



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGIA

**Estigma hacia personas con consumo
problemático de drogas en equipos de
tratamiento en Santiago de Chile**

SERGIO RICARDO CHACÓN ARMIJO

Profesora Guía: María Verónica Monreal Álvarez

Co tutor: Dr. Jaime Camilo Sapag Muñoz de la Peña

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad
Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología
Mención Social Comunitaria

Octubre, 2017
Santiago, Chile



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGIA

**Estigma hacia personas con consumo
problemático de drogas en equipos de
tratamiento en Santiago de Chile**

SERGIO RICARDO CHACÓN ARMIJO

Profesora Guía: María Verónica Monreal Álvarez

Co-tutor: Dr. Jaime Camilo Sapag Muñoz de la Peña

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología
Mención Social Comunitaria

Dedicado a los hombres y mujeres que, con decisión y valentía sin igual, se atreven a emprender el viaje de cambiar sus vidas y sobreponerse a las dificultades que el uso de sustancias les provoca, particularmente aquellas producto del estigma social del que son víctimas

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a cada uno de los profesionales y técnicos que generosamente compartieron sus miradas para este estudio. A Paulo Egenau por su guía experta y cercana durante 11 años y también por animarme constantemente a persistir en este esfuerzo. A Verónica y Jaime, por creer en el sentido de este proyecto y por orientarme en el momento preciso y finalmente a Carolina, mi compañera, mi amor, por acompañarme, por dedicar tiempo a leer mi trabajo y a transcribir, por alentarme, por estar ahí cuando era necesario y también por no estar cuando se requería.

INDICE

RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	7
Resumen	10
Antecedentes Teóricos del Estigma	13
Estigma y personas que usan drogas	16
Estigma, Discriminación y Derechos Humanos	18
Recuperación	20
La persona del trabajador, burnout en el equipo de tratamiento	22
La oferta de tratamiento en Chile	24
Propósito del estudio	25
Preguntas de Investigación	25
Método	
Diseño	26
Participantes	26
Instrumentos	29
Procedimientos	30
Consideraciones Éticas	30
Estrategia de análisis	30
Rigor	31
Resultados	32
Discusión	47
Limitaciones	52

Referencias	
Nota del Autor	61
Tablas y Figuras	
Tabla N° 1 Participantes por profesión, cargo y tipo de programa	62
Cuadro N° 1 Convocatorias, variaciones y resultados del muestreo	63
Cuadro N° 2 Categorías Temáticas y Subcategorías	64
Figura N°1 Componentes del Estigma	65
Figura N°2 Esquema integrado de Resultados	66
Anexos	
Cuadro resumen de Categorías, subcategorías y contenidos	67
Guion de Entrevista	68
Modelo Consentimiento Informado	69

RESUMEN

El propósito de este estudio fue comprender el estigma hacia personas con consumo problemático de drogas, en equipos de tratamiento de una institución de ayuda social. El estudio fue de tipo exploratorio descriptivo y se realizó desde un enfoque cualitativo. El muestreo realizado fue de tipo teórico intencionado, el que se detuvo al lograr la saturación teórica de la información, quedando la muestra final compuesta por 10 personas, 6 mujeres y 4 hombres, con un promedio de 5,4 años de experiencia, con quienes se realizó una entrevista en profundidad. El procedimiento de análisis estuvo enmarcado en el método de análisis de contenido. Los resultados describen las etiquetas que los miembros de los equipos atribuyen a las personas en tratamiento, sus respuestas emocionales hacia las personas atendidas y se analizó cómo la forma que los equipos conciben a las personas con consumo problemático de drogas se vincula con su recuperación, con la persona del terapeuta desde la perspectiva del burnout y con la atención que se brinda a las personas en tratamiento. Los resultados confirmarían gran parte de las proposiciones de la literatura revisada sobre el estigma social hacia las personas con consumo problemático, ratificando el hecho que en los equipos especializados en el trabajo con esta población también se produce estigmatización hacia quienes atienden, pero además muestran puntos interesantes como la coexistencia de miradas positivas y estigmatizantes, además de reforzar la necesidad de abordar el burnout, dada la relación e impacto que tiene con la atención brindada, toda vez que puede implicar, al menos en forma parcial, una denegación del ejercicio del derecho a la salud.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de las drogas a nivel mundial y nacional es de suma relevancia, dado el impacto que tiene en la salud de las personas (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2014; Ministerio de Salud, MINSAL, 2008; SENDA, 2014) y los efectos devastadores que puede tener la estigmatización en las personas usuarias de drogas (Ahern, Stuber & Galea, 2007; Cunningham, Sobell, & Chow, 1993) en sus esfuerzos por ejercer el derecho a la salud. De hecho, aquellos que sortean la barrera del estigma y comienza un tratamiento, se encuentran con que los profesionales de la salud también los estigmatizan (Cunningham, et al., 1993; Link, et al., 1997).

Si esto pasa en los servicios sanitarios donde acceden los usuarios de sustancias, entonces surge la pregunta: ¿está presente la estigmatización en aquellos dispositivos/programas, que han sido diseñados especialmente para el tratamiento del consumo problemático de alcohol y otras drogas?, ¿En qué medida los equipos de dichos dispositivos sustentan o no miradas estigmatizantes hacia las personas que atienden?, este es el punto de partida de este estudio, que se propone abordar esta brecha, intentando comprender y describir el estigma hacia personas con consumo problemático de drogas entre equipos de tratamiento de programas de drogas de una institución de ayuda social que trabaja con personas en situación de pobreza y exclusión social.

Teniendo en cuenta la escasa información existente en Chile sobre la estigmatización de usuarios de drogas, y la evidencia que indica que habría una correspondencia en las actitudes estigmatizantes de los profesionales de la salud mental y las del público general (Boekel, Brouwers, Van Weeghel & Garretsen, 2013), y, como ya dijimos,

considerando el hecho que existe escasa evidencia sobre este fenómeno en los equipos que proveen servicios específicos de tratamiento, explorar esta realidad e intentar describir el estigma hacia personas con consumo problemático de drogas entre equipos de tratamiento de programas de drogas, se vuelve muy relevante, no solo por la posibilidad de abordar el tema, conocerlo y describirlo, sino por la utilidad que puede tener para la práctica terapéutica y como plantea SENDA (2015) “entender el tipo de estigma que existe en Chile hacia los consumidores de drogas resulta clave para el diseño de políticas públicas de prevención y de rehabilitación” (p.1).

Este estudio de tipo exploratorio descriptivo y realizado desde un enfoque cualitativo, enmarcado en el método de análisis de contenido y consideró muestreo de tipo teórico intencionado, el que se detuvo al lograr la saturación teórica de la información, quedando la muestra final compuesta por 10 personas, a quienes se realizó una entrevista en profundidad.

Este artículo presenta y discute los resultados, a partir de los fundamentos teóricos del estigma, su relación con la discriminación, los derechos humanos, el burnout y la recuperación, ilustrando dichos resultados con viñetas de las expresiones literales de los participantes, para luego discutir los hallazgos a la luz del marco conceptual planteado. Adicionalmente se incluyen en el apartado de anexos, los formatos de consentimiento informado y el guion de la entrevista semi estructurada.

**Estigma Hacia Personas con Consumo Problemático de
Drogas En Equipos de Tratamiento en Santiago de Chile**

**Stigma Towards People with Problem Drug Use among
Treatment Teams in Santiago, Chile**

SERGIO RICARDO CHACÓN ARMIJO

ESTIGMA, DROGAS Y EQUIPOS DE TRATAMIENTO

Resumen

El propósito del estudio fue comprender el estigma hacia personas con consumo problemático de drogas en equipos de tratamiento de una institución de ayuda social. El estudio de tipo exploratorio descriptivo se realizó desde un enfoque cualitativo, enmarcado en el método de análisis de contenido. El muestreo fue de tipo teórico intencionado, hasta lograr la saturación teórica de la información, con una muestra final compuesta por 10 personas, 6 mujeres y 4 hombres, con un promedio de 5,4 años de experiencia, con quienes se realizó una entrevista en profundidad. Los resultados describen las etiquetas que los miembros de los equipos atribuyen a las personas en tratamiento, sus respuestas emocionales hacia las personas atendidas y se analizó como las forma que los equipos conciben a las personas con consumo problemático de drogas, se vincula con su recuperación, con la persona del terapeuta y con la atención que se brinda a las personas en tratamiento.

Palabras clave: estigma, droga, tratamiento, recuperación, análisis de contenido

Abstract

The aim of the study was to understand the stigma towards people with problem drug use among treatment teams of a social welfare institution. The study was descriptive exploratory from a qualitative approach and based on content analysis method. The sampling was intentional theoretical, which stopped when theoretical saturation of the information was obtained. The final sample was composed by 10 people, 6 women and 4 men, with an average of 5.4 years of experience. An in-depth interview was conducted with the participants. The results describe the labels that team members attribute to the people being treated, team emotional responses to these people, and analyzed if how the team members conceive people with problem drug use, is linked to their recovery, to the person of the therapist and to the care delivered to the people in treatment.

Key words: stigma, drug, treatment, recovery, content analysis

El fenómeno de las drogas y particularmente el uso problemático de éstas (incluido el alcohol), son temas de salud de interés mundial por su relevancia sanitaria, de hecho, el 5,1% de la carga global de enfermedad es atribuible al consumo de alcohol (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2014). Durante el 2014 alrededor de 250 millones de personas de edades entre 15 y 64 años, consumieron al menos una droga (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Drogas y el Delito, ONUDD, 2016), 29 millones padecen algún trastorno asociado al uso de las drogas, sin embargo, sólo 1 de cada recibe tratamiento (ONUDD, 2016) y el número mundial de muertes relacionadas con las drogas en el 2014, fue de 207.400 personas, cifra que, aunque preocupante, se ha mantenido estable (ONUDD, 2016)

En Chile, de acuerdo con el Estudio Nacional de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible a Factores de Riesgo (Ministerio de Salud, MINSAL, 2008), la primera causa de Años de Vida Saludables Perdidos en Chile y en toda América Latina, es el consumo de alcohol, por sobre otras condiciones de salud como la obesidad.

Si bien la prevalencia año de uso de sustancias en nuestro país es elevada comparada con otros países, una cuestión altamente preocupante son los patrones de uso, que permiten medir la intensidad del uso, específicamente “el número de días en que se ha consumido droga en los últimos 30 días, calculado sobre aquellos individuos que reportaron consumo en el último mes” (SENDA, 2014, p.25), pudiendo constituirse en consumo problemático o perjudicial de estas sustancias.

Según SENDA (2014) al medir los indicadores de dependencia, abuso y consumo problemático de drogas ilícitas, se aprecia una estabilidad en éstos para las drogas marihuana, cocaína y pasta base. De los usuarios de cannabis que reportan síntomas de dependencia, en las últimas mediciones el porcentaje se ha movido en torno al 20%. La pasta base es la sustancia con mayor porcentaje de personas con abuso, un 54,8%, y dependencia en un 65,6% (SENDA, 2014).

Las personas que presentan consumo problemático de sustancias, además de los riesgos y daños propios del uso de la sustancia, también se exponen a otros riesgos adicionales, uno de los más importantes es la estigmatización. Proceso social que implica consecuencias diversas para las personas, tiene impacto en su autoestima y en su salud mental (Ahern, Stuber & Galea, 2007), retrasa la decisión y/o acciones para buscar y recibir ayuda profesional cuando requieren tratamiento (Cunningham, Sobell, & Chow, 1993).

Quienes logran sortear esta barrera y conseguir ser tratadas profesionalmente, suelen encontrarse con el hecho que los profesionales de la salud también tienden a expresar esta mirada estigmatizante dentro de los servicios de ayuda sanitarios que proveen tratamiento para consumo problemático (Cunningham, et al., 1993; Link, et al., 1997).

Entonces surge la pregunta: ¿está presente la estigmatización en aquellos dispositivos/programas, que han sido diseñados especialmente para el tratamiento del consumo problemático de alcohol y otras drogas?, ¿En qué medida los equipos de dichos dispositivos sustentan o no miradas estigmatizantes hacia las personas que atienden? considerando que éstos deben “desempeñar una función esencial en lo que respecta a mitigar el estigma social y la discriminación contra las personas dependientes de sustancias y apoyar su readaptación social como miembros sanos y productivos de la comunidad” (ONU, 2003, p.8).

Lo anterior es una pregunta abierta, no suficientemente abordada en la evidencia revisada y que, según nuestra práctica, es un tema que está presente en los programas terapéuticos de tratamiento y que puede influir en la entrega de servicios. Por ejemplo, el 10% de los operadores terapéuticos cree que las personas con uso problemático de alcohol u otras drogas no tiene recursos para hacer frente a este problema, el 20% no confía en las personas que usan drogas tanto como en aquellas que no la usan (Fundación Paréntesis, 2016). Boyd (1996), en su estudio con mujeres en tratamiento de mantención con metadona, indica que, según éstas, eran objeto de estigma por parte del

equipo de tratamiento, siendo consideradas malas mujeres o prostitutas debido a su consumo de heroína y sus historias de comercio sexual.

Este estudio se propone abordar esta brecha, intentando comprender y describir el estigma hacia personas con consumo problemático de drogas entre equipos de tratamiento de programas de drogas de una institución de ayuda social que trabaja con personas en situación de pobreza y exclusión social.

Estos resultados, esperan contribuir a la práctica cotidiana de los ejecutores y aportar a mejorar la calidad de las intervenciones terapéuticas integralmente. Junto con ayudar a evitar que los servicios para personas con consumo problemático de sustancias, especialmente aquellas más vulnerables y excluidas, no sean espacios donde vean vulnerados sus derechos, partiendo por su derecho a la salud.

Antecedentes Teóricos del Estigma

Según Goffman (1963/2006) los procesos de estigmatización se dan en el marco de procesos sociales normales de categorización social, con atributos específicos asociados a cada categoría. Ello permitiría reconocer esos atributos frente a personas extrañas a primera vista y por lo tanto establecer su identidad social (categorización inicial). Ésta última contendría expectativas que pueden confirmarse o no, pudiendo establecerse eventualmente una brecha entre la identidad social virtual, aquella construida a partir de atributos esperados y la real, es decir, aquella construida a partir de los atributos confirmados. Cuando dichos atributos son particularmente desacreditadores, estaríamos en presencia de un estigma.

Los procesos de categorización y de atribuciones de identidad social y, por ende, de estigmatización, pueden ser considerados un rasgo general de la sociedad (Goffman, 1963/2006).

Según el mismo autor habría tres tipos de estigma, aquel que surge asociado a deformidades físicas, denominadas abominaciones del cuerpo; aquel referido a los defectos del carácter, que se percibirían por ejemplo como falta de voluntad. En este tipo de estigma se ubicaría las dependencias a las drogas y al alcohol; y finalmente, hace referencia a un tercer tipo de estigma denominado tribal, asociados a la raza, la nación o religión que profesa una persona (Goffman, 1963/2006)

Entonces, dada la presencia de cualquiera de estas formas de estigma, una persona que debería o podría ser aceptado sin ninguna dificultad en la interacción social, es, por el contrario, distanciada. Dicho atributo cobra tanta relevancia, que produce un alejamiento, lo que finalmente podría conducir a un trato y ubicación desigual en la estructura social (Goffman, 1963/2006), sumado a la generación y mantención de inequidades en salud que experimentan quienes son estigmatizados (Hatzenbuehler, Phelan & Link, 2013).

Sustentados en lo planteado por Goffman (1963/2006), los autores Jones, Farina, Hastorf, Marcus, Miller & Scott (1984) hablan de marca para referirse a un rango de condiciones sociales (características indeseables) que pueden dar inicio a los procesos de estigmatización. Los autores identifican seis dimensiones del estigma, a saber: denominan *ocultabilidad*, para dar cuenta de qué tan obvia o identificable puede ser una característica en particular para los demás, para referirse a si la condición es o no reversible usan la dimensión *curso*; luego identifican la *disruptividad*, referida a la medida en que una marca interfiere en las interacciones interpersonales; denominan *estética* a la dimensión referida a en qué medida la marca en una persona provoca una reacción básica de repulsión; denominan *origen* a la dimensión que da cuenta de en qué medida la persona es responsable por dicha condición y finalmente identifican la dimensión *peligrosidad* para describir la sensación de peligro o amenaza que una particular condición puede inducir en terceros. Esta amenaza podría ser por peligro físico o exposición a sentimientos desagradables (Jones, et al, 1984).

Michaels, López, Rüsç & Corrigan (2012), sostienen que el estigma puede ser entendido como un proceso sociocultural, que implica que los grupos estigmatizadores etiquetan a los otros diferentes, por ejemplo, las personas con enfermedades mentales, como anormales o indeseables.

Como una forma de trascender el excesivo foco puesto en el individuo como el problema, Link & Phelan (2001) elaboran una definición que usa el concepto estigma como un término amplio para dar cuenta de una serie de procesos contenidos en este fenómeno de componentes interrelacionados (ver Figura N°1). Para los autores, en un primer componente, se identificarían diferencias entre personas/grupos y se asignarían etiquetas para referirnos a tales diferencias. Posteriormente, en un segundo componente, se establecería el vínculo entre dichas diferencias (con sus etiquetas asociadas) con características negativas/indeseables generando estereotipos que, en un tercer componente, permitiría categorizar a las personas, pudiendo establecer una separación entre “ellos” y “nosotros”, pudiendo llevar esto a una pérdida de estatus y discriminación de las personas etiquetadas (Link & Phelan, 2001).

Link & Phelan (2001) hacen notar además que la estigmatización es contingente con las posibilidades de acceso al poder socioeconómico y político, facilitando que emerjan las diferencias, la elaboración de estereotipos, la separación y consecuente discriminación.

En 2004, Link & Phelan enriquecen su formulación, sumando a su conceptualización del estigma, las reacciones emocionales, tanto de quienes estigmatizan como de quienes son estigmatizados. Según los autores, su importancia se sostiene en dos razones, en primer lugar, una respuesta emocional es algo que puede ser advertido por la persona que es estigmatizada, permitiéndole en alguna medida identificar cómo quien le estigmatiza lo ve como persona y finalmente, esta respuesta emocional de quién estigmatiza, puede delinear la conducta y respuesta de quien es estigmatizado, pudiendo responder, con vergüenza o rabia, entre otras respuestas posibles.

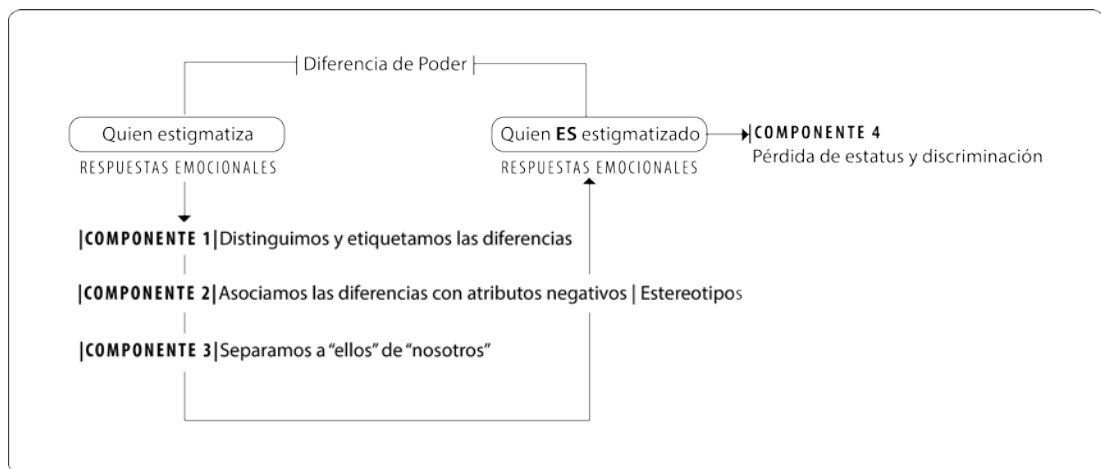


Figura N°1. Componentes del Estigma (basado en Link & Phelan 2001, 2004)

Fuente: Chacón, S. (2015). Estigma y Drogas. “Cuidado con los volados de la esquina”.

En Rojas, C. (Ed.), *Drogas: conceptos, miradas y experiencias* (pp. 41-52). Talca:

Universidad Católica del Maule.

Estigma y personas que usan drogas

Los procesos de estigmatización son transversales a los diversos ámbitos de nuestra sociedad, en diversos grados y formas, no obstante, el foco de este estudio es cómo este fenómeno se expresa en lo referido al consumo de sustancias y el efecto que tiene en las personas usuarias de drogas antes, durante y después de un tratamiento. La evidencia muestra que la estigmatización contribuye a desalentar la búsqueda de ayuda a las personas que usan drogas. Tanto por el temor que provoca el tener problemas con las autoridades, como por la expectativa de un tratamiento pobre brindado por quienes proveen los servicios de cuidado de salud (Cunningham, et al., 1993; Link, et al., 1997). Cuando efectivamente ingresan a tratamiento, éste puede verse interferido también por el estigma (Mota, Noto & Santos, 2014), haciendo que las personas usuarias de drogas sean consideradas, por un lado, violentas y peligrosas y por otro, responsables de su condición (Mota, Noto & Santos, 2014). Lo anterior, de acuerdo con estos autores, afecta

en forma negativa la calidad en la provisión de servicios, haciendo que exista una baja adhesión al tratamiento, con diversas entradas y salidas a estos servicios, situación que se agrava al recibir un trato que puede ser deshumanizado y discriminatorio (Mota, Noto & Santos, 2014).

Considerando que los efectos del estigma pueden permanecer aun estando en tratamiento (Link, Struening, Rahav, Phelan & Nuttbrock, 1997), quienes ofrecen servicios de tratamiento “enfrentan el desafío de cómo abordar el estigma en su propio mérito si desean maximizar la calidad de vida de quienes tratan” (Link, et al., 1997, p.187). Sobre todo, teniendo en cuenta que, según Bayar, Poyraz, Aksoy-Poyraz & Arikan (2009) habría una correspondencia entre las actitudes de los profesionales de la salud mental y aquellas del público en general, que tienden a ser negativas y estereotipantes, a lo que se suma que hay factores, como la baja motivación, la violencia y la manipulación, que impiden una adecuada entrega de servicios sanitarios a los usuarios de drogas (Boekel, Brouwers, Van Weeghel & Garretsen, 2013).

Lo anterior hace vital incluir a los profesionales de la salud mental como grupo objetivo relevante al momento de desarrollar cualquier iniciativa anti-estigma (Bayar, Poyraz, Aksoy-Poyraz & Arikan 2009).

Internacionalmente el estigma hacia los usuarios de drogas por parte de la población en general y de los equipos de salud, está bien documentado (Hatzenbuehler, Phelan & Link, 2013; Bayar, Poyraz, Aksoy-Poyraz & Arikan 2009; Mota, Noto & Santos, 2014). En Chile no sucede lo mismo, “si bien se tiene la idea de que existe un estigma por parte de la población chilena hacia los consumidores de drogas, poco se conoce en qué consiste y cuál es su magnitud” (SENDA, 2015, p.1).

En nuestro país, según lo señala Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación de Alcohol y Drogas (SENDA, 2015), “tres (3) de cada cuatro (4) personas tienen una percepción negativa respecto de las personas que usan drogas” (p.1). Según este

organismo, se constatan “señales evidentes sobre la percepción negativa que existe, el 76,5% de las respuestas corresponde a estigmas” (SENDA, 2015, p.4) y, por ende, confirma la existencia de estigma dentro de la población. En el mismo estudio, se encontró que entre los atributos que tendrían las personas usuarias de drogas, el principal es “violentos”, mencionado por el 25% del total de personas que respondieran esa pregunta (SENDA, 2015).

Según Ortiz y Silva (2005), en Chile la comprensión y abordaje del fenómeno de las drogas está cercado por diversas contradicciones, una es la disparidad entre “los discursos y representaciones que se hacen del problema los distintos profesionales. La contradicción radica en la disparidad curricular de la formación de estos profesionales y del estigma social que trae aparejado el fenómeno de las drogas” (p.909). Si asumimos esta premisa como verdadera, los profesionales de los equipos de tratamiento en programas terapéuticos también podrían sustentar dichas contradicciones, haciendo del estigma una variable a abordar en la práctica terapéutica.

Finalmente, diremos que en el tratamiento del consumo problemático de sustancias que sustenta la perspectiva de género, es prioritario un abordaje terapéutico que, centrado “en lo psicoafectivo y lo relacional, mediante una mayor comprensión que detenga la mirada estigmatizadora a que está acostumbrada la mujer” (González, s.f, p.4).

Estigma, Discriminación y Derechos Humanos

El estigma está relacionado con la desigualdad, el rechazo, la exclusión y con el poder económico, político y social (Vásquez & Stolkiner, 2009). Estas diferencias de poder, ya planteadas por Link & Phelan (2001), situarían a las personas en diferentes categorías y posiciones en el entramado social, permitiendo que quienes tengan mayor poder, también sustenten mayor capacidad de estigmatizar (Parker & Aggleton, 2002).

Así, la discriminación en sus distintas manifestaciones puede transformarse en una clara denegación del ejercicio de derechos ciudadanos, particularmente del acceso a la salud y al trabajo, entre otros.

Según Link & Phelan (2001), esta discriminación puede asumir tres formas: la directa, donde aquellos que sustentan alguna creencia estereotipada deniegan directamente a quién es estigmatizado, el ejercicio de un derecho, por ejemplo, no se da un empleo, no se arrienda una vivienda o se niega la atención en un dispositivo de salud o la posibilidad de elegir entre alternativas de atención, etc. (OPS/OMS, 2005); una segunda forma de discriminación es la llamada estructural, referida a la discriminación continua que sufren colectivos particulares de ciudadanos, no sólo como producto de un estigma específico, sino como una condición sostenida a propósito de sus condiciones de vida y posición en la sociedad, profundizando aún más su situación desventajosa en la que se intersecan diversas condiciones, cada una de las cuales pueden ser fuente de estigmatización (pobreza, situación de calle, etc.) y en general son comunidades con mayores índices de enfermedades infecciosas y asistencia médica (OPS/OMS, 2005), finalmente está la forma en que la propia persona discriminada internaliza las creencias estereotipadas y actúa en consecuencia, restándose de participar en diversos ámbitos de la vida social, produciéndose la autoexclusión (OPS/OMS, 2005).

La estigmatización produce grupos específicos de ciudadanos que cuyo acceso a ejercer sus derechos se ve limitado, particularmente el derecho a la salud (Vásquez & Stolkiner, 2009), derecho que, en tanto universal, para su ejercicio precisa:

un conjunto de determinantes como la alimentación sana y segura; derecho al trabajo digno y valoración del trabajo reproductivo; ingresos adecuados; acceso, uso y permanencia en la tierra; manejo sustentable de los recursos naturales y renovables; vivienda digna con saneamiento ambiental, participación ciudadana democrática, acceso universal a los servicios de educación y salud oportunos, humanizados, de calidad y pertinentes culturalmente, políticas públicas sociales

inclusivas y relaciones sociales no sexistas ni racistas, con tolerancia cultural y religiosa, lo que a su vez expresa que tanto los determinantes de la salud como el derecho a la salud son indivisibles e interdependientes (Carta de Brasilia, 2007)

La inclusión de la accesibilidad a la salud en la agenda sanitaria de los países es prioritaria. Para avanzar en eso se proponen diversas acciones entre las que se cuentan: visibilizar el rol del estigma, comprometerse con el respeto de los derechos de quienes son estigmatizados, especialmente en el ámbito de la salud, diseñar e implementar políticas orientadas a combatir el estigma (OPS/OMS, 2005).

Recuperación

Ya en 1999 el Department of Health and Human Services (DHHS), planteaba que, para aumentar la recuperación, el estigma no podía ser tolerado, idea apoyada por Link et al. (2001) quienes plantean que el estigma entorpece la recuperación de una enfermedad mental. Tanto las posturas filosóficas de las personas, como las convenciones sobre cómo se deben cuidar o curar las enfermedades, tiene un impacto en cómo se implementan las prácticas que van orientadas a la recuperación (Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L., Baker, D., Kendall, E. & Crompton, D., 2016). De hecho, en este tipo de prácticas, se espera que haya una mezcla de habilidades técnicas y valores por parte de los profesionales de la salud, para disminuir la discriminación (Chester et al, 2016).

Eliminar el estigma es clave desde la perspectiva de prácticas orientadas a la recuperación, dado que éste, no solo obstruye la recuperación, sino que también contribuye a las recaídas (O'Reilly, C., Bell, J. & Chen, T., 2012).

El trabajo para aliviar el estigma, desde la perspectiva de recuperación, incluiría tres subtemas: superar las etiquetas diagnósticas, establecer relaciones igualitarias y expandir los marcos de referencia y de sus disciplinas que los profesionales de la salud sustentan, para así trascender las prácticas de salud más tradicionales y colaborar en la creación de una respuesta colectiva más humanista (Chester et al, 2016)

La recuperación en el ámbito del tratamiento por uso problemático de sustancias plantea la dicotomía entre una mirada de la recuperación asociada a la abstinencia (remisión total) y aquella en que la abstinencia no es requisito para avanzar hacia la recuperación ni es establecida como objetivo final del proceso, mirada más asociada con la perspectiva de Reducción de Daños (Hammersley & Dalgarno, 2012).

Best et al. en 2010, planteaban que la perspectiva de la recuperación “implica cambios fundamentales en el funcionamiento social y bienestar personal de un individuo, así como en su lugar en la comunidad y en la sociedad más amplia” (p.7).

SAMHSA (2012) pone énfasis en cuatro dimensiones: **Salud**, referida a la superación o manejo sintomático y a las elecciones personales saludables que apoyan el bienestar físico y emocional; **vivienda**, para referirse a la necesidad de contar con un espacio seguro y estable para vivir; **propósito**, entendida como la posibilidad de desarrollar sus actividades diarias significativas (trabajo, colegio, voluntariado, etc.) y la independencia y recursos para participar socialmente y finalmente la **comunidad**, referida a sus relaciones y redes de apoyo. (SAMHSA, 2012).

La relevancia del enfoque de la recuperación es que promueve una modificación de la forma de pensar, un cambio de paradigma que puede implicar un cambio de actitud no solo en las personas con problemas uso de sustancias, sino también en los proveedores de servicios (Scottish Government, 2008). Es importante establecer que, a diferencia de una perspectiva más normativa, la mirada de recuperación, tal como la concebimos para efectos de este estudio, no establece que haya una única forma correcta de transitar el camino de la recuperación. Habría tantos caminos, como personas que lo transitan. Más bien, desde la perspectiva de quienes apoyan a las personas en recuperación el esfuerzo estaría puesto en ayudar a las personas a alcanzar su máximo potencial, considerando como meta última solamente aquello que es realmente importante para cada individuo (Scottish Government, 2008).

Complementariamente, entenderemos la recuperación como un proceso a través del cual una persona logra sobreponerse al impacto negativo de un diagnóstico de salud mental, más allá de la presencia permanente de dicha situación de salud mental (Xie, 2012), incluyendo el uso problemático de sustancias. Es decir, el enfoque de la recuperación no implica necesariamente la ausencia de síntomas clínicos o volver al nivel de funcionamiento premórbido o la remisión total de la condición de salud mental (Xie, 2012). La recuperación hace referencia a condiciones de dos tipos que tienen efectos recíprocos, aquellas propias de la persona (actitudes, experiencias y procesos de cambio) y aquellas relacionadas con el contexto, entendidas como las circunstancias en las que vive la persona, eventos específicos de su vida, políticas y prácticas relacionadas con la salud mental, etc. (Jacobson & Greenly, 2001).

Es recomendable que los prestadores de servicios en salud mental incorporen la mirada de la recuperación que reconoce las fortalezas y características positivas de las personas, en vez de centrarse en un enfoque de la patología más convencional que se centre en los aspectos negativos y estresores (Xie, 2012), sobre todo si consideramos que las mismas personas en recuperación consideran crucial para sus oportunidades de recuperación el no ser etiquetados (Gray, 2010).

No podemos perder de vista que la recuperación debe ser culturalmente situada, considerando los valores, creencias y tradiciones de cada persona. El abordaje del trauma no puede estar ausente de un abordaje desde el enfoque de la recuperación y finalmente el respeto hacia las personas en recuperación, por parte de la comunidad y sociedad en general, respeto entendido como aceptación y aprecio que dé pie a la protección de sus derechos y a la eliminación de la discriminación (SAMHSA, 2012).

La persona del trabajador, burnout en el equipo de tratamiento

Son los trabajadores quienes deben sostener las prácticas orientadas a la recuperación para ayudar a disminuir la discriminación (Chester et al, 2016), por lo que la

preocupación por su persona es muy relevante, sobre todo si consideramos que los consejeros en drogas son particularmente vulnerables al burnout dada las características emocionalmente demandantes del trabajo en drogodependencias (Elman & Dowd, 1997; Farmer, Clancy, Oyefeso & Rassool, 2002 en Davis, 2008).

Entendiendo el Burnout como la combinación de agotamiento emocional, desapego del trabajo y la sensación de ineffectividad y baja sensación de logro en el trabajo, dimensiones que sientan claramente la relación de la experiencia de estrés de los individuos en el marco de un contexto social específico que integra la forma que las personas se ven a sí mismos y a otros (Maslach & Leiter, 2016).

Es esperable que las personas que ingresan a tratamiento por consumo problemático de sustancias hayan experimentado situaciones traumáticas, que tengan baja autoestima y que hayan sido excluidos de la sociedad (Okun, 2001 en Davis, 2008), por lo que se hace fundamental reconocer los efectos del burnout y la implicancia que puede tener en los servicios ofrecidos a esta población. Por ejemplo, cómo el agotamiento emocional tiene una influencia importante en la intención de los profesionales consejeros en drogas de renunciar a su trabajo (Johnson, 2000).

Estudios indican que la rotación de los profesionales adicionalmente determina cómo cada miembro del equipo percibe las demandas en el trabajo, encontrándose mayores reportes de estrés alto en el trabajo en aquellos programas que trabajan en el ámbito de drogas y que presentan una alta tasa de rotación del personal (Torres, 2012).

Adicionalmente, en el ámbito del tratamiento por abuso de sustancias se ha encontrado evidencia indicando que existiría una alta asociación entre altos niveles de estrés organizacional y baja participación de los clientes (Landrum, Knight & Flynn, 2012).

La oferta de tratamiento en Chile

En Chile la principal oferta de tratamiento para el consumo problemático de drogas es la financiada por el Estado a través del SENDA y que es ejecutada tanto por prestadores públicos como privados.

Esta oferta, en la que el Estado de Chile invierte cerca de 43 mil millones (Ley N°20.882 y Ley N°20.890, 2015), se estructura a partir de diversos programas de tratamiento, tanto para adultos como para adolescentes, todos ellos con especificidades de acuerdo con complejidad diagnóstica, edad y sexo de las personas usuarias, junto con otras condiciones especiales como la privación de libertad, haber sido sancionado por infracción a la ley o encontrarse en situación de calle. Para adultos están dispuestos programas considerados para población general, en formato ambulatorio y residencial, en los que un equipo multidisciplinario lleva a cabo intervenciones terapéuticas en formatos variados (comunitarias, en grupo, con familias e individuales) y de diverso tipo (entrega de fármacos, consulta médica, consulta psiquiátrica, intervenciones en salud mental, psicodiagnóstico, etc.). También están los programas específicos y exclusivos para mujeres con énfasis en la perspectiva de género, dónde las mujeres pueden por ejemplo participar junto a sus hijos (SENDA, 2016).

Existe una oferta ambulatoria de tipo comunitaria específica para hombres y mujeres que se encuentran en situación de calle, que ofrece tratamiento y rehabilitación a estas personas en el marco de una mirada integral e integradora, con una consideración particular a sus condiciones de vulnerabilidad y exclusión (SENDA, 2016).

Adicionalmente, se han dispuesto una serie de otras alternativas de atención, que incluyen, entre otras, los programas de tribunales de tratamiento de drogas, dirigido a adultos, imputados por algún delito y que pueden optar a Suspensión Condicional del Procedimiento (SENDA, 2016); los programas para personas privadas de libertad en centros de Gendarmería de Chile y para personas en régimen de libertad vigilada y finalmente los programas para adolescentes en modalidad residencial y ambulatoria,

tanto para aquellos que han infringido la ley y que se les ofrece tratamiento en el marco de la Ley N°20.084 de Responsabilidad Penal Adolescentes, como para aquellos menores de 20 años, no infractores que requieren una respuesta terapéutica ambulatoria intensiva para su consumo problemático de alcohol y otras drogas (SENDA, 2016).

Propósito del estudio

El propósito del estudio se desprende de la pregunta ¿cómo se presenta el estigma hacia las personas con uso problemático de sustancias, en los equipos de tratamiento?

Preguntas de Investigación

1. ¿Cuáles son las características (etiquetas/estereotipos) con las que los equipos de tratamiento describen a las personas con consumo problemático de drogas?
2. ¿Cuáles son las respuestas emocionales de los miembros de los equipos de tratamiento, hacia las personas con consumo problemático de drogas?
3. ¿Si y cómo la forma en que los equipos de tratamiento conciben a las personas con consumo problemático de drogas, se vincula con la recuperación de éstos?
4. ¿Si y cómo la forma en que los equipos de tratamiento conciben a las personas con consumo problemático de drogas, se vincula con la experiencia de burnout por parte de los miembros del equipo de tratamiento?
5. ¿Sí y cómo la forma que los equipos de tratamiento conciben a las personas con consumo problemático de drogas, se vincula con la atención entregada a estas personas?

Método

Diseño

Este estudio, de tipo exploratorio descriptivo, se realizó desde un enfoque cualitativo, lo que permitió, tal como lo plantean Taylor & Bogdan (1986) poder comprender a los participantes a partir de sus propios marcos de referencia, asumiendo que, como estamos orientados a explorar y descubrir y no podemos saber preliminarmente todo lo referido al fenómeno que estamos estudiando, finalmente sólo podremos tener acceso a nuestro objeto de estudio una vez finalizada la búsqueda (Kleining, 1982) . Se consideró este enfoque más pertinente dado que, como se conoce poco sobre cómo se manifiesta este fenómeno en el ámbito particular en el que se estudió, nos permitió "acceder a procesos subjetivos, vivenciales (...) (p. ej. las representaciones sociales o percepciones)" de los participantes (Krause, Cornejo & Radovic, 1998, p.4)

Dado lo anterior, se requiere un nivel de flexibilidad de diseño importante al momento de la indagación, que, según Krause, Cornejo & Radovic (1998), sí permiten las aproximaciones cualitativas de investigación, permitiendo ir ajustándose en la medida que van emergiendo nuevos conocimientos.

La recolección de datos se realizó través de entrevistas en profundidad con miembros de los equipos de programas terapéuticos. El procedimiento de muestreo para la recolección de datos se enmarcó en los procedimientos de la Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1990).

Participantes

Para el levantamiento de datos se desarrolló un muestreo de tipo teórico intencionado, según el cual la muestra se selecciona mediante la utilización de una estrategia sucesiva. Se eligen los primeros entrevistados y se analizan los resultados obtenidos a partir de los datos iniciales, lo que sirve de base para la elaboración de diversas

categorías, conceptos e hipótesis, que a su vez permiten definir criterios que orientan la selección de los siguientes entrevistados que formarán parte del muestreo (Krause, 1995). Los criterios de inclusión inicial en la muestra se basaron en la experiencia del investigador en el área y fueron los siguientes 1) tener al menos tres meses de experiencia en tratamiento de drogas, independiente de en qué institución sea esa experiencia, considerado como tiempo suficiente para haberse inducido al trabajo y realidad del programa, su equipo y usuarios; 2) ser psicólogo, técnico en rehabilitación, trabajador social o terapeuta ocupacional, considerando que son aquellos miembros del equipo que trabajan directa y cotidianamente con los usuarios, y sostienen la intervención terapéutica.

El procedimiento para contactar a los participantes acordado con la institución en que se hizo el estudio consistió en una convocatoria por correo electrónico enviado por la contraparte del estudio a cada una de las jefaturas de programas, quienes a su vez convocaron a los miembros de sus equipos y los interesados en participar se contactaban con la contraparte institucional y luego con investigador. Este procedimiento se repitió en 4 ocasiones (ver Cuadro N°1) con convocatorias focalizadas de acuerdo con la necesidad del muestreo teórico. En la primera convocatoria amplia hubo 8 voluntarios, pero sólo se entrevistó a 3, ya que el resto desistieron, dada la restricción institucional que las entrevistas no podían ser en su lugar de trabajo. Considerando que las primeras entrevistas fueron sólo mujeres, técnicos en rehabilitación y psicólogas y de un programa ambulatorio, en la siguiente convocatoria (primera variación) se intencionó la presencia de hombres, de otras profesiones y otra modalidad de programa, en la segunda variación, se intencionó la presencia de trabajador social y otra modalidad de programa, en la tercera y última variación, se intencionó también la presencia de otras profesiones y otras modalidades de programas, esta variación fue fallida en cuanto al tipo de programa, ya que no hubo variación.

Cuadro N°1 *Convocatorias, variaciones y resultados del muestreo*

Convocatoria	Variación	Resultado
Convocatoria inicial amplia		3 mujeres, Técnicos en rehabilitación y Psicólogos(as), Programa ambulatorio para adolescentes, entre 2 y 7 años de experiencia
Primera Variación	Sexo, programa y profesión	1 mujer y 1 hombre, Psicólogo(a) y Terapeuta Ocupacional, Programa residencial Adultos, entre 1,5 y 3 años de experiencia
Segunda Variación	Programa y profesión	1 mujer y 1 hombre, Técnico en rehabilitación y Trabajador(a) Social, Programa residencial Adultos y Programa residencial adolescentes
Tercera Variación	Programa y profesión	1 mujer y 2 hombres, Técnico en rehabilitación y psicólogo(a), Programa residencial adultos, entre 3 y 18 años de experiencia

El tamaño muestral estuvo delimitado por el criterio de saturación de la información (Strauss & Corbin, 1998), es decir, los nuevos entrevistados no aportan nueva información a la investigación, concluyendo de esa forma el levantamiento de datos. En total se entrevistó a 10 personas, 6 mujeres y 4 hombres, con un promedio de 5,4 años de experiencia y con las características adicionales que se indican en la Tabla 1:

Tabla 1

Participantes por profesión, cargo y tipo de programa

Profesión	n	Cargo	n	Tipo de Programa	n
Técnicos en Rehabilitación	4	Profesional Equipo	8	Residencial para adultos	6
Psicólogos	4	Jefe de Programa	2	Ambulatorio para Adolescentes	3
Trabajadores Sociales	1			Residencial para Adolescentes	1
Terapeutas Ocupacionales	1				
Total	10		10		10

Instrumentos

En este estudio los datos fueron levantados a través de entrevistas semi-estructuradas. Esta herramienta permitió profundizar en el conocimiento sobre este fenómeno específico, desde la mirada de los participantes, elucidando sus puntos de vista sobre el tema en estudio (deMarrais, 2004). Las entrevistas se basaron en el guion de entrevista aprobado para estos efectos. Es importante considerar, tal como plantean Pezalla, Pettigrew, & Miller-Day (2012), que el entrevistador es también un instrumento de investigación cualitativa en la entrevista. Es a través de esta interacción facilitadora que los participantes se disponen a compartir sus miradas e información valiosa sobre sus vidas. Dicho esto, debemos asumir que cada investigador, además, es un instrumento calibrado en forma distinta (Pezalla, Pettigrew, & Miller-Day, 2012), en el caso del presente estudio, parte de esa calibración corresponde a haber estado vinculado durante 11 años al ámbito de tratamiento en drogodependencias con población vulnerable y

excluida y 8 años de experiencia como docente en un programa de drogas (Diplomado y Magister) de una universidad de Santiago de Chile.

Procedimientos

A medida que los participantes eran convocados por la contraparte institucional y accedían a participar, fueron contactados por el investigador para acordar fecha, hora y lugar para la realización de la entrevista. Las entrevistas se realizaron luego de la firma del consentimiento informado por parte del participante. El consentimiento informado explicitaba, entre otros datos, el propósito del estudio, en que consistía la participación y su carácter confidencial, anónimo y voluntario. Las entrevistas fueron grabadas digitalmente y luego transcritas verbatim.

Consideraciones Éticas

La ejecución de este estudio contó con la aprobación por parte del Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades de la Pontificia Universidad Católica de Chile, tanto del proyecto en términos de su diseño y procedimientos, como de los instrumentos (consentimiento informado, carta de apoyo institucional, guion de entrevistas, etc.).

Estrategia de análisis

La estrategia de análisis se orientó por los procedimientos del análisis de contenido cualitativo (Maygrís, 2000). Se usó triangulación de fuentes (variación de cargos y tipos de programa) y revisión de literatura pertinente. El procedimiento para realizar el análisis de datos fue el siguiente:

- Transcripción verbatim de cada set de entrevistas registradas digitalmente
- Luego se leyó cada entrevista en forma íntegra y se codificó su contenido, este procedimiento se repitió luego de cada variación del muestreo teórico realizado hasta alcanzar la saturación.

- A partir de la codificación inicial, y en forma paralela al proceso de muestreo, se fueron construyendo categorías y subcategorías
- Se relejeron todas las entrevistas para chequear la pertinencia de las categorías y subcategorías con los contenidos analizados
- Se crearon mapas para cada una de las categorías para revisar la coherencia tanto del lenguaje como el vínculo entre sus componentes
- Se creó un esquema de las categorías, subcategorías y contenidos para integrar los resultados. Este esquema se basó en el modelo de estigma planteado como referente en los antecedentes teóricos (Link & Phelan, 2001).

El procedimiento de análisis (codificación, categorización y mapas) fue realizado con apoyo del software Atlas.Ti 7.0.

Rigor

A partir de lo planteado por Guba (1981), y con el propósito de aumentar el rigor de este estudio y ajustarse a las condiciones de credibilidad, transferabilidad, dependencia y confirmabilidad. Se consideraron los siguientes procedimientos: muestreo teórico, se hace triangulación, se hace explícita recogida minuciosa de datos y registro textual de la información, descripción de la recogida y análisis de datos, uso de citas directas, explícita situación del investigador.

Resultados

A partir del discurso de los participantes y del análisis de la información se construyeron categoría y subcategorías, que se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro 2 *Categorías Temáticas y Subcategorías*

Categoría Temáticas	Subcategoría
Etiquetas	<ul style="list-style-type: none">• Emocional• Forma de ser• Carencia y victimización
Respuestas Emocionales	<ul style="list-style-type: none">• Amenaza y Miedo• Desconfianza
Proceso de Recuperación	<ul style="list-style-type: none">• Inicio• Mantención• Recuperación
La Persona del Terapeuta (Burnout)	<ul style="list-style-type: none">• Causas• Expresión• Afrontamiento
Atención y funcionamiento del programa	<ul style="list-style-type: none">• Uso del lenguaje• Vinculación• Prácticas asociadas a recaídas

Categoría: Etiquetas

Dado que una de las preguntas de investigación de este estudio planteaba el describir etiquetas y estereotipos de los participantes hacia las personas con consumo problemático de drogas, la primera categoría identificada corresponde a las etiquetas.

Se refiere a aquellos conceptos que usan los participantes para caracterizar a los usuarios de drogas a partir de diversos atributos, que describen como la forma de ser de las personas con consumo problemático de sustancias. A partir de estos conceptos se construyeron las subcategorías; emocional, forma de ser, carencia y victimización, vínculos.

Subcategoría: Emocional. A partir de los datos recogidos, existen una serie de contenidos que fueron agrupados en la subcategoría emocional. En el ámbito de lo emocional los entrevistados describen a los usuarios de drogas a partir de variados atributos, que permiten caracterizarlos como personas con *autoestima dañada*, que tienen *miedo al rechazo*, que *no saben expresar sus emociones*, que *tienen mucha pena y rabias contenidas*, sumado a *sentirse solos*.

“que sí de repente se les ve difícil, que vienen con la autoestima dañada, con muchos problemas, pero vamos, ellos están ahí y hay que sacarlos.”

PSICÓLOGO(A)

“entonces son chiquillos con rabia, que tienen mucha pena también que tampoco saben expresar sus emociones” PSICÓLOGO(A)

Subcategoría: Forma de ser. En relación con la forma de ser, los entrevistados describen a los usuarios de drogas principalmente a partir de conceptos como *mentirosos*, *manipuladores*, *delincuentes*;

“Eso es lo que más resalta. Como que se escucha desde la narrativa de cada uno del equipo, de repente se le sale que “bueno, si todos son así, todos son mentirosos, todos son manipuladores”. Como que se defienden frente a eso”. PSICÓLOGO(A)

Subcategoría: Carencias y Victimización. Otro grupo de contenidos que refieren los participantes dicen relación con la mirada respecto de las personas con consumo problemático como individuos con carencias y víctimas de diversas situaciones. Más en detalles, los entrevistados se refieren a las personas que usan sustancias como personas con *carencias, sin oportunidades y abandonadas*.

“Cómo los describo, mira, yo los describo como personas con carencias, muchas carencias afectivas, tremendamente carencias afectivas, no carencias económicas, porque como ellos dices, ellos salen a convertir y ellos pueden convertir para tener todo lo que ellos quieran, ellos se tapizan como dicen, ellos se tapizan enteros”.

TÉCNICO EN REHABILITACIÓN

“Las personas con consumo problemático son personas que han tenido una serie de carencias en su vida, una serie de dificultades, de problemas, que no han sabido solucionar o no han sabido cómo enfrentar y encuentran en la droga una solución, una solución” PSICOLOGO(A)

Categoría: Respuestas emocionales

La segunda categoría construida a partir de las respuestas de los participantes es respuestas emocionales, que contiene las subcategorías amenaza, miedo y desconfianza:

Subcategoría: Amenaza y Miedo. A partir de la mirada que los equipos sostienen sobre las personas con consumo problemático de drogas es posible identificar un grupo de reacciones emocionales que constituyen la subcategoría de amenaza y miedo y que da cuenta de los siguientes contenidos que caracterizan estas respuestas;

“Claro, pero yo creo que era una amenaza mucho más interpretativa de la persona, de algo real, o sea yo te digo, más de dos años en el programa y nunca ha pasado nada, nunca, hemos estado amenazados con el equipo y tampoco por el contexto (...) en la población tu escuchas balazos a veces o que están, estamos al lado del supermercado, sentían que sacaban el cajero y era como en realidad-, a

lo mejor es el mismo chiquillo de nosotros, una mirada mucho más prejuiciosa.”

PSICÓLOGO(A)

Subcategoría: Desconfianza. Como parte de las reacciones emocionales que los participantes describen se encuentran aquellas agrupadas en la subcategoría Desconfianza. En las siguientes citas podemos identificar aquellos contenidos que dan cuenta de esta subcategoría:

“En esta mirada más desde el adicto, del tema más de la enfermedad, delinciente, estos gestos mínimos, a veces que tú cachai “dejan todo con llave” “cerrando la cartera si tengo que intervenir” “dejo el celular escondido” como desde la desconfianza un poco” PSICÓLOGO(A)

Categoría: Proceso de recuperación

A partir de los datos levantados, fue posible construir la categoría proceso de recuperación, la que recoge la mirada/explicación de los participantes sobre el consumo problemático de los participantes de los programas y las condiciones que describen el curso de dicho proceso a partir de tres dimensiones que se plantean como las subcategorías inicio, mantención, recuperación.

Subcategoría: Inicio. Al indagar sobre el proceso del consumo problemático de sustancias, emergen aquellas circunstancias que los equipos identifican como condiciones/causas que determinan, facilitan o explican por qué las personas llegan a desarrollar un consumo problemático de drogas.

Por un lado, están las condiciones asociadas al *trauma y abusos* sufridos por las personas en tratamiento:

“Bueno, de acuerdo a mí experiencia, siento que todo pasa por un por qué. Todo tiene una causa para llegar a las drogas, no sé algún abuso, algún trauma en

específico, alguna separación, golpes, maltrato, negación de derechos, y todos los traumas asociados a cosas infantiles, desde niños yo creo” TÉCNICO EN REHABILITACIÓN

También están las condiciones que los participantes identifican como formas de hacer frente a situaciones vitales complejas, especialmente aquellas que generan sensaciones de *pena y dolor*:

“finalmente para poder cubrir aquello tan doloroso que han tenido en su historia, recurren a un consumo y se transforma finalmente en consumo problemático, que tal vez inicialmente, parte como una experiencia más desde el probar, desde el experimentar, pero que luego se dan cuenta que finalmente a través de ese consumo pueden evadir situaciones dolorosas en su vida. Esas yo creo que son las causas de los chiquillos” TRABAJADOR(A) SOCIAL

Adicionalmente, emergen contenidos que refieren a un inicio del consumo asociado al hecho de *experimentar y pasarlo bien*:

“recurren a un consumo y se transforma finalmente en consumo problemático, que tal vez inicialmente, parte como una experiencia más desde el probar, desde el experimentar” TRABAJADOR(A) SOCIAL

Finalmente, emergen una serie de contenidos que hacen referencias a condiciones de contextos que contribuirían al inicio del consumo que luego se torna problemático. Estas condiciones de contexto se pueden circunscribir a aquellas propias del *ámbito familiar* y aquellas que dan cuenta de un contexto amplio *barrial y social*:

“muchas historias hablan del abandono que han tenido, la negligencia, las pocas herramientas que tienen los papás. Y se va como replicando la historia familiar” TERAPEUTA OCUPACIONAL

“Con familias multiproblemáticas que la mayoría también tiene consumo, o la familia está asociada al tema del tráfico de drogas temas delictuales, con muchos

de los chiquillos donde la figura significativa madre o padre fallece a temprana edad por circunstancias más bien trágicas” PSICÓLOGO(A)

“Tenemos chiquillos en que de verdad muchas más alternativas no van a tener, que tienen problemas de consumo familiares, que están en situación de calle, que tienen primero básico que no tienen figuras significativas más allá de estos hermanos que consumen por ejemplo” PSICÓLOGO(A)

Subcategoría: Mantención. Los participantes también se refieren a las razones y condiciones que desde su perspectiva contribuyen a que las personas con consumo problemático de drogas se mantengan con sus dificultades asociadas al consumo o retrocedan en los cambios que han querido alcanzar en su tratamiento, independientemente que dichos cambios estén asociados o no al logro de la abstinencia.

Entre los contenidos que surgen de las respuestas de los participantes se encuentran las condiciones adversas *familiares* y del *entorno próximo*:

“no tienen a nadie, tienen una familia con principio disfuncional, y además muchas veces, estas familias hacen que esto de alguna forma sea más natural, como son micro traficantes, entonces ellos, de pequeños han naturalizado la droga, por lo tanto, no sientan que tienen que salir de ahí” TÉCNICO EN REHABILITACIÓN

“Siento que hacemos todo el esfuerzo de acompañar a los chiquillos desde donde ellos lo necesitan y desde donde nosotros creemos que lo necesitan, también, pero cuando los chiquillos egresan, vuelven a su misma realidad, sin ningún cambio y eso creo que los lleva nuevamente a recaídas o a consumo” TRABAJADOR(A) SOCIAL

Adicionalmente, en la subcategoría mantención, emergen contenidos que ponen énfasis en la funcionalidad del uso de drogas como razón para la mantención en el consumo

problemático, particularmente refiriéndose a la necesidad de *hacer frente* a sus realidades y seguir adelante:

“la droga es finalmente un vehículo para poder mantenerse con estas historias de vida tan cruentas de repente, entonces finalmente para ellos la droga, es un modo de poder seguir” TÉCNICO EN REHABILITACIÓN

Subcategoría: Recuperación. En esta subcategoría los participantes aportan contenidos que dan cuenta de aspectos que facilitan el proceso de recuperación. Es posible distinguir aquellos que se atribuyen a la persona y los que se asocian a condiciones del entorno. Dentro de los facilitadores asociados a la persona se identifican fundamentalmente la *sensación de control* y la *confianza en sí mismos*:

“Eso, yo creo que es como lo crucial, cuando ellos ya sienten que el control o el poder de su vida, está en sus manos. Hacerlo entender eso, yo creo, es un trabajo que también requiere mucho esfuerzo de ellos, una motivación bien intrínseca y eso muchas veces cuesta, pero creo que eso más o menos va matizando la recuperación de los chiquillos. Cuando van empoderándose de estos recursos, de estas herramientas que se les entrega” PSICÓLOGO(A)

Como parte de los factores facilitadores de la recuperación asociados a las condiciones del entorno se destacan el *apoyo familiar* y las *oportunidades*, especialmente las laborales:

“Los chiquillos que hemos tenido egreso exitoso, todos ha sido por la ayuda de la familia. Los que tienen familia, los que tienen una mamá mucho más cercana, cierto, donde está la abuela, generalmente, son esos chiquillos puntuales los que llegan a un éxito” TÉCNICO EN REHABILITACIÓN

“Y ¿por qué se recuperan? Yo siento que es por... depende del apoyo, de las oportunidades que se le dan en el camino. Porque hay algunos que, no sé, tienen

un historial como delictual súper amplio, ni siquiera tienen primero básico”

TERAPEUTA OCUPACIONAL

Adicionalmente a los factores facilitadores de la recuperación identificados por los participantes, aparecen en los resultados también contenidos que se mencionan con factores que dificultarían u obstaculizarían la recuperación, foco especial en la *inclusión laboral* y la *frustración* asociada a no encontrar trabajo, a la *ausencia de redes* y a la *falta de recursos personales*:

*“No es tan fácil encontrar trabajo, no se van a ganar lo mismo que se ganaban robando (...) Siento que todas esas cosas los van frustrando. Entonces hay que hacer un trabajo... nosotros empezamos a hacer un trabajo con el tema laboral desde antes ahora”*TERAPEUTA OCUPACIONAL

*“Cuando se cae el tema de la familia, cuando la familia ya nuevamente los expulsa, cuando las oportunidades laborales no están presentes, cuando en el programa terapéutico también expulsamos a algunos chiquillos, cachai, creo que es finalmente ratificar que no pueden, que no sirven, y aparecen todos los estigmas desde nosotros, y desde todos los actores”*TRABAJADOR(A) SOCIAL

Categoría: Persona del Terapeuta (Burnout)

El levantamiento de información en este estudio profundizó en la mirada de los participantes respecto de la persona del terapeuta, que para la presentación de estos resultados se presenta como la cuarta categoría construida a partir de los datos recabados. La indagatoria giró en torno a cómo se sienten los miembros del equipo en el trabajo, específicamente a su impresión respecto de la presencia de burnout en los profesionales.

Para esta categoría se construyeron tres subcategorías, causas, expresión y afrontamiento.

Subcategoría: Causas. En esta subcategoría los participantes aportan contenidos que dan cuenta de aquellas condiciones que atribuyen como causas para la presencia de burnout. Dentro de las principales causas, se encuentran contenidos que refieren a la *situación de los usuarios*, al *funcionamiento y composición del equipo* y finalmente a problemas de *liderazgo*:

“Creo que súper difícil, es desgastante, nos vemos enfrentados permanentemente a temas emocionales, mucha carga emocional, situaciones con historias tremendamente duras, de pobreza, y que de repente igual creemos que es posible, pero vemos que en ocasiones estamos solamente nosotros, en eso y que nos faltan un montón de cosas que articular, que mejorar” TRABAJADOR(A) SOCIAL

“Pucha es que nosotros hemos pasado por varias situaciones. Hemos cambiado mucho de equipo, hay también algunos puestos que no estaban cubiertos hace mucho tiempo. Pucha siento de que, espero que no se malinterprete de que no hay un(a) buen(a) líder tampoco” TÉCNICO EN REHABILITACIÓN

“Así es que siento que sí hay situaciones de estrés, pero como que.... porque faltaba personal. Había un psicólogo para treinta, y tienen que ser dos, ya llegó la otra psicóloga, nos falta el trabajador social” TERAPEUTA OCUPACIONAL

Subcategoría: Expresión. En esta subcategoría se han agrupado los contenidos que dan cuenta de la forma como, a juicio de los participantes, se expresa el burnout en el equipo. Los datos permiten identificar claramente, al menos 2 ámbitos en los que se expresaría el burnout en los equipos, en su *salud mental y física* y también en el ámbito de las *interacciones*:

“siento que a veces hay algunos que se lo guardan más y ya explotan, en general, así como licencias psiquiátricas, no hemos tenido. Por eso lo que te digo, a veces el dolor de guata, tres días de licencia (...) o la garganta de repente como apretá, como esas cosas” PSICOLOGO(A)

“Tiene un impacto, sí. En que se desmotivan, cachai, desánimo, y también colapsos de repente con licencias médicas, temas más psiquiátricos. Estrés, cachai, porque además trabajar con salud mental, siempre es complejo”

TRABAJADOR(A) SOCIAL

“cuando estábamos menos... con menos recursos humanos, sí empezamos a tener más roces, los caracteres cambiaron, las personas estaban más irritadas. Entonces, sí, sucedió” PSICÓLOGO(A)

Subcategoría: Afrontamiento. En esta subcategoría se han agrupado los contenidos que dan cuenta de la forma como los participantes hacen frente al burnout. Entre las principales estrategias de afrontamiento estarían *evitar conectarse* de diversas formas y *buscar apoyo*, según se ilustran en las siguientes citas:

“Creo que todos funcionamos distintos en ese sentido. Pero lo que más se... desde la... desde el tener algo quizás, un comportamiento más insano, siento que se caracteriza más en la evasión. Eso. Como ponerme más frío en lo que estoy haciendo, tratar de ignorar que son dolores, que uno trabaja con los dolores, o lo otro, es sentirme mal y evadir eso, hacerme el loco” PSICÓLOGO(A)

“Yo creo que de forma personal cada cual usa sus propias estrategias, o sea yo tengo las mías, mis compañeros, yo trabajo con compañeros que son ex adictos(...)ellos trabajan mucho, ellos están ligados a otros organismos a otras instituciones donde ellos van, se refuerzan, y a lo mejor, ahí tienen sus descargos, nada, eso, creo que por ahí ellos realizan su tema de forma personal, aquí cada cual hace un autocuidado, yo como te digo sé que mis compañeros pertenecen a otras organizaciones, se relajan comparten sus historias” TÉCNICO EN REHABILITACIÓN

Categoría: Atención y Funcionamiento del Programa

Esta quinta y última categoría denominada Atención y Funcionamiento del Programa agrupa las subcategorías que intentan dar cuenta de la relación que puede haber entre la forma en que los equipos de tratamiento conciben a las personas con consumo problemático de drogas y la atención brindada a éstas en los programas terapéuticos.

Las subcategorías contenidas en esta categoría son uso del lenguaje y vinculación:

Subcategoría: Uso del lenguaje. En esta subcategoría se intenta dar cuenta de aquellos contenidos presentes en las respuestas de los participantes que se refieren a la forma del uso del lenguaje, tanto *para referirse a las personas* que atienden, como *para interactuar con ellos*, lenguaje que tiene a la base cierto juicio respecto de sus conductas:

“Siento que, a lo mejor, no desde anteponerse, pero sí desde lo verbal, también se genera una contradicción en esto del prejuicio. Por ejemplo, ha pasado que los chiquillos pueden... uno puede quizás preguntarle cómo estuvieron el fin de semana, pero en vez de decir "¿cómo estuviste?", es como "¿cómo te portaste? ¿estás seguro? "Cómo te portaste", o esas cosas calificativas, así "bien", "mal", "lo bueno", "lo malo" y siento que desde ahí uno igual va construyendo una realidad, porque el chiquillo igual lo toma de otra manera. Y siento que desde ahí existen prejuicios desde lo verbal. O esto de ponerle una etiqueta a algo, no sólo desde el modo diagnóstico, sino que desde lo coloquial. Siento que desde ahí igual hay como estigmas y prejuicios todavía” PSICÓLOGO(A)

“...pero desde ahí uno como que "ojo con lo que estás diciendo". O sea, el lenguaje construye realidades. O sea, los chiquillos siempre han sido estigmatizados desde eso. Desde que es ladrón, el mentiroso, manipulador. O sea, ¿desde eso vamos a trabajar nosotros? ¿Desde esa mirada? O sea, desde esa mirada no podemos hacer mucho yo creo. Porque no vamos a confiar. Y ahí es donde se da el

cuestionamiento de, pucha, no le creo. Yo siento que eso igual daña harto los tratamientos”TERAPEUTA OCUPACIONAL

Subcategoría: Vinculación. En la subcategoría Vinculación se agrupan aquellos contenidos que se refieren a la relación entre la concepción que tienen de las personas con consumo problemático y cómo dicha concepción hace que se relacionen con ellos de una forma particular, específicamente en *forma condescendiente* tratándolos como hijos o pobrecitos, o bien, en *forma desconfiada* partiendo de la concepción que son mentirosos:

“Yo creo que, cuando tú, tienes esta concepción o esta mirada con respecto a las personas, que presentan consumo problemático, es súper difícil acercarte a ellos, y romper como esa preconcepción que tienes. Entonces, partes de la base que el otro te va a mentir, parte de la base que el otro te va a manipular. Finalmente, que estamos haciendo, generando efectivamente, que, con nuestra acción, nuestra predisposición, el otro no abra temas, que en verdad son importantes para ellos, o sea que no podamos establecer relaciones de confianza finalmente, un vínculo de confianza en este proceso terapéutico”TRABAJADOR(A) SOCIAL

“... no con cualquier persona del equipo sí. Pero sí se podría notar con las personas que tienen como más marcado esto de ver a la persona como más "pobrecito", más si es chico de edad (...) Es como más por ... más sobreprotector, más desde el afecto, pero inhabilitando”TERAPEUTA OCUPACIONAL

Subcategoría: Prácticas asociadas a recaídas. Finalmente, la subcategoría da cuenta de los contenidos que refieren a la forma como los equipos responderían frente a la recaída, de *forma castigadora*, a partir de la *atribución de culpabilidad* hacia la persona en tratamiento:

“Me refiero, que ponte tú, un cabro sale el fin de semana y llega con consumo, primero, no lo dejamos entrar, pero no lo dejamos entrar por varias razones, digamos, por que tener en un programa residencial, una persona con consumo

versus veinte que están sin consumo es complejo. Pero también tiene que ver, con que, porqué po, si este decidió, consumir po, si el querer es poder, todavía hay ciertos términos que imperan, ahí con la relación con nuestros usuarios. Entonces, como que, no sólo los sacamos, o no los dejamos entrar, por cuidar al resto, sino porque él es culpable y responsable de lo que está haciendo, entonces que se vaya a la calle, cachai, creo que todavía eso está medio subterráneo” TRABAJADOR(A)
SOCIAL

“Pero tenemos hoy en día muchas prácticas de comunidad terapéutica. Ese es un tema que tenemos que trabajar sí o sí, somos súper ambiguos en eso todavía. Decir, que trabajamos desde la reducción de daños, pero finalmente, en algunas prácticas somos súper castigadores con los cabros (...) pero también yo creo que debemos avanzar en esta mirada castigadora que hay frente a recaídas”
TRABAJADOR(A) SOCIAL

Atributos Positivos

Si bien el foco de estudio está en el estigma y por lo tanto en aquellos contenidos que tienen un énfasis en los atributos negativos, como en el caso de la categoría Etiquetas expuesta previamente, en el proceso de levantamiento de datos también emergieron, como parte del relato de los participantes, contenidos que sugieren una mirada positiva de las personas con consumo problemático de sustancias.

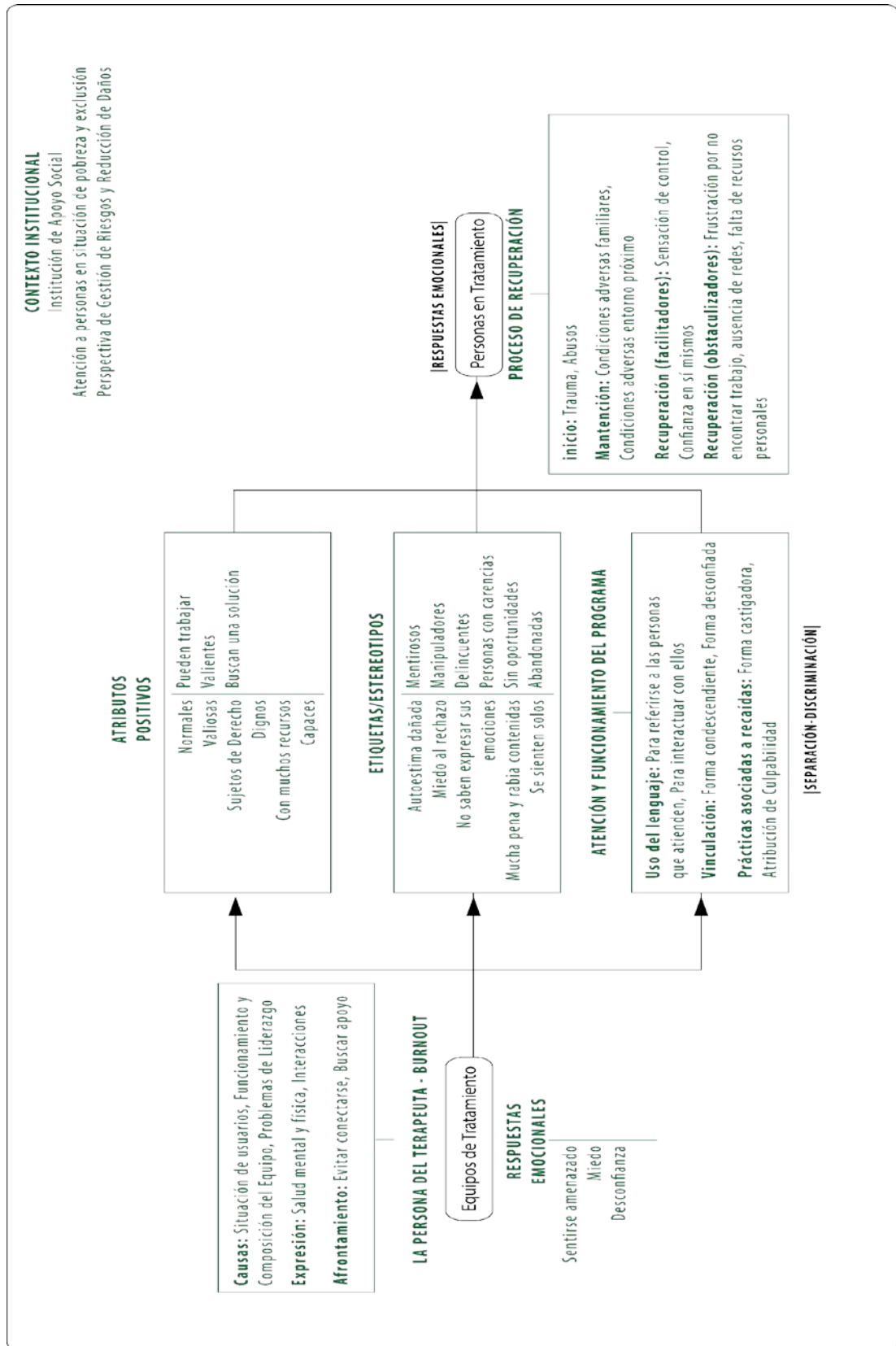
Los contenidos de las respuestas de los entrevistados dan cuenta de atributos de las personas con consumo problemático de sustancias que las caracterizan como personas *normales, tremendamente valiosas, como sujetos de derechos, dignos con muchos recursos; inteligentes, esforzados, capaces, que pueden trabajar como cualquier persona* y finalmente como personas *valientes en busca de una solución*. A continuación, se incluyen algunas viñetas de las entrevistas para ilustrar estos contenidos:

“Pero para mí son personas, igual que yo, ultra normales. El otro día conversaba con un chiquillo y me decía, yo soy anormal, eso es otra cosa. Y ahí estuve profundizando con él. Pero no, yo me relaciono con ellos, desde la igualdad, no somos pares por supuesto, pero somos iguales, con los mismos derechos, pero con oportunidades distintas, de ahí lo entiendo.” TRABAJADOR(A) SOCIAL

“Trabajo con una población muy inteligente y muy capaz pero que la gente en general no ve, no ve, o la ve de muy malas maneras. Porque los invisibiliza los estigmatiza” PSICÓLOGO(A)

“yo hablo más de los jóvenes porque trabajo con jóvenes, - que ve a los jóvenes como un igual, que ve a los jóvenes como personas con herramientas, que tienen derechos, que tienen deberes, pero que también tienen libertades”
TRABAJADOR(A) SOCIAL

Figura N°2 Esquema integrado de Resultados



Discusión

Este estudio nos permitió, no sólo avanzar en la comprensión de cómo se presenta estigma hacia personas con consumo problemático de drogas entre equipos de tratamiento de una institución de ayuda social, sino que también ratificar la necesidad de abordar esta temática desde una perspectiva de derechos humanos, con énfasis en la recuperación y con una preocupación especial por las personas que forman parte de los equipos de tratamiento.

Siguiendo a Link & Phelan (2001) en el primer componente de su modelo, nos preguntamos sobre la forma como los equipos describen a las personas con consumo problemático de drogas, específicamente los atributos que les asignan, con el propósito de establecer si emergían estereotipos y etiquetas. Efectivamente emergieron diversas miradas estereotipadas, que caracterizan a los usuarios de sus servicios como personas con su autoestima dañada, con miedo al rechazo, que no saben expresar sus emociones, que tienen mucha pena y rabias contenidas, sumado a sentirse solos. Junto a esto y coincidente con lo que Jones et al (1984) describen como la dimensión de peligrosidad, también se les caracteriza como mentirosos, manipuladores (Boekel, Brouwers, Van Weeghel & Garretsen, 2013) y delincuentes.

Es interesante constatar que también hay una mirada compasiva, que incluye como parte de sus atributos el considerarlos como personas con carencias, sin oportunidades y abandonadas, en conjunto con la identificación de atributos que podrían considerarse claramente positivos o no estigmatizantes: normales, sujetos de derechos, dignos, con muchos recursos, inteligentes, esforzados, etc.

Dada la importancia de las respuestas emocionales de quienes estigmatizan tiene para las personas estigmatizadas, delineando su conducta y su propia respuesta emocional a esta situación, pudiendo responder, con vergüenza o rabia, entre otras respuestas posibles (Link & Phelan, 2004), este estudio también indagó en las respuestas

emocionales de los miembros de los equipos, las que correspondieron por un lado a respuestas de sentirse amenazados, con miedo y por otro con desconfianza por la posibilidad de verse perjudicado por las conductas transgresoras de los usuarios de su servicios. Aunque no se expresa de la misma forma, podríamos pensar que estas respuestas emocionales apoyan lo planteado por Mota, Noto & Santos (2014) en el sentido que cuando las personas ingresan a tratamiento, este puede verse interferido por el estigma, haciendo que las personas usuarias de drogas sean consideradas violentas y peligrosas.

Para explorar la relación que puede existir entre la forma como los equipos ven a las personas que atienden y la recuperación de estos, fue imprescindible indagar la forma como los integrantes de dichos equipos se explican las razones por las cuáles las personas llegan a tener problemas con las drogas, se mantienen con esas dificultades, pero sobre todo cómo llegan a recuperarse.

Cuando explican las razones por las que una persona llega a tener problemas con las drogas, lo atribuyen al trauma y abusos sufridos por las personas en tratamiento, sumando al uso de sustancias como una forma de hacer frente a situaciones vitales complejas, especialmente aquellas que generan sensaciones de pena y dolor, coherente con la Hipótesis de Automedicación de Khantzian (1985) quién sostiene que para muchas personas el uso de sustancias es una estrategia de autocuidado que permite enfrentar sentimientos dolorosos. Es interesante constatar que estas explicaciones son coherentes con la filosofía de reducción de daños, valorada por los equipos y sustentada y promovida por la institución en que se realizó el estudio, especialmente con el énfasis que se pone en el trauma como factor asociado al uso problemático de drogas y por ende a la importancia de abordarlo en el tratamiento, tal como plantea Tatarsky (2002), que además coincide con la postura de SAMHSA (2012) al declarar que el abordaje del trauma no puede estar ausente de un abordaje desde el enfoque de la recuperación. Ampliando el foco de análisis, desde una perspectiva ecológica (Bronfenbrenner, 1979) es

interesante constatar que los participantes también identifican condiciones del contexto más amplio para explicar porque las personas llegan a tener problemas con las drogas, entre ellas algunas del ámbito familiar (negligencia parental, ausencia parental) y otras que dan cuenta de un contexto amplio barrial y social (estigma social percibido), esto estaría en línea con el planteamiento de Bronfenbrenner (1979) en el sentido que los ambientes naturales de las personas serían una de las principales fuentes de influencia de su conducta.

Las razones que se identifican para explicar la mantención en el consumo problemático son coherentes con las que explican su inicio, haciendo referencia a las condiciones adversas familiares y del entorno próximo (familia disfuncional, microtráfico al interior de la familia, naturalización del uso de drogas, etc.) y también a los esfuerzos de hacer frente a sus realidades complejas.

Lo que los equipos identifican como condiciones que facilitan la recuperación son la sensación de control y la confianza en sí mismos de quienes están en tratamiento, el apoyo familiar y las oportunidades, especialmente las laborales. Así como refieren condiciones facilitadoras, también identifican aquellas que representan obstáculos para la recuperación, entre las que destacan la frustración asociada a no encontrar trabajo, la ausencia de redes y la falta de recursos personales.

Cuando indagamos sobre cómo se sienten los miembros del equipo en el trabajo desde la perspectiva del burnout, refieren como causas la situación de los usuarios, específicamente la sensación de fracaso por los retrocesos de los usuarios en su tratamiento, sus limitadas posibilidades de desarrollo y sus historias tremendamente duras, al funcionamiento y composición del equipo, en particular equipos incompletos, aumentando la carga de casos por profesional debido a la rotación y también problemas de liderazgo, ya sea por ausencia de su jefatura o por la sensación de no tener un buen jefe. Situaciones que podrían atentar contra la cohesión y colaboración necesarias para

la implementación de prácticas orientadas a la recuperación adecuadas (Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L., Baker, D., Kendall, E. & Crompton, D., 2016).

Según los participantes, el burnout se expresaría en su condición de salud mental y física y en la forma como interactúan. Al momento de enfrentar el burnout identifican el evitar conectarse, asociado a la conducta de ponerse más frío en el trabajo, o apatía como plantean Brown & O'Brien (1998), interesante punto este, ya que esto podría ser considerado también una expresión del propio burnout si lo asociamos con el desapego del trabajo al que se refieren Maslach y Lei (2016). Los roces entre miembros del equipo también son identificados como una expresión del burnout. Así mismo, refieren que el buscar apoyo fuera del programa es una estrategia usada especialmente en aquellos que se han recuperado de un consumo problemático y que se vinculan a grupos de autoayuda, acción que la literatura identifica asociada a menores niveles de burnout, específicamente cuando se refiere a la vinculación con espacios de autoayuda que trabajan desde la perspectiva de 12 pasos (Davis, 2008).

Es recomendable que el burnout sea abordado en forma sistemática, toda vez que se relaciona con la una baja participación de los usuarios en los programas (Landrum, Knight & Flynn, 2012), que, aunque las personas se mantengan en tratamiento, podría constituir un obstáculo concreto para ejercer en forma eficaz su derecho a la salud.

Cuando abordamos la cuestión de si la forma como los miembros de los equipos conciben a las personas que atienden tiene alguna vinculación con la atención brindada, encontramos que, desde la perspectiva de los equipos, emerge un uso del lenguaje para referirse a las personas que atiende y para interactuar con ellos que traslucen ciertos juicios a la base, como que no son capaces de tomar sus propias decisiones o que están mintiendo, comportamiento coherente con las etiquetas asignadas por los participantes. Esto, de acuerdo con lo plantean, denotaría una forma particular de vincularse con los usuarios, caracterizadas o por la desconfianza o por una actitud condescendiente tratándolos como hijos o como pobrecitos. Lo anterior también nutriría algunas prácticas

que se asocian a la forma como se abordan las recaídas, desde una forma castigadora (suspensión del programa) y atribuyendo culpabilidad a la persona, prácticas que contradirían en parte la filosofía de reducción de daños (Tatarsky, 2002) y la mirada desde el Modelo Transteórico del Cambio que incluye la recaída como parte del proceso de recuperación (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Es relevante este punto desde el prisma de las prácticas orientadas a la recuperación, toda vez que se hace fundamental, en este marco, promover una postura compasiva por sobre una enjuiciadora, con el propósito de crear espacios des-estigmatizantes que acojan de verdad las vidas de los usuarios (Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L., Baker, D., Kendall, E. & Crompton, D., 2016).

Los resultados de este estudio profundizan en la realidad de equipos especializados en el tratamiento para personas con consumo problemático de sustancias de una institución privada dedicada a esta temática. En este proceso se tuvo acceso a información que no ha estado disponible aun en Chile, sobre la forma que los equipos que trabajan en tratamiento de drogas describen a las personas que atienden y cómo esto se vincula con sus reacciones emocionales, con la recuperación de las personas en tratamiento, el burnout del equipo y con la atención brindada.

Dada la naturaleza cualitativa y exploratoria de este estudio, no es posible la generalización de los resultados, no obstante, los resultados confirmarían gran parte de las proposiciones de la literatura revisada sobre el estigma social hacia las personas con consumo problemático, ratificando el hecho que en los equipos especializados en el trabajo con esta población también se produce estigmatización hacia quienes atienden, aportando así a la brecha/incertidumbre planteada inicialmente sobre presencia de estos procesos de estigmatización en estos equipos dedicados exclusivamente al tratamiento de drogas en programas especializados.

Los resultados también muestran un punto muy interesante y no considerado inicialmente, nos referimos a la coexistencia de miradas tanto positivas y estigmatizantes hacia los usuarios de estos servicios, lo que resulta esperanzador y abre la pregunta de en qué medida esta coexistencia podría constituirse en una condición que moderaría la severidad de cómo se presenta el estigma hacia las personas atendidas o sí, estas miradas, aparente contradictorias, son solo dos caras de una misma moneda o quizás están dando cuenta de un proceso de avance institucional en que la estigmatización está definitivamente cediendo lugar la instalación de una cultura compasiva de no juicio y aceptación como eje para la creación del necesario vínculo terapéutico, que facilite la recuperación de las personas con consumo problemático de sustancias a partir del ejercicio pleno de sus derechos.

Finalmente, dados los resultados del estudio, particularmente, la coexistencia de miradas estigmatizantes y positiva en los equipos, la relación planteada entre la forma como los equipos ven a los usuarios de sus programas y su impacto en la forma como se vinculan y refieren a ellos y el impacto que esto tiene en su respuesta emocional y en su vivencia de burnout, pareciera fundamental avanzar hacia la integración de prácticas concretas y explícitas para abordar el estigma al interior de los programas, sobre todo considerando la promoción de prácticas basadas en la recuperación y sustentadas en esta mirada no enjuiciadora de reducción de daños que la institución promueve.

Limitaciones

Tal cómo se mencionó en la sección anterior, una de las principales limitaciones del estudio es su naturaleza cualitativa, que no permite hacer una generalización de sus resultados, pero que dado su carácter exploratorio alcanza a entregar claridades sobre cómo se manifiesta el fenómeno estudiado en esta institución. El hecho que el estudio se haya realizado sólo en una institución y que ésta trabaje desde el modelo de reducción de daños, también representa una limitación y abre la pregunta sobre qué resultados

podrían encontrarse si el estudio se hiciese en otra institución que, por ejemplo, sustente el modelo de abstinencia total en su intervención.

Sería interesante en futuros estudios usar una metodología mixta de investigación, con instrumentos validados que complementen la pesquisa cualitativa y además que triangulen fuentes de información con usuarios de los programas y sus familiares, autoridades de la institución e idealmente con supervisores externos a los programas, para aumentar el nivel de rigor.

Referencias

- Ahern, J., Stuber, J. & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, p.188-196.
- Bayar, M., Poyraz, B., Aksoy-Poyraz, C. & Arıkan, M. (2009). Reducing Mental Illness Stigma in Mental Health Professionals Using a Web-based Approach. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 46, 3, p. 226–230.
- Best, D., Rome, A., Hanning, K.A., White, W., Gossop, M., Taylor, A. & Perkins, A.R. (2010), "Research for recovery: a review of the drugs evidence base", Scottish Government Social Research. Recuperado en: www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/321958/0103435.pdf.
- Boyd, S. (1996). *Mothers and Illicit Drugs: Transcending the Myths*. (Tesis de Doctorado) Simon Fraser University, Canadá.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press.
- Brown, C., & O'Brien, K. (1998). Understanding stress and burnout in shelter workers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, p.383-385.
- Carta de Brasilia (2007). Reunión Regional de Consulta con la sociedad civil sobre los determinantes sociales de la salud. 12 al 14 de abril de 2007. Brasilia. Brasil. Recuperado en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/CartaBrasilia-esp.pdf%20DE%20BRASILIA%20FINAL.pdf>.
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C. & Chow, V. M. (1993). What's In A Label? The Effects of Substance Types and Labels on Treatment Considerations and Stigma. *Journal of Studies on Alcohol*, 54(6), p. 693-699. Recuperado en: http://nsuworks.nova.edu/cps_facarticles/798
- Chacón, S. (2015). Estigma y Drogas. "Cuidado con los volados de la esquina". En Rojas, C. (Ed.), *Drogas: conceptos, miradas y experiencias* (pp. 41-52). Talca: Universidad Católica del Maule.

- Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L., Baker, D., Kendall, E. & Crompton, D. (2016). "What is the work of Recovery Oriented Practice? A systematic literature review". *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, p. 270–285.
- Chile, Ministerio de Salud [MINSAL] (2008). Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Santiago: Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. Recuperado en <http://www.cienciasdelasalud-udla.cl/portales/tp76246caadc23/uploadImg/File/Informe-final-carga-Enf-2007.pdf>.
- Chile, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA] (2015). Consumo de drogas y estigma: percepción social sobre usuarios de drogas en Chile. Santiago: Autores, Herrera, M. & Marín, J. Observatorio Chileno de Drogas. Área de Estudios.
- Chile, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA] (2016). Área de Tratamiento. Recuperado en: <http://senda.gob.cl/tratamiento/presentacion/>
- Davis, D. (2008). *The Ethics of Self-care: Burnout among Substance Abuse Professionals*. (Tesis de Doctorado, Universidad de Capella, Estados Unidos).
- deMarrais, K. (2004). Qualitative interview studies: learning through experience. En deMarrais, K. & Lapan, S. (Eds.), *Foundations for research. Methods of inquiry in education and the social sciences* (pp.51-68) Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (Eds.) (2000). *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousands Oaks, CA: Sage.
- Department of Health and Human Services [DHHS]. (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Recuperado de <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html>

- Fundación Paréntesis (2016, 13 de julio), [base de datos]. Santiago: Fundación Paréntesis.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. (10ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- González, P (Sin fecha). Consumo de Drogas Estigmatización y Daño en lo personal y familiar, una mirada con perspectiva de Género Femenino. Recuperado en http://federacionlatinoamericanadecomunidades_terapeuticas.org/wp-content/uploads/2015/07/Art%C3%83%C2%ADculo-Consumo-de-Drogas-Estigmatizaci%C3%83%C2%B3n-y-Da%C3%83%C2%B1o-en-lo-personal-y-familiar-una-mirada-con-perspectiva-de-G%C3%83%C2%A9nero-Femenino- -Paola-Gonzalez.pdf
- Gray, R. (2010). Shame, labeling and stigma: Challenges to counseling clients in alcohol and other drug settings. *Contemporary Drug Problems* 37, 685-703.
- Guba, E. G. (1981). Criteria for Assessing the truthworthiness of naturalistic inquiries *ERIC/ECTJ Anual*. 29, 2, 75-91.
- Hammersley, R., & Dalgarno, P. (2012). *Drugs: Policy and Practice in Health and Social Care*. Edinburgh: Dunedin Academic Press.
- Hatzenbuehler, M., Phelan, J. & Link, B. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health*. 103, 813-821.
- Jacobson, N. & Greenley, M. What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*. April 2001, 52, No. 4, 482-485.
- Johnson, J. (2000). *Individual and Organization Level Predictors of Emotional Exhaustion and Intention to Quit: A Study of the Addiction Treatment Counseling Occupation*. (Tesis de Doctorado, Universidad de Georgia, Estados Unidos)

- Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Marcus, H., Miller, D. & Scott, R. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York: Freeman and Company.
- Khantzian, E. (1985). The self medication hypothesis of addictive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142, 11, p.1259-1264.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Temas de Educación*, 7, 19-39.
- Landrum, D., Knight, D. & Flynn, P. (2012). The Impact of Organizational Stress and Burnout on Client Engagement. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 42, 2, p.222–230.
- Ley de Presupuestos del Sector Público año 2016, Ley N°20.882 y Ley N°20.890. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 5 de diciembre de 2015 y 26 de diciembre de 2015.
- Link, B., Struening, E., Rahav, M., Phelan, J. & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*. 38, 177–190.
- Link, B., Struening, E., Neese-Todd, S., Asmussen, S. & Phelan, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52 (12), 1621-1626.
- Link, B. & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, (27), 363-385.
- Link, B.G., Yang, L., Phelan, J.C. & Collins, P. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 30, No. 3, 511-541.
- Maslach, C. & Leiter, M. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 2016,15, p.103–111.

- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*, 1, N° 2. Recuperado en <https://www.utoronto.ca/~kmacd/IDSC10/Readings/text%20analysis/CA.pdf>
- McPhee, I., Brown, A. & Martin, C. (2013). Stigma and perceptions of recovery in Scotland: a qualitative study of injecting drug users attending methadone treatment. *Drugs and Alcohol Today*, Vol. 13, No. 4, 244-257.
- Michaels, P., López, M., Rüsche, N. & Corrigan, P. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society, & Education* 2012, 4, p.183-194.
- Mota, T., Noto, R. & Santos, P. (2014). Reduzindo o estigma entre usuários de Drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Drogas y el Delito [ONUDD] (2016). Informe Mundial sobre las Drogas. Recuperado en https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS] (2005). La Estigmatización y el Acceso a la Atención de Salud en América Latina: amenazas y perspectivas
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2003). Abuso de Drogas, tratamiento y rehabilitación: guía práctica de planificación y aplicación. Nueva York: Oficina contra la Drogas y el Delito. Recuperado en https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf
- Ortiz, N. & Silva, M. (2005). Significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: drogas lícitas e ilícitas en Chile. *Rev Latino-am Enfermagem*; 13, p.903-911
- O'Reilly, C. L., Bell, J. & Chen, T. F. (2012). Mental health consumers and caregivers as instructors for health professional students: A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, p. 607–613.

- Oser, C., Biebel, E., Pullen, E. & Harp, K. (2013). Causes, Consequences, and Prevention of Burnout among Substance Abuse Treatment Counselors: A Rural versus Urban Comparison. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45, 1, p.17–27.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*, 57, p. 13-24.
- Pezalla, A., Pettigrew, J. & Miller-Day, M. (2012). Researching the researcher-as-instrument: an exercise in interviewer self-reflexivity. *Qualitative Research*, 1, 12, 2, p.165–185.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 9, p.1102-14.
- Scottish Government (2008). The Road to Recovery: A New Approach to Tackling Scotland's Drug Problem, Edinburgh: Scottish Government. Recuperado de <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/05/22161610/0>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (2012). SAMHSA's working definition of recovery.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques. Estados Unidos de América: Sage Publications.
- Tatarsky, A. (2002) *Harm Reduction Psychotherapy: A New Treatment for Drug and Alcohol Problems*. New York: NY: Rowman and Littlefield Publishers, Inc.
- Torres, M. (2012). *Exploring the relationship between work environment and quality of care: implications for the alcohol and other drug treatment workforce*. (Tesis de Doctorado, Universidad de Brandeis, Estados Unidos)
- Van Boekel, L., Brouwers, E., Van Weeghel, J. & Garretsen, H. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131, p.23-35.

Vázquez, A., & Stolkiner, A. (2009). Procesos de estigma y exclusión en salud: Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 16*, p. 295-303.

World Health Organization [WHO] (2014). Global status report on alcohol and health.

Recuperado en

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1

Xie, H. (2012). *Personal Strengths and Recovery in Adults With Serious Mental Illnesses*.

(Tesis de Doctorado) Case Western Reserve University, Estado Unidos.

Nota del Autor

Sergio Ricardo Chacón Armijo, Santiago, Chile.

El artículo es parte de la tesis para optar al Grado de Magíster en Psicología Social y Comunitaria, de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Sergio Chacón, Coquimbo 1331, departamento 404 B, Santiago de Chile, correo electrónico sergio.chacon.armijo@gmail.com.

Tablas y Figuras

Tabla N° 1

Participantes por profesión, cargo y tipo de programa

Profesión	n	Cargo	n	Tipo de Programa	n
Técnicos en Rehabilitación	4	Profesional Equipo	8	Residencial para adultos	6
Psicólogos	4	Jefe de Programa	2	Ambulatorio para Adolescentes	3
Trabajadores Sociales	1			Residencial para Adolescentes	1
Terapeutas Ocupacionales	1				
Total	10		10		10

Cuadro N°1 *Convocatorias, variaciones y resultados del muestreo*

Convocatoria	Variación	Resultado
Convocatoria inicial amplia		3 mujeres, Técnicos en rehabilitación y Psicólogos(as), Programa ambulatorio para adolescentes, entre 2 y 7 años de experiencia
Primera Variación	Sexo, programa y profesión	1 mujer y 1 hombre, Psicólogo(a) y Terapeuta Ocupacional, Programa residencial Adultos, entre 1,5 y 3 años de experiencia
Segunda Variación	Programa y profesión	1 mujer y 1 hombre, Técnico en rehabilitación y Trabajador(a) Social, Programa residencial Adultos y Programa residencial adolescentes
Tercera Variación	Programa y profesión	1 mujer y 2 hombres, Técnico en rehabilitación y psicólogo(a), Programa residencial adultos, entre 3 y 18 años de experiencia

Cuadro N° 2 *Categorías Temáticas y Subcategorías*

Categoría Temáticas	Subcategoría
Etiquetas	<ul style="list-style-type: none">• Emocional• Forma de ser• Carencia y victimización
Respuestas Emocionales	<ul style="list-style-type: none">• Amenaza y Miedo• Desconfianza
Proceso de Recuperación	<ul style="list-style-type: none">• Inicio• Mantención• Recuperación
La Persona del Terapeuta (Burnout)	<ul style="list-style-type: none">• Causas• Expresión• Afrontamiento
Atención y funcionamiento del programa	<ul style="list-style-type: none">• Uso del lenguaje• Vinculación• Prácticas asociadas a recaídas

Figura N°1. Componentes del Estigma (basado en Link & Phelan 2001, 2004)

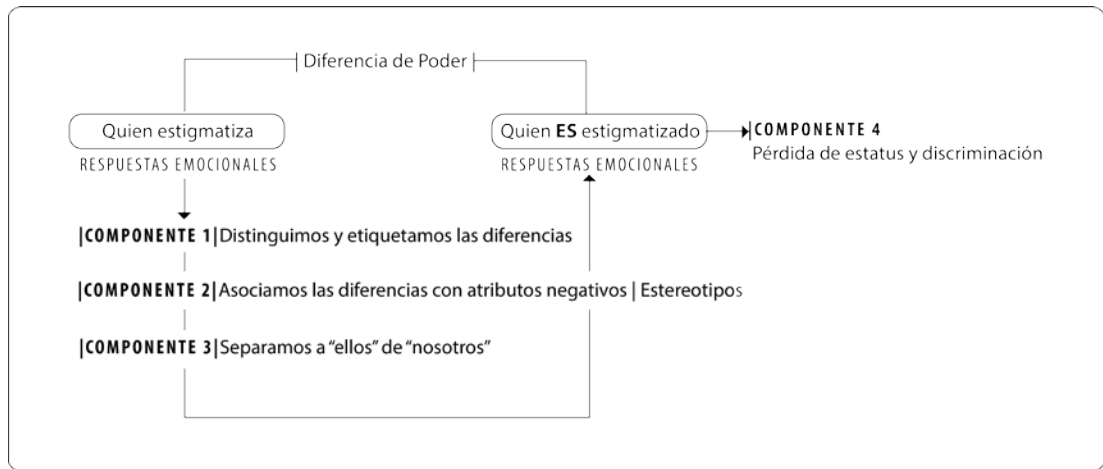
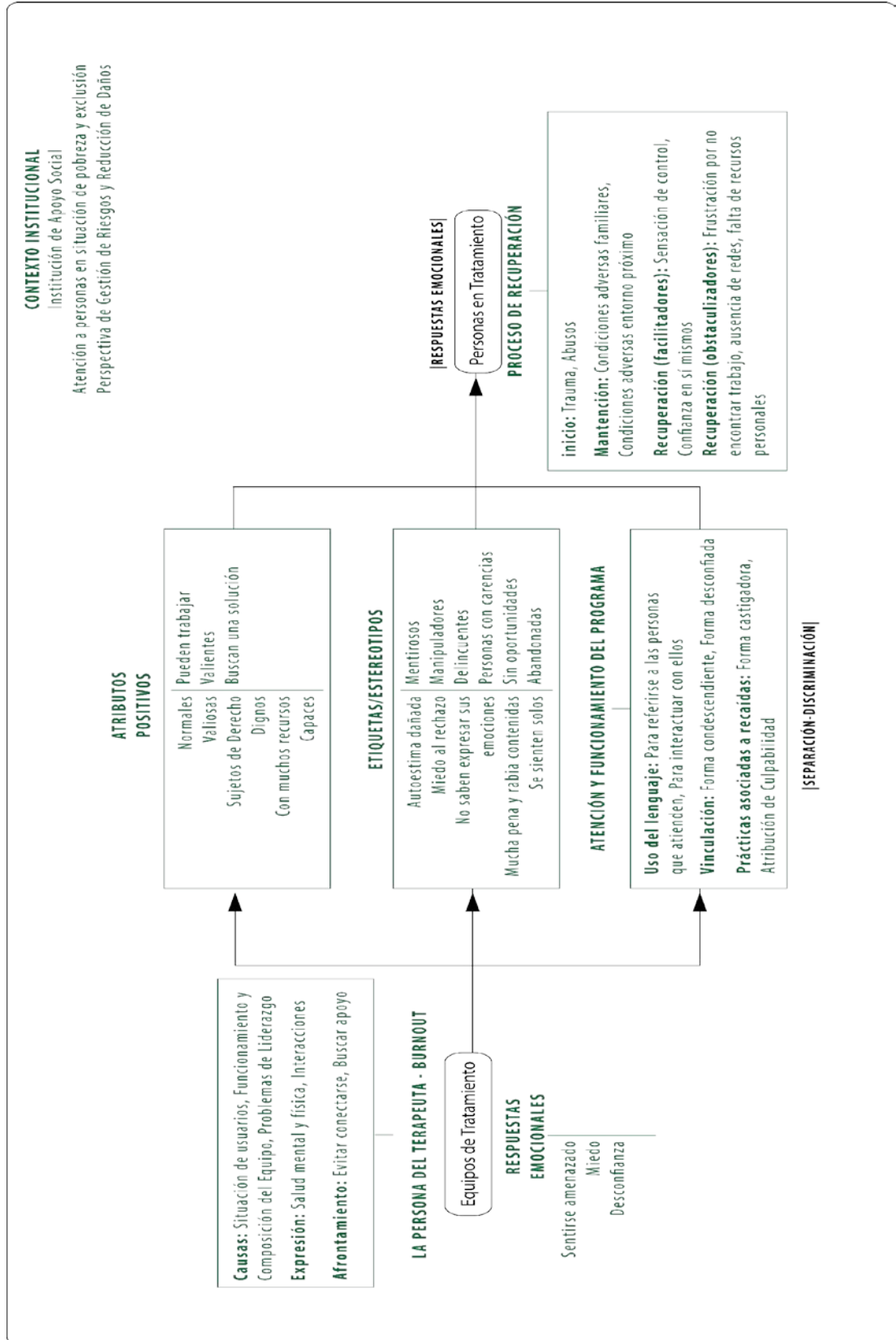


Figura N°2 Esquema integrado de Resultados



Anexos

Cuadro resumen de Categorías, subcategorías y contenidos

Categorías Temáticas y Subcategorías y contenidos		
Categoría	Subcategoría	Contenidos
Etiquetas	Emocional	Autoestima dañada, Miedo al rechazo, No saben expresar sus emociones, Mucha pena y rabia contenidas, Sentirse solos
	Forma de Ser	Mentirosos, Manipuladores, Delincuentes
	Carencia y Victimización	Personas con carencias, Sin oportunidades y Abandonadas
Respuestas Emocionales	Amenaza y Miedo	Amenaza, Miedo
	Desconfianza	Desconfianza
Proceso de Recuperación	Inicio	Trauma, Abusos
	Mantención	Condiciones adversas familiares, Condiciones adversas entorno próximo
	Recuperación	Sensación de control, Confianza en sí mismos
La persona del terapeuta (burnout)	Causas	Situación de los usuarios, Funcionamiento y composición del equipo, Problemas de liderazgo
	Expresión	Salud mental y física, Ámbito de las interacciones
	Afrontamiento	Evitar conectarse, Buscar apoyo
Atención y Funcionamiento del Programa	Uso del lenguaje	Para referirse a las personas que atienden, Para interactuar con ellos
	Vinculación	Forma condescendiente, Forma desconfiada
	Prácticas asociadas a recaídas	Forma castigadora, Atribución de Culpabilidad

Guion de Entrevista

1. ¿Si tuviera que describir las principales características de las personas que tienen consumo problemático de drogas, cuáles serían?, ¿qué adjetivos se le vienen a la mente?
2. ¿Si tuviera que completar la oración, las personas que tienen consumo problemático de drogas son:....., qué dirías?
3. ¿Cómo describiría la forma en que los profesionales de este programa ven a las personas que atienden?
4. ¿Cuáles cree que son las razones por las cuáles las personas que atienden llegan a desarrollar un consumo problemático de drogas?
5. ¿Cuáles cree que son las razones por las cuáles las personas que atienden llegan a mantener un consumo problemático de drogas?
6. ¿Cuáles cree que son las razones por las cuáles las personas que atienden logran recuperarse de su consumo problemático de drogas?
7. ¿cuáles pueden ser las condiciones que pueden explicar, ayudar, favorecer que las personas que atienden puedan desarrollar, mantener y recuperarse de un consumo problemático de drogas?
8. ¿Si tuviera que describir la atención brindada a quienes asisten al programa, cómo la describirías?, ¿cómo son tratadas las personas?, ¿qué elementos destacaría como positivos?, ¿hay algo que mejorar?, ¿por qué cree usted que se trata de esta manera a las personas que participan en este programa?
9. ¿Cómo cree usted que se sienten los profesionales en este programa?, ¿habrá algo de burnout en el equipo (disminución y/ o pérdida de los recursos emocionales; actitudes negativas, de insensibilidad; evaluación negativa del trabajo, baja autoestima, etc)?



Modelo Consentimiento Informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Estigma hacia personas con consumo problemático de drogas entre miembros de equipos de tratamiento en programas terapéuticos”

Investigador Responsable: Sergio Chacón Armijo

1 *Usted ha sido invitado(a) a participar en el estudio “Estigma hacia personas con consumo problemático de drogas entre miembros de equipos de tratamiento en programas terapéuticos” a cargo del investigador Sergio Chacón Armijo, candidato a Magister en Psicología Social y Comunitaria de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El objeto de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.*

2

3 *¿Cuál es el propósito de esta investigación?*

4 *El propósito es describir, conocer y analizar cómo los integrantes de los equipos de tratamiento en programas terapéuticos, ven a los usuarios de drogas, cuáles son sus características, cuáles son las razones y condiciones por las que llegan a desarrollar/mantener/recuperarse del consumo problemático de sustancias.*

5

6 *¿En qué consiste su participación?*

7 *Su participación consistirá en una entrevista en profundidad y como cada detalle de la conversación es de importancia para el estudio, es fundamental que esta sea grabada*

8

9 *¿Cuánto durará su participación?*

10 *Su participación en la entrevista será entre 45 minutos y una hora aproximadamente.*

¿Qué riesgos corre al participar?

11 *Este estudio no representa ningún riesgo para su condición física o psicológica.*

12 *¿Qué pasa con la información y datos que usted entregue?*

13 *Toda la información recolectada en forma individual será usada sólo para los fines de este estudio, no será identificado(a) en ninguna presentación pública o privada de los resultados del estudio.*

14 *Los investigadores mantendrán CONFIDENCIALIDAD con respecto a cualquier información obtenida en este estudio. Para resguardar la confidencialidad, además de tener acceso a los datos sólo el equipo de investigación, la información será rotulada con un código que no permitirá vincularla con su identidad.*

¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse después de participar?

Usted NO está obligado de ninguna manera a participar en este estudio. Si accede a participar, puede dejar de hacerlo en cualquier momento sin repercusión alguna.

¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a **Sergio Chacón Armijo**. Su teléfono es el **+56997358782** y su email es srchacon@uc.cl / sergio.chacon.armijo@gmail.com. Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar al Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades. Presidenta: María Elena Gronemeyer. Contacto: eticadeinvestigacion@uc.cl

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

Firma del/la Participante

Fecha

Nombre del/la Participante

Firma del Investigador

Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el participante y otra para el investigador)