y porque tienes alguna expertiz en algo que, como sentirte superior cuando yo de alguna u otra manera siempre cuando me preguntan oiga pero usted tiene que decirme, no porque yo no tengo que decirte nada, quien sabe más del problema que tiene que no soy tu, tú tienes la clave, tú tienes la solución busquémosla si tú, yo aquí te voy a escuchar, a lo mejor te voy a guiar, te voy a dar un consejo pero aquí yo no soy experto, el experto eres tú, porque en tu persona tu eres tu propio experto.

Entrevistadora: En el fondo se refiere a ser experto en sí mismo

Entrevistado: ser experto en sí mismo, de ahí aprender a manejarse dentro de las capacidades que tiene, dentro de las capacidades que tenemos todos, entonces ahí eso hablada en delante del cambio de paradigma, de mentalidad en el fondo, de entender como les decía yo desde la enfermedad a una problemática cachai, que hay una brecha distinta, si yo me planto con mi delantal blanco y ehh claro que me voy a poner en una posición de poder donde yo te voy a decir lo que tienes que hacer, yo no puedo decirle a nadie lo que tiene que hacer, la persona decide lo que tiene que hacer, entonces eso es, yo creo que eso también una de las claves, no plantearse en una posición de poder, cuando llegan y me dicen “doctor”, oye yo no soy doctor, no soy doctor en nada mi nombre es En ese trato somos dos personas iguales que están dialogando en un espacio, el espacio determina muchas cosas sí, pero tú también puedes hacerlo mucho más amigable en el fondo, digna y voy a seguir usando la palabra digna, no de calidad digna, porque ya dignidad ya le da calidad, calidad humana.

Entrevistadora: bueno le agradecemos mucho su tiempo, como le decíamos nos ha costado un poco, pero si tenemos que agendar otra como decía en el consentimiento ¿usted no tiene problema?

Entrevistado: Me llaman o me escriben y no, no hay ningún problema, ahí agendamos

Entrevistadora: Ya, muchas gracias por su participación.

Entrevista B

Entrevistadora: A grabar ahora. Ehh...Bueno mi nombre es Javiera Sarmiento con Fernanda Bascuñán y por favor si podría decir que recibiste el consentimiento y el resumen

Observadora: Y que accedes a ser grabada

Entrevistada: ya lo digo así. Sí, tengo el consentimiento informado, lo firme, esta con mi Rut y si accedo a ser grabada.

Entrevistadora: Gracias. Ehhh bueno primero cuéntanos un poco como es tu trabajo en que consiste.

Entrevistada: Mira acá el consultorio, bueno somos CESFAM, ehh Centro Salud Familiar. En este CESFAM hay dos asistentes sociales, una que se encarga de lo que es gestantes y adolescentes, y yo que me encargo de toda la demás población que vendría siendo ehh, casos sociales y salud mental, que...todo lo demás...que abarca mucho alcohol y drogas. Que yo estoy a cargo de un programa comunal de Alcohol y Droga y básicamente, bueno nosotros por ejemplo para salud mental soy el primer...soy el nexo con la Doctora en realidad, soy el primer filtro, viene la persona uno se introduce acá al nuevo sistema que es Rayen ehh... si trabajan en un consultorio lo van conocer, ya no se usa la ficha clínica solo computador y emm... bueno le damos la primera atención al paciente, se ve por prioridades, si viene cierto nosotros si estamos catalogados como clínico no vemos el tema de los diagnósticos obviamente, eso sólo lo ve el médico, ehh... y ahí lo derivamos no se po al municipio, no prestamos ningún tipo de beneficios económicos como consultorio pero si ayudamos, ehh... no sé con derivaciones externa interna y salud mental se pasa a la doctora, lo vemos con el equipo multidisciplinario que es la psicóloga, la doctora y yo. Si es un caso muy urgente lo derivamos al psiquiatra que viene una vez al mes, como atención primaria no tenemos psiquiatra, ehh... y luego ya de eso el paciente se pasa con la doctora, con la psicóloga, con Carolina y así comenzamos

ya a hacerle el seguimiento hasta que se dan de alta, pero acá los pacientes muy rara vez se dan de alta.

Entrevistadora: ¿Los derivan?

Entrevistada: Si, los vamos derivando, y ya cuando es una patología que no logramos... que el paciente ya no logra enfocarse en realidad, se deriva a secundaria que en este caso sería el Exequiel, en los casos de los niños o el Barros Luco en el caso de los mayores de 15 años.

Entrevistadora: ¿Cómo es el criterio de ingreso para un paciente?

Entrevistada: El criterio de ingreso ehh... nosotros tenemos acá el cuestionario el "Goldberg", la verdad esto es un cuestionario... por no decirlo básico porque mide... mide como más los episodios depresivos más que si una persona tiene una depresión, entonces esto da un puntaje ehh... y uno ya... yo llevo tres años ya ejerciendo acá en el mismo cargo, entonces uno ya va más o menos va conociendo las patologías de las personas y uno puede darse cuenta por el propio criterio que es lo que necesita que es lo que es urgente. Por ejemplo, si viene una persona con una ideación suicida yo no puedo esperar una semana para atenderla, hay que tenderla al tiro, pero si viene una paciente que me dice: "Señorita por problemas económicos yo no puedo llevar a mi hijo particular para que le den metenfelidato, eso sí puede esperar unas dos semanas hasta un mes. Acá el tiempo de espera para salud mental por SOME es alrededor de tres, cuatro meses... mucho. Cuando pasan conmigo ehh... nosotros nos demoramos un mes máximo en darle la hora, entonces igual ya es un tiempo estimado... Porque hay que pensar que solamente atendemos los días jueves con la doctora en la mañana entonces son ocho cupos solamente... Y para la población... horrible

Entrevistadora: Claro. ¿Cómo funciona el tratamiento, en que consisten los tratamientos?

Entrevistada: Mira ehh acá emm... la doctora es la que se encarga de ver el plan farmacológico, primero lo conversamos en equipo, con la psicóloga no vemos el tema de que si este medicamento o este no, pero ehh... lo que podríamos hacer no se po, ver el

tema de las redes, la psicóloga... yo veo todo lo que es redes, la psicóloga se encarga de psicoterapia, terapia, terapia y así es lo que vamos trabajando... bueno la psicóloga con la psicoterapia pero si ella ve que ya no avanzo el paciente nos cuenta a nosotras, tenemos reunión en lo posible mensual y ehh... y ahí ya se deriva a la secundaria que ya sería con psiquiatra...

Entrevistadora: Y el proceso de alta, ¿cómo saben cuándo ya se puede ir?

Entrevistada: El proceso de alta igual es complejo porque ehh... tenemos muchos casos que... por ejemplo acá la doctora siempre nos ha dicho que la centralina para bajarla es un proceso de titulación, vamos de a poquito, vamos bajando. El clonazepam tenemos mucha gente adicta al clonazepam, pero mal. Mal, mal, mal, porque aquí antes se cometía el error de que todos los médicos entregaban clonazepam, entonces era fácil po, yo iba con un médico con el otro, y aquí la adicción al clona... de echo hace dos años atrás tuvimos un robo solo de clonazepam, ocho mil. Ya entonces fue horrible, sólo eso, nos devolvieron dos mil, los demás ya no existen. Y emm... como te decía salud mental yo llevo tres años y las chiquillas llevan recién uno, yo estaba con otro equipo antes entonces ha sido difícil ehh... poder lograr un alta ahora durante este año porque a lo mejor la psicóloga consideraba que ya la persona ya estaba apta para que le den el alta o quizás que ya el control no fuera dos meses al mes sino que una vez al mes, una vez cada dos meses, pero es todo de nuevo, por qué, porque ehh... esta lo que... ósea esta lo que estaba escrito en las fichas pero los profesionales nuevos no los conocen entonces todo de nuevo, y para que te den el alta ehh... de... de primera la doctora por lo menos te da eso de un año... un año y medio porque l beca tres meses entonces ya tenemos un déficit de médicos que los vea cada tres meses ehh... según lo sintomatología por el CIE-10 y ahí la doctora comienza... pero como te digo hace más de un año que no tenemos alta, no hay alta solo ingresos.

Entrevistadora: y los mantienen y con los que mantienen no pueden ingresar a otros.

Entrevistada: Si, si igual se va ingresando, pero ahí es la sobrepoblación que se hace, por eso ya lo hablamos por ejemplo antes de hacer un ingreso de una hora, ahora los ingresos

son de media hora porque en esa hora ya tenemos dos cupos y así vamos. Hemos... ahora actualmente tenemos cerca de quinientas personas en... salud mental

Entrevistadora II: Caleta

Entrevistadora: Mucha gente. Bueno y ehh... los pacientes que vienen, ¿Qué características tienen ellos por ejemplos, ¿quiénes son?

Entrevistada: Mmm... mira ehh... tenemos pacientes salud mental que... ósea los típicos pacientes problemáticos que quizás ya no tiene la patología, pero ahora ehh... tienen la costumbre de hacer el problema y que si tu no los atiendes hacen problema, entonces hay muchos pacientes así, la verdad es que tenemos muchos emm... pacientes como conflictivos, la mayoría de los pacientes que ahora hemos ingresado me dificultan, pero muchos, muchos, muchos, muchos. Entonces emm... de los colegios nos derivan a todos los niños por meta infinidad, ósea es lo único que hacen ehh... no se po, tenemos casos, de hecho, el año pasado tuvimos un problema con un colegio porque nos mandaron a una niñita de 7 años y por él, por los test de Connors, por los informes conductuales, informes de notas ehh exigía sí o sí que tuviera pastillas. La niñita tenía excelente promedio y estaba en pie ehh entonces la profesora le manda la respuesta ehh... la doctora le dio el medicamento porque la mamá estaba así, lloraba por favor porque me va a molestar a la niña que no sé qué, la mamá ehh... bueno como lloró la doctora le dejó una pastilla diaria de lunes a viernes ningún problema, pasaron los días la mamá llegó de nuevo que no que eran dos pastillas al día, entonces al final lo que la doctora decía no tenía sentido po, por qué, porque eran ellas las que, estaban, los del colegio eran los que estaban diciendo como hacerlo y ehh la cosa es que la niñita en pie tenía su atención y todo pero ellos dijeron que ellos no podían solamente hacerse cargo de esa niña y que aquí el psicólogo no le estaba sirviendo así que, que le dieran dos. Tuvimos un conflicto, la cosa es que la directora autorizó que le dieran dos pastillas, entonces al final uno dice ya po, que... que es lo que estamos haciendo, la vio el neurólogo, la vio el psiquiatra y no era, ni siquiera era para pastillas ehh... o lo otro que estaban haciendo mucho los mandaban particular y había, hay un neurólogo, un pediatra neurólogo que les daba risperidona a todo los niños,

entonces que hacen los papás, vienen para acá piden la risperidona y los niños se van planchados, entonces nosotros ahora a que estamos abogando ehh a... partamos por psicoterapia, partamos por habilidades parentales, parentales que eso es lo básico de los niños, pero no funciona mucho, porque es como luchar contra la corriente, por ejemplo el paciente que viene por alcohol y droga, que tenemos nosotros acá para el alcohol desulfuran de quinientos no hay más, antes teníamos un doctor que hacia cirugía menor que colocaba los pellet cachi, el paciente iba se compraba su pellet y el doctor le hacia la cirugía menor y todo , ahora ya no está por recursos ya no está ese doctor, entonces solamente podemos optar al desulfuran, a ver el desulfuran y el pellet es lo mismo pero dosificado, ahí tengo de hecho, me han venido a devolver el desulfuran porque no le hacen efecto, o sea si yo no me tomo una pastilla no me va a hacer efecto lógicamente, si yo no espero un mes la pastilla en un tratamiento así la pastilla tampoco me va hacer el efecto que yo quiero, entonces acá por ejemplo, tenemos en programa el alcohol y drogas, el programa base de alcohol y drogas el PAB y no tenemos un COSAM nosotros no tenemos PAI no tenemos nada, nada más como comuna, entonces cuando viene un paciente que es, nosotros debiésemos ver personas que son consumo problemático no con dependencia d drogas porque la dependencia se ve en COSAM o directamente en centros de rehabilitación, entonces te conseguimos que nosotros como comuna directamente enviáramos ehh a los pacientes un centro de rehabilitación, pero cual estaba siendo el problema la deserción, porque, por qué como el paciente no tenía un tratamiento previo se veía encerrado o me voy, un cupo de Gobierno se perdía, que la plata, era todo un tema, entonces ese es un problema acá con los pacientes, yo considero que están muy más acostumbrados.

Entrevistadora: Y ahí como entiendes tú por ejemplo en tu opinión la rehabilitación.

Entrevistada: Es difícil, es complejo que alguien logre rehabilitarse cien por ciento, yo tengo de mis tres años de PA, lamentablemente tengo solo dos pacientes que a la fecha no han consumido, que los tome cuando yo recién llegue ya estaban ehh sí estuvieron insertos y todo, de hecho los veo con suerte una vez al año porque el cambio tuvo que ser tan

rotundo que ellos se cambiaron de comuna, tengo uno que vive en Melipilla otro que vive en Isla de Maipo porque son lugares que, la droga va a estar en todos lados, pero no es el círculo de ellos, pero es complejo, es complejo, de hecho ahora tengo que darle una hora a un paciente que ha estado, esta sería su cuarta vez en el programa que no tiene la adherencia por más que, por ejemplo acá tenemos la técnica en rehabilitación todos los sábados, ella viene si tú no tienes hora te va a atender igual no hay problema pero no es suficiente

Entrevistadora: Y ¿en qué debería consistir la rehabilitación?, como en una idea

Entrevistadora: Yo creo que nosotros debiésemos tener un COSAM que se dedique a estos temas puntuales, o sea de partida un terapeuta ocupacional, no se quizás contar con algún psiquiatra, con talleres quizás que podamos lograr hacer y que de verdad el paciente tenga una adherencia al tratamiento y tenga un cambio voluntario rotundo porque difícil el paciente que llegue solo porque aquí llegan porque la mamá el papá la familia los trae porque ellos quieren el cambio no el mismo paciente, entonces yo creo que partiendo por concientizar a las personas sería como maravilloso, no hay campaña, yo siento que la prevención en el adulto joven no existe, porque si te das cuenta hay programas de adolescentes, pero y en adulto joven.

Entrevistadora: Claro, y ahí por ejemplo ¿tú que entiendes como apoyo social?

Entrevistada: Mira el apoyo social como CESFAM yo encuentro que es poco, porque nosotros que podemos hacer, mira la visita domiciliaria ehh preocuparse, yo por lo menos me he preocupado de llamar a una persona, hacer la confirmación de cita “porque no vino” “que le paso”

Entrevistadora: No, pero apoyo social como concepto

Entrevistada: Si, si, por eso, a eso voy, entonces nosotros como apoyo social no debiésemos tener nada, acá no tenemos nada más que venga al box, le damos lo que necesite y se va, yo la otra vez, estaba trabajando con la chica de la municipalidad, pero también ese es el problema porque nosotros por ejemplo a ver, como apoyo social

debiésemos abarcar la familia si la abarcamos pero dentro de lo que nosotros podemos, no todos contamos con vehículos para salir, no nos dejan salir en vehículos particulares por el tema de los choques el seguro y todo un tema, entonces yo creo que estamos muy al debe en ese sentido, porque no se por ejemplo antes lográbamos que un paciente fuera a internarse al Barros Luco pero que fuera a un programa ambulatorio, todos los días, cual es el apoyo social que nosotros hacíamos, gestionábamos un vehículo de la municipalidad de que fueran en familia y todo, ahora ya ni siquiera podemos hacer eso porque no hay recursos, entonces estamos atados, que hacemos nosotros, contención familiar derivar a una Salud Mental porque que más vamos a hacer, ese es el problema de recursos

Entrevistadora: Claro es complicado el tema de los recursos en Salud Mental en general, bueno y en ese mismo sentido que diferencia podrías hacer tú entre por ejemplo el concepto de apoyo social con lazo social, como tú identificas una diferencia entre esas dos, o lo mejor en tu opinión si no hay diferencias si hay más similitudes.

Entrevistada: Apoyo social y lazo social, según yo el apoyo es más asistencialista en el momento y el lazo es ya lo que uno construye, eh difícil construir un lazo acá por tiempo, por espacio, por todas esas cosas y el apoyo social yo creo que tuvimos tiempo buenos para el tema del apoyo social que si bien es cierto era asistencialista, hacíamos talleres yo considero que fue nuestro mejor momento, pero por lo mismo, por lo mismo recursos fallamos y es lo que hay lo que le podemos presentar ahora en estos momentos, pero si tú me preguntas por lazo social, salud primaria es difícil

Entrevistadora: Bueno y aquí como se dedican también al tema de la adicción ¿Cómo definirías tú la drogadicción?

Entrevistada: La drogadicción, gran parte de la población, emm aquí la drogadicción a ver, nos pasa que, cuando viene una persona que su dependencia por el alcohol para luego irse a la droga es fácil se ataca al alcohol, psicoterapia listo ,pero cuando viene una persona siendo drogadicta yo lo único que hago, yo llamo a mi jefe que hago, que hago ahora, ya no deriva, deriva, porque nosotros como comuna no tenemos nada para presentarle al paciente nada, la técnico en rehabilitación los sábados, y en la semana echarlos con

remedios, el clonazepam para que lo van a usar, para seguir drogándose, los remedios naturales no les van a hacer efectos al tiro se van a aburrir, la psicoterapia me pasa, me pasa mucho, no hay caso, entonces para nosotros la drogadicción acá, si bien es cierto no tenemos tantos pacientes asumidos emm yo considero que, insisto es un COSAM lo que nosotros necesitamos que conste que si están en planes de hacerlo, pasa que con la población no somos tanto en la comuna, no debiese haber uno, es solo eso, una tontera yo creo.

Entrevistadora: Bueno y un caso por ejemplo que te haya tocado que te haya macado o que te haya dejado, así como en la memoria, de drogas

Entrevistada: Había un caso que era muy conocido aquí en la comuna, había un grupo, ahí en la corporación en el paradero siete que le dicen los “Chichanboy”, ellos, a ver inicialmente los Chichanboy, yo nacida y criada aquí en Calera de Tango, entonces inicialmente eran alcohólicos, de estos alcohólicos simpáticos, que no se mezclaban con, o sea que jamás te ibas a encontrar con un peligro con ellos, si no que alcohólicos, tu pasabas y si querías les dabas una moneda porque en realidad ellos ya no había nada que hacer, habían unos que si estaban lúcidos se devolvían a sus casas ningún problema, y dentro de ellos nos tocó un caso de que había un niño, tenía cuarenta y seis años ya pero demostraba no sé sesenta yo creo, mal, que estuvo casi toda su vida ahí mismo, la mamá de él era una empresaria de acá de la comuna de la fonda, y era así como súper conocida la señora y el papá de él estuvo años, años, años en el Peral, muchos años, entonces ya había un problema de base, que el papá este ahí era por algo y resulta de que él luchó con nosotros, estuvo por lo menos un año en PA, estaba muy bien, se le veía muy bien, muy bien, su color de piel había cambiado, se bañaba, él venía con su mama, le hacíamos terapia familiar, iba todo bien hasta que empezó en tiempo de las elecciones de hace dos años atrás creo, las municipales y él estaba con el adversario del Alcalde de, que tenemos ahora y resulta de que, siempre apoyo ese partido político sea cual sea la persona siempre estuvo a ese lado eso todo lo sabíamos y resulta de que él estaba tan bien también que llegaron las elecciones que fueron en Octubre, 23 de octubre si no me equivoco hace dos

años atrás y lo invitaron a una fiesta, y de nuevo recayó, recayó ya no lo pudimos tomar, yo lo veía “oiga usted venga para acá”, no pero señorita no pero mire, ya hacíamos que viniera estuvimos así hasta febrero si no me equivoco, murió po... en febrero por alcohol, si murió, se ahogó con el vómito. Entonces la mamá vino lloraba de verdad gracias porque nosotros hicimos todo lo que pudimos, o sea el no se fue internado porque no quiso, porque de verdad nosotros decíamos, siempre van a ver recaídas es parte del proceso pero ahora sí, vamos de nuevo y claro en esa fiesta lo invitaron y ya no fue solamente alcohol, consumió alguna vez cocaína, pasta base, pero no era consumo, no era el problema del consumo en realidad, entonces de octubre disparo venía para acá una que otra vez, una vez llegó con un trago lo tuvimos que echar, porque con trago obviamente no se puede atender al paciente y hasta que después ya no, falleció, supuestamente en que se ahogó le dio un paro no lo pudieron sacar y así quedó, entonces igual para nosotros igual era como, durante todo un año fue nuestro gran caso, porque si había estado bien y una de las recaídas fue demasiado fuerte y ya no se pudo hacer nada.

Entrevistadora: Y bueno a raíz de eso ¿Cómo sientes tú tu papel aquí en la unidad?

Entrevistada: Mira la verdad es que yo a pesar de todo, yo a mí me dio mucha pena la muerte de él porque la verdad era una persona muy querida en la comuna, pero yo siento que nosotros hacemos todo, dentro de nuestro recursos hacemos lo que podemos, la verdad es que me importa bien poco que mi jefe me diga ten cuidado con las personas que mandas, que derivas porque es plata y después a nosotros nos retan, entonces a mí la verdad no me importa, yo les meto miedo a los pacientes, a mí los pacientes ya me conocen entonces es como “si ustedes se van los van a vetar y después no van a poder volver pronto”, mentira o sea igual hay que cambiarlos de centro porque no los van a vetar ahí mismo por algo se salió y todo pero yo dentro de lo que puedo hacer trato de hacer lo mejor porque si tengo que mandar tres veces a un paciente que lo he hecho, con tal que a mí diga el paciente, o la familiar el familiar, que me diga ahora si se quedó, para mí eso es mi tranquilidad, yo tengo un caballero que nadie quería, ya no le creían ni un poco y logro reinsertarse porque ahora lo vi hace poco tiempo esto es del año pasado, ya llevaba casi un año internado,

salió egresó y ahora anda trabajando en un camión, también hay que tener cuidado porque todos los trabajos uno corre por los riesgos pero ver a los pacientes así de verdad que, que o sea para nosotros dentro de lo que podemos es satisfactorio totalmente, hay muchos casos que no y no te miento de diez cuatro se van a rehabilitar bien entre comillas porque después recaen mal pero dentro de lo que uno puede hacer lo mejor

Entrevistadora: ¿Cómo podrías categorizar por ejemplo un caso como exitoso? Que requeriría para decir que fue exitoso dentro de la realidad que tú me estas mencionando

Entrevistada: Emm... el apoyo, de partida el apoyo de la familia mucho, sin resentimientos, sin malas palabras de parte de las familias, yo siempre he dicho que nunca olviden el que los llevo, aquí trabajamos más con el tema de la infancia, pero que fue lo que cree usted que produjo que consumiera por primera vez, y si nos ponemos a pensar o hacemos algún tipo de estadísticas es todo falta de apego familiar, rara vez es otra cosa de verdad que rara vez y nosotros tenemos pacientes de todas las edades, muy raro, yo creo que el apoyo familia, la psicóloga yo considero que trabaja muy bien esa parte de sanar heridas del pasado ehh, y lamentablemente cambiar el entorno porque de verdad que no sacamos nada con que este un año internado si va a salir y va a llegar donde mismo, si viene cierto no puede arrancar de todo, pero si de lo que más le puede perjudicar porque la familia no va a estar las 24 horas con él para decirle... entonces eso ha sido lo complejo, y las otras personas no sé po de acá se sienten bien en unos cuatro cinco meses se sienten bien, se van después vuelven pero...

Entrevistadora: y estos pacientes que se van en algún momento que podría decirse del tratamiento exitoso ¿se les hace un seguimiento?

Entrevistada: Están con alta terapéutica, se les hace un seguimiento ehh pero no tanto con el paciente sino que más con la familia, así como, como se ha portado, ya dígame no sé qué venga en dos meses más, ya y viene, pero al final no sabemos si nos va a estar mintiendo porque la familia me puede decir una cosa y el otra, entonces la familia va a pensar no se po, que él no está haciendo nada, entonces ese es el problema, yo antes cuando hacia las visitas domiciliarias a mí me gustaba porque uno veía más la realidad,

pero ya no tengo el vehículo entonces ya no lo puedo hacer, citar a los pacientes a las familias no es lo mismo.

Entrevistadora: Y que es como lo que más te motiva para seguir trabajando aquí, por ejemplo

Entrevistada: Que es lo que más me motiva para seguir trabajando acá, ehmm... (pausa) me motiva, aunque suene feo cambiar el asistencialismo, me carga el asistencialismo que la gente está acostumbrada, me carga que no, como te decía delante, que porque como la gente es reclamona tú la atiendes, me carga que no se concienticen del problema que tienen ehmm, en ese sentido soy como súper... no sé mira yo gracias a Dios nunca he tenido un problema con un paciente pero tratamos de siempre, no victimizar al paciente, entonces eso me motiva, me motiva que logremos quizás cambiar la perspectiva de los pacientes que vienen acá, de verdad, por ejemplo yo tengo una paciente que tiene daño cognitivo y conductual todo el tema pero se desenvuelve súper bien, tiene cerca de cincuenta años, si tú hablas con ellas la primera vez no le vas a entender nada porque de verdad te llega a poner hasta nerviosa la paciente, pero ehh ya, ella estaba como víctima, ella era víctima de, sufría violencia por el hermano supuestamente y yo dentro de lo que pude, llevo como un año con ella, ahora lo que conseguirle unos audífonos gratis por ejemplo, pero ella ya sabe que no hay necesario ir a llorar a la municipalidad porque hay conductos regulares, porque claro en la muni ya ahora y uno tiene que correr, entonces claro hay que ganarse las cosas si ella quiere algo, por ejemplo ahora me tiene que traer una persona que la acompañe a Santiago porque en otro momento tuviese que haber ido yo, y yo no estoy pa eso, no sé si me entienden me carga el asistencialismo y eso me motiva, me motiva que la gente logre aprender pero es difícil, es difícil reeducar a esta edad.

Entrevistadora: Si, bueno tú me decías más o menos la idea que tienes sobre apoyo social, entonces como tú con tus conocimientos con toda tu experiencia se te ocurre que podrías llevar el apoyo social a la práctica para contribuir a las mejoras, por ejemplo.

Entrevistada: Mmm... como podrá ser (pausa) mejora en todos ámbitos o distintos

Entrevistadora: En lo que tú me mencionas ahora por ejemplo lo que te gustaría cambiar, en el área que tú estimes conveniente

Entrevistada: Por ejemplo, a ver ehmm... dentro el apoyo social considero que son una buena instancia todo lo que es comunitario, que la gente se eduque en l parte comunitario y acá ahora tenemos hace poco tiempo activo el eje preventivo, entonces que se logra en esos ejes, las reuniones, los CDL que la gente vaya que exprese lo que siente, lo que quiere decir, lo que le molesta, entonces yo considero que eso, por ejemplo, por ejemplo hemos logrado ir al as reuniones de las cuidadoras de los postrados, por ejemplo, entonces yo llego allá, ellas saben que yo soy asistente social, pero yo no llego allá ‘ya señora que es lo que usted necesita’ no, primero conversamos, ya, que podemos hacer, no sé po el tema de los pañales, nosotros no entregamos esa ayuda técnica la entrega la municipalidad y tienen un alista así gigante de espera, entonces que podemos hacer, venta d bodega o venta en la feria de las pulgas, entonces yo tengo que ir los fines de semana, vamos yo las apoyo y hagamos tal cosa, ellas juntan su plata compran los pañales sus sabanillas, entonces a eso es lo que vamos, yo siento que ese es el apoyo que uno tiene que hacer como profesional, no entregarle las cosas, tiene que, que la gente se motive, no sé, hicimos como mil actividades con ella, que para el paseo de fin de año yo era la invitada con toda mi familia, obviamente mi familia queda al margen, pero yo creo que eso necesitamos, no que la gente, no regalar, nosotros como profesionales de verdad que ahora hay un equipo súper bueno, motivado, yo creo que eso en la parte comunitaria debiésemos atacar muchas cosas, si de hecho el año pasado, no hace dos años atrás se hacían carnavales donde estábamos en stand ehh para los adolescentes íbamos a los colegios, no sé los más chicos, las fichas clap, entonces igual se hace como un trabajo pero no se hace porque se quiera hacer es porque es meta, entonces como que tú le perdí la motivación en realidad no, es como ya número, entonces yo creo que eso, la parte comunitaria y que la gente, cuando la gente se interese es realidad es lo que nosotros podemos hacer, porque la gente insisto

como atención primaria no tenemos recursos, nada, somos los únicos que nos generamos plata.

Entrevistadora: Claro, ehh entonces como para cerrar un poco, en tu opinión ¿Qué podría ser el principal obstáculo importante para lograr la rehabilitación lo un buen tratamiento?

Entrevistada: De partida los recursos, porque sin recursos no podemos contar con un equipo de profesionales adecuado para... ahora con que cuentan, con psicólogos, con la técnico en rehabilitación y la doctora en salud mental que nos ayuda pero de una forma, o sea informalmente, porque ella como que no porfa ayúdame con esto con esta receta, atiéndelo rapidito, entonces si te das cuenta no, yo veo la parte social, pero también me tengo que mover porque el paciente este en todo su, en ele biopsicosocial esta abordado entonces eso es lo complicado, yo creo eso que para tener un buen tratamiento lo principal es un buen equipo y para tener un buen equipo son los recursos

Entrevistadora: entonces seria recursos y equipo, en tu opinión

Entrevistada: Si claro, bueno equipo multidisciplinarios, contar con un terapeuta ocupacional, con un psiquiatra, con los psicólogos mas hora, porque acá la C hace rehabilitación, pero ella es la psicóloga que hay para el CESFAM entonces ve todo y para eso tenemos martes y jueves dos horas entonces de verdad que es complejo, si es súper complejo yo creo que ese sería el déficit que tenemos, bueno siempre lo hemos tenido en realidad.

Entrevistadora: Y cuál es la diferencia por ejemplo de lo que hacen en el programa y lo que podrían hacer ehh como en un COSAM.

Entrevistada: Ehh... el COSAM se dedica a eso, el COSAM ve netamente eso no ve otro tipo de patologías más que la intervención misma, entonces yo creo que eso es lo que nos falta, es un tratamiento más intenso que se dedique a la patología porque por ejemplo acá no sé po, va a venir con la doctora y le va a decir “ doctora necesito un no sé qué” ehh morbilidad por ejemplo, “doctora pero además yo consumo drogas consumo alcohol” entonces ya ahí, no es algo integral, no es un consulta que podamos decir “’ahh ya se

dedicaron a eso'' entonces en los COSAM atacan eso, atacan no sé po violencia intrafamiliar, solo eso, drogadicción, solo eso, y así ellos son, ellos tienen los profesionales adecuados para después del COSAM derivar recién a un centro de residencia, por eso entonces hay mucho menos deserción, en cambio nosotros acá no podemos ver eso, se va

Entrevistadora: Entonces sientes que aquí brindan apoyo social

Entrevistada: Yo siento que sí, pero si tú me preguntas a pesar de que estoy en contra, es como el asistencialismo, porque es como no podemos ayudarte acá pero allá te van a ayudar, y obviamente la gente viene para acá porque internarse por un CESFAM es gratis y particular es horrible, entonces también hay que ver eso.

Entrevistadora: Ya, entonces estamos listas muchas gracias por su tiempo y disposición.

Entrevista C

Entrevistadora: Buenas Tardes, me presento, mi nombre es Javiera Sarmiento y mi compañera Fernanda Bascuñán. Somos alumnas de cuarto año de psicología de la universidad Católica Silva Henríquez. A continuación, realizamos una entrevista en la cual usted accede a ser grabada de audio para posteriormente ser transcrita con fines académicos para optar al grado de licenciada en psicología. Además, esta consiente de recibir el consentimiento informado y estar de acuerdo con los términos y condiciones que esta investigación compete.

Entrevistada: Buenas tardes, si recibí mi consentimiento y estoy de acuerdo con los términos de su investigación y la entrevista.

Entrevistadora: Bueno, para comenzar, ¿En qué consiste tu trabajo? ¿Qué hace usted normalmente?

Entrevistada: Bueno yo soy psicóloga de este Cesan, aparte de ver lo que es Salud mental, soy parte de distintos programas dentro del CESFAM, como en este caso vida sana, estoy en el programa ambulatorio de alcohol y drogas y hasta hace una semana estuve en el programa de Chile crece contigo. La población que atiendo es desde los dos años hasta adultos mayores de ochenta, ochenta y cinco años por ahí.

Entrevistadora: Muy amplia entonces.

Entrevistada: Si, muy amplia. Entonces acá como soy la única psicóloga, me deriva, tengo muchos pacientes, es hartito, intervenciones tanto individuales como grupales, talleres, intervenciones en colegios etc.

Entrevistadora: En este mismo programa de alcohol y drogas, al que nos vamos a referir ¿Cómo son los criterios de ingresos de los pacientes?

Entrevistada: Bueno ahí depende de la problemática del consumo ya?, por ejemplo acá nosotros trabajamos con problemáticas de consumo “leve” (hace gestualidad señalando comillas) debiésemos, pero no necesariamente se cumple ese criterio porque si hay

pacientes que necesitan el apoyo y no existe la opción de que puedan ser internados nosotros seguimos el tratamiento acá de forma ambulatoria, que sería en mi caso como psicóloga, una vez a la semana ya y tengo aproximadamente cuarenta y cinco minutos para la atención, menos mal jajaja (se ríe) porque en otros CESFAM son treinta minutos así que, bueno, principalmente para hacer el filtro y las derivaciones, en primera instancia son vistos por una asistente social y ella es quien deriva, si sigue por ejemplo en el programa de salud mental que es con médicos principalmente o con psicóloga y el equipo en conjunto, trabajadoras sociales y terapeuta. Y como te digo, se basa principalmente en la problemática de consumo, si es leve, moderada, debiesen ser siempre leves, pero no se cumple ese criterio.

Entrevistadora: En cuanto al tratamiento ¿Cómo describiría usted el tratamiento que se realiza a los pacientes?

Entrevistada: Mmm bueno, depende de cada paciente, de su historia de vida, de su problemática de consumo de que tanto apoyo recibe también de parte del sistema y de las familias en general, porque si contamos con el apoyo de las familias ya es un punto a favor. En cambio, hay pacientes que no, que por esta problemática de consumo perdieron familia, hogar, todo entonces ahí es mucho más difícil y el seguimiento tiene que ser mucho más constante, cosas que muchas veces nos cuestan acá, porque como les decía hace un rato, soy la única psicóloga y mi agenda está llena siempre, por ejemplo, no tengo agenda disponible hasta diciembre. Entonces me he tenido que ver en varias ocasiones un poco sobrepasada de tantos pacientes, pero intento no dejarlos a la deriva. En relación con las intervenciones con los pacientes, como les decía, es una vez a la semana, parto siempre con una entrevista motivacional, esa es la clave, escucharlos a ellos y a partir de ellos elaborar mi intervención, idealmente en conjunto con ellos, intento hacerlo, cuesta, pero intento escucharlos mayormente. Si tienen también alguna comorbilidad por ejemplo o alguna patología dual como depresión o algún trastorno de personalidad, lo trabajamos en conjunto con el programa de salud mental, el cual contempla la farmacología. Si es así, yo hago el seguimiento de cómo vamos con el tratamiento farmacológico, si es necesario

algún cambio de dosis, si se adhiere o no al tratamiento y principalmente en psicoterapia tratar de fortalecer el compromiso y la motivación por el cambio. Intervenciones individuales mayormente y también trabajo mucho con la familia

Entrevistadora: ¿Cómo entiendes tú la drogadicción?

Entrevistada: Es un tema complejo sobre todo de trabajar, en mi caso he tenido que ir desarrollando mi tolerancia a la frustración, mucho, porque es hartito esfuerzo, porque las recaídas con parte del proceso y uno desearía que eso no pasara, pero es imposible casi, pero uno de apoco se va haciendo la idea de que son parte de. Y también hay mucha frustración de parte de ellos, mucha culpa, entonces es una problemática compleja de abordarla, ellos lo viven también mal, hay mucho sufrimiento a la base. Eso también me motiva a trabajar esta temática, porque yo podría decir, no, no me siento apta, pero todo lo contrario, siento que son personas frágiles que en esta fragilidad tuvieron que recurrir a algo para tratar de escapar de esta realidad que muchas veces, en estos casos, ha sido cruel para estas personas, que no han contado quizás con la contención o el apoyo emocional de su familia, muchos de ellos han estado solitos, es complejo y cada vez se está viendo más y se está iniciando de edades de doce, trece, catorce años, entonces son temáticas complejas

Entrevistadora II: ¿Usted ha atendido a pacientes menores?

Entrevistada: Si, por ejemplo, ayer creo, atendí a un niño que me derivaron de un colegio, que a todo esto comenzó un tratamiento, está internado en un centro de rehabilitación y este chico tiene diecisiete años y ayer estuve con él y me comentaba su historia y el partió su consumo a los doce años, partió con marihuana y ya a los trece y catorce con cocaína. En este último tiempo el consumo era diario y excesivo, mezcla de alcohol, clon acepan, cocaína, pasta base, entonces estaba muy mal y tú dices, un chiquillo tan joven, súper inteligente además, pero siempre yo lo asocio a la infancia, con la familia, entonces lamentablemente no tuvo ahí un núcleo familiar que estuviese con él, está haciendo difícil, lleva dos meses en este centro, dos meses en abstinencia y dice que lo ha pasado pésimo, pero que está ahí y que está queriendo salir adelante porque se está dando cuenta que

estaba perdiendo muchas cosas, familia, estaba atrayendo a su vida muchos problemas, legales, robar para poder consumir, entonces creo que falta más apoyo en esta temática porque la gente cuando hablamos de drogadicción es como (gestualidad de rechazo) acá no me hago cargo, velo tú, cierto?

Entrevistadora: Siguiendo en esta misma línea ¿Cómo definiría usted la rehabilitación?

Entrevistada: Mmm (pensante) como un proceso de aprendizaje, de cambio, pero muy complejo

Entrevistadora: ¿Cuáles serían los criterios del cesar en este caso para la rehabilitación?

Entrevistada: Bueno tratamos de darle un enfoque lo más integral posible, apuntamos en todas las sesiones, como les decía, tratar de escucharlos a ellos también, porque esto de imponerles algo tampoco es factible, entonces hay que ser súper empático y bien abiertos a escuchar al otro y empatizar. Entonces si logramos trabajar bien en conjunto pueden andar muy bien, porque ellos son más conscientes de su cambio, de que tienen que quizás desarrollar ciertas habilidades, ciertas competencias como para fortalecer este cambio y esta motivación a diario, porque este es un proceso largo, difícil y tratamos de estar ahí siempre. Mis pacientes en temas de droga, trato de estar siempre presente, a veces, nos si está bien, pero les mando mensajitos como “recuerden que tenemos control tal día” cosas así y siempre desafíos y tareas para la casa, eso me ayuda a que también estén trabajando en el hogar y no solo estando conmigo acá en el box.

Entrevistadora: Continuando en esta línea ¿Cómo entiende usted la noción de apoyo social?

Entrevistada: Es fundamental la verdad tanto al abordar esta problemática, pero siento que falta mucho apoyo y que se visualice mas esta problemática como una enfermedad también, porque la gente dice “ ay un drogadicto” (gestualidad de rechazo) y como que se invisibiliza, no existe, pero si nos involucráramos más como comunidad, como sociedad, acá mismo por ejemplo en esta comuna, si hubiesen más programas por ejemplo, que se trabaje más en terreno, con las personas, cosa de ir visualizando ciertos grupos

problemáticos, en donde quizás se ven drogas, se está traficando, se reúnen para consumir y hacer intervenciones ahí, en terreno, quizás se podría disminuir esta problemática, pero hace falta mucho eso, que la gente sea consciente de que a veces uno puede hacer muchas cosas por el otro, pero lamentablemente esta sociedad está siendo cada vez más individualista y siento que ahí es donde hay que generar cambios, mayor conciencia en las personas, lograr que seamos más empáticos y eso hacerlo desde la primera infancia porque siento yo que es necesario y fundamental que nos organicemos más como sociedad.

Entrevistadora II: Usted que trabaja en este CESFAM, según su opinión ¿Que herramientas entregan ustedes a los pacientes en términos de apoyo social?

Entrevistada: Tratamos en lo posible de desarrollar habilidades y competencias que los pueden ayudar para desarrollarse en distintos ámbitos. El hecho de dejar de trabajar por consumir, dejar la familia. Habilidades básicas, como el autocontrol de las emociones, de la conducta, pero también del pensamiento, que logren ser más conscientes de sí mismo, que se conozcan para saber porque necesitan recurrir a algo externo muchas veces para estar bien, para sentirse aliviados, más tranquilos, entonces yo siento que eso es básico que desarrollen habilidades sociales, como tomar decisiones, como resolver conflictos, eso considero importante, como ayudarlos en eso, potenciarlos como personas.

Entrevistadora: ¿Podrías hablarme de algún caso que haya sido importante en tu carrera, que este siempre en su memoria?

Entrevistada: Mmm (pensando), bueno, tenía un paciente, veinticuatro años, que mi impacto mucho, porque fue mi primer caso, entonces me sorprendió que era súper joven este chico y en su familia había antecedentes de depresión muy fuerte, intentos de suicidio y suicidas como tal. Entonces cuando llego acá, un chico de veinticuatro años, más o menos alto y estaba pesando en ese tiempo, cuarenta y ocho kilos, delgadísimo, la piel plomiza, ojeroso, estaba muy mal, su dentadura pésima. Llego con su mama, me acuerdo de su mama que venía muy acongojada, muy triste y desesperada porque ya no sabía qué hacer con él, entonces llegan y me piden que por favor haga algo y yo ya, todo bien,

partimos. Además fue necesario que lo evaluara un médico, porque yo estaba considerando que ya tenía antecedentes familiares y que en otra sesión me había dicho que había hecho intento suicida, hace dos años atrás si no me equivoco, con una ingesta de medicamentos, quedo súper mal, estuvo siete días en coma incluso, entonces bueno, fue mi primer caso emblema y anduvimos súper bien los primeros siete meses, yo decía “vamos súper bien” “mi primer caso” “el chico está súper comprometido” la familia además, que yo considero que es fundamental y lo agradezco mucho porque ayuda. Íbamos súper bien, trabajando sesión a sesión, yo nueva en la problemática de consumo, entonces pensaba que íbamos muy bien, el chico empezó a tomar fármacos, su ánimo estaba más estable, ya no tenía problemas para conciliar el sueño, despertares abruptos y sin deseos de consumo, evaluando los sueños, tampoco sueños de consumo y de un día para otro el recayó y recayó súper mal. Entonces llega su mamá súper mal, como para pedirme ayuda, me decía “nos que hacer”, este chico se fue de la casa, tuvo problemas, un accidente de tránsito, se volcó, nos que paso y hace poco volvió y pucha ha sido difícil con el porque me genero mucha frustración, porque yo sentía que íbamos muy bien y no me di cuenta, no percibí antes que quizás él podía recaer, entonces eso me hizo como un remesón interno y fue difícil porque este chico tiene una depresión a la base, siempre estaba presente la ideación suicida, y eso a mí me complica, aparte del tema de las adicciones esta eso y está latente. Y bueno y su hermana, también con depresión a los quise años, intento suicidarse y esta chica en la actualidad está en estado vegetal. Entonces ahora ya dejé de trabajar con este niño, él se fue a internar en un centro de rehabilitación porque dije “yo más allá no puedo hacer” lo intente, pero no puedo y ahora estoy trabajando con los papas y a partir de eso han salido a relucir muchas cosas que me han llevado a entender porque funciona así este niño, así que bueno ese es mi caso emblema y fue el primero y me dio mucha pena también.

Entrevistadora: Si, me imagino lo complejo que debió ser, pero en relación a los casos que enfrenta usted ¿Cuáles podrían ser los obstáculos para rehabilitación en el cesan?

Entrevistada: Bueno, partir porque sería bueno tener otra psicóloga jajaja (risas) pero ya dijeron que no se va a poder. Idealmente más horas disponibles para la atención en la problemática de consumo. Creo que también es preciso mayor capacitación para los profesionales que trabajamos en este rubro, porque falta hartoo, porque en la universidad a uno no le enseñan mucho de drogadicción, más bien una pincelada y lo demás uno lo va aprendiendo en el camino. Entonces ahí yo siento que falta mucho y faltan también que nos entrenen en la universidad en este tipo de cosas, en habilidades blandas, como la tolerancia a la frustración, aunque uno lo dice, pero igual. Entonces ya, más horas disponibles para la psicóloga, capacitaciones y a nivel de la comunidad quizás dale más importancia a esta problemática y que hallan mayores intervenciones, mas programas acá en la comuna, porque acá somos solo nosotros, la falta de recursos también como un obstáculo, la falta de apoyo familiar y esta estigmatización que también se genera

Entrevistadora: Después de que se recibe al paciente ¿Cuáles podrían ser los criterios que se requieren para realizar el alta de un paciente?

Entrevistada: Hasta el momento no he dado ningún paciente de alta y llevo más de un año, pero no he dado a ninguno de alta y en problemática de consumo, mínimo un año, y hasta el momento llevo un paciente con nueve meses de abstinencia, es mi mayor logro.

Entrevistadora: Y para catalogar como un caso exitoso ¿Cuáles serían los criterios en este caso?

Entrevistada: Todavía no me siento en esa posición, creo que falta mucho, por ejemplo este paciente que lleva nueve meses yo pretendo seguir todo este año y después ya los controles no van a hacer una vez por semana, sino los voy a ir soltando de poquitito jajaja (risas) entonces quizás dos veces al mes, una vez al mes, pero no perderlos, tratar de en lo posible hacer un seguimiento, porque como les digo las recaídas son parte del proceso, entonces sería necesario una intervención más a largo plazo con ellos. Pero si, contestando tu pregunta, sería como que hallan retomado con actividades que quizás dejaron de lado, por ejemplo, el trabajo porque muchos pacientes han dejado de trabajar, que retomen sus responsabilidades, sus compromisos, que lleven una vida lo más normal posible, sana y

que ellos se sientan bien, con más seguridad en sí mismo, que hallan adquiridos habilidades para enfrentarse al sistema porque, como les decía, el sistema tampoco los apoya mucho, los segregan.

Entrevistadora: Hablando un poco más de reinserción y como apoyarla ¿Desde el apoyo social que se le ocurre que pudiera servir para generar reinserción, si pudiera dar un ejemplo?

Entrevistada: Yo creo que mayor apoyo, mas acompañamiento, mas empatía, siento que hay que cambiar mucho el pensamiento de las personas, generar conciencia porque necesitan apoyo estos chiquillos, estas chiquillas, necesitan mucho apoyo. Entonces como darle oportunidad, darle confianza, es complejo, porque si uno pudiese decirle a la persona “ayúdalo de tal forma” sería más fácil, pero no podemos tampoco cambiar la visión ni darle la confianza a la persona como para aceptar a un chico con problemas de consumo, es difícil.

Entrevistadora: Todos estos casos que usted ha visto, ¿Qué expectativas tiene para los casos que estas resolviendo ahora?

Entrevistada: Que tengan una mejor calidad de vida, que sean felices, que cumplan con sus metas, con sus proyectos, que eso es algo de lo que yo me agarro muchas veces, cuáles son sus proyectos de vida, que cosas quieren realizar y que cosas ya no. Entonces, por ejemplo, en el caso que les comentaba este chico quería terminar su colegio, era una de las metas que se había planteado, entonces estaría feliz si el terminara su cuarto medio, empezara a estudiar, porque quería estudiar algo en la educación superior y que se realizara como persona, sin drogadicción entre medio, con hartos apoyo siempre

Entrevistadora: Cuando uno busca drogadicción en las plataformas digitales, se encuentra con un lazo entre drogadicción y delito ¿Qué opina usted sobre esta relación?

Entrevistada: Pucha es que no es tan así, si bien se pueden vincular por ejemplo en gente con bajos recursos, o no necesariamente con bajos recursos, pero por ejemplo con adicciones a drogas más duras, como la pasta base y bajos recursos, ahí podríamos

considerar el tema de la delincuencia porque muchas veces estos chicos para poder saciar un poco esta necesidad de consumir recurren a ir sacando cosas de la casa, las venden, después continúan con los vecinos y ahí ya se podría hablar de delito. Pero la mayoría de los pacientes que yo tengo acá, son chiquillos que pucha, los papas, clase media trabajadora, se han esforzado, muchos han estudiado en la educación superior, pero que han tenido estas problemáticas por X motivo, como les digo, siempre está la infancia, desde mi punto de vista, la relación familiar, pero chiquillos con un buen pasar, con un buen trabajo, con familia han recaído en las drogas por distintos motivos.

Entrevistadora II: En su opinión entonces el nivel socio-económico ¿No afectaría si una persona callera en drogadicción?

Entrevistada: No, en este caso no, porque podemos ver el problema de adicciones en todos los estratos socio-económicos, desde los sectores más altos del país, de la comuna, hasta gente muy pobre y siempre está el tema de pucha si existe esa necesidad de consumo, van a recurrir a los que sea para saciar esta necesidad, independiente de que tengan muy buena situación económica o muy mala, pero suele estar tachada la gente pobre o de clase media, por los delitos, porque simplemente así es la visión de país.

Entrevistadora: Ya para ir finalizando ¿Cuál cree usted que es su papel dentro de aquí del programa?

Entrevistada: Siento que soy un apoyo para ellos, que ellos recurren a mí y muchas veces se genera dependencia de parte de ellos conmigo, pero sí, siento que soy principalmente un apoyo para ellos alguien quien los pueda escuchar y muchas veces son personas que necesitan oídos, entonces yo los escucho acá e intento ser empática, intento comprenderlos y orientarlos.

Entrevistadora II: ¿y el lazo social que forma con sus pacientes como lo definiría? ¿Lazo importante para el tratamiento?

Entrevistada: Sí, es fundamental, uno se tiene que vincular bien con el paciente para generar una verdadera intervención y que sea efectiva, porque si tu atiendes por atender

el paciente se da cuenta y si se da cuenta que tú en verdad estás haciendo esto sin sentido, y no está interesada en escucharlo, en su historia de vida, en querer ayudarlo él se va a dar cuenta y no va a venir mas es así de simple, entonces es fundamental la vinculación.

Entrevista D

Entrevistadora: Ehh bueno como lo mencionamos anteriormente para que quede registrado en la grabación. Mi nombre es Carolina y mi compañera es Valentina Moya, estudiantes de psicología, universidad Católica Silva Henríquez, proceso de tesis razón por la cual estamos acá realizándole la entrevista la cual vamos a comenzar. ¿Puede decir que está de acuerdo con el consentimiento?

Entrevistador: Lo firmé sin ninguna, sin ninguna dificultad

Entrevistadora: Ehh bueno, partamos. Vamos a comenzar. Primero que todo me gustaría saber si podría hablarnos de su trabajo acá en el COSAM, ¿En qué consiste, digamos el tema de proceso de atención?

Entrevistador: Yo soy psicólogo, soy subdirector del COSAM. Soy encargado del programa alcohol y drogas del COSAM hace varios y además de las laborales de gestión aquí realizo atención clínica individual. Hago psicoterapia grupal también y proceso de tratamiento personal, individuales y grupales.

Entrevistadora: Y su trabajo acá, por ejemplo, digamos en el proceso de atención al cliente, digamos en que consiste. Este proceso de ingreso y del alta posteriormente'

Entrevistador: A ver, uno participa en distintas como etapas. Puede ser que tu... te toque trabajar con un paciente en particular motivándole a tratamiento. Estableciendo como técnicas de motivación, sacándolo de procesos de ambivalencia, creando conciencia de enfermedad. Algunos otros tienen que ver con el tratar algún... alguna ehh... patología psíquica o alguna condición psicológica o dificultades psicológicas que influyen en el consumo. De trastornos adaptativos, ehh trastornos bipolares, resolución de conflictos, técnicas también manejo de resolución de conflictos. Ehh eso dentro de los tratamientos. Y para los cierres la preparación al alta, el despegarse de esto.

Entrevistadora: Cuanto más o menos es como el proceso de tratamiento.

Entrevistado: Depende, depende, pero dura entre tres y nueve meses más o menos

Entrevistadora: Y el trabajo de estabilización que usted hace, quienes lo hacen o como

Entrevistado: Participamos todos, todos desde distintos lados, de distintas áreas, del psiquiatra el psiquiatra del abordaje del síntoma más agudo, los psicólogos desde el el el asentar los procesos de cambios que ya se consoliden el técnico en rehabilitación en los acompañamientos las visitas los llamados telefónicos los terapeutas ocupacionales, generando rutinas. Pero todo desde el mismo problema por ejemplo no se po emm es que esta desanimado porque cree que todo lo que ha hecho ha estado mal, entonces los terapeutas ocupacionales generan actividades más de tipo productivos y significativos. Nosotros desde el mismo problema del desánimo empezamos a buscar o a resignificar actividades placenteras, los técnicos los llaman por teléfonos, los hacen participar. Los mismos problemas de abordaje.

Entrevistadora II: Y los pacientes llegan acá de manera voluntaria completamente

Entrevistado: Y algunos derivados por órdenes de tribunales.

Entrevistadora II: Y en el caso de que se retiren, cual es el procedimiento que se hace si dejan de venir

Entrevistado: Tienen alta voluntaria, alta voluntaria y ante la inasistencia reiterada cerramos la ficha formalmente.

Entrevistadora: En cuanto al alta del paciente que hablaba de esos, después de eso hay un seguimiento hacia los pacientes

Entrevistado: En términos generales los derivamos de grupo de autoayuda, en grupos de autoayuda. Algunas ocasiones quedan enganchados a sus consultorios y algunos un pequeño porcentaje -no son tantos- quedan asistiendo una vez al mes quedan asistiendo, pero ya de alta.

Entrevistadora: Bueno y en base a esto a lo anterior, como entiende usted el apoyo social, o esta noción de apoyo social

Entrevistado: ¿El apoyo social entendido como?

Entrevistadora: Entendido como relaciones sociales, vínculos, esta red de asistir a las situaciones difíciles que tienen como los pacientes, como ese apoyo.

Entrevistado: Es que, a ver, como un programa de tratamiento es de eso, como de estar relacionándose con ellos, unos programas de tratamiento son como eso, están diseñados para eso. Están diseñados para...para generar vínculo ehh cálidos, vínculos afectivos, vínculos como respetuosos. Eeh en que las personas se sientan que se están preocupando por ellos, que perciban que se están preocupando. Que noo significa que esta preocupación eh sea que uno va a justificar las cosas que está haciendo, o sea va a justificar que le dé una pataleta fuera y uno va a decir no sabi que está súper bien porque te entiendo. No, no, a lo mejor puede tratar de cambiar esa conducta, pero desde el lado más afectuoso.

Entrevistadora II: ¿Y usted cree que se cambie la conducta implica como gran relevancia dentro del resultado que va a dar el tratamiento?

Entrevistado: Si, yo creo que la sumatoria de los cambios conductuales ehh genera un cambio completo

Entrevistadora: O sea usted diría que el apoyo social es relevante digamos para la mejora del paciente en cuanto quizás a los efectos que tiene para este tratamiento

Entrevistado: Es que insisto, o sea, como...y entiendo el apoyo social como todas las acciones que hace un programa o sea no... no...no... No lo entendería no lo entendería de otra forma. O sea, menos a que uno pensara como por ejemplo los tratamientos que había en los años setenta, años ochenta que era dar un medicamento nomas y ahora no po por eso es como equipo grande, porque ehh van a reas áreas sociales de la persona po, cachai, no solamente médicas, eso ya no se ocupa, no existe.

Entrevistadora: Retomando lo anterior que dijo, que ve el apoyo social digamos como las acciones que tienen en el programa, como brindarían ustedes este apoyo social hacia sus usuarios, pacientes- como lo hacen

Entrevistado: Ya, un poco desde... desde lo mismo que te decía. Ehh (pausa) prestándole atención a la familia, dándole atención a la familia (pausa) para entender a esta persona como un individuo que está inserto dentro de un grupo familiar. O un grupo de cercanos, cercanos significativos, puede ser un amigo, un vecino no sé. Entendiendo que el problema no es biológico, por tanto, esta persona trabaja, y la relación que nosotros por ejemplo podríamos tener con su empleador, para conseguir permisos, para licencias médicas, para eh para tomar los espacios que ellos tienen en donde se relacionan. Si no se po, si viene un estudiante vamos a tener que establecer relación con el DAE de su universidad para que tenga autorización para que pueda venir, por ejemplo. O sea, no, no, desde el concepto que estás hablando como del apoyo social, es como hablar de lo mismo, hablar de lo mismo, lo que hace un programa de tratamiento, ehh... Ehh que las acciones de apoyo sociales cachai

Entrevistadora: Podría dar como el paso a paso de su programa de tratamiento

Entrevistado: Si... a ver, personas ingresan. Lo vamos a hacer como circularía una persona. Una persona que tiene una dificultad que percibe, es una dificultad relacionada con el consumo. Puede venir espontáneamente por lo tanto tratamos de eliminar la primera barrera, si nosotros vemos que su consumo es leve, lo derivamos a estos sitios que corre... Que atiendan ese grado. Si es moderado, si es severo queda con nosotros.

Entrevistadora II: Y como usted diagnostica si es severo, si es grave

Entrevistado: Con un instrumento de tapizaje, que es una entrevista clínica, o sea todas las personas que piden atención se les entrevista y si se les hace el primer despeje.

Entrevistadora II: Y eso lo hacen como en equipo, entre todos los profesionales, o es algo de ustedes

Entrevistado: No, eso lo hace uno.

Entrevistadora II: Usted como coordinador o como psicóloga

Entrevistado: No, no, como... pasa primero por un técnico, que es el primer despeje que se puede aplicar ese tapizaje, si quedan dudas con respecto a eso, pasan con uno de los psicólogos. Y en lo de los psicólogos despejan nuevamente, si es un caso más confuso pasa a equipo, pasa a equipo. Ya. Entonces se hace el primer despeje, después se realizan una serie de entrevistas, para diseñar un plan de tratamiento, un plan de intervención que, que tenga relación con la realidad de las personas, que está trabajando, que no está trabajando. Que tiene donde vivir, si no tiene donde vivir, si tiene donde comer. Y desde esa propuesta se le presenta al usuario.

Entrevistadora II: Ya, es como individualizado

Entrevistado: Si, súper, súper. No todos van a estar todo el día, no todos porque algunos tienen que trabajar porque no tienen a nadie más que por ejemplo un trabajo que no tenga empleador, que no se camiones, entonces no podi generar licencia médica. Entonces tienes que seguir trabajando. Entonces ahí se juntan los horarios. Tú recibes esa primera propuesta en plan de intervención que dura un mes en términos generales. El primer mes. Que nosotros le decimos tirar toda la carne a la parrilla, tratar de tirar la mayor cantidad de atención, super concentrados, para provocar esos cambios conductuales. Esos cambios conductuales tienen que ver que en el segundo mes ya no va a ser tan a gusto ojalá con el máximo grado de abstinencia deseable. De acuerdo a los psiquiátricos, ehh. Si el caso se agrava tratamos de que esta persona se inserte en un dispositivo que sea residencial, que sea cerrado. Si prosigue bien se mantiene con nosotros generando ojalá un nuevo plan que abarque mucho más tiempo, o tal vez con menor frecuencia de atención. Muchas personas cuando llega el cuándo la primera en este primer mes. Pensando en esta cosa de apoyo social, tiene la familia deteriorada, las relaciones familiares deterioradas, las relaciones con amigos... entonces están solos. Y tratamos de que estén desde las nueve de la mañana hasta las nueve de las ocho aquí.

Entrevistadora: ¿Con talleres?

Entrevistado: Con talleres, almorzando, tomando desayuno, tomando once. Para qué Para descomprimir la familia, incorporando a la familia a los talleres, entonces para qué

Para tomar no solamente a esta persona sino para descomprimir el ambiente familiar y considerarla claro, eso en el primer periodo. Y después, va evolucionando y la asistencia va bajando, van bajando hasta que uno podría considerar que alguien está de alta, o ya no en un proceso agudo.

Entrevistadora: Y en base al tratamiento de tratar a los adictos, cómo definiría usted la adicción, como la entiende.

Entrevistado: Yo personalmente o la teoría

Entrevistadora: No, usted personalmente, como psicólogo.

Entrevistado: Yo creo que... la adicción... hay que separarla del consumo de drogas, personalmente. Puede haya una persona que consume drogas y no tenga entre comillas, estoy pensando todavía entre comillas, esta adicción porque consume y no tiene mayores dificultades. La mayoría de los chilenos hay un proceso un periodo donde consume alguna sustancia, no le pasa nada y después con el tiempo deja de consumir ehh pero hay otras personas que tienen una disposición y un funcionamiento psíquico distinto y que tiene la tendencia a, psíquico y biológico también, que tienen la tendencia a quedar pegado en algunas cosas, algunas acciones que les generen placer, entonces consumen o juegan ehh cartas o maquinas o hacen algún tipo de deporte, y eso es lo que tiene mucho placer y eso se empieza a desregular, a desregular en qué sentido de que optan por el placer versus las otras cosas y cuando se va asentando esto ya no es suficiente y buscan obtención de este placer, desde la regulación biológica pero que no es placentero como antes si no que buscan solamente el rellenar esta sensación ehh de vacíos que van teniendo porque, y es una cosa que uno razona mucho, todos los consumidores ya no es igual cuando consumes la primera vez y buscan esa primera vez, por lo tanto es una persona que tiene in funcionamiento distinto, como el diabético, para mí es muy parecido a la diabetes, que pueden andar muy feliz por la vida si se cuidan pero si no se cuidan va a recaer, por lo tanto es un funcionamiento, es un funcionamiento es un tipo de personalidad distinta con algunas matices biológicas también.

Entrevistadora II: y cree que tiene también como una implicación social como que el ambiente...

Entrevistadora: Esta asociación que se hace como droga- delito una cosa así

Entrevistado: No!, no, no, hay un ejercicio que dice la mayoría de las personas que delinquen consumen, eso es cierto, de una entrevista en las cárceles y eso es verdad, pero no la mayoría de las personas que consumen delinquen, es como que uno dijera ehh la mayoría de los bomberos son hombres pero no todos los hombres son bomberos cachai, entonces no existe, y eso se puede comprobar cuando, hay un escritor que se llama Escobotado que hizo un estudio en China en el año mil novecientos y no habían adictos en Chile, con el mismo producto, porque la cultura también dirige esto, nuestras culturas centrales no quedaban pegados en, porque la cultura actual busca formas de entrecomillas de escapar buscar placeres rápidamente y ahí está el uso de sustancias, antes eso no existía, antes no existía, antes éramos más equilibraditos, ahora no, lo productivo, el placer rápido, la sensación de placer rápido y eso tiene que ver con la biología también y la economía

Entrevistadora: en base a lo que definió de adicciones, ¿Cómo son los pacientes acá? Así como describiendo las características de ellos, un perfil

Entrevistado: Si, en términos generales son varones entre 35 y 45 años ehh con más de un tratamiento previo, con consumo de más de una sustancia ehh hay una parte importante de adultos sobre 45 años que son alcohólicos ehh y que beben desde muy pequeños y con un hábito incorporado, estas personas que en términos generales todavía viven con sus padres, con sin educación superior y con trabajos precarios, y las mujeres tienen más de dos hijos, viven en las casas de los padres de sus parejas tienen un deterioro mucho mayor que el varón, mucho mayor, y son consumidoras más de una droga y tienen problemas emocionales también, y el varón tiene problema de comportamientos, más de control de impulsos la mujer no, tiene trastornos emocionales asociados eso es marcadísimo, marcadísimo y tienen historias desde abuso muchas.

Entrevistadora II: vienen acompañados todos o vienen solos

Entrevistado: los varones vienen acompañados y las mujeres solas en términos generales

Entrevistadora II: y el periodo de estadía...

Entrevistado: ellas están menos que los varones pero asisten más, más frecuentemente un poco tiene que ver con que al varón se les permite liberarse de algunas actividades sociales asignadas, el trabajo, la crianza de los hijos, que a los hijos se los cuidan los padres, pero la mujer no po, la mujer le piden rápidamente que retomes roles sociales asignados “yapo ya estai bien, empieza a cuidar a tu hijo, empieza a trabajar” , entonces el peso de los roles asignados es muy fuerte en la mujer, muy muy muy fuerte, en el varón pasamos piola pero en la mujer.

Entrevistadora: en base a estos pacientes, no sé quizás alguna experiencia con algunos casos que lo hayan marcado, si nos podría contar

Entrevistado: ¡Ah sí! Sí, yo tenía un paciente que era limpiador de autos, era un varón como de cincuenta y tantos años, estoy hablando como hace nueve años atrás, era consumidor de pasta base y el pela cables con el coma etílico, después vivía entre calle y casa, calle y casa, una asistencia muy irregular acá, se recaía con facilidad provoco, es que era muy hediondo, y provoco mucha resistencia en el equipo para atenderlo, era muy desagradable agarraba a garabatos a los técnicos, venia medio drogado en muchas ocasiones y nadie lo quería ver y solamente lo atendía yo y lo atendía afuera porque imposible atenderlo en la oficina, porque era horrible, era horrible no podía entrar ehh y empezamos a conversar empezamos a hacer algunas acciones, como que empezó a ir, y de repente desapareció lo tratamos de comunicar y aparece como seis meses después y lo habían atropellado en la panamericana, había quedado cojo, le colocaron una placa de acero en la cabeza ehh y ya genero abstinencia y volvió a caer, vuelve a caer otra vez ehh vuelve a consumir ya con este deterioro físico y estuvimos como cuatro veces juntándonos no sé cuatro veces por semana tratando de que él, convencerlo de que se internara en un Hospital Psiquiátrico, el hospital El Peral, que no que sí, conversábamos, conversábamos, ya hasta que decide ya lo voy a hacer “por usted don Pablo por usted” u antes que se fuera nos tomamos una foto, pasaron seis meses, esto ya estábamos como hace cinco años

atrás, cuatro años atrás, pasaron seis meses y vuelve muy bien, muy muy bien, y nos tomamos una foto y yo la mostraba y las comparaba, empezamos a tener controles en, ya no trabajaba limpiando vidrios, limpiando autos, empezó a comercializar empezó a comprar pedacitos de zapallo los vendía, los compraba los vendía hasta que le dimos de alta, y yo me lo encuentro regularmente porque ahora tiene un puesto un local, es una feria en lo Valledor y eso que me indico que una persona cambia cuando siente la real necesidad de cambiar no cuando pasa un accidente grave, no cuando uno cree, cuando uno quiere, no cuando a lo mejor, he visto por todos lados que lo requieren y cuando alguien solamente cree en necesitarlo y el error de uno esta cuando eso ocurre, porque si nosotros, nosotros no lo hubiéramos aceptado más cuando él estaba convencido de internarse, como lo hace si está solo, así entonces nuestro rol es mucho más simple de lo que creen.

Entrevistadora: En base al programa a su experiencia dentro del programa ¿Cuáles diría que son las fortalezas, del COSAM de ustedes como equipo?

Entrevistado: Yo creo que es como la disposición permanente porque casi ningún programa tiene ingreso espontaneo, que pueda venir consultar sin tener que pasar por algún consultorio, porque es un lío, hay mucha gente atendiéndose, la gente en términos de adicciones viene dos veces después se va, después desaparecen un mes vuelven nuevamente entonces los programas en general para arreglar eso, solamente con derivación y nosotros nuestra puerta, ha sido opinión po a pesar de los líos que genera ehh siempre hay una disposición a atender aunque no tengas hora, aunque la gente, tratamos con hora agendar y tratamos de atender ehh es un equipo comprometido y también entienden el proceso adictivo, lo atienden con respeto, no es que el otro es enfermito no es que el otro sea un gallo malo cachai, lo atienden con respeto pero ehh si es que una mamá por ejemplo es negligente la atendemos , pero tratamos también nosotros tratamos también de marcar un límite entre las cosas que objetivamente no es de denunciar, porque un diabético no se va a poder justificar que es diabético si le están pegando a los hijos, entonces por eso es un equipo bien comprometido.

Entrevistadora: Bueno contraponiendo a la pregunta anterior, ¿cuál diría que son los obstáculos inmersos en el tratamiento de acá?

Entrevistado: yo creo que la misma consulta espontanea, porque destinamos muchas horas a personas que no se quedan, muchas horas yo digo que un cuarenta por ciento pero, tu sabes que vienen una dos veces en periodo agudo y después dejan de venir por lo tanto esas se las quitan a personas que a lo mejor tu podrías hacer procesos más firmes, en vez de tener una hora cada quince días podría tener una hora a la semana, perdemos muchas horas, muchas, otro que como las dificultades que tiene el programa es que con la consulta espontanea no nos podemos contar, nosotros tenemos ciento cuarenta personas para atender pero nuestra capacidad es de sesenta y no nos podemos concentrar, por lo tanto problemas de faltas de hora, falta de espacios

Entrevistadora: Pero es porque les falta digamos personal o el establecimiento mismo, como temas de recursos.

Entrevistado: Sipo, no nos falta personal

Entrevistadora II: y los objetivos en cuanto a cuando se da de alta al paciente es cuando ay una abstinencia o cuando hay una reducción en el consumo

Entrevistado: Cuando es, como nosotros entendemos el fenómeno de la adicción no amarrado al consumo, el indicador del consumo de abstinencia no es un indicador necesario para el éxito, entonces si bien es deseable la abstinencia una persona puede sentirse súper bien cumpliendo otros objetivos, por ejemplo, mantiene la marihuana, pero logro juntarse con su señora, logro retomar el trabajo y que fueron los objetivos firmes que se propuso podrían darlo de alta perfectamente

Entrevistadora II: y en el caso del poli consumo ehh como lo tratan, se enfocan en el tema que ellos decidan

Entrevistado: el noventa por ciento son por poli consumo, lo que pasa es que a ver, ellos no van a venir a decir o nosotros no vamos a aceptar entrecomilla sabe que yo quiero

empezar a consumir pasta base por tres semanas, saben que eso es imposible, saben que eso no es posible porque cuando llega una persona acá es cuando ya estos circuitos de recompensa biológico están quemados entonces es una alusión mantener el consumo en pequeñas cantidades, así con la marihuana que probablemente si podría ocurrir pero con la pasta base es muy difícil, ahora si una persona puede seguir consumiendo o baja el consumo abstensible ehh o dice sabes que yo voy a empezar a consumir después del cuarto mes de abstinencia va a empezar consumir marihuana y todo, me interesa que los cabos conductuales se hayan asentado, la abstinencia es deseable, claro que es deseable por supuesto que es deseable, por supuesto que, insisto es como la persona que come azúcar va “es que sabe que yo quiero comer un pastelito” un fin de semana, pero teni que tener ojo porque te puede generar una crisis etílica, no pero es que voy a tener cuidado uno sabe que está al filo de la crisis diabetes, sabe, porque le encanta el dulce como al consumidor le encanta pero está a su riesgo su salud también, por eso haceos como harta educación en torno al consumo, a los riesgos

Entrevistadora II: A quien, al tratamiento, psi coeducación, por parte de los psicólogos de quienes

Entrevistado: por parte de nosotros los psicólogos, de los técnicos, pero también hacemos que ellos presenten seminarios, así como un seminario de universidad con referencias APA y toda la cuestión, ellos presentan a todos en terapias grupales, cachai entonces presentan pasta base, que es cuál es el nombre como se produce, a donde, efectos primarios, efectos secundarios, alcohol

Entrevistadora II: y ahí no asiste como el círculo del paciente, así como la familia

Entrevistado: No solo los pacientes, solo los pacientes

Entrevistadora: Ehh ¿Cuál diría usted que es el papel del programa y el suyo en el proceso de rehabilitación del paciente?

Entrevistado: acompañar, no es guiar, es acompañar, las personas, hay un fenómeno que se llama Recovery que sería recuperación, todas las personas la gran mayoría de las

personas van a dejar de consumir en algún momento, el noventa y nueve por ciento, pero con un costo social muy muy alto

Entrevistadora II: ¿De qué tipo se refiere?

Entrevistado: Por ejemplo, un gallo que tenga cuarenta y cinco años que consume pasta normalmente a los sesenta lo va a dejar, pero va a estar sola, va a estar sin pega, con todo ese costo social muy alto que es lo que tratamos de hacer nosotros acortar eso y querer cambiar ahora, para que, para que no exista ese costo social asociado

Entrevistadora II: considera usted que implica más como una consecuencia del consumo o también puede ser una causa del consumo

Entrevistado: es un perro que se muerde la cola, porque teni el consumo que genera perdida de trabajo, genera una imagen, una autoimagen y proyectar una imagen muy mala por lo tanto pierde el acceso al mundo del trabajo, por lo tanto tu autoimagen baja ,la sensación de desesperanza es más alta y así cachai, y así es un perro que se va mordiendo la cola, que las condiciones van generando condiciones sociales que son desfavorables y genera condiciones desfavorables y probablemente los consumidores comiencen a generar acciones que no sean legales para el acceso del consumo , entonces queda metido en los papeles de manchar la ley, y cuando quebrantas la ley quedas con los papeles manchados por lo tanto no puedes ir al mercado formal y así, perdí a tu familia y cuando perdí a tu familia te sientes solo

Entrevistadora II: o sea que son como factores importantes que pueden como influir en la recaída del consumo

Entrevistado: Si o también que estas personas no muy conscientemente tienen condiciones para la recaída, como por ejemplo yo no quiero que mi hijo sepa que venga para acá, porque son un problema mío, un problema personas, entonces son quieren que esto se sepa, entonces ellos dicen estoy solo pero no quieren que venga su familia, entonces como su familia ano sabe que está viviendo y no sabe de qué se trata la adicción

también de otra manera les permite recaer o declararse como el enfermo “no es que yo estoy enfermo y como estoy enfermo hago esto”

Entrevistadora: Bueno le agradecemos su tiempo y la disposición de habernos respondido las preguntas, así que muchas gracias por todo.

Entrevista E

Entrevistadora: Buenos días, me presento, mi nombre es Carolina Epul junto a mi compañera Valentina Moya somos estudiantes de psicología de la Universidad Católica Silva Henríquez que cursamos actualmente cuarto año, por lo cual estamos en proceso de tesis para nuestra titulación. A continuación ¿accede usted a nuestra entrevista en toma de conocimientos del consentimiento informado que se le ha hecho entrega?

Entrevistado: Si, accedo y tomo conocimiento del consentimiento informado que he recibido por parte de ustedes.

Entrevistadora: Muy bien, comencemos. Primero quisiéramos saber ¿Cómo es su trabajo en este COSAM? ¿En qué consiste?

Entrevistado: Bueno, mi trabajo es de técnico de rehabilitación de drogas, trabajo hace trece años acá en la comunidad y mi trabajo está ligado, muy cercano con los chicos, yo estoy casi todo el día con ellos, ósea desde que entro porque estoy desde las once de la mañana, hasta las ocho de la tarde. Participo en la mayoría de los talleres como coterapeuta de los psicólogos y hago talleres también yo, no de psicoterapia, sino de talleres en relación con las habilidades sociales, taller de panadería, taller deportivo. También hago consulta de salud mental, hago los ingresos de la comunidad terapéutica y las visitas domiciliarias.

Entrevistadora: En base a esto ¿Cómo es el proceso de atención que ustedes tienen acá en el COSAM?

Entrevistado: Mira la comunidad terapéutica tiene un ochenta por ciento de la población que llega a esta, nosotros le llamamos comunidad terapéutica porque antiguamente esto fue una comunidad terapéutica, tenía su personalidad jurídica propia y un porcentaje importante que justamente el otro día estábamos viendo que un ochenta por ciento de la población llega por consulta espontánea, los demás vienen de sector justicia, derivaciones, de APS.

Entrevistadora II: Disculpe, pero ¿Que significa APS?

Entrevistado: Significa que son de los otros CESFAM, de los CESFAM de la comuna. Pero un ochenta por ciento de la población es de consulta espontanea. Lo que igual garantiza que cualquier persona que tenga problemas de sustancias pueda acudir de forma, en el momento que él necesite venir nosotros vamos a tener siempre una hora. Esto provoca problemas si, porque las personas llegan en algún momento y dicen “tengo problemas de drogas voy y pido una hora “y después se pasó su momento y no vino, entonces tenemos una alta deserción de pacientes y perdida de horas de profesionales por consulta espontanea. Estamos viendo la posibilidad de algún momento de migrar ya, eliminar la consulta espontánea y generar solamente por derivaciones. La persona llega acá, como venga, si es por consulta espontanea o derivado, se le da una hora de ingreso, la cual nunca excede más allá de los siete días, lo entrevisto yo en ingreso o también la enfermera que tenemos y luego se hace la ficha de ingreso donde igual aparece mucha información del paciente, cuando comienza su consumo de diferentes drogas, con quien vive, su situación socio ocupacional, una apreciación del profesional como está la persona anímicamente, se hace la escala de compromiso biopsicosocial del usuario y con todo esto la persona, el entrevistador, decide con quien le da la próxima hora. Si tú ves que la persona tiene problemas de sueño, su consumo es muy agresivo, tiene problemas para detener el consumo así fácilmente o tiene animo depresivo o de muy lábil o en el mayor de los casos notas que tiene otra patología asociada al consumo, tendría hora con psiquiatra, psicólogo y nuevamente después conmigo. Si yo veo la persona en realidad, a simple vista no tiene mayor complejidad que su consumo de sustancia lo cito al grupo y una vez que está en grupo, comienza igual a verse con los otros profesionales, pero no existe la necesidad urgente que lo vea un psiquiatra.

Entrevistadora II: Pero a grupo ¿Qué se refiere?

Entrevistado: Nosotros tenemos dos modalidades de atención grupal. Tenemos un grupo de ambulatorio básico y otro ambulatorio intensivo. En realidad, los dos son intensivos, pero básico le decimos porque el usuario viene una hora y media todos los días, que son

principalmente las personas que están trabajando, que en realidad no tiene mayor tiempo y su compromiso biopsicosocial es menor con respecto al consumo de sustancia, ellos vienen de seis y media a ocho solamente. Y las personas cuyo perfil, que yo le hice la entrevista, que se yo, perfil que tenía un compromiso biopsicosocial de moderado a severo, ellos vienen a un grupo intensivo que parte de las diez de la mañana hasta las ocho de la noche, están todo el día. Entran a las diez y tiene diferentes talleres, todos los días con psicólogo de diferentes posturas, porque tenemos hartos psicólogos, tenemos cuatro, entonces cada uno tiene su fuerte, ya sea en familia, en clínica, en grupo.

Entrevistadora: En relación con estos programas que usted mencionaba, básico e intensivo ¿Cuáles son los criterios de ingreso que se ejecutan en este COSAM?

Entrevistado: Para ser atendido el paciente debe ser beneficiario de FONASA y estar inscrito en la comuna, más que nada, ser beneficiario de FONASA porque si no está inscrito en la comuna yo le digo que vaya a su CESFAM de origen, solicite una desafiliación de ese CESFAM, que me la traiga y lo atendemos igual o le puedo dar una hora por bloqueo, si yo veo que viene muy complicado y es muy larga la vuelta de ir a su CESFAM, le doy la hora mediante bloqueo, porque nosotros no podemos atender a personas que estén en ISAPRES o personas que estén inscritas en otra comuna porque si los atiende el psiquiatra no le va a poder garantizar que va a tener acceso a los medicamentos porque no está inscrito en la comuna. Esto es porque a nosotros los cupos que tenemos nos los paga el SENDA, entonces nosotros tenemos sesenta cupos que nos paga el SENDA y los otros pacientes vienen por los percapitas que es otro sistema de ingreso, que el paciente no fuera de la comuna no será mayor problema, siempre y cuando no requiera tratamiento farmacológico, porque es muy caro.

Entrevistadora: Si, entiendo. Siguiendo esta línea ¿En qué consiste el tratamiento que ustedes realizan acá?

Entrevistado: El fuerte de nuestro tratamiento es el grupo, que en cierta medida proviene desde los años sesenta, de los grupo que hacían narcóticos anónimos y alcohólicos anónimos, ósea desde la grupalidad solamente porque esos grupos que hacían eran netamente conductuales, entonces a la persona alguien le iba diciendo que tenía que hacer y nosotros igual hace un par de años cambiamos, nos hemos ido casi mayormente por la línea de lo motivacional, entonces nosotros le explicamos a las personas que ellos tienen todas las herramientas necesarias para dejar de consumir y nosotros los vamos guiando, no les tomamos las decisiones por ellos, por ejemplo si un paciente quiere consumir y quiere hacer algo diferente de lo que nosotros hablamos acá, está en su decisión de hacerlo, ósea, la abstinencia de droga que sería como el fin de que ellos vinieran y que dejaran de consumir, pero nosotros tenemos pacientes acá que nos dicen “pucha sabe que, tengo problemas con la pasta, muchos problemas con la pasta, me derrito por la pasta, he perdido a mi familia por la pasta y el trabajo y todo, quiero dejar de consumir pasta, pero no quiero dejar de consumir marihuana”. En otro momento, con un enfoque más conductual, nosotros le habríamos dicho “No, las drogas son todas iguales y si quiere dejar de consumir drogas tiene que dejar de consumir todas las drogas”. Pero en un enfoque de derecho y deberes de los pacientes, si el usuario quiere mantener eso, porque según él no le provoca mayores problemas, nosotros lo seguimos atendiendo igual. Ósea en algún momento nosotros vamos a tratar de problematizarle su consumo, que definitivamente, yo personalmente creo que si la persona está en equilibrio, en su casa, en su trabajo, en su entorno, no debería necesitar algún tipo de droga para poder estar feliz, se me ocurre, entonces nosotros siempre vamos a tratar de problematizar, pero si el paciente no quiere la abstinencia total, tampoco nosotros podemos negarle el acceso, pero la idea es que siempre vamos a estar diciéndole “ haber ya, como sigue su consumo, ¿ A subido? ¿Ha bajado? ¿Le ha provocado problemas? O por ejemplo él nos dice “yo fumo marihuana verde” entonces nosotros le explicamos que la marihuana verde no existe ya, que todas están tratadas genéricamente y para que lleguen a Chile deben ser prensadas con tolueno y cuanta cochina que le echan para poder fumar, entonces si aun así quiere seguir fumando, él puede seguir haciéndolo

Entrevistadora II: Y con respecto a los talleres específicamente ¿Que se hacen en dentro de ellos?

Entrevistado: Te voy a explicar de lunes a viernes mejor, así se lo logran imaginar. Los lunes a las diez de la mañana es el taller de entrada, se reciben los pacientes que han estado del fin de semana, se les pregunta que hicieron, si consumieron, que actividades hicieron, después viene el almuerzo que sería a las once y media hasta la una de la tarde y ahí hacemos otro taller que lo ejecuta una técnico en rehabilitación del COSAM, en donde se cocina junto a los usuarios, algunas veces ellos con nosotros y otros nosotros con los usuarios. A mí me encanta cocinar, entonces a veces yo cocino y me gusta cocinar con los chiquillos. Después viene el taller de sexualidad, que lo hace un psicólogo los lunes a las tres de la tarde conmigo, y ese taller a grandes rasgos, lo que busca es entender que la sexualidad es una parte importante de la vida y que el consumo de drogas o alcohol pueden perjudicar la sexualidad de los pacientes. También aprovechamos de hacer sobre las enfermedades de transmisión sexual, cada cierto tiempo traemos a una matrona, que se yo, que les enseñe pautas y ese tipo de cosas porque ustedes saben que la cantidad de ETS ha crecido mucho, pero también sobre la sexualidad igual demuestra lo sano que esta un paciente. Si la sexualidad de una persona se ve afectada, es por algo, algo sucede, entonces igual trabajamos buena sexualidad, que es lo que es, como debería hacerse. Después viene la once, en donde también se hace con los usuarios y en la noche tenemos el taller de habilidades de afrontamiento, también con otro psicólogo. Los días martes en la mañana tienen taller de manualidades, entonces los usuarios hacen pulseras, hacen varias cosas, luego tenemos reunión clínica de dos a cinco de la tarde, y después viene el taller de masculinidades, es un espacio que hacemos con nuestro terapeuta ocupacional mientras que otro es de mujeres, entonces dividimos a las mujeres en un lado y los hombres en otro lado, dos talleres diferente donde trabajamos, son tres en realidad porque ese día viene también familia, entonces nosotros igual hacemos bastante intervención familiar. Entonces la familia está en un espacio solo, las mujeres por otro lado y los hombres en otro lado también. Trabajamos temas de género con los chicos mientras que la familia trabaja temas como la codependencia.

Los miércoles hay un taller de alexitimia, después almorzamos, luego un taller recreacional, el cual hacemos un taller de panadería y de pastelería, los miércoles de tres a cinco, lo hago yo también, después en la noche del miércoles, viene le gran grupo de familia, que es un grupo muy grande, viene mucha familia, muchos usuarios, cuarenta personas de repente, es un taller muy simpático. Los jueves partimos a las tres de la tarde, tenemos asambleas, en donde los usuarios tiene la capacidad de poder llevar a cabo o solicitar que se hagan distintas actividades, como paseos, comida, si es que hay alguna situación anormal que se está produciendo, por ejemplo en problemas de lavado de loza, en el orden, en la limpieza, usuarios que andan desregulados por ejemplo y es en ese momento en donde podemos conversar y contamos con dos terapeutas que vayan moderando la actividad y en la noche también se divide el grupo, las mujeres tienen un espacio con una psicóloga y una terapeuta ocupacional y los varones en otro espacio con el terapeuta ocupacional y conmigo, ahí tratamos temas de masculinidad y de violencia porque además los martes y jueves viene los pacientes con violencia intrafamiliar y vienen del juzgado de garantía. Por último, los viernes tenemos a las tres de la tarde el taller de salida, que es la planificación del fin de semana, en donde los usuarios puedan planificar actividades saludables, tiempo libre o descubrir también que estén incubando una posible recaída el fin de semana que eso se revisa el lunes cuando hacemos el taller en la mañana. Entonces sería el taller de salida, luego viene la once y luego el taller de prevención de recaídas

Entrevistadora: Mientras hacen estos talleres a la semana ¿A la par van atendiendo a los pacientes?

Entrevistado: Sí, es que si, nuestro equipo igual está conformado de, de siete profesionales, entonces siempre hay dos en grupo, y los otros cinco siguen atendiendo su... y claro hay muchos pacientes que están en grupo y piden hora y nosotros vamos y los tomamos y hacemos eso.

Entrevistadora: Retomando esto de los talleres, ¿Qué entiende usted por rehabilitación? Digamos más o menos los criterios que tiene que tener para que sea exitoso

Entrevistado: Ahh que simpático. Yo creo que para que sea exitoso lo más importante es la motivación. (Pausa) es que yo siempre les doy mucho a los chicos eso. Porque tienen que saber hacia.Cuál es su problema. Tienen que saber cuál es su problema. O sea, tení que saber con quién quieres luchar, con quién quieres pelear, hacia quién quieres ganarle. O sea, tení que asumir que tienen un problema. Y que tu problema es la droga, o el alcohol, que se yo. Luego por qué quieres dejar de consumir, cuál es tu motivación, ¿Es algo interno, es algo interno? ¿Tú quieres dejar de consumir por tu familia, por tus hijos? Por cuánto te va a durar eso. Porque si yo intento dejar de consumir, no sé, por recuperar a mí esposa y me voy a esforzar por recuperar a mi esposa, pero si a mí, mi esposa me dice que no me quiere que se quiere ir con otro, y..., dónde está mi motivación, se terminó mi motivación. Entonces la idea es que la motivación primero tiene que ser por algo interno, por algo mío. ‘Yo siento que al hacer esto lo más probable es que mi esposa quiera volver conmigo’, pero de acuerdo a lo que yo haga, no a algo que haya afuera ¿cachai? Entonces la motivación y por qué quiero hacerlo, porque quiero estar con mi esposa toda la vida o porque quiero posiblemente estudiar o porque quiero dejar de consumir drogas pa’ no ser un problema o porque quiero recuperar las habilidades que había perdido, o porque quiero ser otro o porque quiero ser el de antes, qué sé yo. O sea, saber hacia dónde vas. ¿Se han dado cuenta que uno no sabe pa’ dónde va? Uno si dice (empieza monólogo) ‘no, yo quiero ser alguien en la vida’ ‘ya, ¿quién, ¿quién querí ser, ¿cómo y por qué?’, ‘No, es que yo quiero ser doctor’. ‘Ya, ¿y por qué?’, ‘No, porque quiero ayudar a la gente, qué se yo’ (termina monólogo), el papá es doctor a lo mejor, está imitando algo ¿cachai? pero yo creo que en la vida uno tiene que saber hacia dónde va. Y lo más importante a mi es que los chicos por qué quieren hacer esto y si no saben pueden estar un año en tratamiento y se van a recaer igual porque no saben pa’ dónde van. Entonces yo por lo menos siempre trato en mis talleres siempre trato de entrar ahí, por qué quieren hacer esto, a dónde van, para saber que herramientas utilizar porque lo que les está sirviendo ahora posiblemente no les va a servir más adelante, entonces si yo sé que quiero voy a poder planificar para poder alcanzar el objetivo.

Entrevistadora: ¿Entonces usted entendería más o menos la rehabilitación como un proceso de más o menos superación del usuario o paciente?

Entrevistado: Es un proceso, no es un suceso, es un proceso mediante el cual el usuario primero comienza reconociendo que tiene un problema, más menos la naturaleza de donde podría provenir el problema, si viniera de un problema de un trauma de la niñez, que se yo, imitación. Si dice “no es que yo consumo de mono” claro por imitación a lo mejor de conducta de cierta edad, posiblemente no estaban sus padres o sus cuidadores entonces empezó a ir a la calle y en la calle comenzó a imitar lo que hacían los demás porque parece que eran felices, entonces...

Entrevistadora: De acuerdo con eso, ¿Qué factores cree usted que podrían intervenir en la rehabilitación para que esta llegue a ser, digamos buena?

Entrevistado: Mm difícil en realidad, nada garantiza que el paciente (pausa). Yo creo que intentar trabajar las habilidades blandas de los usuarios, que aprendan ellos a decidir (pausa), no sé. Porque te podría decir la familia, pero nosotros tenemos pacientes que se rehabilitan con la familia o a pesar de la familia. O sea nosotros tenemos muchos pacientes que la familia es la que ayuda a que vuelvan a consumir, la familia está acostumbrada a ese tipo de relaciones porque si la persona deja de consumir “¿A quién linchamos ahora?”, la familia dice: “¿y el problema, dónde quedó el problema?, ¿y ahora qué somos?” y se dan cuenta que sin el problema no son nada entonces empiezan a ... pucha podríamos pensar no sé, incentivo, a lo mejor socio-ocupacionales que nosotros podremos rehabilitar a los pacientes y que después de la rehabilitación tuvieran la oportunidad pero cierta, de no sé, hacer capacitación y la capacitaciones fueran reales, fueran de verdad, fueran tangibles no solamente como esas capacitaciones que nos digan hartos que son para cubrir para cumplir que va y que se yo y enseñan no sé, a soldar, pero a soldar qué, con qué máquinas, y después a dónde van a trabajar. De verdad, no de mentira, porque nosotros trabajamos con gente de verdad, personas que un momento a otro, por una u otra situación

se matan, se matan o pueden matar a la familia, entonces igual que las situaciones también sean reales.

Entrevistadora: en cuanto al apoyo y entrando a este tema ¿Cómo entiende usted el apoyo social?

Entrevistado: Sí, no lo entiendo mucho

Entrevistadora: Referido digamos, más o menos a los lazos sociales, a las herramientas que se brindan para el paciente en el proceso de tratamiento y rehabilitación.

Entrevistado: Si es que en realidad nosotros como apoyo social, o sea yo lo entiendo como lo que pueden obtener, a lo mejor, se me ocurre el apoyo social como lo que podrían obtener los usuarios de los servicios públicos, ¿algo así?

Entrevistadora: Claro

Entrevistado: O sea nuestros pacientes no reciben mucho apoyo social. La mayoría no recibe. Los pacientes que atendemos nosotros la mayoría son sumamente marginados de la sociedad, la mayoría son súper son como, como poder decírtelo, son como la... la... no sé, en realidad son todos muy dañados que están al margen de todo presupuesto de toda estadística, entonces la mayoría no están insertos, no sé, en la oficina de colocaciones, muchos de ellos no tienen provisión FONASA, que se yo. Entonces igual nosotros tenemos poco apoyo social, más que... o sea es importantísimo que tengan capacidades de rehabilitarse y que sea costo cero, igual es un apoyo importante para nuestros usuarios o sea una rehabilitación es costosa y aquí no pagan ni uno. Por lo demás nosotros no tenemos tanta vinculación con organismos municipales más que no sé.

Entrevistadora: ¿Entonces usted diría que el apoyo social es relevante para para la mejora del paciente?

Entrevistado: Yo creo que, si es relevante, pero está como... está como lejano

Entrevistadora: Como cuál sería esa relevancia en los discursos

Es que está lejano, nosotros sabemos que está lejano, que nuestros pacientes no dicen que van... o sea la municipalidad buscar algún beneficio, entendiendo quizás eso como algún tipo de apoyo social, y no po, te ponen una montonera de trabajas siempre, topamos en el puntaje, ‘‘quizás con un cabro chico más a lo mejor te pueden bajar el puntaje un poquito para tener un beneficio de orden académico’’ no se po, tenemos pacientes que tienen que tienen no se buen promedio, pero no les alcanza el puntaje para obtener algún tipo de excelencia académica, una beca...

Entrevistadora: ¿Y cómo diría que ustedes como programa brindan el apoyo social a sus usuarios? entendiéndolos como redes de apoyo.

Entrevistadora II: Como provisiones, afectivas...

Entrevistado: Yo creo que más que nada desde ese espacio, primero como te decía el... el tratamiento es de costo cero, los usuarios tienen derecho a alimentación acá, almuerzan, toman once, toman desayuno. El afecto sí... volver a rearticular sus redes familiares, sus redes sociales, que sé yo, también que tengan con las redes sociales más cercanas. Muchos también eh...nos ha pasado algunos casos que hemos tenido posibilidades de ayudarlos en los estudios, posibilidades de terminar cuarto medio, tenemos un par de pacientes que han estudiado y llegado a ser profesionales, también de este rubro. Un par de técnicos en rehabilitación... Yo también era consumidor.

Entrevistadora: En este tema más o menos de tratamientos y rehabilitación ¿Qué es la adicción para usted?

Entrevistado: Estar pegado a algo. (Pausa). Si viene como del griego o latín: adhesivo. Entonces la adicción es que las personas (pausa) se adhieren a algo esperado que ese algo vaya a llenar un vacío que tienen adentro. La mayoría de nuestros consumidores como decía antes, vienen de familias disfuncionales, con muchos problemas de índole familiar, social, educacional. Entonces es fácil que en algún momento a los once, que es más o menos donde empieza la problemática en nuestros pacientes por lo menos empieza como

a los once, doce años. Y a esa edad se sintieron solos porque no sé, el papá no sé, robaba, la mamá ehh... estaba presa a lo mejor, y el paciente salía a la calle a juntarse con los amigos y se dio cuenta que con los amigos se reía un rato y disfrutaban y los amigos fumaban y se reían y entonces igual el solo comienza a consumir hasta que sin darse cuenta se hace...adicto...se adhiere a esa sustancia.

Entrevistadora II: ¿Y qué tan importante cree usted que es la familia, el círculo familiar dentro de la recaída a la adicción del paciente?

Entrevistado: Es como decía en un momento también nosotros nuestros pacientes se habilitan con la familia o a veces a pesar de la familia. Si... tenemos muchos pacientes que mantienen sus conductas adictivas muchas veces por la familia. Porque la familia igual no trabaja sus problemas entonces la familia deja de consumir y la familia no tiene quien... se acaba el chivo expiatorio. Entonces queda vacía la familia. Y comienzan nuevamente las conductas que la persona en algún momento tuvo cuando chico cuando comenzó a consumir y dice “pucha dejé consumir para esto, para tener todos estos problemas, para darme cuenta que en realidad no me quieren en la casa, que echan de menos al volado de antes” y salen. Pero también debo decir que tenemos muchos pacientes que se rehabilitan con su familia, que sus familias hacen procesos con nosotros, también atendemos a las familias y... y que han hechos procesos exitosos. Tenemos parejas que se han atendido con nosotros, muchos hijos que han venido con madre, con su padre, que sé yo, y han hecho procesos exitosos.

Entrevistadora: si nos podría decir como son digamos como los pacientes que llegan acá.

Entrevistado: ¿más o menos el perfil?

Entrevistadora: Claro

Entrevistado: mira, tenemos pacientes entre los veintidós y los sesenta y cuatro años, nosotros debemos atender desde los diecinueve años en adelante, no atendemos menos de diecinueve porque ya son GES adolescentes entonces nosotros atendemos a población adulta con compromiso biopsicosocial de moderado a severo ehh en nuestra población es

mayormente de varones entre los treinta y cinco y cincuenta años de edad consumidores de pasta base, cocaína mayormente, pasta base- cocaína, cocaína podría ser, alcohol y una menor población de marihuana ehh como te digo son mayormente varones aunque igual tenemos veinte cupos de mujeres pero son mayormente varones, ehh la mayoría llegan solos ehh tienen buen nivel de escolaridad la mayoría tienen el cuarto medio, la mayoría tiene otra comorbilidad psiquiátrica asociada como algún trastorno de personalidad o rasgos de trastornos de personalidad, desde trastorno afectivo bipolar, depresivo recurrente, desde esa índole la mayoría del ánimo, aunque también nuestra población deberían ver, hay muchos que también tienen hartos rasgos antisociales, pero son rasgos no más, no tenemos así como puros antisociales no.

Entrevistadora: Y alguna experiencia con algún paciente, para usted cuáles que lo haya marcado, que se acuerde un caso que lo haya marcado.

Entrevistado: Todos los días, ¿bonito o feo?

Entrevistadora: Lo que usted nos quiera contar

Entrevistado: Mira recuerdo que el primer suicida que tuve me daño mucho, llevaba trabajando como tres meses, cuatro meses me acuerdo y le hice un ingreso a un chico que tenía problema de consumo de cocaína y tenía dos hijos chicos y tenía una esposa, y, le hice el ingreso, lo motive, comenzó a venir a tratamiento y... me acuerdo que un día lunes llega un psicólogo que trabajaba con nosotros, y trabajaba además en la posta del hospital y llega ese día lunes y me comenta que había llegado mi paciente y se había descerrajado de un tiro, (hace el gesto de haberse metido una pistola por la boca), se había matado, porque igual uno en el momento piensa, pucha que falto, uno se cuestiona si es que a lo mejor no vi algo, o que se me paso.

Entrevistadora: y ¿Cómo se sintió usted?

Entrevistado: Yo mal po, lloré hartito, además que llevaba poco tiempo trabajando, entonces en un principio como que te afectan más las cosas, después ya te vai haciendo un poco más duro y vas entendiendo que no depende de uno, pero en el principio igual fue

doloroso, pero experiencias bonitas, muchas cosas, muchísimas, el otro día andaba en la feria y se me acerca un paciente que estuvo aquí hace como doce años, y, me dio pena (se le ponen los ojos llorosos), estaba con su hija, estaban vendiendo en la feria y de repente se me acerca a saludarme que se yo, y de repente llama a su hija grande una mujer también, un paciente debe tener unos cincuenta años el chico y llama a la hija y le dice “mira él me salvo la vida” le dice (se emociona)... y me sentí como grandote, si no, seguro esas cosas igual, porque el servicio público chiquillas no es na la cosa más linda del mundo, en servicio público tu teni que atender todo y es pesado, es pesado, teni muchos jefes todo, teni satisfacciones pero más que nada tienen que ver con las cosas pequeñas con que tus pacientes de repente van haciendo procesos y van dejando el consumismo, van acercándose a sus familias o tú los vei que van poniéndose más bonitos, cualquier cosa.

Entrevistadora: No sé si podría describirnos de que se trata el tratamiento la rehabilitación que ustedes hacen, pero en específico, quizás por partes, que les dan a los pacientes.

Entrevistado: Mmm... Bueno como te comentaba ellos tienen distintas formas de ingreso por diferentes motivos, vienen derivados de, por ejemplo, de los juzgados de garantía por violencia intrafamiliar, violación de derechos, habilidades parentales, en contexto de consumo, o sea que ellos cometieron algunas de esas faltas en contexto de consumo de alcohol y drogas, entonces ellos van en los tribunales de tratamiento de drogas que funcionan en los juzgado de garantía, entonces les dicen sabe que usted cometió una falta grave, un delito, pero usted no tiene faltas anteriores, le vamos a dar la oportunidad de que usted vaya a hacerse tratamiento al COSAM por el tiempo de seis meses un año según lo soliciten ellos y usted va a quedar sin antecedentes, de lo contrario nosotros vamos a seguir en este momento, si la persona no acepta, sigue el juicio y las penas de violencia intrafamiliar no sé po, son como de cinco años y un día, nosotros tenemos, también llegan pacientes de la ley de alcohol de la municipalidad, son la gente que los pacos los pillan tomando en la calle que se yo, consulta espontaneas como les decía o derivaciones del nivel terciario de comunidades terapéuticas ehh justo estábamos hablando el otro día de

eso, comunidades terapéuticas o hospitales, unidades de corta estadía, unidades de patología dual, se les hace el ingreso como les dije y el tratamiento aproximadamente dura seis meses, aproximadamente. Pero hay pacientes en realidad, nosotros tenemos pacientes que están aquí desde hace como ocho años, pacientes que en realidad, tenemos uno o dos pacientes, que no tienen ninguna y absolutamente ninguna otra red de apoyo que no sea esta aquí, ya su problema no es el alcohol ni la droga, si no que su problema es que no tienen donde más estar, entonces ellos vienen están en el día aquí, almuerzan toman once, comparten conversan y después se van en la noche a su casa y no asombra, son pacientes que no los tenemos, no cobramos por ellos digámoslo así, no los reportamos al servicio nada porque el realidad no puede haber un paciente que tenga ocho años en tratamiento, pero si nosotros tenemos muchos pacientes que han hecho procesos anteriores y que vuelven, la recaída igual es parte de este trastorno, la persona igual se puede mantener limpia muchos años en la medida que él vaya haciendo cosas diferentes y que vaya fijándose nuevos objetivos en la vida que se yo que alcanzar, pero si la persona se estanca, deja de asistir, comienza a frecuentar lugares de consumo, comienza a evadir que se yo lo problemas, comienza a no sé a guardarse las penas, las rabias, todas esas cosas lo más probable es que la persona vuelva a consumir.

Entrevistadora II: y factores externos que pueden como afectar en la recaída cuales puedes ser.

Entrevistado: Factores externos que pueden ayudar a que la persona recaiga... yo creo que más que nada igual las juntas pueden ser, si la persona, el ambiente donde vive que se yo, estamos rodeados de poblaciones, la familia como te decía en algún momento también, pero la mayoría son internos, son internos, son decisiones, uno casi siempre, no en realidad siempre es el que decide volver a consumir, nuestros pacientes pueden estar tapados en problema pero hasta el último momento cuando van a consumir ellos pueden decir "no, no voy a consumir", la mayoría de los factores son internos, pero si pudiéramos nombrar, sipo están los amigos, están los lugares de consumo, están los problemas, los problemas en la resolución de conflictos, problemas en la intolerancia a la frustración, problemas En

el manejo de habilidades sociales, manejo de habilidades de afrontamiento hay hartas cosas.

Entrevistadora: y que criterios tienen ustedes como para dar de alta a un paciente.

Entrevistado: Claro, como te decía, nuestros pacientes están alrededor de seis meses, y el criterio transversal es que hay alcanzado los objetivos trazados con el cuándo se hace el plan de tratamiento, todos los pacientes cuando llegan acá se les hace un PTI un plan de tratamiento individual, en donde se fijan diferentes ehh objetivos tratar en el área psicológica, física, socio ocupacional, de rehabilitación, familiar y en la medida de que esos objetivos sean cumplidos el paciente, pero si para que la persona se le diera de alta por lo menos debería cumplir, no sé de cinco objetivos tres, o sea y uno de estos tiene que ver con la abstinencia o el cambio en el patrón, o sea porque somos una comunidad terapéutica de tratamiento de alcohol, o sea podemos encontrar una persona que si recupero muchos objetivos, está trabajando, está estudiando, recupero a la familia pero si sigue consumiendo es difícil que podamos darle el alta, si su objetivo principal era dejar de consumir, pero no es influyente igual, o sea hay personas que mantienen algún tipo de consumo y si él solicita el alta que se yo, sobre todo los pacientes que vienen derivados de tribunales, o sea nosotros hacemos TT drogas para demostrar que el paciente ha bajado su consumo ha disminuido o no ha consumido más que se yo, pero no garantiza que él vaya a mantener esto en el tiempo.

Entrevistadora: y existen algún seguimiento post alto al paciente

Entrevistado: No, no, solamente los que buscan ellos, si ellos quieren venir pueden seguir viniendo por más que tengan ellos pueden seguir viniendo ya sea usuarios que vengan derivados de tribunales o usuarios que hayan llegado por consulta espontanea, si ellos quieren seguir viniendo a grupos de prevención de recaídas que se yo en la noche más que nada pueden seguir haciéndolo si es que tienen algún objetivo que trabajar, ya no desde la crisis a lo mejor, ya no desde la problemática de adicción severa pero si le queda un tema funcionamos como un grupo de autoayuda.

Entrevistadora II: y en el caso de que estén en tratamiento y dejen de venir, pero sin darse el alta todavía, ¿tampoco?

Entrevistado: No si po, ahí si nosotros tenemos que buscarlo, tenemos protocolos de rescate, los pacientes van cada dos sesiones individuales o una semana a grupo y se activa el tratamiento de rescate que lo hago yo

Entrevistadora II: De que trata más o menos

Entrevistado: Primero son dos rescates telefónicos, si no se ubica telefónicamente al paciente se le manda una citación al domicilio que él refirió cuando llevo acá y la tercera sería una visita domiciliaria, las tres las hago yo, si el paciente después de la visita domiciliaria no llega después de los cuarenta días se le da el alta, por abandono

Entrevistadora II: Pero después tienen derecho a venir nuevamente.

Entrevistado: Hasta ahora sí, pero cuando nosotros cambiemos a consulta, porque nosotros igual pensamos en eliminar la consulta espontánea como te decía y ahí ya no podría venir directamente, tendría que pasar por su consultorio y ser derivado por el consultorio para acá.

Entrevistadora: En cuanto a su experiencia acá en el Cosam ¿Qué obstáculos digamos que se presentan dentro del tratamiento?

Entrevistado: Yo creo que obstáculos... obstáculos pausa), yo creo que...

Entrevistadora II: con respecto a cumplir con los objetivos del paciente que están tratados.

Entrevistado: Si yo creo más que nada los obstáculos se presentan por que los usuarios son inestables, los usuarios igual normalmente son inestables y dejando de consumir un par de semanas y se sienten que ya están bien y no vienen más, desde el punto de vista no se de la infraestructura, tenemos un buen equipo de profesionales, gozamos igual de la confianza de las directrices de esta institución, del municipio que se yo, siempre afecta que se yo, o sea aunque nuestro equipo es muy antiguo el que tiene menos años tiene

cuatro años aquí el que tiene más tiene veintidós años trabajando acá, es un equipo que nos conocemos súper bien afiatados, a lo mejor desde el aspecto laboral posiblemente teníamos un compañero que estaba en honorario hace varios años, tenemos algunos funcionarios que están a contrata y que eso igual genera algunos problemas de índole laboral que pudieran transcurrir no se a lo mejor, pero la mayoría tiene que ver con la inestabilidad de los pacientes acá, siento yo en realidad.

Entrevistadora: y que lo motiva a usted para seguir trabajando acá

Entrevistado: Es un trabajo primero, es un trabajo, las lucas, es un trabajo, pero en realidad el trabajar en esto, yo tengo dos trabajos yo soy pastelero además, trabajo en la pastelería en las mañanas y en la tarde trabajo acá, ehh me gusta lo que hago, o sea igual posiblemente si tuviera harta plata trabajaría sin que me pagaran, pero si tuviera hartas lucas, porque igual es gratificante ver que los chicos, pucha sobre todo a mí me mueve mucho las mujeres que llegan acá, porque llegan muy dañadas y son mamitas, son hijas, son hermanas, y yo tengo mamá, hija y hermanas, entonces igual me mueve mucho cuando las veo que van levantando la cabeza que se yo y empiezan a mirar a la gente a los ojos y comienzan a mirar a sus hijos que se yo, y luego aparece la familia por acá y se recompone la vida familiar, no esas cosas igual son impagables, ver que como les decía, un paciente en la calle los vea y les diga ‘mira este me salvo la vida’ yo le debo la vida a Don (menciona su nombre) esas cosas son como impagables, pero eso se presenta todos los días si es como el caso que les refiero del (menciona el nombre de su paciente) es como máximo, pero en realidad todos los días te encontrái con cosas que te llenan, todos los días, no sé un paciente que se puso los dientes a lo mejor, o que luego se río contigo esas cosas como que me motivan.

Entrevistadora: Ya como para ir finalizando ¿cuál es su papel y el del programa en el proceso de rehabilitación del paciente?

Entrevistado: El papel mío es como, es transversal porque yo estoy en todo, yo les hago el ingreso a los pacientes y estoy en la mayoría de los talleres que ellos están hasta el final, entonces igual transversalmente yo estoy en todos los momentos de ellos y en realidad el

Cosam es el espacio que le da la oportunidad a ellos de dejar de consumir, rehabilitarse, recuperarse, como se puede decir en realidad para poder llevar a cabo los objetivos que ello tenían planeado antes de hacerse adictos, los sueños que ellos tenían, nosotros nos gusta pensar que ellos se den la oportunidad de volver a soñar de volver hacer partícipe de la sociedad, que ellos comiencen a hacerse cargo de su vida, que comiencen a hacerse cargo de tomar decisiones de ser parte de esto, porque los chicos que hemos tenido nosotros igual han sido bien marginados de la sociedad de chicos, la mayoría de chicos han sido muy marginados entonces ellos se sienten que son eso, nada, muchas veces, siempre que se pierde algo quien fue los volados de allá atrás entonces nosotros tratamos de enseñarles no sé si será la palabra enseñarle de que el consumo de sustancias es sólo una parte de su vida, que ellos son más que esos, que si nosotros sacamos el consumo de sustancias ellos son hijos, son padres, son hermanos, son buenos padres, son buenos hermanos, son buenos hijos y que tienen la posibilidad latente cercana de ser lo que quieran ser de ahí en adelante, yo siempre les digo que edad tienes tú, treinta y cinco años, cuantos años haz consumido de tu vida, veinte años, te quedan cuarenta por lo menos para adelante según la expectativa de vida para llegar a los setenta años, entonces tiene cuarenta años te quedan treinta de buena vida, date la oportunidad.

Entrevistadora: Bueno ya para terminar le agradecemos mucho su tiempo, y gracias por responder nuestras preguntas nos ayuda mucho para nuestra tesis.

Entrevistado: Gracias a ustedes en verdad chiquillas.

Entrevista F

Entrevistadora: Para que quede registrado en la grabación mi nombre es Carolina, mi compañera Valentina Moya somos estudiantes de psicología cuarto año de la Universidad Católica Silva Henríquez estamos en proceso de tesis y es por esto es el motivo de este estudio, si pudiese aclarar en la grabación que recibió conforme el consentimiento y que acepta sus términos, por favor...

Entrevistado: Si, si, recibí y estoy de acuerdo.

Entrevistadora: eeh... Bueno primero nos gustaría comenzar por preguntarle en que consiste su trabajo acá

Entrevistado: En que consiste mi trabajo acá, bueno yo mi nombre es "A", soy (menciona cargo que desempeña en el servicio de salud), eeh... y dentro de mis funciones esta aparte darle apoyo en lo que es las funciones del programa en la coordinación y también funciones clínicas que tiene que ver con promover y apoyar la independencia de las actividades de la vida diaria de los... de los usuarios eeh... intermediación laboral entrenamiento de componentes cognitivos, eeh entrenamiento también con respeto al desarrollo de rutinas que sean funcionales a los intereses y proyecto de vida de los usuarios eeh... y también intervenciones de tipo grupal ¿ya? A eso principalmente me dedico hacer acá.

Entrevistadora: ¿Qué idea tiene usted de la rehabilitación?

Entrevistado: ¿Cómo?

Entrevistadora: ¿Qué idea tiene de la rehabilitación o tratamiento?

Entrevistado: que idea tengo de la rehabilitación... Mira más que rehabilitación. ¿Creo que... es que... si me gusta más la palabra recuperación, ya?, recuperación de qué? De la salud. Creo que, por A, B, C motivo por algunos eventos vitales por dificultades a veces que tienen que ver con dificultades físico psíquico emocionales he... familiares económicos las personas como que ven obstaculizado el desarrollo de su proyecto de vida

y eso deteriora su estado de salud ¿ya? Cuando ocurre eso dependiendo del área en que encuentre esa dificultad la persona se acerca al centro de salud en este caso al COSAM, eeh y la labor de uno tiene que ver con apoyar la superación de esa dificultad, ya sea, a través de... lo que pueda hacer el psiquiatra con el apoyo farmacológico a través de terapia ocupacional, a través de... el... lo que es el... la psicoterapia, a través de los también las funciones que tiene el trabajador social, vincular con las redes locales la utilización de algún recurso a disposición de los usuarios, eeh... y... mmm... Creo que todo eso va en función, pero no desde la institución ni del programa, sino que va en función de las metas que tengan las personas con respecto a la recuperación de su propia salud ¿cachai? Ósea por ejemplo este es un programa de tratamiento de drogas pero para que el tratamiento sea éxito pero exitoso no para nosotros sino para la persona la idea es sustentar este tratamiento o proceso de recuperación en proyectos que sean significativos para la persona en ese sentido, por ejemplo si hay una persona que tiene un consumo de tipo dependiente o problemático ponte tú de pasta base cocaína, alcohol y eso le produce un deterioro en sus relaciones familiares y que no sé puede ser una persona de tipo significativa que puede ser una pareja y sus hijos el tratamiento va a girar en torno a la recuperación de esos vínculos y de esas relaciones que son significativas para él y para lograr eso la persona se pone como meta dejar de consumir ¿cachai? pero no se pone como meta dejar de consumir por dejar de consumir sino que eso esta eeh... se sostiene digamos de manera más significativa que tiene que ver con las relaciones que son significativas para el ¿se entiende? Entonces la idea es no realizar un tratamiento de lo egocéntrico.

Entrevistadora: mmm si... ¿Cómo es el proceso de atención de acá, Por ejemplo, ¿desde el ingreso hasta el alta?

Entrevistado: El proceso de ingreso. eeh..., mira acá las personas acá consultan derivadas de nivel primario, del nivel terciario, eeh... también eeh... derivadas de algún centro residencial o también por consulta espontanea ¿ya? Una vez que la persona solicitan hora acá ya sea derivada o de forma espontánea se realiza una entrevista de evaluación en el ingreso para ver si el compromiso de salud amerita para tratamiento acá

ya en caso de que no amerite se deriva aun APS o se deriva a un centro privado que tenga un programa básico en caso de que la situación sea más grave de lo que podemos manejar acá se deriva o a la red hospitalaria o a un centro residencial ¿ya? Luego de eso la evaluación da cuenta de que la persona necesita tratamiento acá y que es pertinente... eeh... se cita con los profesionales con el equipo profesional de modo de pesquisar o realizar evacuaciones más minuciosas y se elabora lo que es el plan de tratamiento individual, ¿ya?, el plan de tratamiento individual se le presenta a la persona y le dices: “mira esto nosotros te proponemos en base a las dificultades que fuimos identificando en tu proceso de ingreso” y la persona se compromete a cumplir el plan de tratamiento ya? ¿Y ese plan de tratamiento se evalúa cada tres meses ya? Eh... y en base a los cumplimientos de los objetivos se va viendo si corresponde el alta si corresponde a lo mejor hacer unos ajustes en la asistencia o tal vez el profesional tratante va a depender, pero la idea es como que el proceso de tratamiento gire alrededor del plan de tratamiento.

Entrevistadora: ¿Qué factores cree usted que pueden llegar a intervenir digamos en este plan tanto externo como interno?

Entrevistado: Ya, a ver, uno creo que eeh... tiene que ver con eeh. El estadio motivacional de la persona, si la persona es tanto contemplativa, como contemplativa digamos eeh... es difícil que se pueden involucrar digamos en tratamientos de esa naturaleza por la demanda que tiene digamos por la cantidad de tiempo que tienen que pasar acá eeh... y otra dificultad puede ser por ... mm... tema de distancia hay personas que por lo general viven acá en la comuna como hay otras personas que vienen a atenderse acá y que no son de esta comuna entonces en ese sentido hay personas que vienen a veces del... San José de Maipo, hay personas que vienen de puente alto, la florida, de Maipú, de Quilicura de independencia personas que vienen atenderse acá porque tal vez los centros que tienen ahí en la comuna no reciben los servicios que ellos esperan no cumplen las expectativas y tratan de buscar otro tratamiento y eso lo obstaculiza y otra cosa que también lo obstaculiza y otro elemento que repercute hartito en si la persona viene o abandona el tratamiento tiene que ver con si consulta solo o tiene eeh.. Una red familiar

atrás que lo está apoyando, cuando está la red familiar atrás es mucha probabilidad de que la persona pueda mantenerse en el tratamiento de y puede terminar el tratamiento.

Entrevistadora: ¿y existen algunos criterios digamos de éxito que el paciente tiene que cumplir para poder salir del tratamiento o rehabilitación?

Entrevistado: ¿Algunos criterios... de que disculpa?

Entrevistadora: Que tenga que cumplir para que el tratamiento sea exitoso

Entrevistado: Claro, o sea, cumplir eso va a depender de los factores indicados en su propio tratamiento, por ejemplo si la persona se propone dentro del área de con respecto al consumo si la persona lo que quiere es dejar de consumir por ejemplo cocaína eeh... y se pone como meta la abstinencia por ejemplo eso sería un objetivo si se pone otro objetivo dentro del área familiar eso sería mejorar las relaciones por ejemplo con la pareja o los padres, otro objetivo, eeh... como objetivo también no pensar en hacerse daño, no tener esa idea eeh... frecuentemente también se pone como meta, pero son metas que a la persona le hacen sentido entonces en la medida que se van reduciendo por ejemplo que la persona tiene pensamientos con respecto hacerse daño y eso va disminuyendo la persona lo reporta como mejora si la persona uno le va aplicando doping y le va saliendo todo negativo va reduciendo el consumo también es un indicador de logro también con respecto a la sensación de la evaluación que también evidencia una mejora si la persona se siente más satisfecha también es indicador de logro entonces en la medida que va logrando los objetivos que se propone uno va viendo que hay avance y en algún momento corresponde el alta.

Entrevistadora: ¿Y existe algún seguimiento post alto del paciente?

Entrevistado: se hace seguimiento por lo general mmm... tres meses... a lo más tres cuatro meses... vienen una vez al mes, ¿cachai? Vienen básicamente a reportar a ver si en el fondo los cambios que ha logrado se han consolidado ¿ya?, tiene que ver con eso con la consolidación de los cambios de hábito y estilo de vida.

Entrevistadora: ¿Y cuando el paciente es dado de alta quienes lo ejecutan?

Entrevistado: ¿El alta?

Entrevistadora: si quienes son los encargados de eso

Entrevistado: El alta se decide en la reunión clínica y el que le informa al usuario que el equipo digamos decidió que está parado el tratamiento se lo comunica el tratante el que tenga un vínculo más, más cercano eeh... pero...pero así se hace ósea todos los usuarios acá si vienen recomendamos a más de un profesional siempre es uno que tiene mayor vinculo y ese es quien lo comunica.

Entrevistadora: Y en cuanto a temas de apoyo, ¿cómo entiende usted el apoyo social? Digámoslo por ejemplo a lo que se refiere a provisiones a la ayuda o el apoyo que entrega a las personas

Entrevistado: Mmm... Mira yo, tengo la siguiente noción del apoyo social para mis los problemas de salud eeh... creo que provienen principalmente de dos cosas durante el transcurso de la vida las personas afrontan ciertas dificultades que son eeh... a veces son crisis que son de tipo normativa y no normativas, ¿ya? Dependiendo de los recursos de la persona, recursos personales, que cada persona tenga va afrontando esas dificultades y las va ehh... superando eeh... y sumado recurso personales también está la cantidad o la calidad eeh de redes y de apoyo social que la persona cuenta, cuando esto obstáculos vitales la persona no logra afrontarlo con su recurso personales y tampoco el apoyo suficiente el apoyo social es suficiente eeh... ocurren crisis y esto se expresan como trastorno o problema de salud ¿cachai? Entonces para mí el apoyo social tiene que ver con eeh... tiene que ver principalmente con eso eeh... tiene que ver con los recursos que una persona cuenta para realizar su proyecto de vida ¿cachai? Eeh... entonces por más recursos que tenga individualmente si no cuenta con el apoyo social necesario eso en algún momento va a repercutir y va a digamos o sea normativizando en un problema de salud eeh... ¿por qué? Por el soporte en términos afectivos a veces soporte en términos

económicos a veces soporte eeh... en términos de eeh... afectivo, económico, prácticamente todo.

Entrevistadora: Y en su opinión ¿qué herramientas de apoyo social acá el COSAM les brinda a sus usuarios?

Entrevistado: Mmm, es que creo que la, la forma de funcionamiento que tienen estos programas al ser también funcionar todo el día como unidad terapéutica hacen también la relación sea distinta ¿ya? Porque no es como un consultorio y esperar en la sala de espera que llamen del box tanto pasar diez minutos y después salir ¿ya? Estamos todo el día en contacto con los usuarios es como vivir juntos en el día a día eso hace que también la relación sea mucho más intensa que al final uno pase a ser parte de la red de apoyo de los usuarios ósea ellos te conciben como alguien más del día a día aparte estamos insertos en el territorio donde ellos viven eeh... entonces tampoco no somos “vecinos o amigos” de ellos pero si te consideran como una parte fundamental de su red de apoyo, ahora creo si bien eso es relevante y, y, y se le puede sacar mucho provecho para que los procesos de recuperación sean, sean satisfactorios también se corre el riesgo de que los usuarios se vuelvan dependiente de acá del equipo eeh... porque esta misma red derivan generarla con organizaciones comunitarias con pares etc. y a veces pasan tanto equipo acá y por la idea es no prolongar el tratamiento más de lo que se requiere eeh... se corre ese riesgo por temas más de relaciones dependientes ya? Pero eeh ese tipo de prácticas la cercanía el compartir día a día eeh el tener una relación mucho más horizontal con los usuarios hace que uno pase a formar parte de su red, de su red de apoyo

Entrevistadora: Ósea que ¿considera el apoyo social como relevante en la mejora de los pacientes?

Entrevistado: Totalmente, si totalmente ósea eeh... no he conocido ya en el tiempo que trabajo acá ningún usuario o usuaria que haya podido superar su situación sin tener una red de soporte que le provea los apoyos necesarios ósea pa' superar una situación compleja como la que vemos acá una persona no lo puede hacer solo, no lo puede hacer solo eeh... entonces si bien puede darse el caso de que no tiene una red de soporte en el territorio o

lo que sea igual ese peso si nosotros no lo trabajamos para que la persona logre generar una red etc. Que aporten a su salud el, pero lo termina asumiendo el equipo ¿cachai?, porque las personas necesitan, necesitan apoyo social para poder sortear sus dificultades ¿cachai? Es una red fundamental como que no es algo eeh... no es algo que se pueda relativizar que uno le diga:” no, si puede ser, pero también, prescindamos de eso” ósea tiene que haber una red y eso también es intervención de los talleres de familia ósea que, las personas que no viven con su familia acá por A, B o C motivo pueden venir o con amigos o con pareja, pero la idea es que tengan a alguien tengan una figura significativa la cual les provea ese apoyo.

Entrevistadora: También nos gustaría saber cómo entiende usted la drogadicción o que es para usted la drogadicción.

Entrevistado: Mira, la adicción para mí opera desde distintos niveles, opera desde lo psicológico, orgánico pero la adicción para mí tiene que ver con que una persona no logra realizar su vida porque necesita una determinada sustancia eeh... ya sea de una forma compulsiva pero la necesita para poder vivir ahora cuando eso ocurre el hecho de consumir una sustancia compulsiva hace que la persona empiece a postergar lo que es la realización de su vida cotidiana en son del consumo entonces dejan de comer dejan de no sé po brindar los cuidados necesarios a veces si tienen hijos dejan de prestarle atención a su pareja dejan de lado actividades laborales eeh... dejan de brindar o realizar las actividades dentro del hogar dejan de hacer su vida por actividades de consumo y cuando ocurre eso uno prefiere consumir antes que realizar otras actividades necesarias para mantener la vida consiste en un cuadro activo, la persona no puede dejar de consumir por más que lo quiera es como que pierde la libertad de elegir ¿entiende? No puede elegir.

Entrevistadora: Y en cuanto a esto mismo de la drogadicción digamos ¿de qué se trata el tratamiento en específico para estos usuarios?

Entrevistado: Mira el tratamiento pasa por distintas fases, la primera fase tiene que ver con ehh... desintoxicación en el fondo aprender que los usuarios aprendan a manejar los síntomas cuando ocurre el síndrome de la abstinencia durante el primer mes básicamente

aprender a reconocer estos síntomas, aprender a cómo manejarlos, luego de eso viene un proceso que es de deshabitación desaprender ciertos hábitos cierto, sus rutinas eeh... explorar nuevas actividad por ejemplo disfrutar del tiempo libre ya no es como ir a la cancha cierto, tomarse unas chelas, ir a consumir algo y llegar todo loco el domingo ahora es poder descubrir actividades que identifique que provea más factores protectores que factores de riesgo en cuanto a la actividad entonces tiene que ver con eso con explorar nuevas actividades que, que ellos puedan disfrutar en las cuales se sientan protegidos experimentar nuevas dinámicas en la cual poder relacionarse con las demás personas eeh... nuevos gustos nuevos intereses, tal vez cambiar de trabajo si es que el trabajo promovía digamos el consumo, sobre todo los trabajos que los sueldos son en base a producción entonces toda la gente que trabaja en base a producción mientras más trabaja y más produce gana más plata y por ende todos están consumiendo estimulantes para andar más... funcionar más rápido entonces uno apoya lo que la persona necesite para que contribuya digamos a superar el cuadro adictivo.

Entrevistadora: Y en cuanto a esos mismos pacientes, ¿cómo son en cuanto a un perfil?

Entrevistado: El perfil son usuarios de los 18 o hasta personas de 70 o 72 años es el mayor que he conocido acá, pero son personas mayores de 18 años por lo general el consumo o es de cocaína, alcohol o de pasta base eeh... harto harta violencia harta relaciones de violencia sobre todo lo que es la población masculina eeh... también hay elementos culturales importantes que también determinan esos comportamientos eeh... hay harto rasgo de cultura machista también están instalados en la comunidad harta discriminación por lo general el perfil de personas que llegan acá se dedican a trabajaos de tipo informal por lo general vendedores ambulantes, historia familia también compleja con violencia con pobreza económica por lo general personas que viven de allegados nivel educacional medio incompleta a veces básica entonces ese es como el perfil de personas que atendemos acá ¿ya?

Entrevistadora: Y en cuanto a algo más directo digamos sobre son más varones o mujeres las que presentan como adicción.

Entrevistado: Mmm... En proporción son más varones los que consultan que mujeres, ¿ya? Ahora los varones se quedan, se quedan es más fácil que lleguen a tratamiento también por cuestiones que tienen que ver con el género los varones que consultan al tratamiento siempre el hijo sea quedado más con la mamá o lo dejan con la pareja lo dejan o lo dejan con la mamá por lo general trabajan y la familia de origen lo provee con lo necesario para... ósea que asumen esa carga con la mujer no pasa lo mismo porque por lo general los maridos siguen trabajando pero ellas quedan a cargo de los niños entonces no le es compatible venir a los tratamientos porque no tiene con quien dejar a los niños.

Entrevistadora: Es como el rol que tiene que cumplir...

Entrevistado: Los roles históricos, por eso hablaba del género, el rol histórico que cumplen las mujeres en general se las hace incompatible realizar un tratamiento de este tipo a diferencia de los varones, por eso adhieren más al tratamiento pero las mujeres que adhieren más al tratamiento se quedan por más tiempo que lo varones en cantidad hay más varones pero la mujer que adhiere tiene más tiempo acá son tratamientos más largos que al final lo terminan bien y no vuelven los varones hacen tratamientos más cortos vienen más rápido pero por lo general vuelven a consultar en algún momento.

Entrevistadora II: Disculpe, una pregunta... con respecto a la recaída ¿qué factores considera usted que influyen en la recaída de los pacientes que vienen a consultar?

Entrevistado: Uno tiene que ver con eeh... con eeh... laaa... uno tiene que ver con la motivación, uno tiene que ver con la motivación, otro tiene que ver con el los cambios eeh... si es que están consolidados o no en el estilo de vida, una persona puede llevar años acá pero porque esta todo el día metido acá si no ha realizado grandes cambios en su vida cotidiana y...y se empieza a reducir su participación en el programa y vuelve a su entorno natural, a su entorno habitual no tiene cambios ponte tú a los círculos que frecuenta, a las amistades de deportes de tiempo libre, va a volver al mismo entorno y

probablemente se va a exponer a los mismos factores de riesgo ¿cachai? Y eso en algún momento podría significar que diga:” a filo si una chelita no me hacer nada, si un pitito no me hacer nada”. Casi todos entran por ahí si hace un año, no me hacer nada entonces va a hacer una vez, después otra, otra y de repente no se dan cuenta y volvieron a la misma dinámica del consumo compulsivo ¿cachai? Una tiene que ver con eso tiene que ver dentro de lo que es la sensación de soledad muchas personas que experimentan recaídas refieren en reiteradas ocasiones la sensación de sentirse solos a veces tiene que ver con que no logran recuperar los vínculos familiares que perdieron por culpa del consumo, a veces tiene que ver con que no viven con l familia a lo mejor de región y ellos tienen que estar trabajando acá se sienten solas y no toleran la angustia de sentirse solos y también está vinculado con el apoyo social personas con bajo soporte social creo que también es un factor de riesgo de una recaída, que una persona no sea a quien recurrir cuando están angustiados que no tengan con quien conversar que no tengan con quien apoyarse socialmente cuando se sienten mal eeh... también es digamos repercute en las recaídas.

Entrevistadora: En cuanto a las experiencias con algunos pacientes, quizás algún caso que lo haya marcado que nos pueda contar.

Entrevistado: Eehm... Un caso que me haya marcado

Entrevistadora: O que se acuerde también...

Entrevistado: Si, eeh... en realidad hay varios pero un caso que en realidad me acuerdo, un usuario un día hace un tiempo cuando recién entré, fue unos de los primeros ingresos que hice, eeh... fue un usuario que sufrió eeh... represión política de la dictadura, eeh... estuvo privada de libertad siendo menor de edad lo que es irregular en termino legales eeh... quedo con sus antecedentes ahí marcados, tiene un hijo de ocho años eeh... no tenía vivienda no podía acceder a trabajo normal por sus antecedentes tenía consumo problemático de pasta base, no tenía red familiar el hermano mayor la maltrataba sufría violencia, ósea por todos lados había una dificultad ósea y estuve más de un año y medio acompañándola a ella en distintas cosas, obviamente promoviendo que se acercara a distintas redes y obvio acompañando, acompañando, acompañando, y superó esa

situación dejo el consumo de lado está postulando ahora a una vivienda está viviendo si en una casa que arrienda, está trabajando de manera formal su hijo está mucho mejor, limpio sus antecedentes, eeh... creo que ha sido uno de los casos más complejos que me ha tocado ver pero que ahora hace poco vino hace como un mes vino a visitarnos y claro su situación vital cambio pero ella ha sido uno de los casos más significativos que me ha tocado acompañar en el tiempo que he estado acá eeh... ahora creo que lo primordial más que la calidad técnica del profesional tenía que ver con la disponibilidad de escucharla orientarla y acompañarla en el fondo ser un apoyo para ella, y el hecho que te considere parte de su red y sepa en el fondo que estas disponible para apoyarla, no para hacer las cosas por ella, sino solamente pueda sentirse acompañada en ese proceso de superación de sus dificultades hace que también no se puede si algo salió mal y se frustró etc. Y tú la puedes acompañar en el fondo para que tolere esa frustración y se pueda levantar y salir adelante eso ya con las personas marca una diferencia, eeh... y creo que fue una de las claves en ese proceso al menos estar disponible no los fines de semana, pero si en la semana disponible siempre para poder escucharla y acompañarla.

Entrevistadora: Y en cuanto a su experiencia acá en el programa como COSAM cuales podrían ser los obstáculos como inmersos en el tratamiento

Entrevistado: ¿Acá en la institución?

Entrevistadora: Si.

Entrevistado: Una, eeh... la consulta espontánea, ¿por qué?, porque creo que las personas que asisten a este programa son personas que necesitan recibir atención de tipo intensiva significa con una frecuencia mucho más alta que una vez a la semana, significa estar muy encima de la población, muy disponible, y darle una frecuencia muy alta. Con la consulta espontánea tenemos la dificultad porque obviamente los recursos humanos no son infinitos nos cuesta muchas horas poder realizar todos los ingresos que la gente solicita entonces podemos tener veinte, no sé diez ingresos en la semana lo que significa tener diez horas disponibles en la semana y alguien va a tener que absorberlo entonces esas horas que se van en ingresar gente que a veces pierde la hora que a veces viene una vez

después no consulta más esas horas en vez de invertirlas en gente que ya está en proceso se van en eso en realizar ingresos y eso tiene que ver con que estos dispositivos de especialidad y no deberíamos dar consultas por eso pero eso es una decisión que no depende de nosotros es una decisión que depende del municipio, ¿cachai?, eso es un factor que puede contribuir, o sea que puede repercutir en el proceso de tratamiento otra tiene que ver con eeh... el estado de salud de los funcionarios o sea funcionarios que están sobre cargados que pueden tener síndrome de Burnout también por la sobre demanda porque no hay política de autocuidado como no hay ley de salud mental no se termina o no se concibe que el trabajo en salud mental requiere de otro tipo de cuidado para los trabajadores entonces eso repercute en los funcionarios y eso repercute en la función ¿ya? Eso es lo que puede repercutir en los procesos de tratamiento y otro factor que tiene que ver con el trabajo en red como cuando se promueve a nivel municipal e promueve el trabajo en red es más fácil articular redes porque todos los programas que dependen del municipio eeh... me perdí, reman para el mismo lado, todos saben de qué tienen que conocer el programa que trabajar las reparan y todos en conjunto, como eso no se prioriza cada uno trabaja de forma parcelada lo que significa que se necesita derivar a otro programa hay un montón de programas sino me equivoco esta es la comuna con mayor inversión en términos programáticos en toda la región metropolitana ósea hay montón inversión y plata en la comuna pero los programas no están articulados entonces estamos hace cinco años acá y nosotros no tenemos ni idea que existen ¿cachai? Y que son servicios que a lo mejor podrían contribuir al proceso de recuperación de los usuarios, y otra cosa que también interviene un montón tiene que ver con la uno, la escasa red a nivel... Ósea está la red, pero no está articulada, eso es una dificultad y lo otro que es muy complejo en esta comuna hacer proceso de integración social.

Entrevistadora: ¿Por qué?

Entrevistado: Una porque no están las redes, y segundo porque integración social se concibe uno esperaría que por la población adulta ustedes me imagino que saben una de las cosas más importante para las instituciones y en el fondo también para el mercado es

que las personas vuelvan a tener su salud de alguna forma para volver a ser productivas porque en el fondo si no son productivas pasan a ser una carga para el estado ¿cachai? Yo sé que suena feo pero en el fondo es la lógica detrás de las instituciones por eso es rehabilitación por eso se habla todo el rato hacer que la persona vuelva a ser funcional lo más rápido posible, entonces el... acá en la comuna prácticamente no hay oferta de trabajo todo el trabajo es informal o en Lo Valledor ahí en la vega, claro es que el problema ahí en Lo Valledor es que tiene su patente en san miguel ósea entonces o las personas se dedican a ser vendedor ambulante o se relacionan generalmente con la misma gente que trabaja en esa área, y eeh... venden reducción de especie se mantienen dentro de los mismo círculos donde se transgrede la norma social, donde hay consumo entonces es complejo hacer un proceso de rehabilitación y que consoliden un nuevo estilo de vida cuando las oportunidades no están es una comuna con muy pocas oportunidades, eso es uno de los grandes obstáculos .

Entrevistadora: ¿Se refiere como a bajas oportunidades en temas de recurso que hay acá?

Entrevistado: Ojo, a ver, recursos, pero depende de qué tipo de recursos si uno habla de ofertas para tratamiento, para apoyo está. ¿ya? Pero lo que no hay es oportunidades laborales, pocas oportunidades laborales, pocas oportunidades en términos de por ejemplo de vivienda acá en la comuna que son cosas mínimas como pa' hacer una vida digna ¿cachai?

Entrevistadora: Bueno, cambiando un poco ese panorama, ¿que lo motiva a usted para seguir trabajando aquí en COSAM?

Entrevistado: Lo primero eeh... lo primero me gusta la salud mental, en términos generales, me gusta la salud mental y de eso que es la salud mental el área de adicciones para mí en términos personales presenta como que significa un desafío, es un desafío encuentro un área que es compleja que requiere tener las competencias necesarias pa' poder hacerlo, pero también requiere tener cierta calidad humana pa' poder llegar al tratamiento en condiciones que son dignas ¿cachai? Soy muy eeh... muy partidario de lo que son los derechos humanos, entonces por experiencia familiar tuve un par de primos

que tuvieron problemas con droga eeh... y también po' malos tratos dentro de los centros de tratamiento, eeh... me di cuenta también del impacto en la familia que tenía el componente adicción eeh... el sufrimiento que queda ahí y eeh... yo creo que son motivación personal que requiere de contribuir ahí en esta área eeh... pero porque en área de adicciones es eso, ahora si me preguntan por qué COSAM, por qué nivel público, porque me gusta la salud pública.

Entrevistadora: ¿Cuál diría usted que es el papel del programa y el suyo en el proceso de rehabilitación? Como para ir finalizando ya... (Ríe)

Entrevistado: (ríe levemente) Si, mira una tiene que ver con promover un espacio protegido considerado que la comuna en si hay múltiples focos, en realidad en toda la comuna hay altos índices de consumo de drogas de delincuencia etc., acá en el COSAM tratamos de brindar un lugar que sea protegido que re resguarden ciertas normas de seguridad donde lo usuarios se puedan sentir tranquilos proporcionarles un espacio donde ellos sepan que no van a sentir el riesgo de consumir lo primero, lo segundo brindar los apoyos necesarios para que los usuarios puedan rehacer su vida libre también de consumo y aparte de estar libre del consumo proveer las orientaciones necesarias para problematizar ya sea formas de relacionarse con los demás compañeros comportamientos que no son adecuados como para involucrarse en entornos más saludables eeh... pero que siempre eso vaya ligado a los proyectos de cada persona eeh... la idea también eeh... básicamente proveer oportunidades, oportunidades, para que las personas puedan cambiar eeh... Cambiar lo que ellas quieran no es como darles este espacio y querer cambiar a todas las personas sino que brindarles este espacio saber por qué están acá, saber lo que ellas quieran que quieren para su vida, lo que no quieren para su vida, y poder apoyarlos para que esos cambios se puedan concretar ¿cachai? Pero más que nada brindar oportunidades yo soy un convencido de que las personas si cuentan con el apoyo necesario y las oportunidades pueden salir adelante tener las oportunidades y tener el apoyo necesario.

Entrevistadora: Bueno para finalizar le agradecemos que haya participado y respondido nuestras preguntas, así que muchas gracias.

Entrevistado: De nada.