



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Escuela de Psicología

**FACTORES RESILIENTES
EN USUARIOS PROGRAMA DE ATENCIÓN
PARA DROGADICTOS
"CALETA SUR"**

Profesor Guía: Georg Unger V.

Metodólogo: Francisco Kamann.

Profesor Informante: Rodrigo Quiróz S

Alumna: Patricia Canelo Páez

Tesis para optar al grado de Licenciada en Psicología

Santiago, 13 de Noviembre de 2009.

RESUMEN

Esta investigación es un *estudio no experimental* que midió la variable *resiliencia* en población adulta dependiente *al alcohol y las drogas* en *situación de pobreza y excluida socialmente*, a partir de una muestra de personas que realizan un tratamiento de *rehabilitación* en la Comunidad Terapéutica *Caleta Sur*, ubicado en la población Santo Tomás de la comuna de La Pintana.

La medición de la *variable resiliencia* se hizo en agosto del año 2008, mediante la aplicación de la *ESCALA SV-RES* de Saavedra y Villalta, la información recolectada se sistematizó a partir de análisis de estadística descriptiva con el uso del paquete estadístico *SPSS 13*.

La *ESCALA SV-RES* arrojó para la muestra un comportamiento resiliente promedio, indicando que los factores resilientes más fuertes son: REDES, APRENDIZAJE e IDENTIDAD, mientras que los más bajos: VINCULOS, AFECTIVIDAD y SATISFACCIÓN. La subescala que mostró conducta resiliente en mayor medida fue YO PUEDO. Lo anterior permitirá orientar las líneas de intervención individual y grupal de la CT, hacia la reparación vincular primaria y sensación de inseguridad del entorno en el que se vive.

Palabras clave: *resiliencia, adicción a alcohol y drogas, rehabilitación, Caleta Sur, pobreza, exclusión social, ESCALA SV-RES.*

A mi hija Amapola

INDICE

RESUMEN	2
INDICE	4
1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. ANTECEDENTES.....	6
1.1.1. Planteamiento del Problema:.....	6
1.1.2. Formulación del Problema y Pregunta de Investigación:	15
1.1.3. Aportes y Relevancia de la Investigación	17
2. OBJETIVOS	19
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	19
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3. MARCO TEÓRICO.....	20
3.1. POBREZA	20
3.2. CONSUMO DE DROGAS Y TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN EN LA MODALIDAD DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA (CT).	32
3.3. RESILIENCIA: AFRONTAMIENTO Y DESARROLLO PSICOSOCIAL EN MEDIO DE LA ADVERSIDAD.	43
3.3.1. Perfil de una Persona Resiliente	47
4. MARCO METODOLÓGICO	50
4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO	50
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	52
4.3. DEFINICIÓN DE VARIABLES	53
4.3.1. Resiliencia	55
4.3.2. Modalidad de Comunidad terapéutica para la intervención en el terreno de las drogodependencias.....	59
4.4. MUESTREO.....	62
4.4.1. Universo	62
4.4.2. Muestra	63
4.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	64
4.5.1. Escala SV – RES (Saavedra y Villalta, 2008)	65
4.5.2. Documentos internos CT Caleta Sur	68
4.6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS	70
4.6.1. Análisis descriptivo	70
4.6.2. Uso paquete SPSS	71
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	72
5.1. PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	72
5.1.1. Caracterización:	73
5.1.2. Subescala: YO TENGO	80
5.1.3. Subescala: YO SOY.....	96
5.1.4. Subescala: YO PUEDO	112
5.1.5. Resumen e Integración de Información	127

6.	CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	139
6.1	PRINCIPALES CONCLUSIONES	139
6.2	SUGERENCIAS	144
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	147
8.	ANEXOS	154
	ANEXO N°1 : ESCALA SV – RES	154
	ANEXO N° 2 : PROCESO DE INTERVENCIÓN Y PLAN DE ACTIVIDAD. CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO PARA ADULTOS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y ALCOHOL (CONVENIO CONACE – FONASA – MINSAL). LA PINTANA.....	157

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES

1.1.1. Planteamiento del Problema:

El consumo problemático y la dependencia al alcohol y las drogas es un fenómeno extendido en la población urbano popular en Chile, ha pasando a ser un tema de Estado e inversión social teniendo como horizonte el intento de abordar las diferentes dimensiones relacionadas con él, entre las cuales podemos destacar: la situación de pobreza, la exclusión social, vínculos familiares deficitarios, inseguridad del ambiente en el que se vive, entre otras.

De acuerdo a las cifras difundidas por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE, en adelante), en el año 2008, se ha verificado un aumento desde el año 1994 hasta hoy de la oferta de disponibilidad de pasta base de cocaína, con una leve baja de su consumo de 0.2 puntos porcentuales al comparar el consumo preexistente con el del año 1994, pero con una leve alza al comparar los estudios del año 2006 y 2008 de 0.1 punto porcentual. El objetivo de estos estudios bianuales realizados por CONACE, es radiografiar el comportamiento de la población general; las dimensiones abordadas por dichos estudios, nos entregan luces en relación a los perfiles de los consumidores, refiriendo características de edad, sexo, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico de la población,

presencia o no de dependencia, *consumo problemático* ¹, percepción de seguridad del entorno donde se vive en relación al consumo, tráfico y peligrosidad de la población que consume. Las principales conclusiones de este estudio son:

- el esfuerzo realizado nos ha permitido contener el fenómeno de las drogas pero, como país, hay que hacer más para continuar avanzando.
- como sociedad, tenemos el desafío de acentuar el trabajo para proteger a los adolescentes y a los sectores socioeconómicamente más vulnerables.
- la ciudadanía ha demostrado privilegiar la prevención y el tratamiento de drogas, lo que evidencia que las personas están dispuestas a asumir conductas más responsables en la solución de este problema.
- juntos, ciudadanía y gobierno, tenemos condiciones de abordar eficazmente la problemática de las drogas. (CONACE, 2009, p. 32).

En relación con las conclusiones de este estudio, podemos señalar que la población socialmente vulnerable tiene mayor probabilidad de formar parte del “número” de dependientes a alcohol y drogas. Las carencias asociadas a la falta de recursos materiales nos hablan de un fenómeno social complejo, ligando el consumo y la dependencia de alcohol y drogas a condiciones de pobreza, exclusión social, inseguridad del ambiente en el que se vive y núcleos familiares inestables.

¹ Asumiendo la definición de “Consumo Problemático”, de acuerdo a los criterios establecidos en el DSM IV

Al adentrarnos en las dimensiones que conforman este fenómeno social, requerimos definir pobreza:

Existen varios acercamientos a la conceptualización de lo qué es pobreza: los que la definen, y los que entienden que debe reconocerse por sus síntomas (...), identifica 11 posibles formas de interpretar pobreza: necesidad, estándar de vida, insuficiencia de recursos, carencia de seguridad básica, falta de titularidades, privación múltiple, exclusión, desigualdad, clase, dependencia y padecimiento inaceptable (...), los síntomas son esencialmente dos: escasos ingresos (o subsistencia) e insuficiente consumo o acceso a servicios básicos. (López, C., 2007)

De esta forma, vemos como la amplitud de la definición nos permite ir más allá de los indicadores puramente económicos, incluyendo las dimensiones relacionadas con las necesidades subjetivas de las personas y lo que entienden ellas mismas por calidad de vida, cómo las personas que viven en situación de pobreza al carecer de accesibilidad a espacios de intercambio social que faciliten su acceso a condiciones mínimas de vida, quedan excluidas o marginadas del desarrollo. Es importante señalar que no todo excluido social es un pobre. Cuando interactúan pobreza y marginalización hablamos de grupos atados a patrones culturales reproductores de su ser marginado, vulnerados fuertemente en sus derechos y de dinámicas de interacción asociadas a: Violencia física, económica,

estilos relacionales dependientes, familias aglutinadas de límites borrosos, dando paso a dinámicas de supervivencia ligadas al consumo de alcohol y drogas, actividad delictiva y uso de la violencia como principal puente de comunicación tanto al interior de las familias como en las interacciones con otros actores sociales. Hay otras formas de exclusión social, en tanto hay una decisión de formar parte de un grupo con patrones culturales elegidos, agrupando a disidentes de ciertas formas de intercambio social heredadas por convenciones sociales que hoy son cuestionadas (Maffessoli, 2000), por ejemplo aquellas relacionadas con la elecciones de pareja sexual y las formas de agrupaciones de jóvenes en lo que hoy conocemos como *tribus urbanas* (Zarzuri, 2000). En estas agrupaciones también se ha hecho presente el consumo de alcohol y drogas cumpliendo un rol de transición entre la adolescencia y la adultez, consumo iniciado exploratoriamente, en búsqueda de sensaciones nuevas, que da inicio a una *escalada de consumo* (CONACE, 2009), descontrolándose hasta llegar a la condición social de la *dependencia a sustancias*, para posteriormente, buscar ayuda en programas de rehabilitación.

El consumo problemático de drogas, entendido como un fenómeno social, es desde la llegada al poder en Chile de los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia (Concertación, en adelante), una de las principales líneas de inversión de recursos del sector salud, orientándose a bajar el consumo de alcohol y drogas y los delitos asociados a éstos: tráfico, fabricación de sustancias ilícitas, importación de las mismas,

lavado de dinero; además de las conductas de riesgo asociadas: violencia intrafamiliar, micro tráfico, comercio sexual, robos, asaltos, homicidios. En nuestro país, el CONACE, organismo dependiente del Ministerio del Interior del gobierno de Chile, califica el fenómeno del consumo de drogas como desintegrador de las familias y levanta líneas de acción en la promulgación de leyes que condenan el uso y producción de estupefacientes, como también su comercialización. Al mismo tiempo, interviene de manera activa en lineamientos de prevención por una parte, fundamentalmente en el mundo escolar tanto a niveles básico como medios, y de rehabilitación por otra, en tres niveles:

- Adolescentes infractores de ley
- Mujeres
- Población general

En Chile, durante el régimen militar, se extendió el consumo y tráfico de drogas ilícitas y alcohol particularmente en los sectores urbanos populares de la zona sur de la región metropolitana, con posterioridad al término de la dictadura, los gobiernos de la concertación instalaron una metodología de intervención a partir del levantamiento de CONACE, intentando adentrarse de manera integral en la problemática del consumo en las líneas de prevención y tratamiento. Dentro de las alternativas para el tratamiento o la rehabilitación, están los Hospitales de día, los Centros de

Salud Mental, programas de autoayuda como “alcohólicos anónimos” y “narcóticos anónimos”, y las Comunidades Terapéuticas. Estas últimas se han ido consolidando y validando como dispositivos de salud efectivos y eficientes en el abordaje del tratamiento para la rehabilitación del consumo de alcohol y drogas.

Las principales líneas de acción aportadas por el funcionamiento de las *Comunidades Terapéuticas* (en adelante CT), se relaciona con tres modalidades distintas de intervención:

- Programa Ambulatorio Básico
- Programa Ambulatorio Intensivo
- Programa Residencial

Cada uno de ellos tiene especificidades particulares, pero con objetivos similares:

(Con el) objeto de orientar la organización de los programas de tratamiento de manera de aumentar la probabilidad de efectividad de las intervenciones en los planes de tratamiento, se ha redefinido el Conjunto de prestaciones, incorporando aspectos técnico - clínicos necesarios de tener en cuenta al momento de implementar un plan de tratamiento y rehabilitación determinado (...) Los diferentes planes de tratamiento comprenden objetivos terapéuticos a desarrollar progresivamente en la medida que se avanza en el proceso de

tratamiento, considerando etapas o períodos en que las acciones terapéuticas son llevadas a cabo para el logro del objetivo, de acuerdo a la especificidad de la intervención. Estas intervenciones terapéuticas se realizan en concentración y frecuencia diversas, donde la mayor intensidad del proceso, se produce en la segunda etapa correspondiente a la fase de tratamiento donde se abordan en profundidad los factores intervinientes en el inicio y mantención del problema de consumo (CONACE, 2008).

Desde el marco regulador propuesto por CONACE, las diferentes CT orientan sus intervenciones teniendo en cuenta también el perfil de la población atendida, aspectos individuales, familiares y sociales.

Los estudios bianuales realizados por CONACE nos entregan una fotografía del estado de consumo, tráfico, principales sustancias y percepción de la población general relacionadas con prevención y tratamiento, por otra parte, junto a la Norma Técnica, existe un protocolo de evaluación para las CT, observando la manera en que éstas intervienen, proponiendo indicadores de satisfacción para el usuario, a la vez que protocolos y estándares de calidad de intervención. Sin embargo, acerca de cuáles estrategias de intervención son más eficientes y eficaces o qué características de la población atendida facilitan dichos resultados, existen pocos estudios de carácter cuantitativo, concentrándose principalmente en las narrativas y percepciones de los proyectos de vida que la población intervenida construye después de su tratamiento.

La zona sur de la región metropolitana, está estigmatizada como un espacio de pobreza, exclusión, delincuencia y temáticas asociadas a violencia intrafamiliar, abandono, negligencia, además de consumo y tráfico de drogas. La percepción de los habitantes de otras comunas al escuchar hablar de poblaciones como La Legua en la comuna de San Joaquín, o la población José María Caro de la comuna de Lo Espejo, o la Población Santo Tomás y El Castillo de la comuna de La Pintana, por sólo citar unos pocos ejemplos (emol, 2008, 2 diciembre), es negativo. El entregar tratamiento, requiere no sólo abordar aquellos elementos relacionados con el consumo de alcohol y drogas, sino también concientizar sobre la situación de pobreza y exclusión en la se encuentran los usuarios, la inseguridad que perciben del entorno que habitan y la carencia de figuras vinculares primarias seguras (Kotliarenco, 1997). El abordaje con población en tratamiento de este nivel de complejidad presenta desafíos singulares tanto en situaciones individuales como grupales. La *resiliencia*, en este contexto, será entendida como la capacidad para sobreponerse a la adversidad:

Parte de la premisa que nacer en la pobreza, así como vivir en un ambiente psicológicamente insano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas. Más que centrarse en los circuitos que mantienen esta situación, la resiliencia se preocupa de observar aquellas condiciones

que posibilitan el abrirse a un desarrollo más sano y positivo (Kotliarenko et al, 1996a).

Desde aquí el observar la presencia y los factores de resiliencia en población en tratamiento, permitiría una primera aproximación en la toma de decisiones para la construcción de metodologías de intervención centradas en la persona.

1.1.2. Formulación del Problema y Pregunta de Investigación:

La existencia del fenómeno social complejo que representa el consumo problemático de alcohol y drogas extendido ampliamente en nuestro país, la estigmatización sufrida por estos grupos sociales, quienes muchas veces forman parte de familias vulneradas transgeneracionalmente, naciendo y muriendo en situación de pobreza, con dinámicas relacionales violentas y deficitarios estilos comunicacionales, a partir de lo cual la vida en calle aparece como una alternativa a la violencia vivida al interior de la familia, como también el formar parte de grupos excluidos socialmente al estar en situación de pobreza, a la vez que por ser dependientes al consumo de alcohol y drogas, levantan un importante desafío para la psicología clínica y comunitaria, invitándola a construir estrategias de intervención que permitan el reconocimiento, abordaje y construcción de caminos para su superación.

Al volver a analizar las definiciones propuestas por Kotliarenko (1997), para la resiliencia, y observar que es posible mediar para instalar factores protectores en las personas que faciliten respuestas resilientes a partir de sus historias de vida, podemos pensar la importancia de adentrarnos en la forma de enfrentamiento de problemas de las personas dependientes a alcohol y drogas asociadas a una modalidad de intervención terapéutica, vale decir a cómo puede establecer a posteriori nuevos patrones de comportamiento y por tanto, un proceso de rehabilitación exitoso.

En Chile, CONACE evalúa anualmente el funcionamiento de los programas existentes y financiados para el tratamiento de personas adictas. Sus estudios bianuales, son un importante elemento que cuantifica y señala los indicadores asociados al comportamiento adictivo, así como también los porcentajes de población que están, se mantienen y han salido de las dinámicas de consumo. Sin embargo, estos estudios no analizan el comportamiento resiliente de las personas y en otros contextos, han sido instrumentadas investigaciones con niños, niñas y adolescentes, mas no en adultos. Uno de los motivos es la falta de instrumentos validados y confiables para nuestra realidad.

Dada la baja cantidad de estudios en nuestro país que den cuenta de elementos presentes en las líneas y/o metodologías de intervención de las CT y su impacto, resulta importante explorar ciertos factores que pudieran permitir observar las situaciones individuales y grupales de los usuarios que reciben atención, de tal manera de estar en condiciones de proponer la mantención, la incorporación, el redireccionamiento de ciertas líneas para el mejoramiento de ellas. Por lo tanto, la propuesta de esta investigación se pregunta:

¿Es posible observar <i>factores resilientes</i> en usuarios en tratamiento de rehabilitación para alcohol y drogas de una Comunidad Terapéutica de la zona sur de Santiago?
--

1.1.3. Aportes y Relevancia de la Investigación

La siguiente investigación pretende acercarnos a la realidad de exclusión y situación de pobreza que vive un grupo de personas consumidoras de alcohol y drogas en situación de calle, es decir, marginados de los lazos sociales establecidos como adecuados para el fortalecimiento de nuestra forma de ser país, observando si responden resilientemente a los conflictos que enfrentan en lo cotidiano en el proceso de interacción psicosocial.

Tendrá *relevancia teórica*, al ser un estudio descriptivo, pudiendo aportar datos concretos que quedarán disponibles para investigaciones posteriores, al adentrarse en las dimensiones individuales y grupales a partir de la presencia o ausencia de respuesta resiliente en la resolución de problemas, describiendo la interacción de un grupo humano particular, en un contexto característico: personas en situación de pobreza, excluidos socialmente, consumidoras de alcohol y drogas, participantes de un proceso de rehabilitación.

Por otro lado aportará en *términos prácticos* al adentrarse en las metodologías de intervención de una Comunidad Terapéutica desde una perspectiva singular: las temáticas relacionadas con Resiliencia tanto en el abordaje terapéutico clínico individual, como en el comunitario. De esta

forma, al finalizar, los resultados de la investigación, podremos proponer nuevos lineamientos de intervención desde la observación del comportamiento resiliente de las personas involucradas en un programa institucional particular.

De igual manera, el tratamiento de este fenómeno social complejo, otorga *relevancia social* a esta investigación, describiendo los elementos constitutivos del mismo: situación de pobreza, exclusión social, consumo problemático de alcohol y drogas, modalidad de intervención de programas de rehabilitación y la promoción de comportamiento resiliente.

Finalmente, esta investigación entrega *relevancia metodológica*, al usar una escala de medición de resiliencia para población adulta vulnerada socialmente, validada en población chilena, contribuyendo a su futura estandarización.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- ◆ Describir Factores Resilientes presentes en usuarios en tratamiento en una Comunidad Terapéutica de la zona sur de Santiago.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la exclusión y la vulnerabilidad social en usuarios de atención en tratamiento de rehabilitación en la CT Caleta Sur.
- Caracterizar capacidad de relación con el entorno inmediato y social en usuarios de atención de la CT Caleta Sur.
- Caracterizar fortalezas intrapsíquicas y condiciones internas en usuarios de atención de la CT Caleta Sur.
- Caracterizar habilidades de interacción con otros en usuarios de atención de la CT Caleta Sur.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. POBREZA

La pobreza es tan antigua en nuestro país y continente como el colonialismo. Hoy en día *“aproximadamente 150 millones de personas en América Latina y el Caribe, o uno de cada tres individuos, está viviendo en una situación de pobreza”* (CEPAL, 2008 p.8.). En nuestro país, si bien las cifras brutas indican que las condiciones de vida han mejorado considerablemente en los últimos 20 años, de acuerdo a cifras otorgadas por la CEPAL (2008), durante el año 2005 aún vivía un 13.7% de la población en situación de pobreza y un 3,7% de ella bajo la línea de la indigencia, tal como se aprecia en la siguiente tabla:

año	% población pobre	% población indigente
1987	45,1	17,4
1990	38,6	13,0
1998	23,2	5,7
2000	20,2	5,6
2006	13,7	3,2

(Tabla construida a partir de información en CEPAL, 2008 p.15)

Para definir pobreza, debemos reparar en la dimensión económica por una parte, y en los aspectos sociales, por otra. Entonces, es una respuesta a un modelo económico instalado en una localidad, en un tiempo determinado, y que al mismo tiempo provoca la existencia de sectores excluidos de los beneficios totales o parciales de dicho modelo económico en ejecución. A estos sectores excluidos de los beneficios los denominaremos, pobres. De esta forma, será pobre en Chile quien está bajo la línea de la pobreza:

La "línea de pobreza" está determinada por el ingreso mínimo necesario por persona para cubrir el costo de dos veces una canasta mínima individual para la satisfacción de las necesidades alimentarias (de esta forma se están considerando las necesidades no alimentarias también). Los hogares pobres son aquellos cuyos ingresos no alcanzan para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros. Considera factores de expansión en base a CENSO 2002. La "línea de indigencia" se establece por el ingreso mínimo necesario por persona para cubrir el costo de una canasta alimentaria. Son indigentes los hogares que, aun cuando destinaran todos sus ingresos a la satisfacción de las necesidades alimentarias de sus miembros, no logran satisfacerlas adecuadamente. Considera factores de expansión en base a CENSO 2002. (MIDEPLAN, 2007)

Definir este fenómeno multidimensional comprende un esfuerzo por abarcar los diferentes aspectos de tener una forma de vida relacionada con la imposibilidad de acceder o carecer de los recursos mínimos para dar satisfacción a las necesidades básicas, sean estas materiales y/o psíquicas. Significa atender a las condiciones que malogran la calidad de vida de quienes se encuentran en esta situación, viéndose afectada su acceso a servicios de educación, salud, servicios básicos como agua potable y electricidad, dificultad para la obtención de alimentos y vestuario, y una vivienda adecuada. La pobreza se asocia a la etnicidad, al desempleo, a la inactividad laboral producto de discapacidad, salud deficiente, y en general condiciones que afectan el ingreso y la igualdad social.

No existe una definición única y universal de la pobreza. En la realidad, no hay una forma única de pobreza, sino que diferentes formas en que este fenómeno se presenta. Pese a lo anterior, un elemento común a todas las definiciones es la privación de los elementos necesarios para la vida humana dentro de la sociedad. En efecto, según la Real Academia Española la definición de pobre es “Necesitado, que no tiene lo necesario para vivir”. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 1997) define la pobreza como la incapacidad de las personas de vivir de una manera tolerable. De acuerdo a esta institución, el concepto se refiere a la falta de oportunidad de vivir una vida larga, sana y creativa y disfrutar de un nivel decente de vida, libertad, dignidad, respeto por sí mismo y de los demás. Por otro lado, la CEPAL definió inicialmente la pobreza

como un “síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo, actitudes de desaliento y anomia, poca participación en los mecanismos de integración social y quizá la adscripción a una escala particular de valores, diferenciada en alguna medida de la del resto de la sociedad” (Altimir, 1979). Más tarde, se incorporaron otros elementos a la definición, refiriéndose a la pobreza como “el resultado de un proceso social y económico — con componentes culturales y políticos— en el cual las personas y los hogares se encuentran privados de activos y oportunidades esenciales por diferentes causas y procesos, tanto de carácter individual como colectivo, lo que le otorga un carácter multidimensional” (CEPAL, 2003). De acuerdo al Banco Mundial (2001), el concepto de pobreza incluye elementos como la falta de acceso a libertades fundamentales de acción y decisión, la carencia de viviendas, alimentos y de servicios de educación y salud adecuados, que se traducen en ser más vulnerables a las enfermedades, los reveses económicos y los desastres naturales. (Larraín, F., 2008, pp. 4-5)

La definición propuesta por Larraín (2008), abarca las diferentes esferas del fenómeno de la pobreza. Es importante señalar que la existencia hoy en día en nuestra sociedad de personas pobres está directamente relacionada al sistema económico dominante. No podrá comprenderse si no

ubicamos sus causas en la estructura social, al mismo tiempo que resulta sustantivo no olvidar que más allá de los indicadores por medio de los cuales se mide pobreza y se presentan sus índices, quienes la viven son personas: *“la pobreza limita seriamente la vida de quienes la sufren, y aunque sus efectos recaen principalmente sobre las personas afectadas, es un mal para la población en general”*. (Larraín, F. 2008, p.2). Hablar de pobreza conlleva revisar los múltiples factores que permiten su existencia, a la vez que indicar las consecuencias relacionadas con su mantención en la estructura social, por mecanismos perpetuadores de la desigualdad y la exclusión social,

(...) carácter sistémico y endémico de esas desigualdades, en que las distintas brechas en materia de ingreso, productividad, empleo, capital social y cultural, educación, territorio, etnia y género se refuerzan entre sí.(...) mala distribución del ingreso (...) problemas tales como el desempleo y el subempleo, y la estructura heterogénea de las ocupaciones en términos de productividad, remuneraciones, formalidad económica, protección social, generación de valor agregado y acceso a mercados ampliados, son factores decisivos en la dinámica de inclusión y exclusión social de los países de la región (CEPAL, 2008, pp. 14-17).

Si bien las personas pobres son excluidas socialmente, no todo excluido social vive en situación de pobreza, pues el fenómeno de la exclusión social es:

Un proceso cultural que implica el establecimiento de una norma que prohíbe la inclusión de individuos, grupos y poblaciones en una comunidad sociopolítica. De esta forma, los grupos excluidos están, en general, imposibilitados de participar de las relaciones económicas predominantes –el mercado, como productores y/o consumidores– y de las relaciones políticas vigentes –los derechos de ciudadanía. Sin embargo, la coexistencia en un mismo grupo poblacional de situaciones de pobreza, ausencia de derechos sociales o de condiciones de ejercerlos, y su exclusión de la comunidad sociopolítica, no nos debe confundir y hacernos pensar que se trata de un fenómeno simple, subordinado a la dimensión económica, lo que implicaría una única estrategia de enfrentamiento de esta compleja condición (Fleury, S.1998 p13).

El estar en situación de exclusión de las redes de protección social impide el cambio de esta situación a una de mayor bienestar, sin embargo, la coexistencia de pobreza y exclusión permiten que muchas veces no estén instalados los recursos en las personas para acceder a beneficios que le corresponden como parte de los intentos gubernamentales asociados a programas mundiales de erradicación de la pobreza. La cronificación de esta situación a un estado de pauperismo y la transmisión de las estrategias de supervivencia asociadas a ella (asistencialismo, actividades delictivas como microtráfico), permiten que países enteros se cataloguen como pobres y, por lo tanto, en subdesarrollo, generando una cultura asociada a la pobreza que

puede ser heredable de generación en generación, instalándose de esta manera el patrón que conocemos como *desesperanza aprendida* (Kotliarenco et al, 1996, p. 16b).

La CEPAL (2008), identifica las dificultades más importantes asociadas a los indicadores sociales constantes entre pobreza y desigualdad, entre ellos empleabilidad, maternidad adolescente, acceso a servicios básicos, escolaridad, desnutrición:

Los pobres acceden a trabajos de baja productividad y tienen mayor riesgo de quedar sin empleo. Por otra parte, viven en hogares y constituyen familias con más hijos menores y económicamente dependientes, mientras que la tasa de participación en la actividad económica de las mujeres pobres tiende a ser inferior a la de sus pares de mayor ingreso. En suma, esto significa que no solo perciben un menor ingreso laboral debido a la baja productividad, sino que este debe utilizarse para la supervivencia de un mayor número de personas dependientes por ocupado. La baja productividad, la baja participación, los episodios frecuentes de desempleo y la alta dependencia demográfica contribuyen a triplicar los eslabones de la escasez en los hogares que viven bajo la línea de pobreza.(...) en América Latina se combinan y refuerzan en la pobreza la baja formalidad laboral —que también refleja un nivel reducido de productividad e ingreso—, la baja proporción de ocupados debido al alto nivel de desempleo y al menor número de personas en edad de

trabajar, la baja participación femenina y las familias con más dependientes.(...) la maternidad adolescente tiende a reproducir la pobreza de una generación a la siguiente, dado que es causa habitual de la deserción escolar de las madres, de la constitución de familias uniparentales cuyo jefe de hogar son mujeres de bajo nivel educacional, de exclusión de las redes de capital social y de mayor incidencia de la desnutrición en los hijos.(...) la mayoría de la población pobre todavía vive en entornos en que la falta de acceso a los servicios básicos, así como la mala calidad de las viviendas, aumentan las probabilidades de sufrir daños severos a la salud, de desnutrición infantil y de experimentar más dificultades de socialización. Esto afecta a su vez la escolaridad, las perspectivas de productividad y las condiciones de vida de niños y niñas. (...) los riesgos vinculados a la falta de agua potable y alcantarillado son de índole sanitaria en primera instancia, pero también afectan la nutrición y el capital humano. Los riesgos relacionados con el hacinamiento tienen que ver con la salud, pues a causa de este aumentan las posibilidades de contagio y empeoran las condiciones higiénicas, pero también con la violencia familiar y la ausencia de espacios de estudio para niños y jóvenes. La falta de acceso a la energía eléctrica limita las horas disponibles para el estudio y la convivencia, aumenta el riesgo de siniestros por el uso de velas o iluminación a gas e impide conectarse a las tecnologías de la comunicación que en la actualidad son indispensables para incorporarse al mundo.(...) La desnutrición infantil es la manifestación más clara y dramática de la

falta de estabilidad en el acceso a alimentos adecuados, y se expresa de dos maneras: bajo peso y talla menor a la correspondiente de acuerdo con la edad. La segunda es especialmente grave en los países de la región, tanto por su mayor incidencia como por la irreversibilidad de sus efectos negativos en los individuos y la sociedad. Afecta la salud y la capacidad intelectual y de aprendizaje a lo largo de toda la vida, aumenta los costos sociales derivados de la mala salud y limita la productividad de las personas con desnutrición (CEPAL, 2008, pp. 25 a 32).

El dar solución a la situación de pobreza en que vive un grupo importante de personas en nuestro país y continente es un desafío de esferas políticas y agrupaciones civiles. La CEPAL (2008) ha elaborado una propuesta que busca enfrentar el mejoramiento de cada dimensión que conforma la problemática:

Para superar la pobreza y lograr la inclusión social se requiere incrementar la tasa de participación en la actividad económica y la productividad de los miembros en edad activa de las familias pobres, combinando capacitación, información y servicios relacionados con los derechos reproductivos, junto con apoyar a las mujeres en la economía del cuidado a fin de posibilitar su participación laboral. Una mayor equidad social en materia de aprendizaje y escolaridad, mejores condiciones habitacionales y, muy especialmente, una

disminución radical de las distintas formas de desnutrición infantil son los aspectos prioritarios del programa para mejorar la calidad de vida y el capital humano de los pobres (...). La educación constituye una vía privilegiada para superar la pobreza entre una generación y otra y para contrarrestar la reproducción intergeneracional de las desigualdades. Completar la secundaria es esencial para aumentar las opciones de reducir la pobreza, puesto que los años adicionales de educación se traducen en mayores retornos salariales. En la actualidad, el hecho de haber egresado de este nivel educacional aumenta la posibilidad de que las personas se mantengan fuera de la pobreza absoluta a lo largo de su vida activa, dado el incremento del ingreso tras la conclusión del ciclo y la titulación (CEPAL, 2004b, cap. 5) (...) Es necesario diseñar e implementar políticas orientadas a lograr un crecimiento alto y sostenido de la economía, puesto que ello se traduce en empleos de buena calidad y recursos para la inversión social, y una política productiva que tenga efectos positivos en la creación de empleos. Por otra parte, se requiere aumentar la capacidad de las personas para acceder a empleos de mayor productividad, lo cual implica educación y capacitación laboral. Existe una necesidad apremiante de implementar un nuevo sistema de protección social cuyo financiamiento incluya un componente solidario, así como un nuevo pacto social para aumentar la carga tributaria. Por último, hay que invertir en el fortalecimiento de la democracia, las instituciones, la transparencia, la participación social

y la eficacia de la gestión y el gasto públicos. (CEPAL, 2008, pp. 24 a 33).

Los desafíos que se presentan para romper con la situación de la pobreza en nuestro continente, deben estar ligados a las causas de su existencia y mantención más allá de la estructura social y los indicadores del modelo económico imperante, incluyendo aquellas referentes a nuestra historia. Dentro de las causas que nos hablan de la existencia de pobreza en los diferentes países, podemos encontrar variados intentos que han buscado abordar críticamente tan compleja situación, tanto a nivel cultural como económico y social. Entre ellas destaca la *Teoría de la Dependencia* (Cardoso, 1995), que tiene como premisa central que:

el problema de las economías latinoamericanas no era estar ubicadas en un grado de evolución anterior al que vivían por entonces las economías más avanzadas, como las del occidente europeo, Japón o Norteamérica, sino más bien en el tipo de articulación establecido entre aquellas y estas economías. Se trataba de una vinculación asimétrica, puesto que los grados de poder y dependencia que cada parte tenía en ella no estaban igualmente repartidos. Los países latinoamericanos venían a ser las partes “débiles” en la relación, mientras los europeos o norteamericanos eran las partes “fuertes”. (Contreras, C. 2003, p. 3).

Sin embargo, la perpetuación de la cultura de la pobreza va más allá de estos intentos de explicación, “La pobreza a escala mundial tiene muchas causas históricas: el colonialismo, la esclavitud, la guerra y las invasiones. Existe una gran diferencia entre estas causas y lo que llamamos los factores que mantienen las condiciones de pobreza. La diferencia reside en lo que podemos hacer hoy con respecto a ellos. No podemos volver atrás en la historia y cambiar el pasado. La pobreza existe. La pobreza tuvo sus causas. Sobre lo que potencialmente podemos actuar es sobre los factores que la perpetúan.” (Bartle, s.f.). Por otra parte, señalamos como causa individual de la mantención de la situación de pobreza, la apatía entre los sujetos que padecen tal condición, al creer que cualquier intento que realicen por cambiar sus condiciones de vida, no vale la pena realizarlo. Se asocia, como se señaló más arriba al fenómeno psicosocial de la “desesperanza aprendida, muy ligada a la *Infantilización de la Pobreza*, creencia a partir de la cual se han estructurado intervenciones y otorgamientos de beneficios sociales desde la creencia que el pobre es como un niño, carente de voluntad, que necesita de una guía concreta para realizar cualquier acción (Arias y Morales, 2002). La búsqueda de soluciones, como se ha planteado, requiere importantes inversiones en una multiplicidad de áreas. Las temáticas relacionadas con la inversión en capital humano incluyen no sólo la mejora al acceso y mantención de la educación, sino también el romper con dinámicas de violencia, embarazo adolescente, familias uniparentales, disfuncionales, consumo y microtráfico de alcohol y drogas. Los tratamientos de

rehabilitación para personas con consumo problemático de alcohol y drogas son parte de las estrategias de inclusión social y ruptura de la brecha de desigualdad.

3.2. CONSUMO DE DROGAS Y TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN EN LA MODALIDAD DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA (CT).

El consumo problemático y la dependencia a las drogas es un problema social que reviste variados ribetes. Los estudios que ha realizado CONACE desde el año 1994 a la fecha, nos han aportado importantes radiografías del consumo y el tráfico. Podemos desprender de los mismos, que las situaciones más complejas de abordar tanto para la prevención como para el tratamiento, están relacionadas con el perfil del grupo humano con el que se trabaja, viéndose las principales vulnerabilidades en aquellas personas en situación de pobreza y exclusión social, vale decir de grupos con mínimo acceso y cobertura de servicios y bienes para satisfacer sus necesidades básicas, y promover el desarrollo de sus capacidades (capital humano). Esta condición es agudizada por el consumo de alguna sustancia ilícita.

A modo de ir profundizando en esta problemática, comenzaremos a describir cómo en Chile, con dineros estatales centralizados en un organismo particular (CONACE), se trabaja en un objetivo claro: la eliminación paulatina

de oferta para acceder a drogas ilícitas, por una parte y el consumo problemático y dependencia a ellas, por otra.

La estrategia de abordaje de CONACE (2009), está relacionada con la siguiente línea de acción:

Disminuir oferta y demanda en el consumo de marihuana, cocaína y pasta base, principalmente en población joven, previniendo el consumo desde las familias, la educación y rehabilitación de personas adictas.

Además del trabajo de persecución e imputación de personas ligadas a la fabricación y comercialización de sustancias ilícitas, encabezado por el Ministerio del Interior, Ministerio de Justicia y Público, en tanto tema de seguridad nacional, se trabaja en la línea preventiva por medio de oficinas comunales o Programa *Previene*, ligadas éstas directamente a las escuelas y organizaciones comunitarias, manteniendo programas informativos y educativos, formación de monitores, orientación y derivación a los servicios de salud cuando se detectan casos de consumo creciente o problemático. En conjunto con el Ministerio de Salud (en adelante MINSAL) y sus respectivas secretarías regionales de salud, además del financiamiento del Fondo Nacional de Salud (FONASA), se instalan dispositivos de salud para el tratamiento y rehabilitación de personas adictas o drogodependientes. Su modalidad de trabajo se desarrolla en tres formas distintas. Estas son:

- Programas Residenciales de Atención
- Programas Ambulatorios Intensivos
- Programas Ambulatorios Básicos

Destinados cada uno de ellos a:

- Población general adulta
- Programas con perspectiva de Género, orientados a la atención de Mujeres
- Población Infanto juvenil, mediante la instalación el año 2007 de los programas de atención para Infractores de Ley.

Ha sido el mismo CONACE, quien se ha ocupado de dictar las principales directrices para el área de tratamiento y rehabilitación, situación en la que nos concentraremos en adelante, definiéndolo de la siguiente manera:

El término “tratamiento” se aplica al proceso que comienza cuando las personas usuarias de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud, o de otro servicio comunitario, y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas, hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible (...) se les puede ayudar a alcanzar el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y lograr una readaptación social plena (Conace, 2008, p. 32).

Los tipos de tratamiento cada vez cumplen con más estándares internacionales propuestos por comisiones internacionales en cooperación permanente con los organismos nacionales buscando la adecuación a la realidad regional. Naciones Unidas identifica los tipos de tratamiento de esta forma:

Las **intervenciones tempranas o breves** están destinadas a *prevenir* que el uso indebido de drogas adquiera un cariz problemático y, para ello, se identifica a las personas que consumen drogas de manera potencialmente peligrosa y se les ayuda a suspender el consumo o disminuirlo (...)

Mediante las **intervenciones extrainstitucionales**, de reducción de daños y de umbral bajo se intenta tomar contacto con los consumidores de drogas, ganar su confianza, brindar apoyo básico a su subsistencia, prevenir o reducir las consecuencias sanitarias negativas vinculadas con ciertos comportamientos e iniciar un proceso terapéutico cuando las personas estén dispuestas a ello, sin imponer la abstinencia como condición inicial (...)

Los **programas de desintoxicación** ayudan a las personas que dependen de sustancias psicoactivas a dejar de consumirlas, de modo tal que, a veces con medicación recetada, se minimicen los síntomas de abstinencia y los riesgos de complicaciones (...)

El **asesoramiento psicológico y la psicoterapia** –que forman parte integrante de la mayoría de las formas de tratamiento-

están destinadas a iniciar y mantener cambios en el comportamiento y el tipo de vida y ayudan a controlar los deseos impulsivos de consumir sustancias ilícitas (...)

La **farmacoterapia** entraña la utilización de medicación recetada que ayuda al paciente a estabilizar su vida y reducir o eliminar el consumo de una determinada sustancia ilícita (...)

Los enfoques basados en **autoayuda** apuntan a la abstinencia del alcohol y otras drogas y, en su mayor parte, se organizan en torno al programa de 12 puntos de Alcohólicos Anónimos o son adaptaciones de ese programa (...)

Según las necesidades personales y la gravedad del problema, el tratamiento tendrá lugar en alguno de los siguientes entornos:

El **tratamiento en la comunidad es de tipo extrainstitucional**: el tratamiento ambulatorio (servicios hospitalarios de atención diurna) se enmarca frecuentemente en un tratamiento en la comunidad.

En los **programas de tratamiento residencial** se prestan servicios residenciales en el mismo lugar en que se prestan servicios de tratamiento (NACIONES UNIDAS, 2003).

A partir de estos lineamientos, en Chile existen, por disposición ejecutiva, cada uno de los programas propuestos por Naciones Unidas. El

llamado a distintas instituciones para levantar programas de tratamiento y rehabilitación, se hizo a instituciones y Organizaciones no Gubernamentales, que venían trabajando en el tema desde finales de los setenta (en el contexto de la dictadura militar que vivió nuestro país desde el año 1973), desde una perspectiva de trabajo poblacional, el que posteriormente será llamado comunitario. Estas experiencias, presentan heterogeneidad en sus líneas de acción como también en las motivaciones al trabajo terapéutico, habiendo confesionales, laicas, de vertientes cognitivo conductuales, humanistas, ecológicas, entre otras. Para acordar lineamientos comunes se establece la figura de la Comunidad Terapéutica, resultado del análisis de los tres ejes principales desde los cuales se venía trabajando:

1. sistema represivo policial, el cual mantiene su actuar desde la perspectiva de “seguridad nacional”, pero que impedía el acceso del adicto a espacios de tratamiento y rehabilitación, al entender el consumo de drogas como moralmente inadecuado y condenable, por lo tanto, castigado.
2. comunidad terapéutica clásica: la cual se ofrecía como un espacio radical en términos de abstinencia y disciplina, sin posibilidad de reinserción socio-ocupacional, por lo cual el tratamiento era eternamente prolongado.

3. Modelo biologicista, siendo cambiado el primer consumo por uno farmacológico, que permitía la mantención de la abstinencia, pero cronificaba la adicción. La perspectiva biologicista, entiende el consumo como una enfermedad, la cual debe necesaria y obligadamente ser tratada con fármacos.

Las comunidades terapéuticas profesionales, son hijas de estos tres modelos, integrando elementos diferenciados de cada uno de ellos, entendiendo que el abordaje de la problemática en drogodependencia requiere de análisis del contexto social, económico, político, histórico, individual. Para esto, el modelo de Reducción de Daño, se ajusta de forma pertinente a los elementos ya referidos, apuntando a alejarse de la perspectiva moralista, que entiende el consumo de drogas como moralmente impropio, o el modelo de enfermedad, que lo visualiza como patología médica. La reducción de daños abre la perspectiva a entender la adicción como una condición a partir de la cual el consumo es una pequeña parte de la situación personal, integrando la perspectiva individual, biomédica, psicosocial, económica y cultural, entre otras, haciendo de la abstinencia al consumo una construcción en tanto producto del trabajo de la comunidad terapéutica profesional en conjunto con la comunidad de usuarios.

Desde este punto, las Comunidades terapéuticas (en adelante CT), ofrecen una problematización y abordaje del consumo de sustancias

ilícitas y toxicomanías desde y para la comunidad, con un paradigma de atención que recoge las necesidades individuales, a la vez que potencia el desarrollo y rehabilitación en habilidades sociales que posibiliten el posterior reingreso a la comunidad, con un proyecto de vida reconstruido desde un nuevo estilo de vida y promoviendo la calidad de la misma. El abordaje de la CT, es multidisciplinar por principio, construyendo equipos que aporten desde sus experticias disciplinarias, orientando el tratamiento a la persona, la familia, el entorno comunitario y social más amplio.

El aporte que la Psicología Comunitaria ha realizado en este campo es indiscutible, al mirar al sujeto precisamente desde estos tres aspectos: biológico-evolutivo, comunitario local y social más amplio, considerando que las construcciones subjetivas serán necesariamente el resultado de la interacción con el otro, para el otro y en el espacio de lo social. Sin embargo, es poco lo que podemos informar del trabajo de las comunidades terapéuticas; no existen estudios que permitan validar sus prácticas, ya que las evaluaciones que realiza CONACE sobre el funcionamiento de las mismas, se concentran básicamente en las prestaciones entregadas y el número de usuarios semestrales, así como en indicadores de logro referidos a la mantención del proceso terapéutico, no así de elementos que permiten la adherencia al tratamiento relacionadas con el proceso propiamente tal, más aún cuando este

establece como eje de su intervención la reparación del daño y la construcción de un proyecto de vida futuro que se levanta a partir de la transformación del estilo de vida de los sujetos por uno que también lo valide como importante en la construcción de ciudadanía.

Dentro de los modelos de tratamiento existentes, el Programa de Atención para Drogadictos Caleta Sur, inicia su trabajo a finales de los setenta con los grupos de niños y niñas neopreneros en el sector sur de la ciudad de Santiago. Surge el trabajo en calle con niños, niñas y jóvenes inhaladores de solventes, el trabajo con sus familias y el fortalecimiento de las agrupaciones comunitarias, como también la formación de monitores que acompañan el proceso, muchos de los cuales habían sido niños y niñas rehabilitados. Este trabajo surge bajo el alero de la Iglesia Católica, con un carácter eminentemente participativo, entendiendo la participación ciudadana como una oportunidad de realización y reivindicación de derechos, recogiendo motivaciones, necesidades, ideas, experiencias, hacia la construcción de estrategias y acciones comunes al grupo, de acuerdo al análisis de sus necesidades y proyectos, con la finalidad de reivindicar derechos ciudadanos a la vez que rescatar los valores de comunidad, participación social, confianza y respeto recíproco, que se veían amenazadas por el contexto sociopolítico y poblacional en el que se desenvolvían.

Existió, además, una casa de internado y un centro abierto de atención de necesidades alimentarias para niños y niñas de la población José María Caro. La metodología utilizada consistía en el trabajo poblacional (más tarde, denominado Trabajo Comunitario) en que se contactaba a grupos de jóvenes consumidores en sus lugares de encuentro. Por otra parte, se desarrolló el trabajo con las familias de los jóvenes consumidores con las que se planteaban encuentros conversacionales y la inquietud por organizar mecanismos de subsistencia familiar. En último término, se desplegó el trabajo de Monitores, que son personas pobladoras del sector que conocían bien las condiciones de marginalidad de los jóvenes, niños y niñas usuarios de drogas, y el trabajo de prevención orientado a grupos que presentaran algún grado de marginalidad, encaminado a generar un espacio educativo y afectivo que mostrara alternativas de vida. Con el correr de los años, y el cambio del consumo, surge la necesidad de actualizar el abordaje, pues la droga cambia de solventes a pasta base, el consumo pasa de ser colectivo a individual. Las estrategias utilizadas hasta entonces no funcionaban. Es por esto que se levanta la CT Programa Caleta Sur, que funciona desde el año 1996 en la población Santo Tomás, comuna de La Pintana, luego de innumerables periplos por la zona sur de Santiago. Acá, luego de inscribirse en el marco de las políticas de intervención de CONACE, busca validar la experiencia recogida en los años precedentes, para lo cual plantea énfasis de intervención que se estructuran, entendiendo al uso problemático de

drogas en un fondo social, cultural, económico y político, con una fuerte desigualdad social, haciendo que el sujeto excluido socialmente utilice el consumo como estrategia de sobrevivencia. Sus principales objetivos para intervenir son:

- facilitar procesos que permitan a estas personas recuperar derechos básicos.
- brindar un espacio terapéutico-educativo estructurado para personas con uso problemático de drogas y alcohol, buscando incidir en la mejora de la calidad de vida de los usuarios y con la perspectiva de avanzar en la superación de su problemática y la construcción de un nuevo proyecto de vida
- apoyar procesos de inserción educacional y laboral y entregar herramientas y apoyo en la búsqueda de alternativas de capacitación y de nivelación de estudios para los jóvenes en tratamiento intentando potenciar nuevas facetas del individuo y ofreciéndole una posibilidad más de desarrollarse integralmente.

El trabajo de los últimos doce años, puede y debe ser una fuente importante de conocimiento de formas de abordar e intervenir en el uso y dependencia de sustancias.

Es por esto que resulta pertinente recoger la experiencia y opinión tanto de los equipos, como de los usuarios de las CT, en aras de recopilar información suficiente para la producción de nuevo conocimiento que permita abrir la discusión en torno a su funcionamiento, motivaciones de los usuarios, al mismo tiempo que contribuir a la validación de procesos de intervención particulares.

Finalmente, la propuesta de observar a los usuarios desde la perspectiva de la Resiliencia, nos permite adentrarnos en factores individuales incorporados en el intercambio social de dichos usuarios, abriéndose posibilidades de intervención.

3.3. RESILIENCIA: AFRONTAMIENTO Y DESARROLLO PSICOSOCIAL EN MEDIO DE LA ADVERSIDAD.

De acuerdo a la literatura más reciente la asociación entre pobreza y situación de adversidad ha estado presente desde el siglo XIX (Kotliarenko 1996b). Desde entonces, el enfoque de la resiliencia parte de la premisa que nacer en la pobreza, así como vivir en un ambiente psicológicamente insano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas. Más que centrarse en los circuitos que mantienen esta situación, la resiliencia se preocupa de observar aquellas condiciones que posibilitan el abrirse a un desarrollo más sano y positivo.

Werner (en Kotliarenco 19996b) plantea que el tema de la resiliencia resulta importante, en tanto a partir de su conocimiento es posible diseñar políticas de intervención. Según esta autora, la intervención desde un punto de vista clínico puede ser concebida como un intento de alterar el balance presente en las personas, que oscila desde la vulnerabilidad a la resiliencia. Esto puede ocurrir ya sea, disminuyendo la exposición a situaciones de vida provocadoras de estrés y que atentan contra la salud mental (p.e. alcoholismo paterno/materno, psicopatología de los padres o bien a la separación o divorcio de éstos), o bien aumentando o reforzando el número de factores protectores que pueden estar presentes en una situación dada; por ejemplo, reforzar fuentes de apoyo y afecto, favorecer la comunicación y las habilidades de resolución de problemas.

Para quienes trabajan en el plano de la teoría como de la práctica en el ámbito de la pobreza, el concepto de resiliencia y aquellos afines a éste (p.e., factores y mecanismos protectores) abren un abanico de posibilidades, en tanto se enfatizan las fortalezas o aspectos positivos de los seres humanos. Este enfoque resulta de interés, especialmente si se compara con aquél que prevaleció hasta la década del sesenta, en el cual se subrayaban las carencias o déficits que presentaban los niños de la pobreza. Los programas basados en este último enfoque tenían un carácter compensatorio, en tanto tenían como objetivo suplir las carencias de los niños de los sectores populares. El enfoque de la resiliencia, por su parte, resalta los aspectos positivos que muestran las personas de la pobreza

(Kotliarenco et al., 1997) y da cuenta de las posibilidades que éste abre para su superación.

La pobreza ha sido descrita como una condición especialmente generadora de dolor y estrés. Diversos autores la sitúan en la misma línea que el vivir con padres que presentan patologías mentales severas como la esquizofrenia, o bien con padres que sufran de otros cuadros de alteraciones psicopatológicas. Otros autores (en Kotliarenco 1996b), como Sameroff y Seifer, señalan que la pobreza, o bien el pertenecer a grupos minoritarios, significa estar expuesto a situaciones que provocan un mayor deterioro que el hecho de ser criado por una madre con alteraciones psicopatológicas graves. Agregan que la situación que genera un mayor daño, es aquella en la cual están presentes tanto la pobreza como la patología mental.

El concepto de Resiliencia fue introducido en el ámbito psicológico hacia los años 70 por el médico-psiquiatra Michael Rutter, directamente inspirado en un concepto de la física. En la opinión conductista de Rutter, la resiliencia se reducía a una suerte de "flexibilidad social" adaptativa.

La resiliencia en psicología, es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y

dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aun habiendo vivido una situación traumática, han conseguido elaborarla y seguir desenvolviéndose y viviendo incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados.

Las fuentes interactivas de la resiliencia: de acuerdo con Edith Grotberg (1997), para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado, los niños y niñas toman factores de resiliencia de tres fuentes que se visualizan en las expresiones verbales de los sujetos (niños, adolescentes o adultos) con características resilientes:

“Yo tengo” en mi entorno social.

“Yo soy” y “yo estoy”, hablan de las fortalezas intrapsíquicas y condiciones personales.

“Yo puedo”, concierne a las habilidades en las relaciones con los otros

La resiliencia no debe considerarse como un estado permanente y de total invulnerabilidad. Las personas, familias y grupos con características resilientes, presentarán momentos y episodios de mayor debilidad y susceptibilidad, en tanto en otros momentos su resistencia, adaptación y superación de los obstáculos, aparecerá nítidamente en su actuar.

3.3.1. Perfil de una Persona Resiliente

Una persona con características resilientes es aquella que es capaz de establecer relaciones sociales constructivas, tiene un sentido de si mismo positivo, dimensiona los problemas, tiene sentido de esperanza frente a las dificultades, extrae significado de las situaciones de estrés, desarrolla iniciativa y se fija metas posibles de alcanzar (Saavedra, E. s.f.).

Esta persona presenta una serie de factores internos que actúan como protectores (Kotliarenco et al, 1996b), a saber:

- a.- Presta servicio a los otros o a una causa.
- b.- Emplea estrategias de convivencia, es asertivo, controla sus impulsos.
- c.- Es sociable.
- d.- Tiene sentido del humor.
- e.- Tiene un fuerte control interno frente a los problemas.
- f.- Manifiesta autonomía.

- g.- Ve positivamente el futuro.
- h.- Es flexible.
- i.- Tiene capacidad para aprender y conectar los aprendizajes.
- j.- Capacidad para auto motivarse.
- k.- Percibe competencias personales.
- l.- Hay confianza en sí mismo.

También existirían factores ambientales que apoyarían y favorecerían las características resilientes (ídem, 1996b):

- a.- El ambiente promueve vínculos estrechos.
- b.- El entorno valora y alienta a las personas.
- c.- Se promueve la educación.
- d.- Ambiente cálido, no crítico.
- e.- Hay límites claros.
- f.- Existen relaciones de apoyo.
- g.- Se comparten responsabilidades.
- h.- El ambiente es capaz de satisfacer las necesidades básicas de las personas.
- i.- El entorno expresa expectativas positivas y realistas.
- j.- Promueve el logro de metas.
- k.- Fomenta valores pro sociales y estrategias de convivencia.
- l.- Hay liderazgos claros y positivos.

m.- valora los talentos específicos de cada persona.

Claramente no se espera que todos estos elementos estén presentes en el sujeto o su ambiente para que se favorezca la aparición de conductas resilientes, pero es deseable que gran parte de ellas estén total o parcialmente desarrolladas (Saavedra, E. s.f.).

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO

La presente investigación se desarrolló con base al paradigma positivista de las ciencias (también llamado explicativo), tomando la conceptualización que Comte realiza al señalar “que la realidad Humana es Social y también ella debe ser conocida científicamente” (Martínez, R y Cortés, J; 1992, s.p.). Realizando una medición cuantitativa, *“utiliza preferentemente información cuantitativa o cuantificable para describir o tratar de explicar los fenómenos que estudia, en las formas que es posible hacerlo en el nivel de estructuración lógica en el cual se encuentran las ciencias sociales actuales”* (Briones, G.; 2002, p. 17). La medición nos permitirá el acceso a una forma de observar particular, medir entonces: *“La medida es la expresión de las relaciones mutuas entre calidad y cualidad. Es el límite de la existencia de un objeto como tal”* (García, G., 1985, p. 38).

Al asignarle valores numéricos al constructo “resiliencia”, se lo trata como una variable, la cual desde ya se presupone continua. La observación y descripción de tal variable, se obtiene a través de la “Escala de Resiliencia SV – RES” (Saavedra, E. y Villalta, M, 2008).

Las evaluaciones cuantitativas, por medio de pruebas y escalas en ciencias sociales, se realizan considerando una serie de supuestos que dan

cuenta del enfoque epistemológico desde el cual se levantan, que, como ya señalamos, es el enfoque epistemológico positivista (Hughes y Sharrock 1999). Se defiende, entre otros, el supuesto que indica que rasgos y estados psicológicos pueden cuantificarse y medirse, de cómo estas mediciones contribuyen al estudio del comportamiento para beneficiar el comportamiento social futuro, interviniendo aquellos aspectos débiles y fortaleciendo aquellos que aparecen como adecuados y/o positivos. En síntesis, se procuró arribar a explicaciones científicas a partir del empleo de instrumentos cuantitativos que permitieran obtener datos concretos, fidedignos y comprobables.

El enfoque positivista de las ciencias busca obtener resultados sólidos y objetivos al centrarse en la búsqueda de objetos lógicos accesibles a la razón, comprobando de manera empírica su presentación en la realidad social, buscando establecer, posteriormente, generalizaciones a partir de las primeras observaciones y descripción de los elementos del fenómeno social observado, intentando finalmente establecer aportes teóricos, metodológicos y prácticos que puedan ser replicables en futuras investigaciones, tomando las anteriores como puntos de partida.

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación alcanzada por este estudio, corresponde a un **diseño no experimental** (Hernández et al, 2002), pues no hay manipulación de las variables, sino observación de ellas en su espacio natural de ocurrencia, para luego analizarlas; *“Las investigaciones no experimentales son aquellas en las cuales el investigador no tiene el control sobre la variable independiente, que es una de las características de las investigaciones experimentales y cuasiexperimentales, como tampoco conforma a los grupos del estudio” (Briones, G. 2002, p.46).* En estas investigaciones, *“la variable independiente ya ha ocurrido cuando el investigador hace el estudio” (ídem. p. 46).*

Desde el punto de vista de su alcance, es **Descriptivo**, al observar y analizar las distintas dimensiones operacionales del constructo principal a estudiar, en este caso los factores resilientes, por medio de mediciones específicas y objetivables, avaladas por estudios previamente realizados, en un grupo humano ya instalado (Hernández et al, 2002).

El análisis descriptivo, constituye el primer nivel de análisis, y sus funciones son las de establecer cuál es la forma de distribución de una, dos o tres variables en el ámbito global del colectivo, cuántas unidades se distribuyen en categorías naturales o construidas de esas variables, cuál es la magnitud de ella expresada en forma de

una síntesis de valores, cuál es la dispersión con que se da entre las unidades del conjunto, etc. En la investigación social, el análisis descriptivo cumple la función principal de caracterizar a un colectivo con una o más de esas expresiones de la variable analizada. (Briones, G. 2002, p. 71).

A decir de Hernández et al, *“los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos y variables a los que se refieren”* (Hernández et al, 2002, p. 61).

Finalmente, el diseño, es **transeccional o trasversal**, con relación al período temporal en el cual se realiza: *“Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede”* (Hernández et al, 2002, p. 186).

4.3. Definición de Variables

Las variables con las que se trabaja en este estudio, han sido definidas de acuerdo a lo que el modelo metodológico plantea, vale decir, son constructos, propiedades que no pueden medirse en forma directa, por lo que se busca indicadores, manifestaciones visibles que den cuenta en la

conducta, de su existencia. A decir de Briones: *“Los constructos se definen como propiedades subyacentes, que no pueden medirse en forma directa, sino mediante manifestaciones externas de su existencia, es decir, mediante indicadores. En otras palabras, los constructos son variables subyacentes, por lo cual, habitualmente, caen en la denominación común de variables”*. (Briones, G, 2002, p 29). Al referirnos a los constructos dijimos que tales conceptos hipotéticos o teóricos correspondían a variables subyacentes que no pueden medirse de manera directa. Por lo mismo, deben buscarse procedimientos que permitan su medición indirecta mediante manifestaciones externas, empíricas y observables. Tales manifestaciones o expresiones reciben el nombre de indicadores. En el caso de una cierta actitud, *“son indicadores de ella las respuestas que pueda dar un sujeto a una o más preguntas que se supone se relacionan con la correspondiente variable subyacente”* (Briones, G. 2002, pág. 32)

Las actitudes que se investigan son los elementos que componen y dan cuenta del comportamiento resiliente en las personas.

Se entenderá a la resiliencia como una variable ordinal, en tanto se expresa numéricamente en diferentes grados de relación, mayores o menores, en relación a sí misma:

Las variables ordinales son propiedades que pueden darse en las personas en diferentes grados, a los cuales se les puede asignar números que sólo indican relaciones de “mayor” o “menor que”. Por ejemplo, si se ha aplicado una escala de “dependencia social” a algunas personas, y si a una de ellas, con base en sus respuestas, se le ha asignado el número “6” y a otra, con igual base, el número “3”, esos números no quieren decir que la segunda es la mitad de “dependiente” que aquella que ha obtenido el número “6”. Sólo significa que la primera es más dependiente que la segunda (Briones, G, 2002, pág.31).

4.3.1. Resiliencia

Como ya hemos señalado, este estudio, aborda el problema de si evidencia o no se evidencia comportamiento resiliente en usuarios de un programa de tratamiento para drogodependientes en la modalidad de comunidad terapéutica. Para ello se utiliza un marco conceptual y un instrumento estandarizado

4.3.1.1. Definición conceptual

Entenderemos por resiliencia: “*Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas*” (Grotberg, E. en Kotliarenko, M^a A. 1996a, p.7).

El Dr. Saavedra (2008), desarrolló un modelo para el estudio de casos de personas que evidencian resiliencia, señalando:

La (1) respuesta resiliente es una acción orientada a metas, respuesta sustentada o vinculada a (2) una visión abordable del problema; como conducta recurrente en (3) Visión de sí mismo, caracterizada por elementos afectivos y cognitivos positivos o proactivos ante los problemas, los cuales tienen como condición histórico-estructural a (4) Condiciones de base, es decir un sistema de creencias y vínculo sociales que impregnan la memoria de seguridad básica y que de modo recursivo interpreta la acción específica y los resultados (Saavedra, E. y Villalta, M., 2008, pp. 28 y 29).

Tal conceptualización de la resiliencia, se asocia a una expresión trídica de fuentes interactivas que permiten su expresión:

En la perspectiva de Edith Grotberg estas fuentes se pueden clasificar en tres categorías: 1) aquellas que tienen que ver con el apoyo que la persona cree que puede recibir (yo tengo...) 2) aquellas que tienen que ver con las fortalezas intrapsíquicas y condiciones internas de la persona (yo soy..., yo estoy...) y 3) aquellas que tienen que ver con las habilidades de la persona para relacionarse y resolver problemas (yo puedo...) (Kotliarenco, M. A., 1999, en Saavedra E. y Villalta, M., 2008, p. 28)

4.3.1.2. Definición operacional

Para la operacionalización del constructo se consideraron los marcos de referencia asociados a la escala SV –RES:

- Fuentes interactivas de resiliencia establecidas por el modelo propuesto por Edith Grotberg.
- Modelo para estudios de caso propuesto por Eugenio Saavedra.

El cruce de estos elementos, permite establecer una matriz de resiliencia, una tabla de doble entrada que, levanta los indicadores propuestos para cada nivel por la escala SV – RES.

	Condiciones de base	Visión de sí mismo	Visión del problema	Respuesta resiliente
Yo soy, yo estoy				
Yo tengo				
Yo puedo				

Los cruces posibles de dicha matriz, representan 12 factores que agrupan las fuentes interactivas de la resiliencia: se toman de la propuesta de Saavedra (s.f.) que parte desde la conducta evidente (respuesta resiliente) para inducir el sistema de creencias que la interpreta y la hace recurrente (condiciones de base). Refieren a distintas modalidades de interacción del sujeto: consigo mismo, con los otros, con sus posibilidades.

Las 12 categorías se señalan y definen en la siguiente tabla:

(Saavedra y Villalta, 2008, p. 31).

	Condiciones de base	Visión de sí mismo	Visión del problema	Respuesta resiliente
Yo soy, yo estoy	F1: Identidad	F2: Autonomía	F3: Satisfacción	F4: Pragmatismo
Yo tengo	F5: Vínculos	F6: Redes	F7: Modelos	F8: Metas
Yo puedo	F9: Afectividad	F10: Autoeficacia	F11: Aprendizaje	F12: Generatividad

4.3.2. Modalidad de Comunidad terapéutica para la intervención en el terreno de las drogodependencias.

La variable resiliencia, es estudiada en un grupo humano específico: drogodependientes, quienes en su esfuerzo y deseo de cambio, han buscado ayuda bajo un modelo de intervención particular, el desarrollado en las comunidades terapéuticas. Como ya señalamos, el estudio se desarrolla en una CT en particular, Caleta Sur, un programa de atención para adictos al alcohol y las drogas, vulnerados además por la situación de calle en la que viven. La caracterización del modelo de intervención se realizará posteriormente. A continuación se entregan las definiciones a partir de las cuales entenderemos CT de aquí en adelante.

4.3.2.1. Definición conceptual

Dentro de las alternativas disponibles para el tratamiento de rehabilitación de personas con consumo problemático de alcohol y drogas, desde mediados del siglo XX, surge una forma de intervenir que busca incorporar los aprendizajes de sus usuarios en un intento de democratizar y relevar los derechos de las personas frente a los modelos de intervención institucionales. Es así como en 1958, el psiquiatra inglés Maxwell Jones inicia

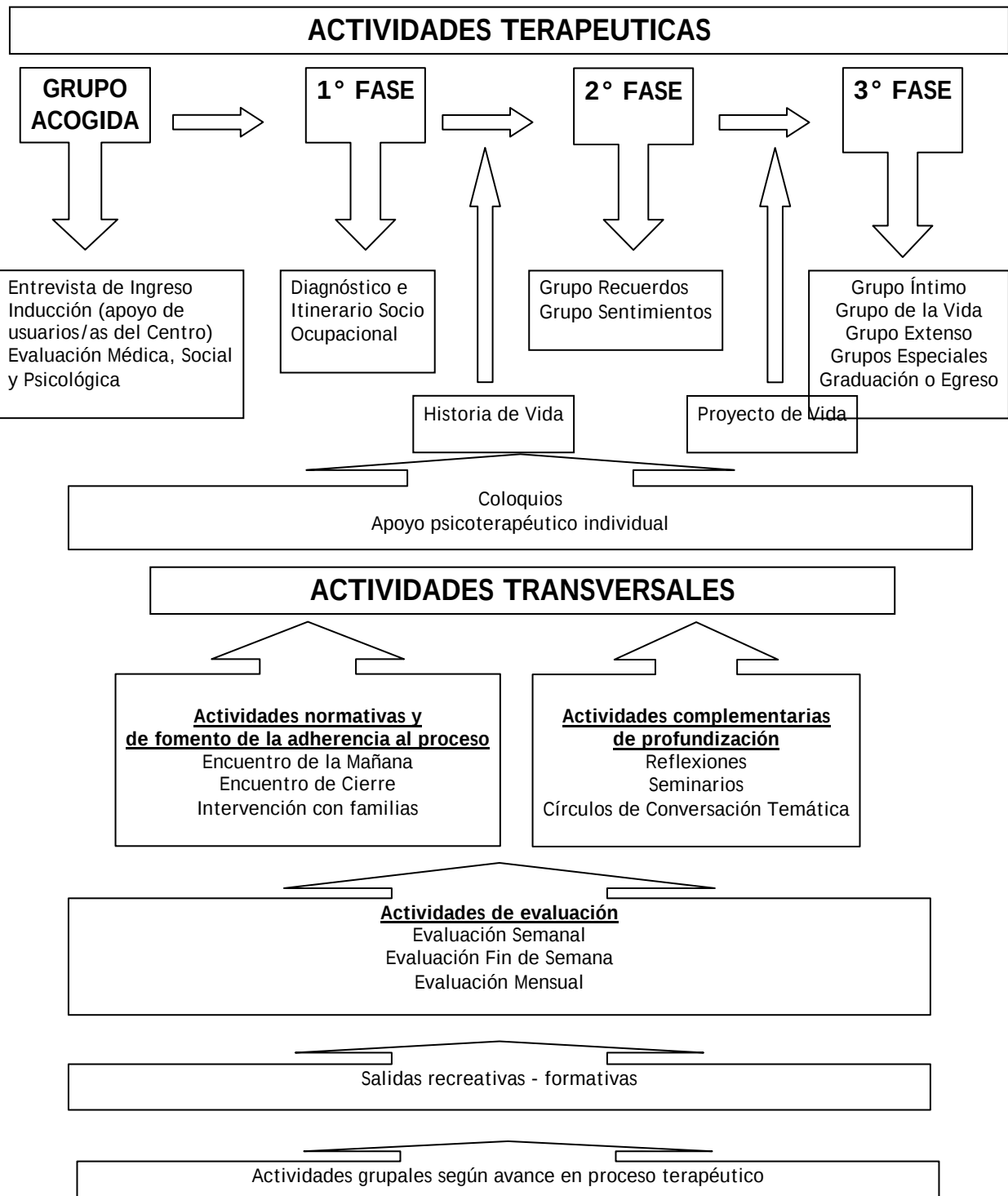
las transformaciones que permitirían más tarde el levantamiento de las primeras experiencias de comunidades terapéuticas (Rshaid, J.M., 2005).

Entenderemos que:

Comunidad Terapéutica (C.T.), es un modelo de trabajo y de vida que ayuda a personas, considerándolas capaces de influir en su propio tratamiento, rehabilitación y/o reeducación y/o recuperación y/o restauración. Es un modo de trabajo radicalmente distinto al institucional, sin dominación de jerarquías profesionales e institucionales (...) La C.T. basa la posibilidad de recuperación en **grupo o comunidad**, en que se espera lograr un nuevo estilo de vida basado en los valores como concebir la familia y los amigos, el sentido de la amistad, el sentido de la vida, y luego la reinserción social y laboral (...) el estilo relacional de la C.T. es el principal elemento terapéutico” (Palacios, J. 2004).

4.3.2.2. Definición operacional

La C.T. en la que realizamos el estudio, pertenece al programa Ambulatorio Intensivo de la comuna de La Pintana, Caleta Sur. A continuación esquematizamos los ejes de funcionamiento que desarrolla en la intervención con usuarios drogodependientes.



4.4. MUESTREO

El muestreo para este estudio corresponde a la denominación de *muestras no probabilísticas*. Son muestras compuestas por unidades de una población, *“que no han sido seleccionadas al azar. Por esta característica básica, no es posible calcular el error de muestreo de los valores encontrados en la muestra ni aplicar técnicas de la estadística inferencial”*. (Briones, G., 2002, pág. 61).

Dentro de los muestreos no probabilísticos hemos optado por el **muestreo por conveniencia**, que según explica Salkind (1999), es aquella forma de muestreo donde a partir de una población cautiva, de esta forma los usuarios de la CT, son elegidos los casos, es una muestra fácil de obtener y representativa para la población que se observa.

4.4.1. Universo

La delimitación de la población a estudiar, constituye el universo a partir del cual se constituirá la muestra del estudio, de acuerdo a las delimitaciones que el mismo estudio conlleva (Hernández et al, 2002).

El universo para este estudio, queda constituido por: ***todos los y las personas drogodependientes que participan en el programa de rehabilitación en la CT Caleta Sur.***

4.4.2. Muestra

Formada por el grupo de usuarios de la Comunidad Terapéutica Caleta Sur, en su *programa Ambulatorio Intensivo para la Rehabilitación de Personas adictas al alcohol y drogas en población general*, que cumplan con ciertos criterios de inclusión.

4.4.2.1. Criterios inclusión muestral

- Ser usuario de CT Caleta Sur con contrato terapéutico vigente en agosto de 2008 en el programa *Ambulatorio Intensivo para la Rehabilitación de Personas adictas al alcohol y drogas en población general*
- Ser usuario de CT Caleta Sur que ha alcanzado tiempo mínimo de permanencia de 2 meses de intervención a agosto de 2008 en el programa *Ambulatorio Intensivo para la Rehabilitación de Personas adictas al alcohol y drogas en población general*
- Ser usuario de CT Caleta Sur que está al menos en la primera fase de profundización terapéutica en agosto 2008 en el programa *Ambulatorio*

*Intensivo para la Rehabilitación de Personas adictas al alcohol y drogas
en población general*

4.4.2.2. Muestra obtenida

	Hombres	Mujeres	Total
Número usuarios	19	2	21
Número usuarios que cumplen criterios muestrales	13	2	15
Muestra Obtenida			15

4.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El presente estudio utilizó dos fuentes principales de levantamiento de información. Para la medición de indicadores de resiliencia y describir su comportamiento en la muestra observada, se aplicó la escala SV – RES de Saavedra y Villalta, Para caracterizar la modalidad de intervención como propia del tipo descrito para una CT, como también caracterizar a la

población observada, documentos internos que dan cuenta de su funcionamiento y metodología de intervención.

4.5.1. Escala SV – RES (Saavedra y Villalta, 2008).

La Escala de resiliencia SV – RES de los doctores Eugenio Saavedra Guajardo y Marco Villalta Paucar, tienen una validez y confiabilidad probadas en la población chilena a partir de una investigación realizada durante el año 2007, con una muestra de 288 sujetos de ambos sexos y con edades entre 15 y 65 años pertenecientes a la comuna de Curicó.

El estudio de la validez del instrumento arrojó un $r = 0.76$ y una confiabilidad, medida a través del alfa de Cronbach de 0.96.

La escala consta de 60 ítems, divididos en 12 factores específicos asociados al comportamiento resiliente.

Dichos factores darían cuenta de fuentes interactivas de resiliencia en una tabla de doble entrada, donde en la vertical se representa el modelo de Grotberg y en la horizontal el modelo que Saavedra propone. Los factores que conforman la escala son los siguientes:

1. Factor Identidad (cruce de “yo soy” y “condiciones de base”): Los ítems que lo forman refieren a juicios generales de concepciones de mundo relativamente estable que permiten al sujeto interpretar los hechos y las acciones por medio de las cuales se desenvuelve.
2. Factor Autonomía (cruce de “yo soy” y “visión de sí mismo”): los ítems que dan cuenta de este factor refieren a juicios que dan cuenta del vínculo que establece el sujeto consigo mismo y de cómo siente lo percibe su entorno.
3. Factor Satisfacción (cruce de “yo soy” y “visión del problema”): los ítems que lo conforman refieren a la manera en que el sujeto interpreta una situación problemática.
4. Factor Pragmatismo (cruce de “yo soy” y “respuesta resiliente”): los ítems que lo forman refieren juicios que el sujeto levanta interpretando las acciones que realiza.
5. Factor Vínculos (cruce de “yo tengo” y “condiciones de base”): estos ítems relevan el valor de la socialización primaria y redes sociales que emergen desde la historia personal del sujeto.
6. Factor Redes (cruce de “yo tengo” y “visión de sí mismo”): los ítems que forman este factor nos hablan del vínculo afectivo que establece el sujeto con su entorno social cercano.
7. Factor Modelos (cruce de “yo tengo” y “visión del problema”): los ítems de este factor incluyen juicios referentes a convicciones sobre el papel

de las redes sociales cercanas que posee el sujeto para la superación de situaciones problemáticas nuevas.

8. Factor Metas (cruce de “yo tengo” y “respuesta resiliente”): los ítems de este factor refieren al valor contextual que el sujeto otorga a metas y redes sociales por sobre situaciones problemáticas.
9. Factor Afectividad (cruce de “yo puedo” y “condiciones de base”): estos ítems dan cuenta de los juicios que el sujeto tiene frente a sus propias posibilidades y el vínculo con su entorno.
10. Factor Autoeficacia (cruce de “yo puedo” y “visión de sí mismo”): estos ítems se relacionan con la percepción que el sujeto tiene sobre su posible éxito al enfrentar una situación problemática.
11. Factor Aprendizaje (cruce de “yo puedo” y “visión del problema”): estos ítems se refieren al juicio que el sujeto realiza al asimilar situaciones problemáticas como aprendizajes a su historia.
12. Factor Generatividad (cruce “yo puedo” y “respuesta resiliente”): estos ítems se relacionan con que el sujeto perciba que tiene la posibilidad de pedir ayuda para resolver situaciones problemáticas.

4.5.2. Documentos internos CT Caleta Sur

La revisión de los documentos internos que regulan y definen el funcionamiento, plan de intervención y convenios institucionales, permiten estructurar los elementos constitutivos y fundamentales del quehacer de la CT y que se establece de acuerdo a los siguientes criterios:

La CT Caleta Sur atiende a personas con consumo problemático de drogas y alcohol, mayoritariamente en situación de calle con un compromiso biopsicosocial severo. Realiza un plan de intervención para población general, mayor de veinte años, bajo la modalidad “ambulatorio intensivo” con una duración promedio de tratamiento de un año, más un proceso de seguimiento de cinco años.

A la llegada al centro, sea el usuario derivado de alguna institución perteneciente a la red o llegando por demanda espontánea, es entrevistado para evaluar las motivaciones iniciales que lo llevan a solicitar ayuda, caracterizando su situación individual, familiar, social y ocupacional.

Posteriormente es ingresado a la fase de acogida, donde se espera que adquiera la adherencia necesaria para realizar un tratamiento y para adaptarse a los acuerdos de convivencia con los que el grupo funciona, así como también para iniciar el proceso diagnóstico individual, médico y social. Este proceso de acogida, se prolonga aproximadamente por un mes. Luego,

ingresa a los grupos de primera fase, donde se inicia el proceso de motivación y problematización terapéutica, como también el trabajo en los ejes transversales que posibilitarán la posterior profundización de las problemáticas individuales. El tiempo de permanencia en este grupo, es de aproximadamente dos meses. Posteriormente, ocurre el paso a una segunda fase, referida a un tiempo de profundización terapéutica, reparación y preparación de un nuevo proyecto de vida. Este grupo dura aproximadamente cuatro meses. Luego y para finalizar, participaría de una tercera fase, donde se realiza el cierre terapéutico y el egreso del programa (período de dos a tres meses), para comenzar el “despegue” paulatino de la comunidad. Un proceso de seguimiento se practica durante cinco años y, por medio de él, se evalúa el funcionamiento del proyecto de vida que se ha construido.

Existen atenciones que se desarrollan en un formato individual, de grupo pequeño y de grupo ampliado, de acuerdo a la evaluación y pertinencia que el equipo terapéutico considere necesaria.

Transversalmente se realizan talleres en los ámbitos de comunicación, habilidades sociales, círculos de conversación temáticas, seminarios y reflexiones de temas de interés y propuestos por el grupo, salidas recreativas y formativas en los ámbitos sociales y de preparación para la empleabilidad. Las actividades regulares se inician con un espacio terapéutico regular

llamado “encuentro de la mañana”. Se realizan asimismo actividades normativas y de fomento de la adherencia al proceso, actividades complementarias de profundización, actividades de evaluación, actividades grupales según el avance en el proceso terapéutico, actividades asociadas al ámbito socio ocupacional. Por otra parte, y también desde el inicio, se realiza un proceso de intervención familiar, en busca de la reconexión vincular con el núcleo de origen y con la familia propia.

4.6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

4.6.1. Análisis descriptivo

El análisis de datos a realizar, tal como lo referencian los objetivos de este estudio, permitirá describir las dimensiones de la variable, dividida en los que denominamos, de acuerdo a lo que propone la escala, fuentes interactivas de resiliencia. De esta manera, estableceremos descripciones estadísticas (Hernández et al, 2002), por medio de tablas de frecuencia, medidas de tendencia central, de variabilidad y representaciones gráficas de ellas. De acuerdo con el nivel de medición de la variable, que como ya lo expusimos, es de carácter ordinal, se establecerán categorías que facilitan el ordenamiento de los distintos niveles en la aparición del comportamiento resiliente. (Briones, G., 2002).

Las tablas de frecuencia, nos permitirán organizar los datos, visualizarlos y graficarlos.

Las medidas de tendencia central nos permitirán ubicar las categorías en la escala de medición

Las medidas de variabilidad nos indicarán la dispersión de los datos, en relación a las medidas de tendencia central.

4.6.2. Uso paquete SPSS

El estudio ha utilizado el programa de análisis estadístico SPSS, que permite el ordenamiento, tabulación y los análisis estadísticos requeridos por los objetivos comprometidos. “El SPSS (Statistical Product Service Solutions), es una potente herramienta de tratamiento de datos y análisis estadístico. Al igual que el resto de las aplicaciones que utilizan como soporte el sistema operativo Windows, el SPSS funciona mediante menús desplegables y cuadros de diálogos que permiten hacer la mayor parte del trabajo utilizando el puntero del mouse” (Pardo, A. y Ruiz, M.A., 2005, pág. 3).

Este paquete estadístico para las Ciencias Sociales fue desarrollado en la Universidad de Chicago y es uno de los más difundidos (Hernández et al, 2002).

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

5.1. Plan de Análisis de la información

La información recogida por la medición realizada con la aplicación de la escala SV_RES, será presentada esquemáticamente, organizando la información en respuesta a los objetivos específicos propuesto al inicio de la investigación. Al comenzar, señalamos que la Escala SV_RES de Saavedra y Villalta (2008), fue probada en una investigación que realizaron los autores en nuestro país el año 2007. El estudio de la validez del instrumento arrojó un $r = 0.76$ y una confiabilidad, medida a través del alfa de Cronbach de 0.96. garantizando de esta manera su validez y confiabilidad en futuras aplicaciones.

En primer lugar se realizó una caracterización de la población a la cual se le aplicó la escala: usuarios del programa de tratamiento de rehabilitación en la CT Caleta Sur.

En segundo lugar se comentan los resultados de la aplicación de la escala, la cual está dividida en tres subescalas: la primera de ellas midió la capacidad de relación de la persona con su entorno inmediato y social, llamada: YO TENGO.

En tercer lugar los resultados mostrados son los correspondientes a la segunda subescala, la cual midió las fortalezas intrapsíquicas y condiciones internas de la persona, denominada: YO SOY.

En cuarto lugar se presentan los resultados de la tercera subescala, la cual midió las habilidades de las personas en la interacción con otros, llamada: YO PUEDO.

En quinto lugar y final, se presentan cuadros de resumen que esperan mostrar los resultados de manera integrada.

5.1.1. Caracterización:

La muestra de personas de programa de tratamiento en rehabilitación, quedó conformada por 15 usuarios en situación de pobreza el 100% de ellos residentes en hospederías por encontrarse en situación de calle. Sus vínculos tanto con familia de origen como con núcleo construido, en un 86,7% estaban deteriorados al inicio de tratamiento²

² Fuente caracterización: documentos internos CT Caleta Sur

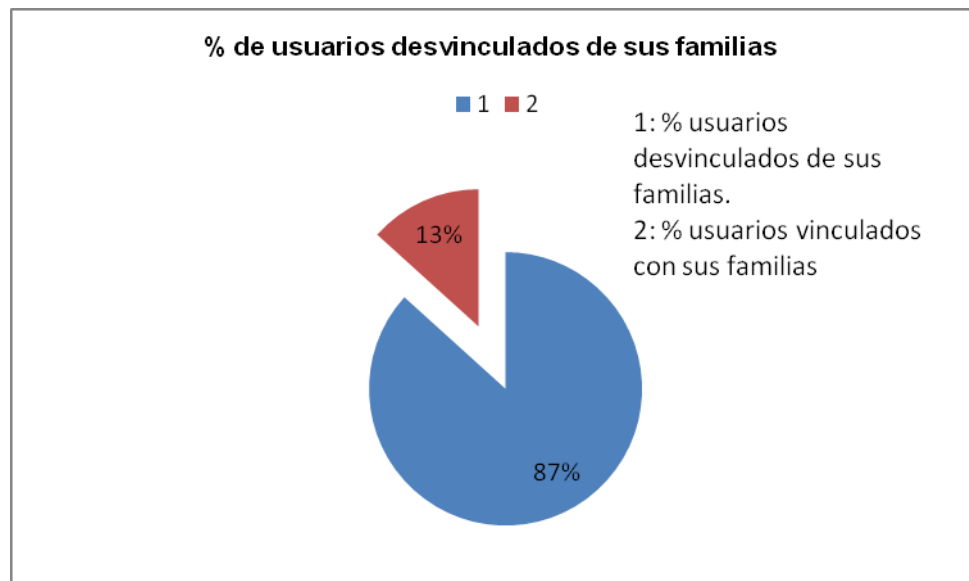
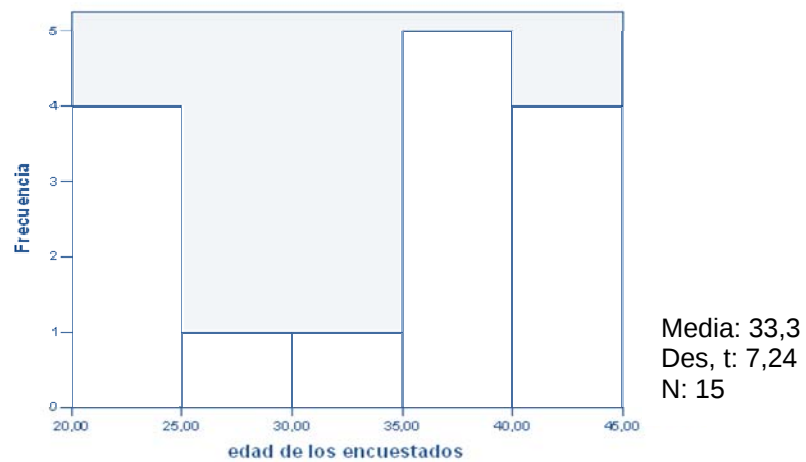


Grafico 1: % de usuarios desvinculados de sus familias

En relación con las edades de la muestra, las personas a quienes se les aplicó la escala, presentan un promedio de 33,6 años, teniendo el más joven 23 años y el mayor 44 años. Sus edades se dispersan de acuerdo a lo que muestra el gráfico nº 2, existiendo para la muestra cuatro personas entre los 20 y 25 años, una entre los 25 y 30 años, número que se repite en el rango entre 30 a 35 años, cinco en el rango que va entre los 35 a 40 años, y cuatro en el rango final entre 40 a 45 años.

Grafico 2: edad de los encuestados

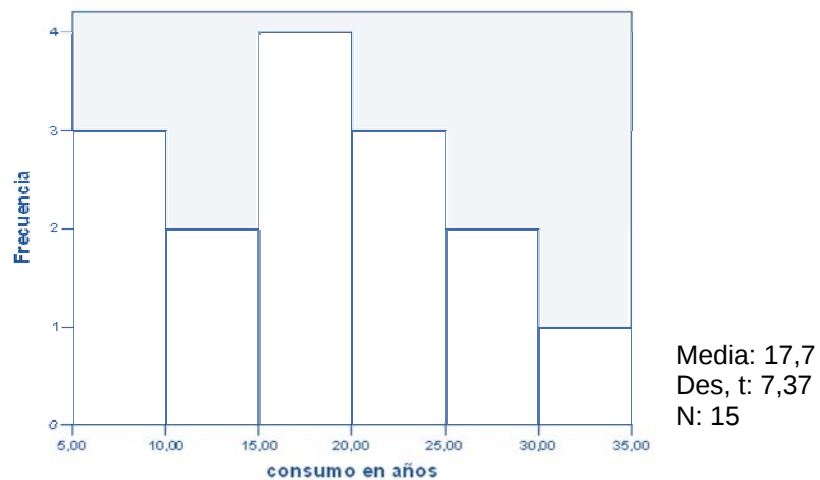


En relación con los años de consumo del grupo muestral, vemos un promedio de 17, 6 años, con un mínimo de seis y un máximo de 31 años de consumo de alcohol y drogas:

Cuadro nº 1: años de consumo

Estadísticos		
consumo en		
N	Válidos	15
	Perdidos	0
Media		17,7
Desv. típ.		7,4
Mínimo		6
Máximo		31
Percentiles	25	11
	50	17
	75	24

Grafico nº 3: años de consumo

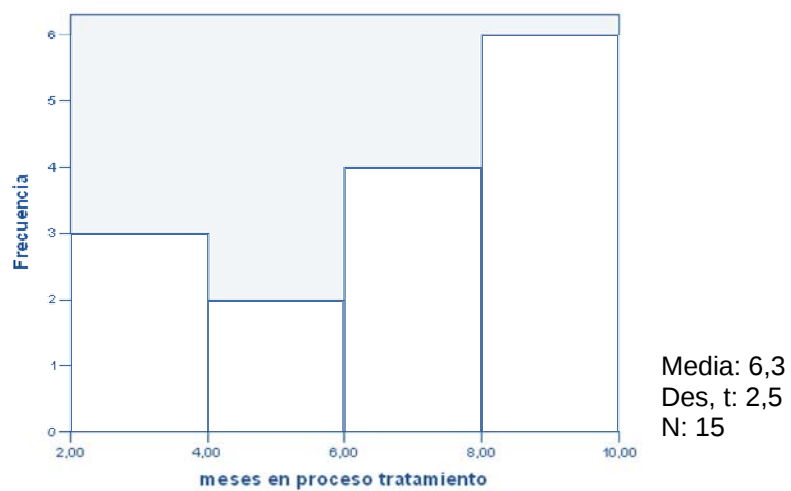


Los usuarios en tratamiento a quienes se les aplicó la escala SV_RES, de un tratamiento total que se prolonga en promedio diez meses, estuvieron en tratamiento en el momento de la aplicación de la escala un promedio de seis coma tres meses, estando la muestra constituida por tres personas que llevaban entre dos y cuatro meses, dos personas entre cuatro y seis meses, cuatro personas con una antigüedad de tratamiento entre los seis y ocho meses de tratamiento y seis personas con una antigüedad de tratamiento entre los ocho y diez meses, tal como lo reflejan el cuadro resumen y el histograma:

Cuadro nº 2: meses de tratamiento

meses en proceso tratamiento		
N	Válidos	15
	Perdidos	0
Media		6,3
Desv. típ.		2,6
Mínimo		2
Máximo		10
Percentiles	25	5
	50	6
	75	9

Grafico nº 4: meses de tratamiento

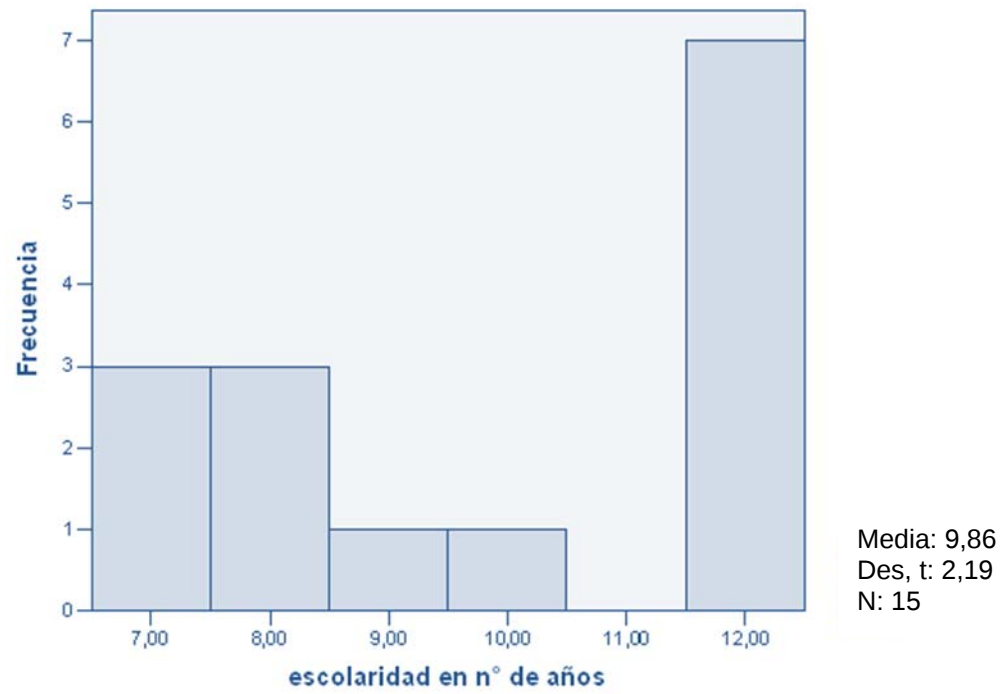


La escolaridad en años de estudio del grupo muestral, representado en un cuadro resumen e histograma, nos muestra que tienen un promedio de nueve coma ocho años de estudio, con un mínimo de siete y un máximo de doce años de estudio:

Cuadro nº 3: años de escolaridad

escolaridad en n° de años		
N	Válidos	15
	Perdidos	0
Media		9,87
Desv. típ.		2,20
Mínimo		7
Máximo		12
Percentiles	25	8
	50	10
	75	12

Grafico nº 5: años de escolaridad

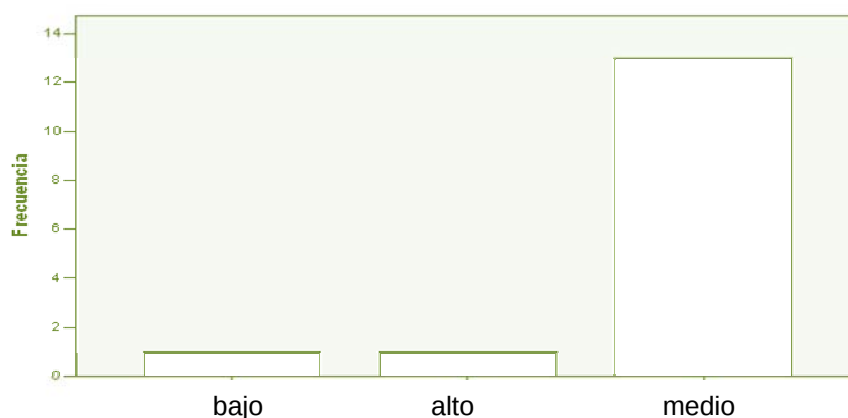


5.1.2. Subescala: YO TENGO

A continuación se presentan los resultados obtenidos por la subescala Yo Tengo de la Escala SV_RES, la cual observa la relación de la persona con su entorno inmediato y social. Está compuesta por 20 preguntas, a partir de las cuales se obtienen cuatro de los doce factores totales que mide la SV_RES. Cada pregunta de ésta y las otras dos subescalas, deben ser respondidas por las personas eligiendo entre cinco alternativas que van desde la afirmación “muy de acuerdo”, equivalente a cinco puntos, puntaje más alto para cada pregunta, hasta “muy en desacuerdo” que puntúa uno, puntaje más bajo para cada pregunta. Los factores que miden esta subescala son: *Vínculos*: factor que evalúa la socialización primaria y redes sociales que emergen desde la historia personal del sujeto, *Redes*: factor que indica el vínculo afectivo que establece el sujeto con su entorno social cercano, *Modelos*: que integran juicios referentes a convicciones sobre el papel de las redes sociales cercanas que posee el sujeto para la superación de situaciones problemáticas nuevas, y *Metas*: este factor refieren al valor contextual que el sujeto otorga a metas y redes sociales por sobre situaciones problemáticas. Cada subescala puede promediar puntaje bajo, medio o alto, al igual que cada factor; en cada caso, el puntaje nos señala el comportamiento resiliente que presenta la persona para cada factor o subescala según corresponda.

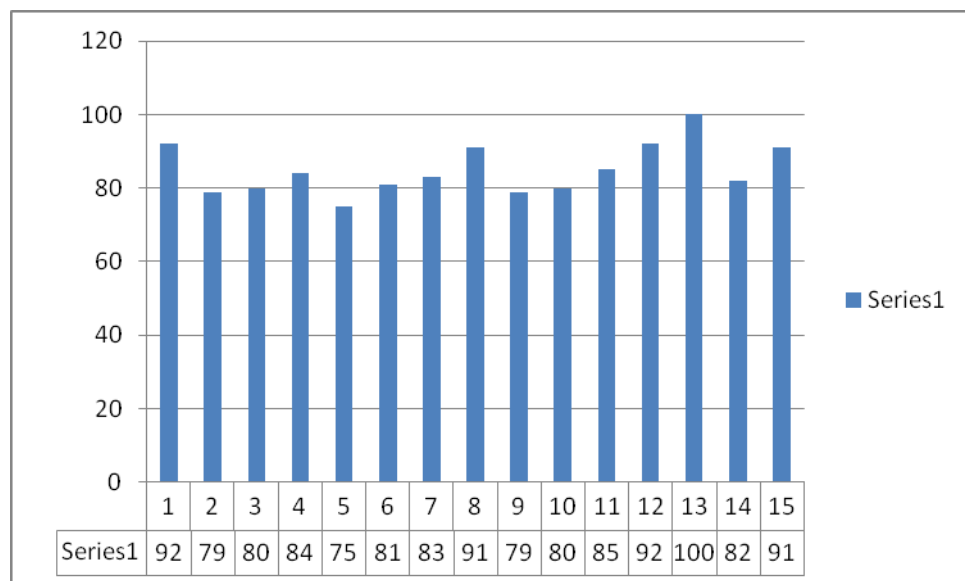
El gráfico siguiente representa el comportamiento resiliente en la subescala YO TENGO, el cual tal como se aprecia, indica que 13 de las 15 personas de la muestra presentan comportamiento resiliente en un nivel promedio.

Grafico nº 6: promedio subescala
YO TENGO



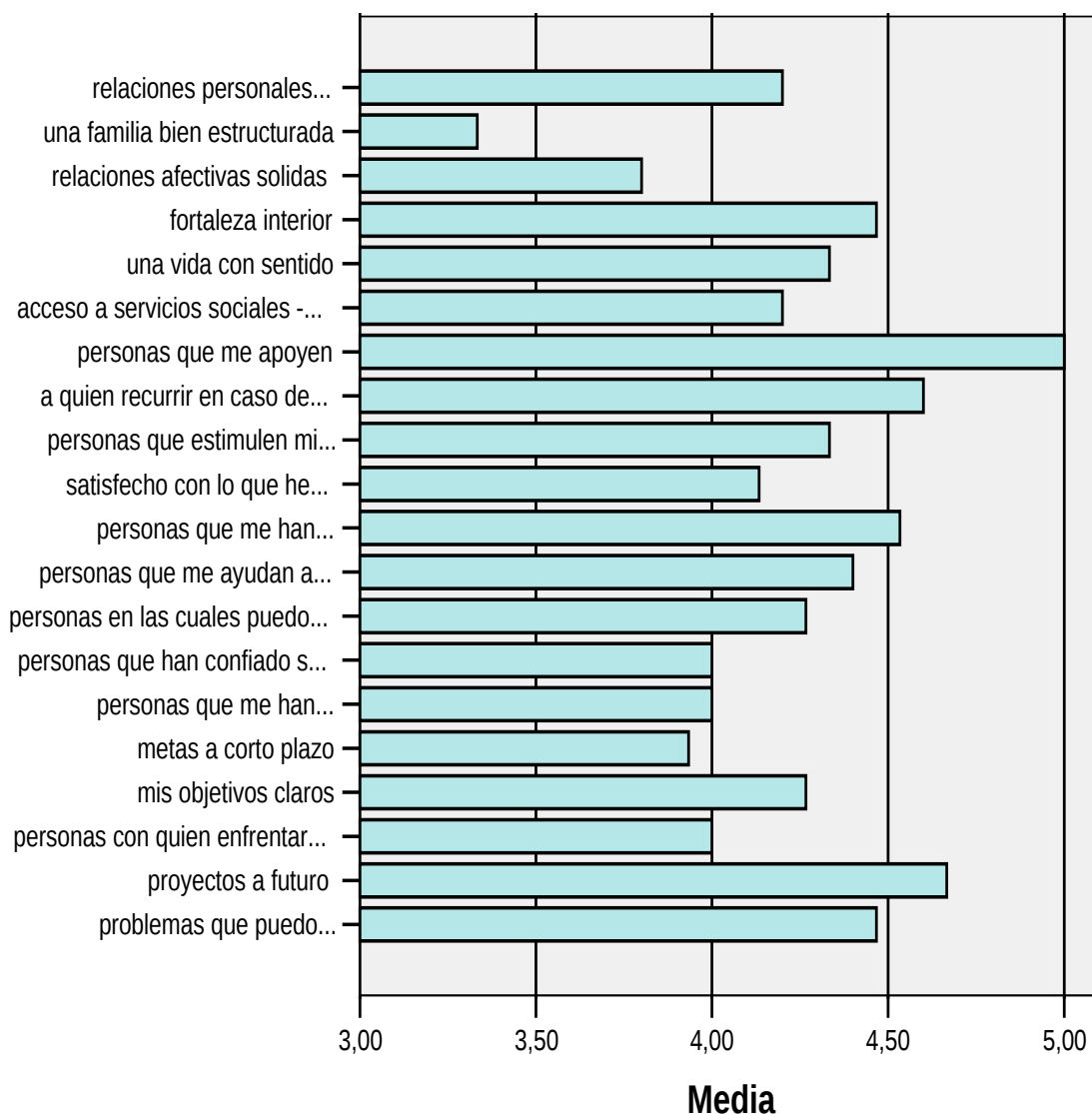
El puntaje promedio obtenido de esta subescala es de 85 puntos totales, con un mínimo de 79 y un máximo de 100 puntos.

Grafico nº 7: puntaje total subescala YO TENGO



La respuesta que obtuvo menor puntaje fue: “(yo tengo) una familia bien estructurada”, mientras que la respuesta que obtuvo mayor puntaje fue: “(yo tengo) personas que me apoyan”.

Grafico nº 8: presentación de respuestas subescala: YO TENGO



El cuadro siguiente, indica la frecuencia con la que cada puntaje promedio por respuesta se presenta, destacamos en color verde los tres promedios de respuestas menores y mayores, que se concentran con una frecuencia acumulada de 20,1%

Cuadro nº 4: tabla de frecuencias factor VINCULOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2,80	1	6,7	6,7	6,7
	3,40	1	6,7	6,7	13,3
	3,60	1	6,7	6,7	20,0
	3,80	2	13,3	13,3	33,3
	4,00	3	20,0	20,0	53,3
	4,20	4	26,7	26,7	80,0
	4,40	1	6,7	6,7	86,7
	4,80	1	6,7	6,7	93,3
	5,00	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Como ya se señaló, el factor VINCULOS, primero de esta subescala, evalúa la socialización primaria y las redes sociales que emergen desde la historia personal del sujeto, este factor es el que presenta un mayor número de sujetos que evalúan “bajo” para este factor, con un 33,3 % de la muestra, en tanto un 53,3 % puntúa “medio” y sólo un 13,3% “alto”. La media del promedio de respuesta es también el más bajo, alcanzando un cuatro coma cero dos, indicadores que podemos observar en los gráficos nº 9 y 10.

Grafico nº 9: presentación respuestas para factor VINCULOS

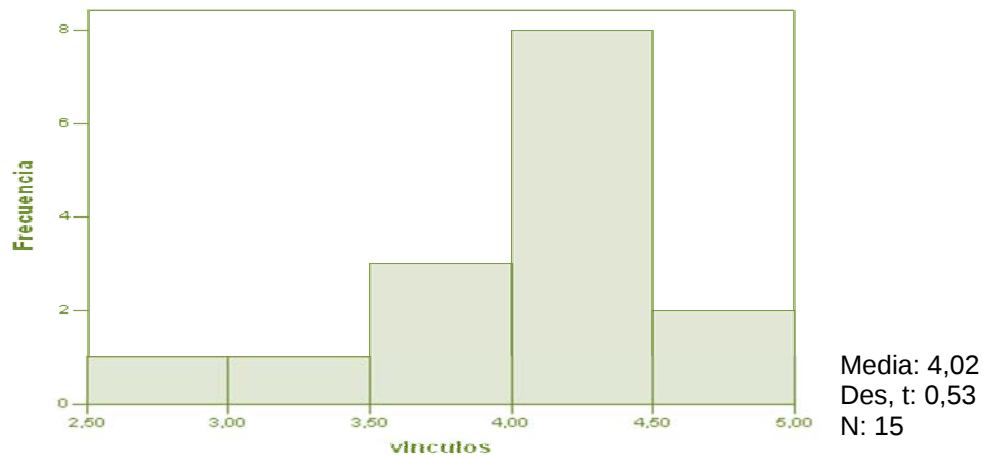
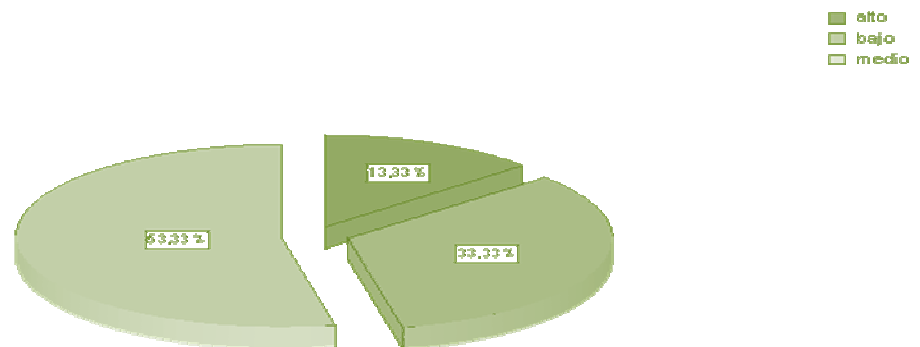
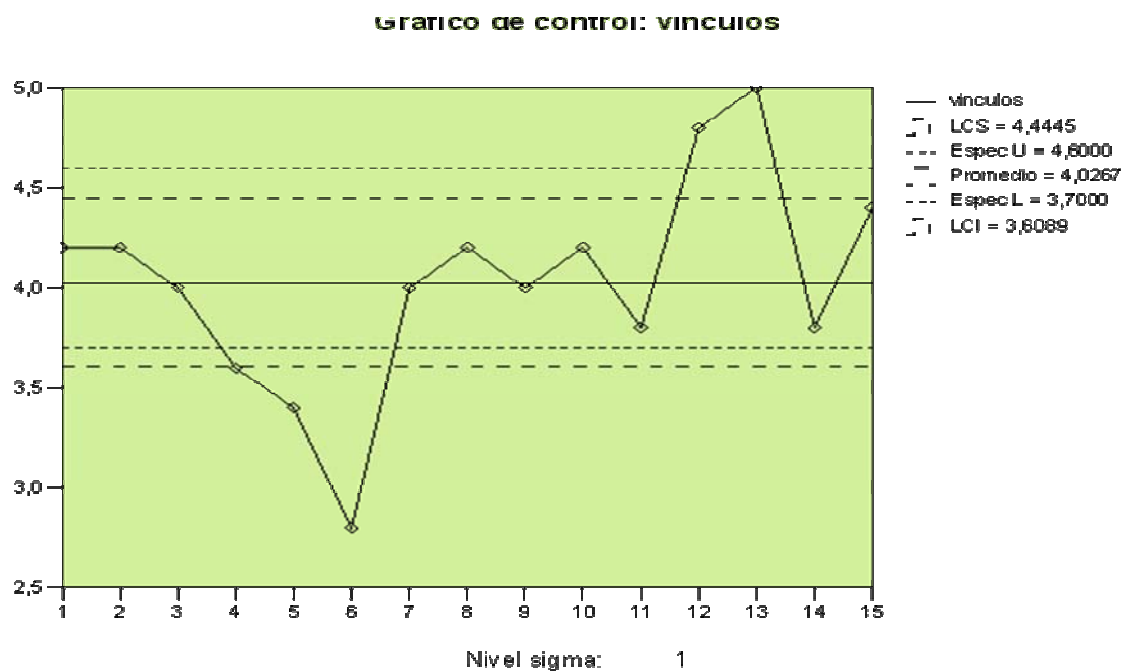


Grafico nº 10: comportamiento resiliente factor VINCULOS



El gráfico nº 11, representa cómo respondió de cada sujeto de la muestra a las preguntas de la Escala para este factor, promedios de respuestas que van entre los tres coma siete y cuatro coma cuatro puntos

Grafico nº 11: control factor VINCULOS



Por otra parte, el factor REDES evalúa el comportamiento resiliente de las personas en relación con el vínculo afectivo que establecen con su entorno social cercano. El gráfico nº 12 nos muestra los promedios de puntajes por respuestas para el factor, el cual presenta una media de cuatro

coma cinco puntos. Este factor es el que alcanza un mayor número de personas en el promedio “alto”, con un 33,3 %, mientras que “medio” son un 53,3 % y “bajo” un 13,3%. De igual manera, observamos que un 75% de la muestra entrega un promedio de respuesta entre los cuatro coma dos y cinco puntos promedios, demostrando una alta vinculación afectiva con el entorno social cercano. Lo anterior se expresa en los gráficos nº 12 y 13

Grafico nº 12: presentación respuestas para factor REDES

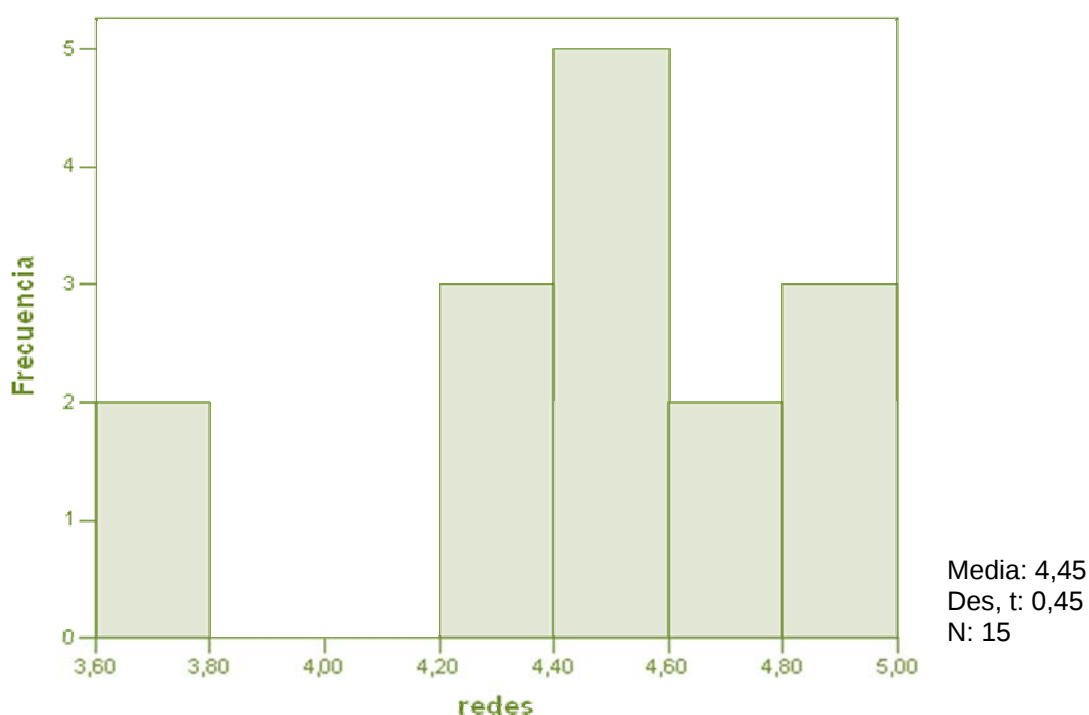
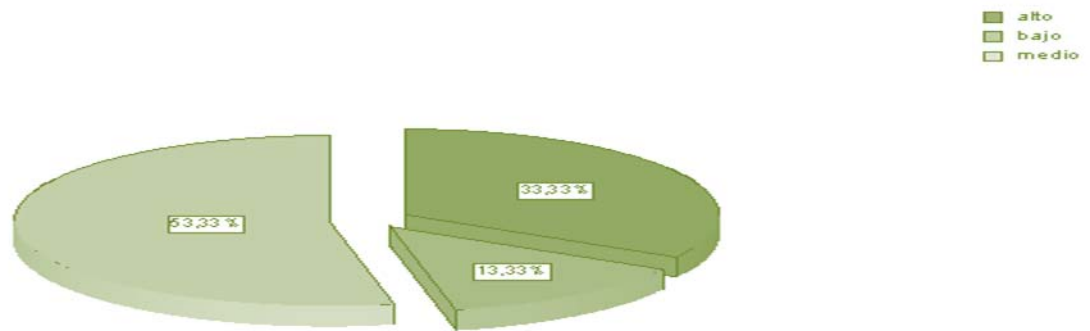


Grafico nº 13: comportamiento resiliente factor REDES

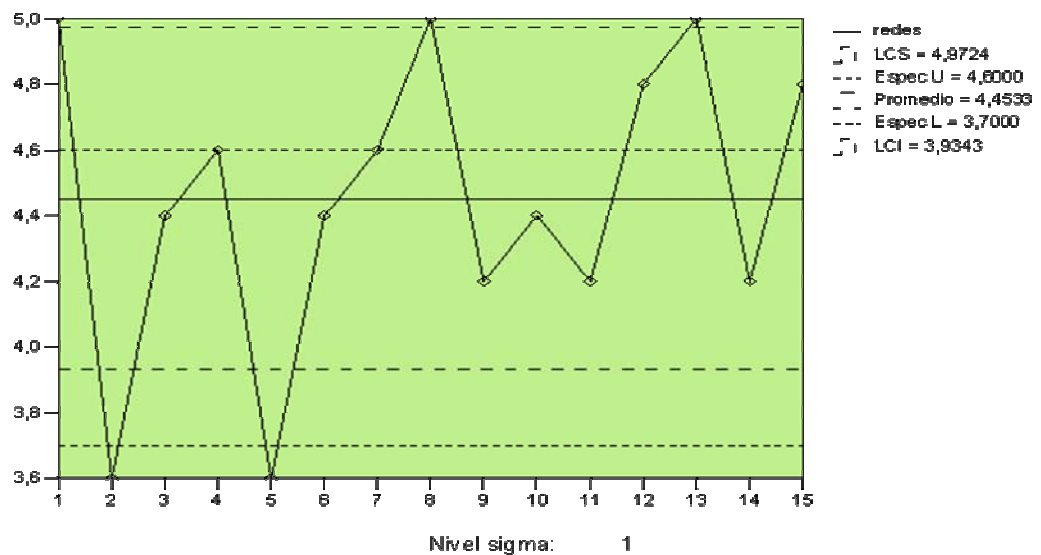


Las frecuencias en los promedios de respuestas se concentran de manera muy homogénea en tres tercios, tal como lo muestra el cuadro nº5.

Cuadro nº 5: tabla de frecuencias factor REDES.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3,60	2	13,3	13,3	13,3
	4,20	3	20,0	20,0	33,3
	4,40	3	20,0	20,0	53,3
	4,60	2	13,3	13,3	66,7
	4,80	2	13,3	13,3	80,0
	5,00	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

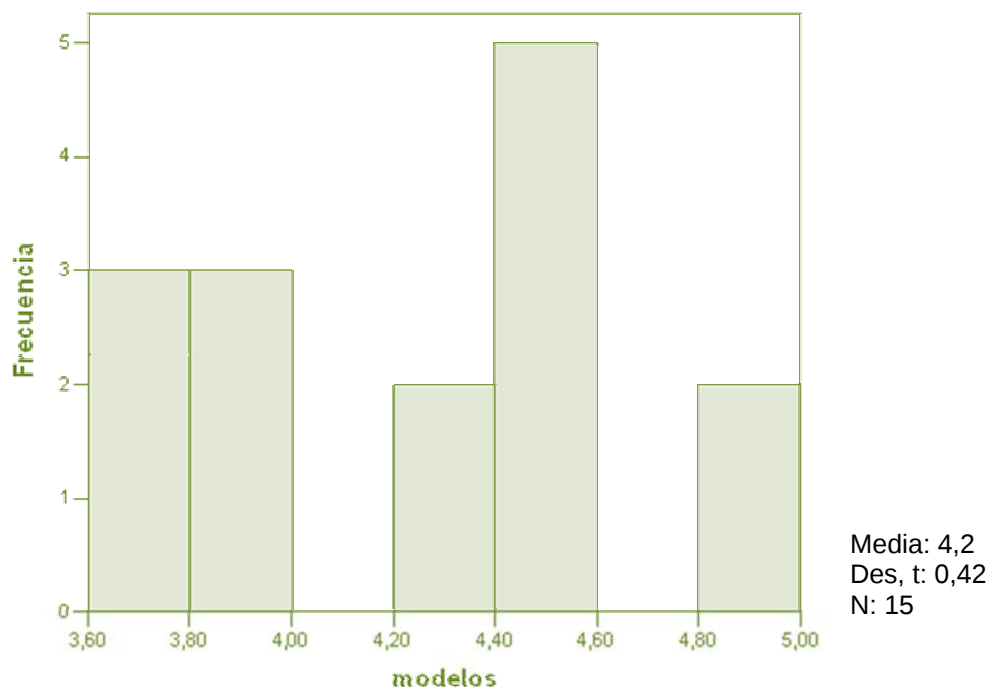
Grafico nº 14: control factor REDES



El grafico nº 14 por su parte, expresa como respondió cada sujeto las preguntas del factor REDES, con una variación de puntaje mínima de tres coma seis y una máxima de cinco puntos promedios de respuesta.

Con respecto al tercer factor para la subescala YO TENGO, MODELOS, referido a juicios referentes a convicciones sobre el papel de las redes sociales cercanas que posee el sujeto para la superación de situaciones problemáticas nuevas, el promedio de puntaje de respuestas es de cuatro, dos puntos, tal como lo señalan el gráfico nº15 y el cuadro nº6

Grafico nº 15: presentación respuestas para factor
MODELOS



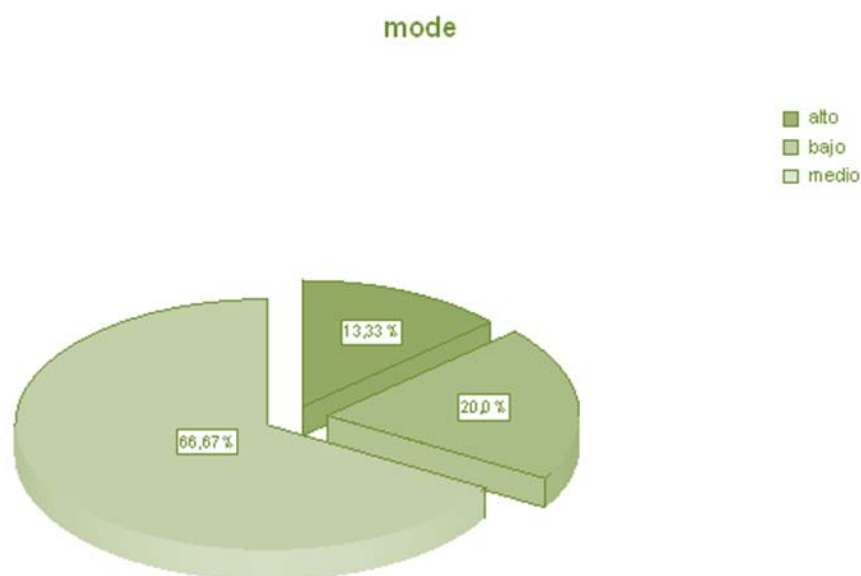
Cuadro nº 6: tabla de frecuencia factor MODELOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3,60	2	13,3	13,3	13,3
	3,80	1	6,7	6,7	20,0
	4,00	3	20,0	20,0	40,0
	4,20	2	13,3	13,3	53,3
	4,40	4	26,7	26,7	80,0
	4,60	1	6,7	6,7	86,7
	5,00	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

El gráfico 16 por su parte, indica que un 66,7% de la muestra se ubica en “medio” y un 20% de los usuarios en

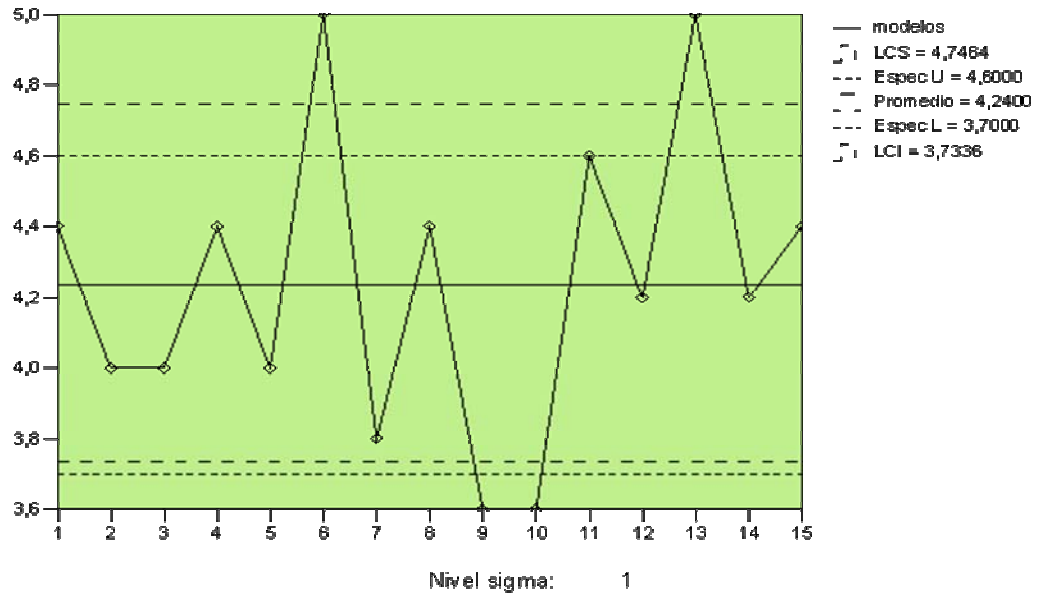
“bajo”

Grafico nº 16: comportamiento resiliente factor MODELOS



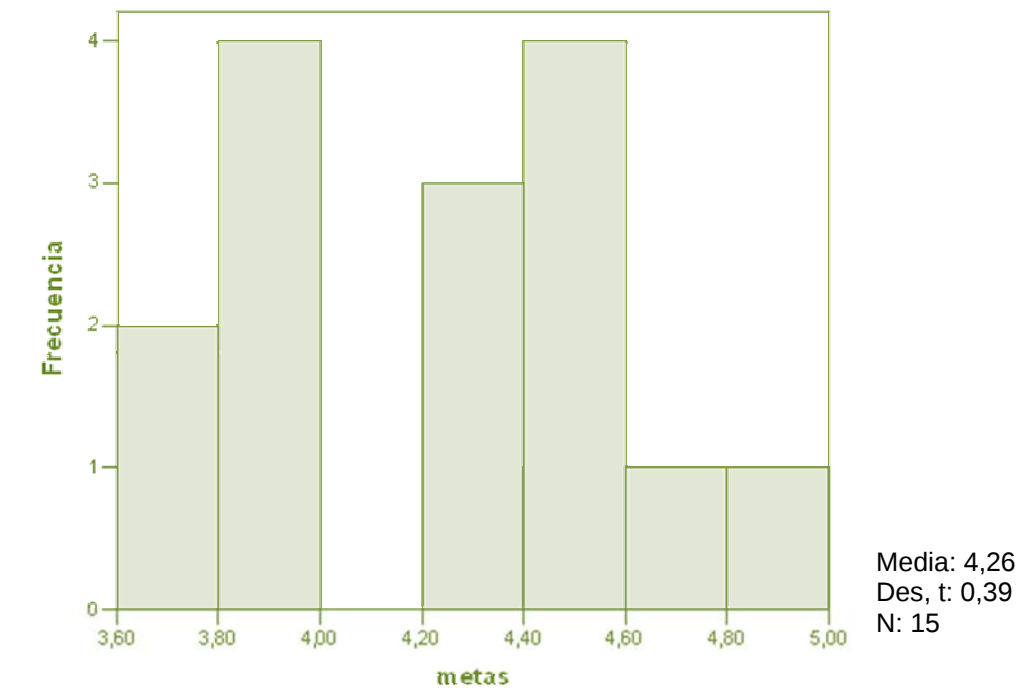
Finalmente, el gráfico nº 17, muestra el comportamiento de cada individuo para el factor MODELOS presenta una mayor amplitud con respecto a los otros dos factores presentados, concentrándose éstos por sobre la media de cuatro coma dos puntos promedios por respuesta.

Grafico nº 17: control factor MODELOS



El factor METAS último de esta subescala, mide el valor contextual que el sujeto otorga a metas y redes sociales por sobre situaciones problemáticas. El promedio de puntajes que vemos en el gráfico nº 18, es de cuatro coma dos puntos, al igual que el factor anterior. Sin embargo, como lo indica el cuadro nº 8, más del 50% de los usuarios evaluados se agrupan por sobre el valor de la media, respondiendo en promedio más alto que el cuatro coma dos indicado.

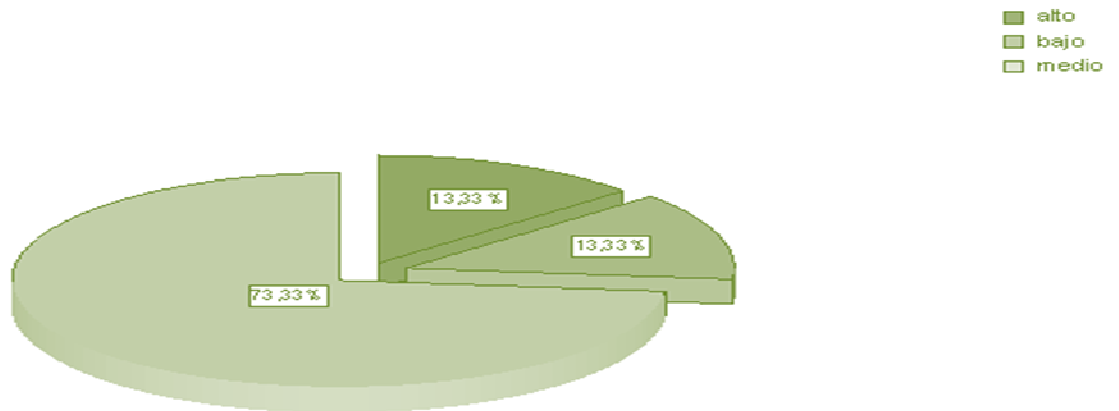
Grafico nº 18: presentación respuestas para factor METAS



cuadro nº 7: tabla de frecuencias factor METAS

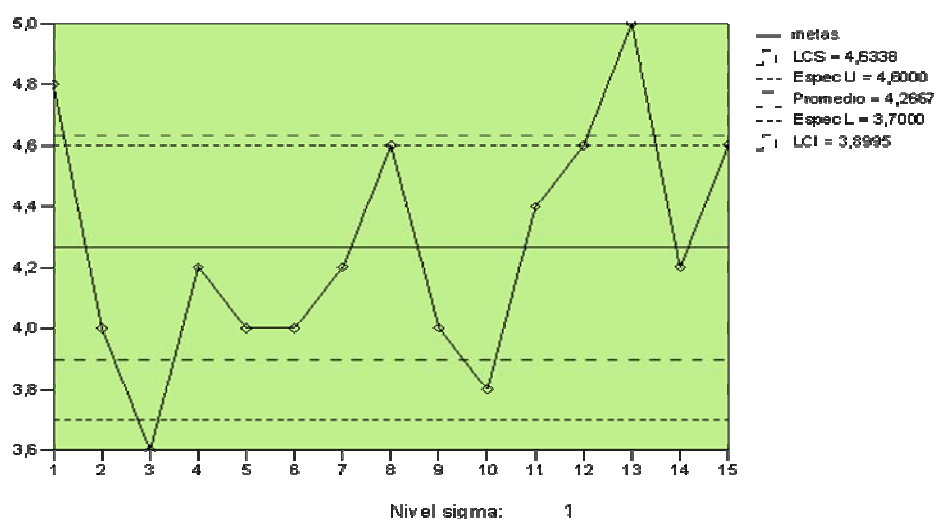
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3,60	1	6,7	6,7	6,7
	3,80	1	6,7	6,7	13,3
	4,00	4	26,7	26,7	40,0
	4,20	3	20,0	20,0	60,0
	4,40	1	6,7	6,7	66,7
	4,60	3	20,0	20,0	86,7
	4,80	1	6,7	6,7	93,3
	5,00	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Grafico nº 19: comportamiento resiliente factor METAS



El gráfico nº 19 muestra que un 73,3% de la muestra se ubica en el nivel “medio”. El gráfico nº 20, muestra el comportamiento individual de los usuarios que constituyeron la muestra, destacando el caso tres que presenta el promedio de respuesta más bajo con un tres coma seis y el caso trece, con cinco puntos promedios. Cabe destacar que el caso nº 13, en los cuatro factores puntúa los mayores resultados con cinco puntos promedio para las respuestas de cada factor y por tanto, de la subescala completa. En relación con los promedios menores, sin embargo, no aparece un caso particular puntuando bajo.

Grafico nº 20: control factor METAS



Al comparar los cuatro factores de la subescala, tal como lo muestra el cuadro nº 8, el promedio más bajo de respuestas está en vínculos, con una desviación entre sus valores mayor a la de los otros tres factores, alcanzando un valor de cero coma cinco, sus puntajes mínimo y máximo son más bajos que los otros también.

Cuadro nº 8: resumen descriptivos para factores subescala YO TENGO

		vínculos	redes	modelos	metas
N	Válidos	15	15	15	15
	Perdidos	0	0	0	0
Media		4,0267	4,4533	4,2400	4,2667
Moda		4,20	4,20(a)	4,40	4,00
Desv. típ.		,53381	,45019	,42895	,39036
Percentiles	25	3,8000	4,2000	4,0000	4,0000
	50	4,0000	4,4000	4,2000	4,2000
	75	4,2000	4,8000	4,4000	4,6000

a Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores

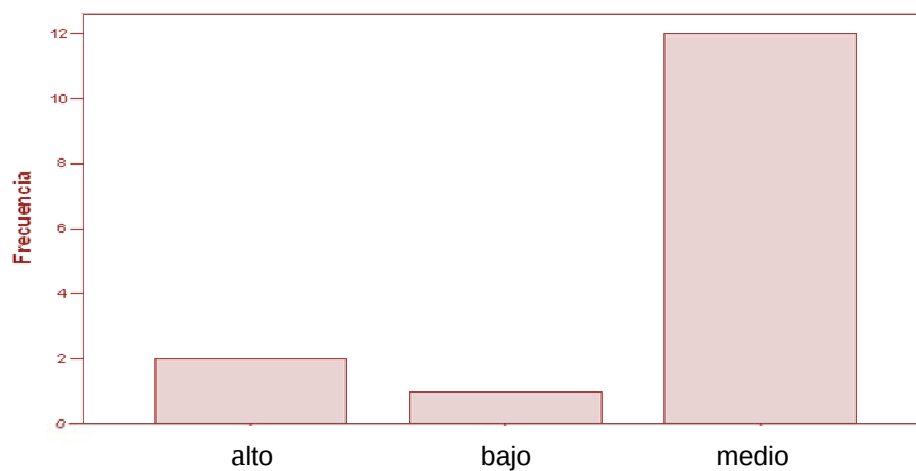
5.1.3. Subescala: YO SOY

Los resultados de ésta subescala, evalúan las fortalezas intrapsíquicas y condiciones internas de la persona. Al igual que la subescala anterior, está compuesta por 20 preguntas, a partir de las cuales se obtienen cuatro de los doce factores totales que mide la SV_RES.

Los factores que miden esta subescala son: *Identidad*: factor que evalúa los juicios generales que definen a la persona de manera relativamente estable, *Autonomía*: factor que indica el vínculo que establece la persona consigo mismo para definir su aporte al entorno sociocultural, *Satisfacción*: que integra juicios referentes a la interpretación que hace la persona de una situación problemática, y *Pragmatismo*: este factor refiere a juicios que le develan a la persona la forma en que interpreta las acciones que realiza.

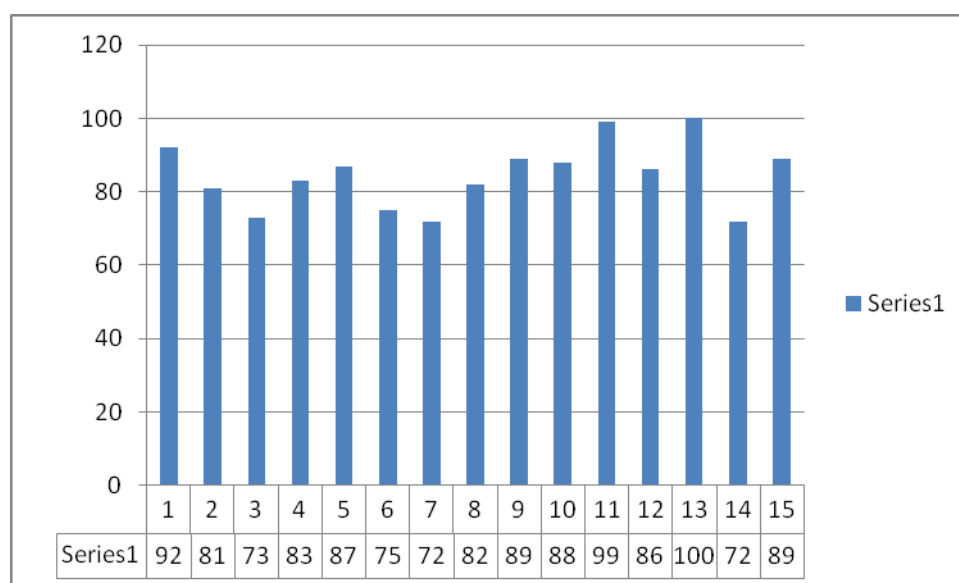
El gráfico nº 21 representa el comportamiento resiliente en la subescala YO SOY, el cual tal como se aprecia, indica que 12 de las 15 personas de la muestra presentan comportamiento resiliente en un nivel promedio.

Grafico nº21: promedio subescala YO SOY



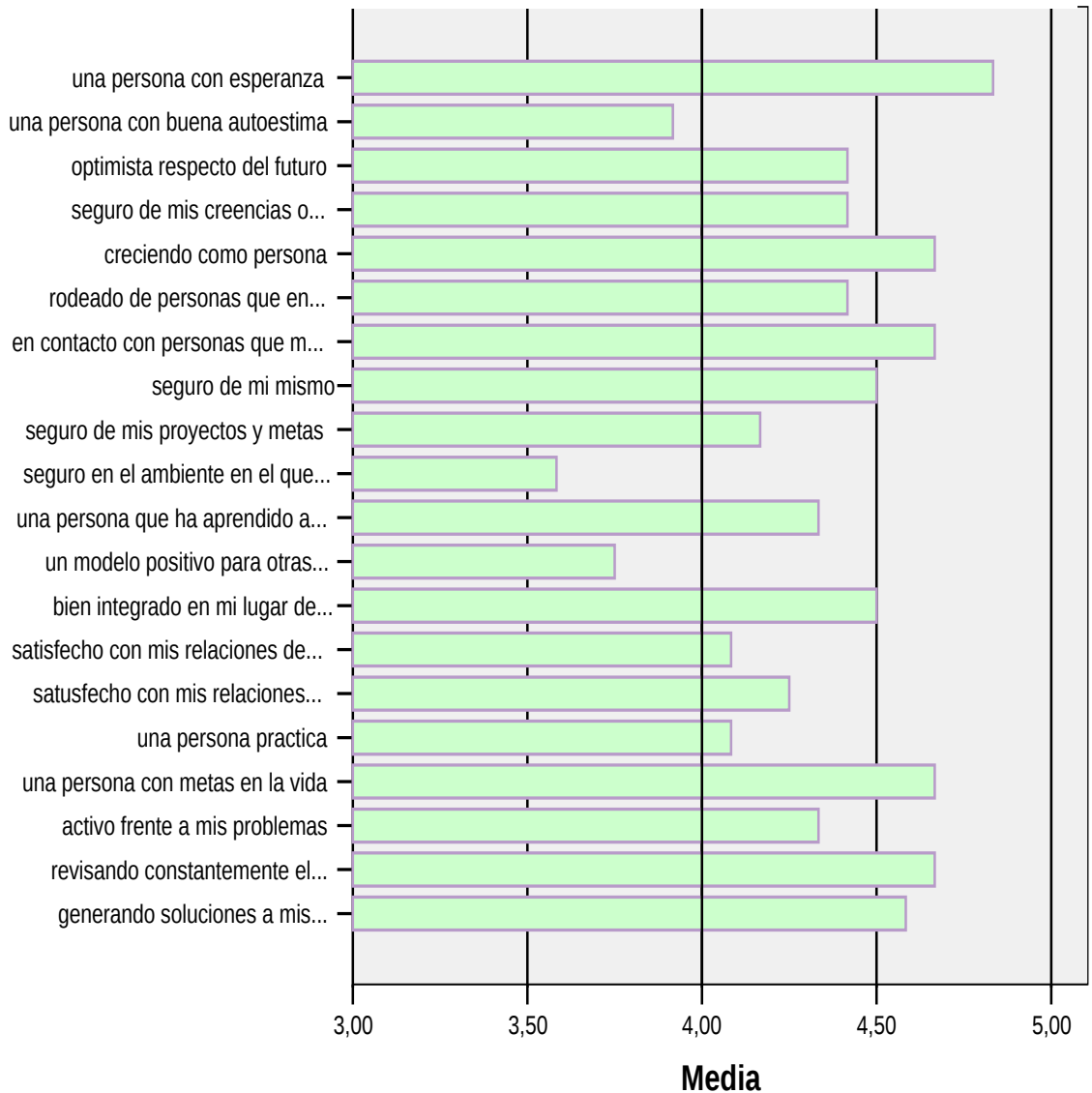
El puntaje total promedio obtenido de esta subescala es de 84,53 puntos totales, con un mínimo de 72 y un máximo de 100 puntos.

Grafico nº22: puntaje total subescala YO SOY



La respuesta que obtuvo menor puntaje fue: “(yo soy) una persona con buena autoestima”, mientras que la respuesta que obtuvo mayor puntaje fue: “(yo soy/estoy) seguro en el ambiente en que vivo”.

Grafico nº 23: presentación de respuestas subescala: YO SOY



El cuadro nº 9, indica la frecuencia con la que cada puntaje promedio por respuesta se presenta, mostrando una dispersión homogénea en el factor IDENTIDAD de los promedios de respuesta, presentándose con frecuencias regulares, excepto para el promedio de respuesta cuatro coma cuatro, donde hubo dos personas que puntuaron un promedio igual.

Cuadro nº 9: tabla de frecuencias factor IDENTIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3,65	1	6,7	6,7	6,7
	3,75	1	6,7	6,7	13,3
	3,79	1	6,7	6,7	20,0
	4,00	1	6,7	6,7	26,7
	4,05	1	6,7	6,7	33,3
	4,15	1	6,7	6,7	40,0
	4,30	1	6,7	6,7	46,7
	4,32	1	6,7	6,7	53,3
	4,35	1	6,7	6,7	60,0
	4,40	1	6,7	6,7	66,7
	4,45	2	13,3	13,3	80,0
	4,60	1	6,7	6,7	86,7
	4,95	1	6,7	6,7	93,3
	5,00	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

El factor IDENTIDAD, presenta un promedio de respuesta de cuatro coma cuatro puntos, como podemos observar en el gráfico nº 24. Por otra parte, el gráfico nº 25 indica que hay un 33,3% de la muestra en “alto”, un 53,3 % en “medio” y un 13,3% de los sujetos en “bajo”.

Grafico nº 24: presentación respuestas para factor IDENTIDAD

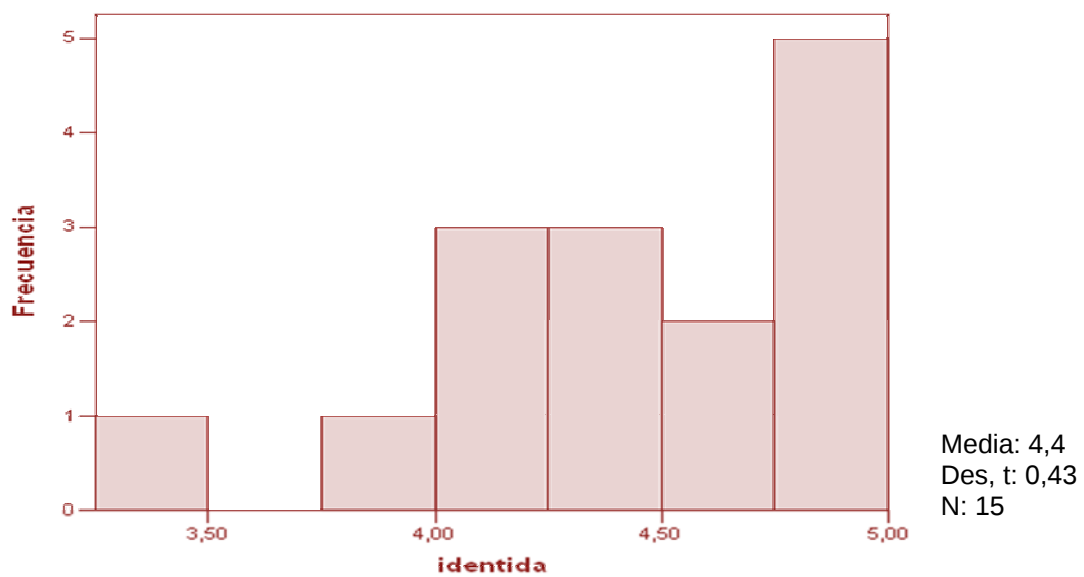
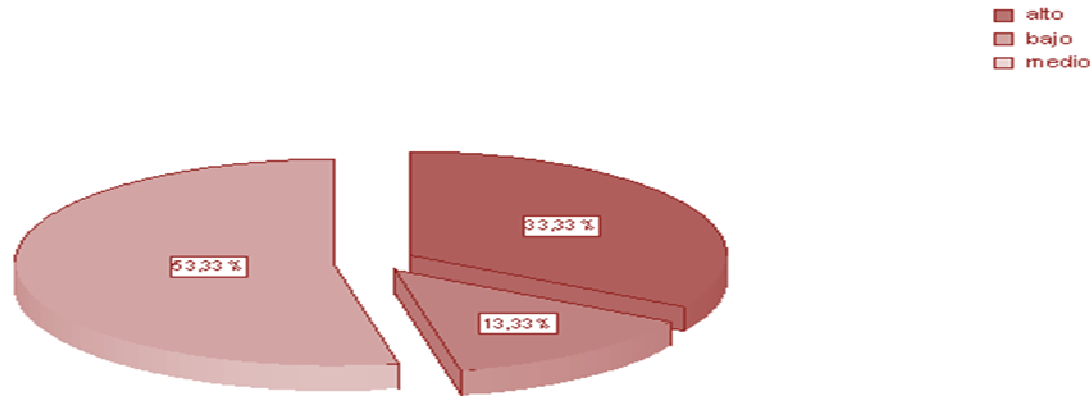
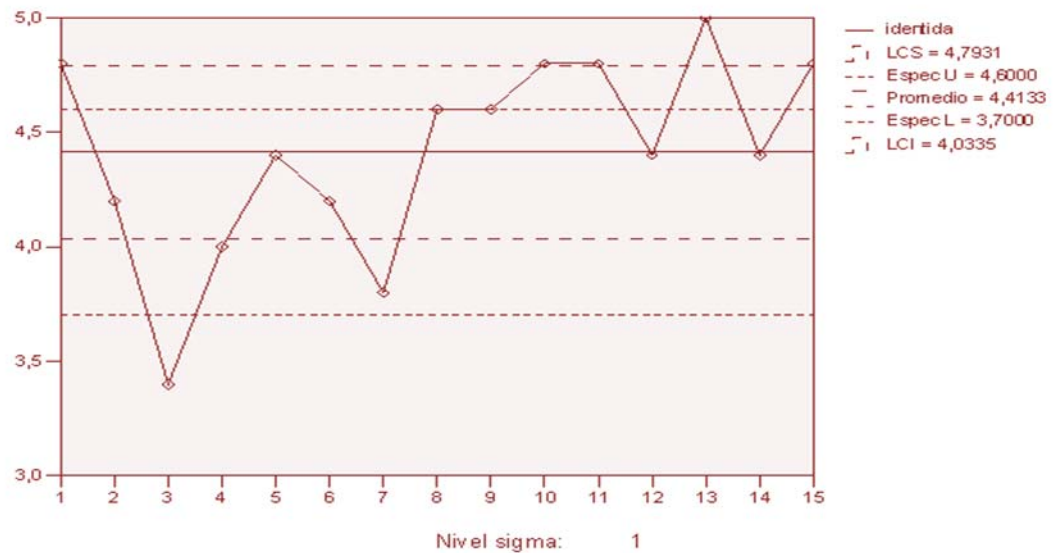


Grafico nº 25: comportamiento resiliente factor IDENTIDAD



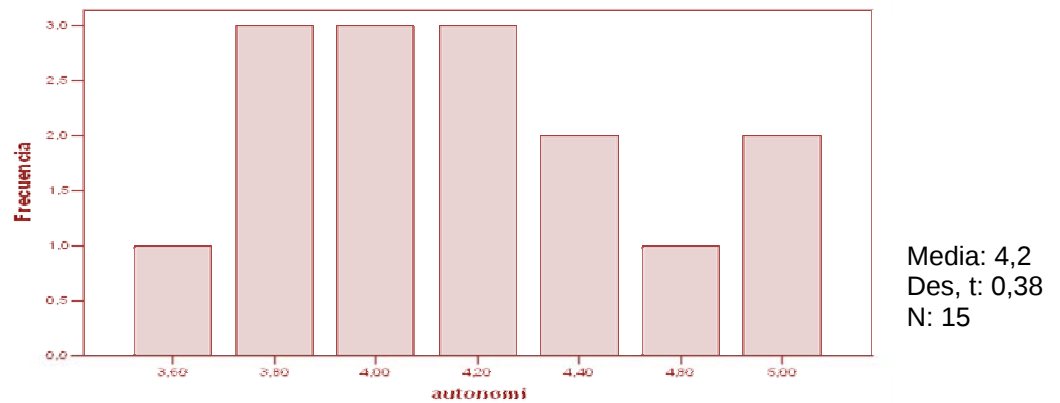
El gráfico nº 26, representa la forma en que cada sujeto respondió a las preguntas agrupadas para este factor, mostrando aquellos sujetos que respondieron los más bajos y altos promedios por respuestas, promedios que van entre los tres coma siete y cuatro coma seis puntos.

Gráfico nº 26: control factor IDENTIDAD



Por otra parte, el factor AUTONOMÍA evalúa el vínculo que establece la persona consigo misma para definir su aporte al entorno sociocultural. El gráfico nº 27 nos muestra los promedios de puntajes por respuestas para el factor, el cual presenta una media de cuatro coma dos puntos. Las frecuencias de los promedios de respuestas, por otra parte, como lo señala el cuadro nº 10 indica que un 60% de la muestra se concentra alrededor de la media, se ha oscurecido la frecuencia acumulada para facilitar su comprensión.

Grafico nº 27: presentación respuestas para factor AUTONOMIA



Cuadro nº 10: tabla de frecuencia factor AUTONOMÍA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3,60	1	6,7	6,7	6,7
	3,80	3	20,0	20,0	26,7
	4,00	3	20,0	20,0	46,7
	4,20	3	20,0	20,0	66,7
	4,40	2	13,3	13,3	80,0
	4,80	1	6,7	6,7	86,7
	5,00	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

El factor AUTONOMÍA presenta un 53,3% de la muestra ubicada en “medio”, como lo demuestra el gráfico nº 28, en él se observa además que un 20% de los usuarios evaluados están en “alto” y un 26,7% en “bajo”. El gráfico nº 29, muestra cómo respondió cada usuario a las preguntas del factor.

Grafico nº 28: comportamiento resiliente factor AUTONOMIA

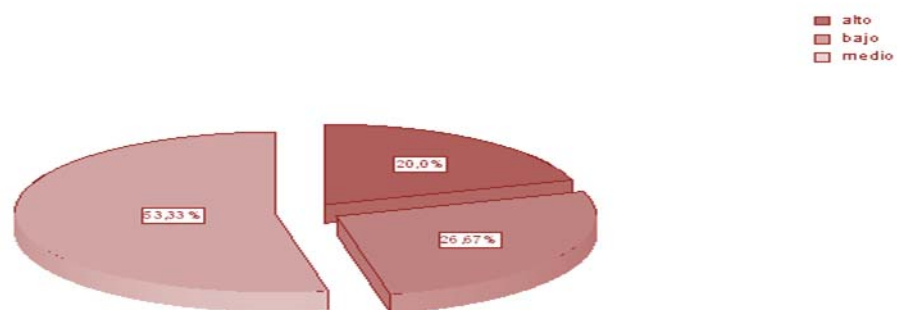
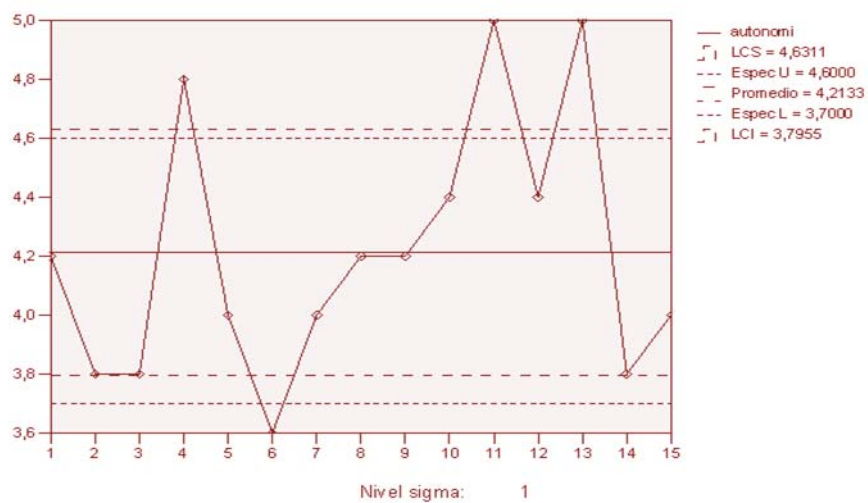


Gráfico nº 29: control factor AUTONOMIA



El cuadro nº 11 organiza la cantidad de veces que un promedio de respuestas se presenta para el factor SATISFACCIÓN, el cual integra juicios referentes a la interpretación que hace la persona de una situación problemática, presentando una media de cuatro coma un puntos promedio por respuesta. El gráfico nº 30 por su parte, muestra como la mayor parte de la muestra se organiza alrededor de la media, destacado en color violeta.

Cuadro nº 11: tabla de frecuencias factor SATISFACCIÓN.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3,20	1	6,7	6,7	6,7
	3,50	1	6,7	6,7	13,3
	3,60	1	6,7	6,7	20,0
	4,00	4	26,7	26,7	46,7
	4,20	4	26,7	26,7	73,3
	4,40	2	13,3	13,3	86,7
	5,00	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Grafico nº 30: presentación respuestas para factor SATISFACCIÓN

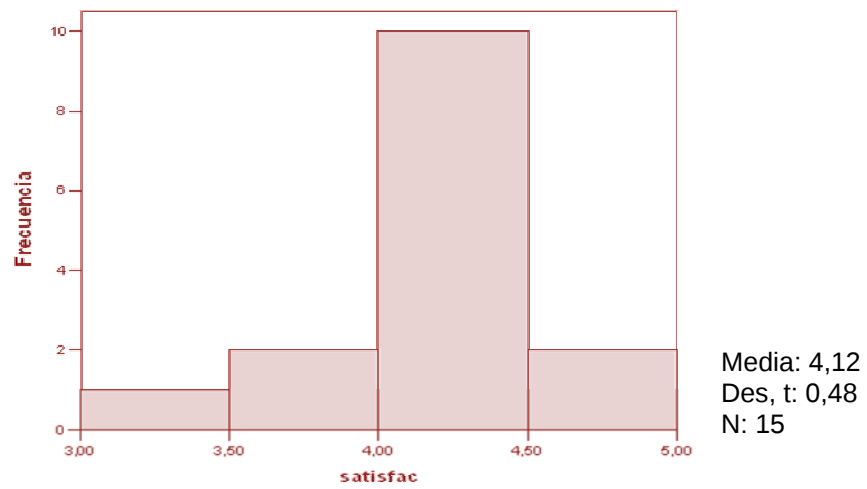
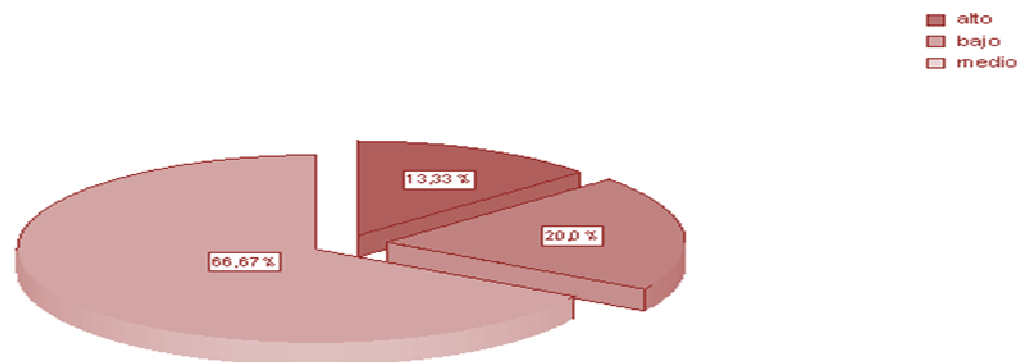
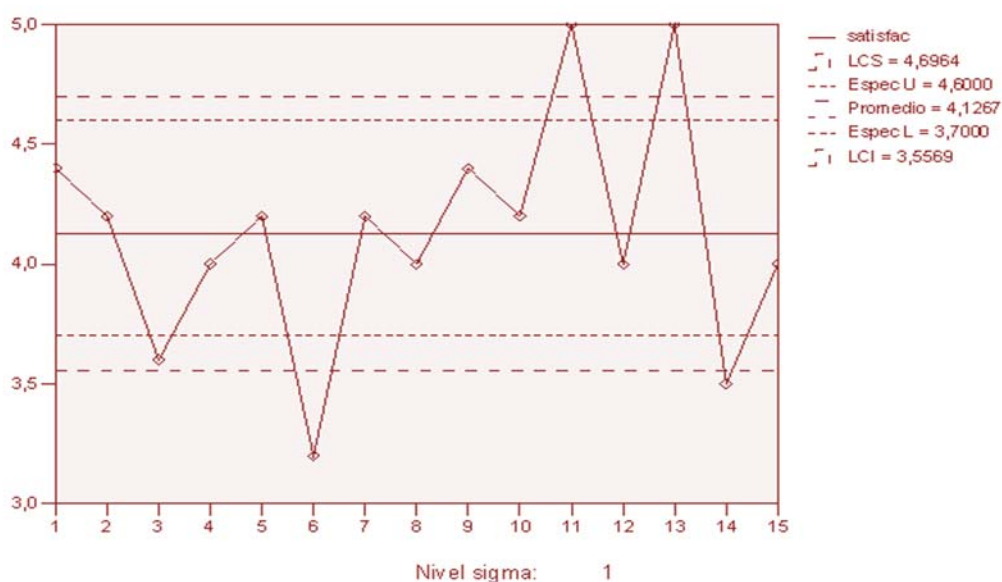


Grafico nº 31: comportamiento resiliente factor SATISFACCIÓN



Como vimos en el gráfico nº 31, un 66,6% de los usuarios se ubican en “medio”, un 13,3% en “alto” y un 20% en “bajo”. El gráfico nº 32, muestra que ocho de los quince casos respondieron el grupo de preguntas para este factor por sobre el puntaje promedio de respuestas., señalado en cuatro coma un punto promedio.

Gráfico nº 32: control factor SATISFACCIÓN

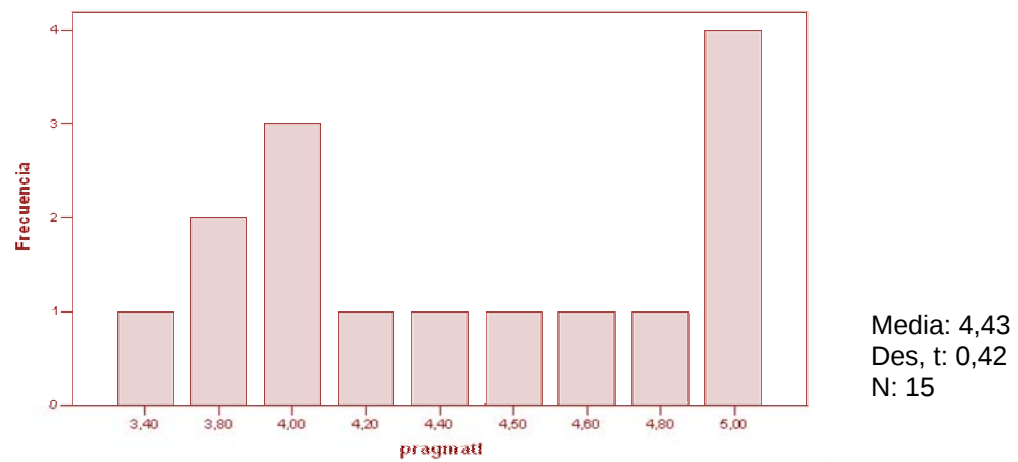


El último factor de la subescala YO SOY, es PRAGMATISMO, el cual refiere a juicios que develan a la persona la forma en que interpreta las acciones que realiza. El cuadro nº 12 ordena las frecuencias en que se presentan los promedios de puntaje por respuesta, mostrando que más del 50% de la muestra se ubica por sobre la media de los promedios, la cual es de cuatro coma cuatro para este factor. Sin embargo, como puede verse también en el gráfico nº 33, a partir de la media, se repiten los promedios con una sola frecuencia de aparición, mostrando gran dispersión de las frecuencias, destacando lo que ocurre con el puntaje máximo de cinco puntos por promedio de respuestas.

Cuadro nº 12: tabla de frecuencias factor PRAGMATISMO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3,40	1	6,7	6,7	6,7
	3,80	2	13,3	13,3	20,0
	4,00	3	20,0	20,0	40,0
	4,20	1	6,7	6,7	46,7
	4,40	1	6,7	6,7	53,3
	4,50	1	6,7	6,7	60,0
	4,60	1	6,7	6,7	66,7
	4,80	1	6,7	6,7	73,3
	5,00	4	26,7	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Grafico nº 33: presentación respuestas para factor PRAGMATISMO



En el gráfico nº 34, un 46,7% de los usuarios está en “medio”, un 33,3 % en “alto” y un 20% en bajo. El comportamiento individual de los casos que formaron la muestra, se expresa en el gráfico nº 35, donde destaca el caso nº 14 que presenta un promedio de respuestas significativamente más bajo que los otros sujetos.

Grafico nº 34: comportamiento resiliente factor PRAGMATISMO

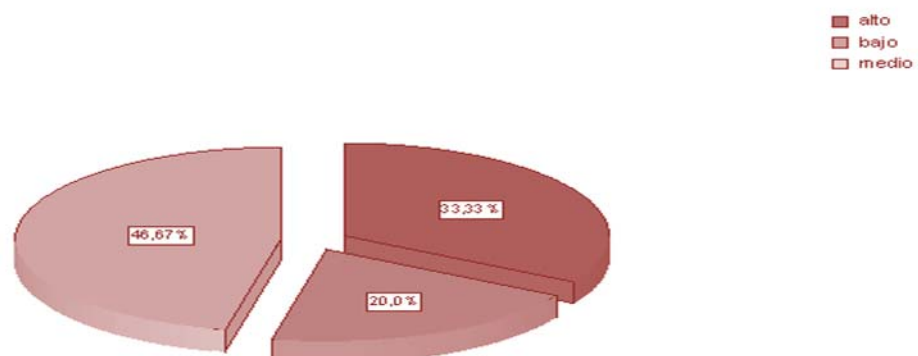
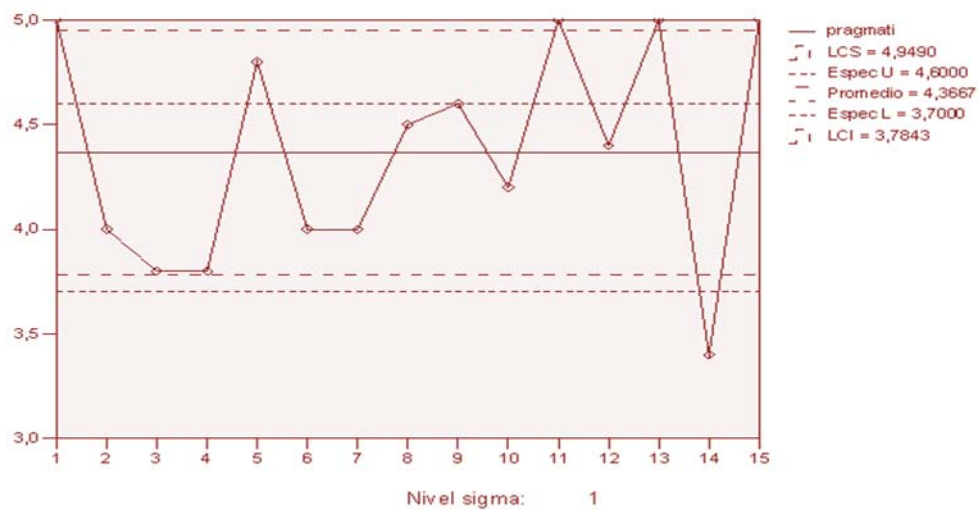


Gráfico nº 35: control factor PRAGMATISMO



El cuadro nº 13, resume los indicadores para los cuatro factores que forman la subescala YO SOY, dan cuenta de cómo el factor IDENTIDAD alcanza los mayores puntajes promedios, tanto en la media de promedios de respuesta, como en los máximos y mínimos, siendo este último valor mayor al de los otros tres factores puntuando cuatro coma dos, sobre tres coma ocho de AUTONOMIA y cuatro de los otros dos factores SATISFACCION y PRAGMATISMO.

Cuadro nº 13: resumen descriptivos para factores subescala YO SOY

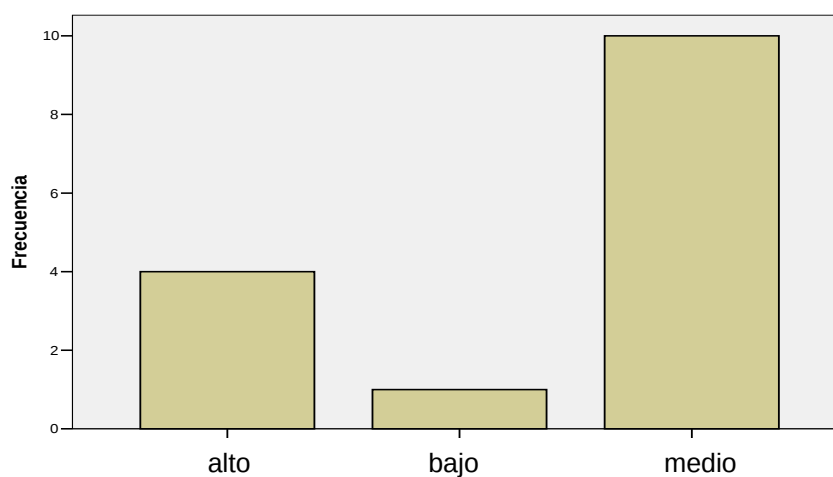
		identidad	autonomía	satisfacción	pragmatismo
N	Válidos	15	15	15	15
	Perdidos	0	0	0	0
Media		4,4133	4,2133	4,1267	4,3667
Desv. típ.		,43731	,43731	,48472	,52599
Mínimo		3,40	3,60	3,20	3,40
Máximo		5,00	5,00	5,00	5,00
Percentiles	25	4,2000	3,8000	4,0000	4,0000
	50	4,4000	4,2000	4,2000	4,4000
	75	4,8000	4,4000	4,4000	5,0000

5.1.4. Subescala: YO PUEDO

Los resultados para ésta subescala, evalúan aquellas habilidades de la persona para relacionarse y resolver problemas. Al igual que la subescala anterior, está compuesta por 20 preguntas, a partir de las cuales se obtienen cuatro de los doce factores totales que mide la SV_RES. Los factores que miden esta subescala son: *Afectividad*: factor que evalúa las posibilidades de la persona sobre sí mismo y el vínculo con el entorno, *Autoeficacia*: factor que indica las posibilidades de éxito que la persona reconoce de sí mismo ante una situación problemática, *Aprendizaje*: que integra juicios referentes a valorar una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje, y *Generatividad*: este factor refiere a juicios de la persona sobre la posibilidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones problemáticas.

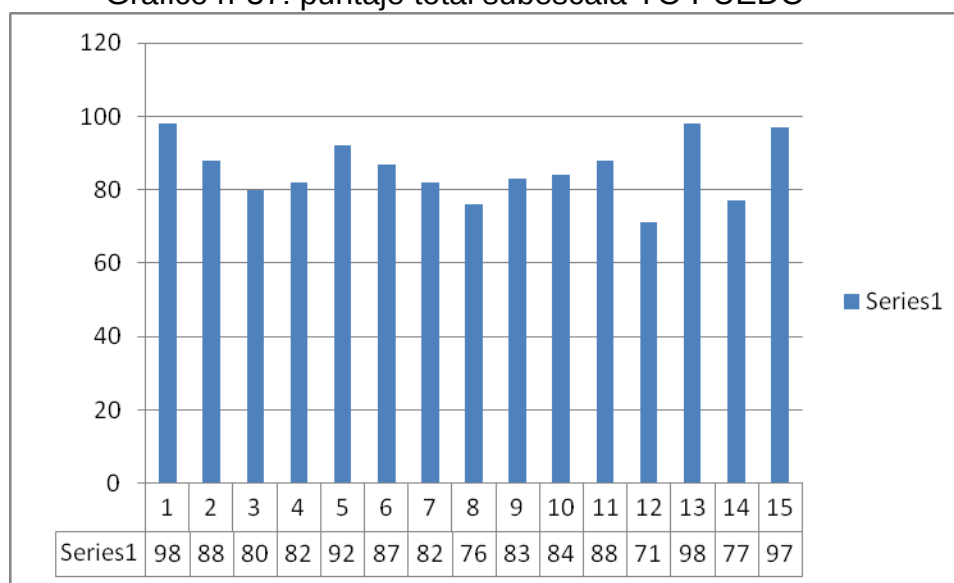
El gráfico N° 35, representa el comportamiento resiliente en la subescala YO PUEDO, el cual tal como se aprecia, indica que 10 de las 15 personas de la muestra presentan comportamiento resiliente en un nivel promedio, cuatro de ellas presentan comportamiento resiliente alto y sólo una bajo. Esta subescala es la más alta de las tres.

Grafico nº36: promedio subescala YO PUEDO



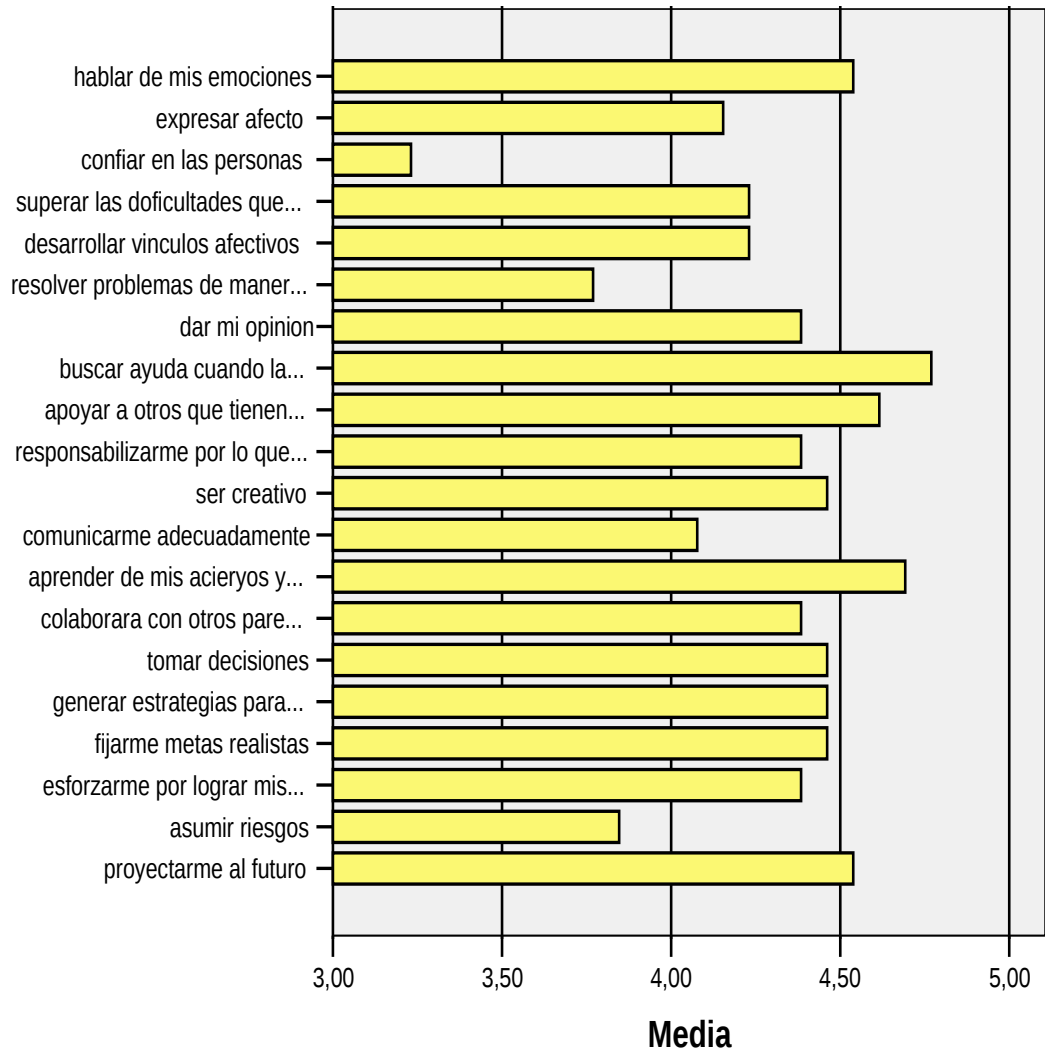
El puntaje total promedio obtenido de esta subescala es de 85,53 puntos totales, con un mínimo de 71 y un máximo de 98 puntos.

Grafico nº37: puntaje total subescala YO PUEDO



La respuesta que obtuvo menor puntaje fue: “(yo puedo) confiar en las personas”, mientras que la respuesta que obtuvo mayor puntaje fue: “(yo puedo) buscar ayuda cuando la necesito”.

Grafico nº 38: presentación de respuestas subescala: YO PUEDO

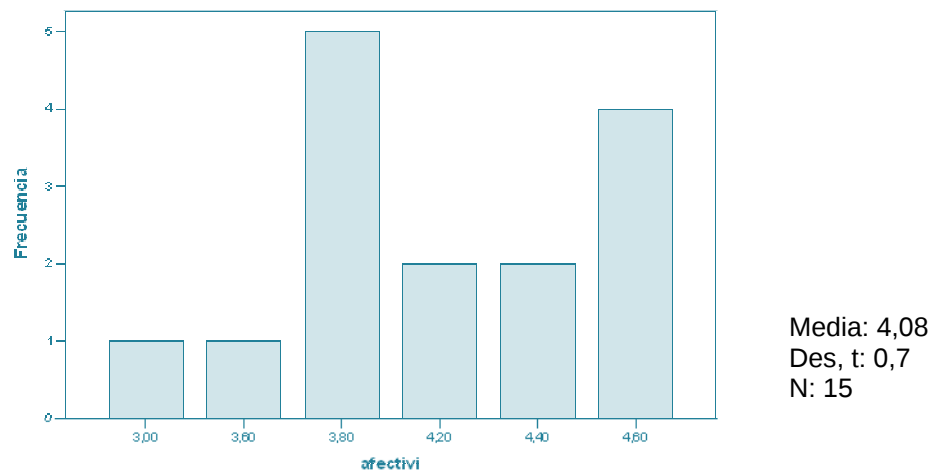


El cuadro nº 14, indica la frecuencia con la que cada puntaje promedio por respuesta se presenta para el factor AFECTIVIDAD, con una frecuencia de cinco para el promedio de tres coma ocho puntos, es decir, un tercio de la muestra. Lo mismo queda claramente expuesto en el gráfico nº 39

Cuadro nº 14: tabla de frecuencias factor AFECTIVIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3,00	1	6,7	6,7	6,7
	3,60	1	6,7	6,7	13,3
	3,80	5	33,3	33,3	46,7
	4,20	2	13,3	13,3	60,0
	4,40	2	13,3	13,3	73,3
	4,60	4	26,7	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Gráfico nº 39: presentación respuestas para factor AFECTIVIDAD



En relación con el gráfico nº 40, este representa que un 59,9% se ubica en “medio”, un 13,3% en “bajo” y un 26,7% “alto”.

El comportamiento individual para el factor AFECTIVIDAD expresado en el gráfico nº 41, da cuenta del caso que promedia la puntuación más baja para el factor, ubicándose un total de 7 casos por debajo de la media de cuatro coma un puntos en promedios para las respuestas a las preguntas que corresponden al factor.

Grafico nº 40: comportamiento resiliente factor AFECTIVIDAD

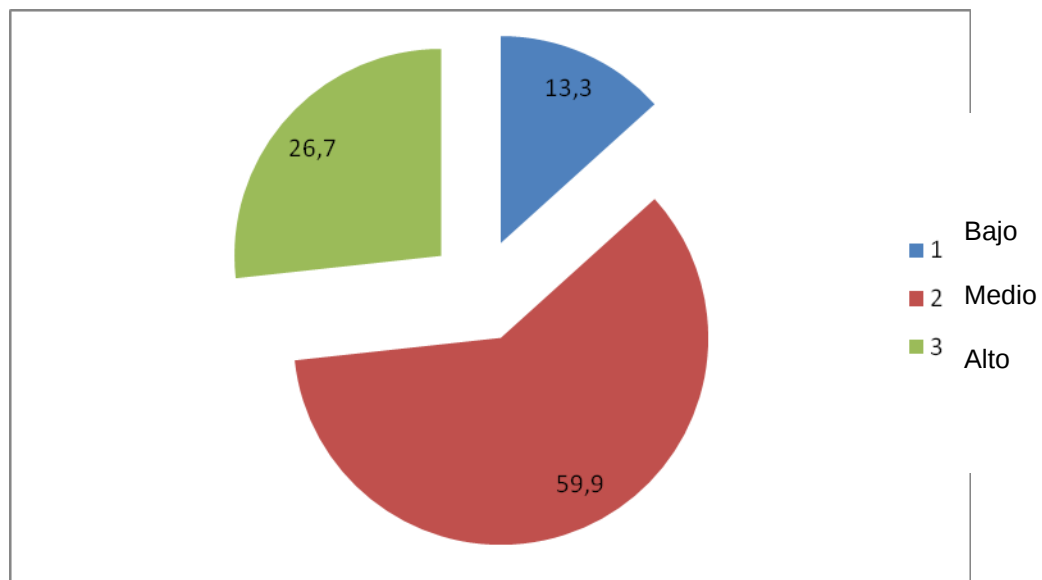
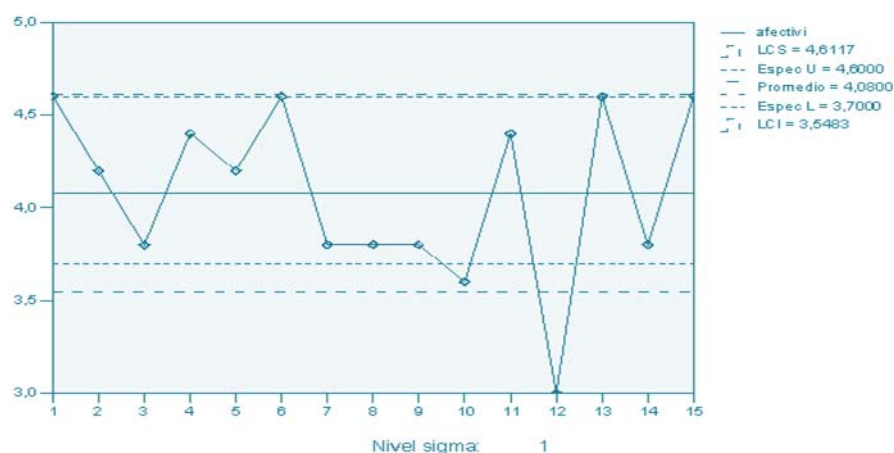


Gráfico nº 41: control factor AFECTIVIDAD

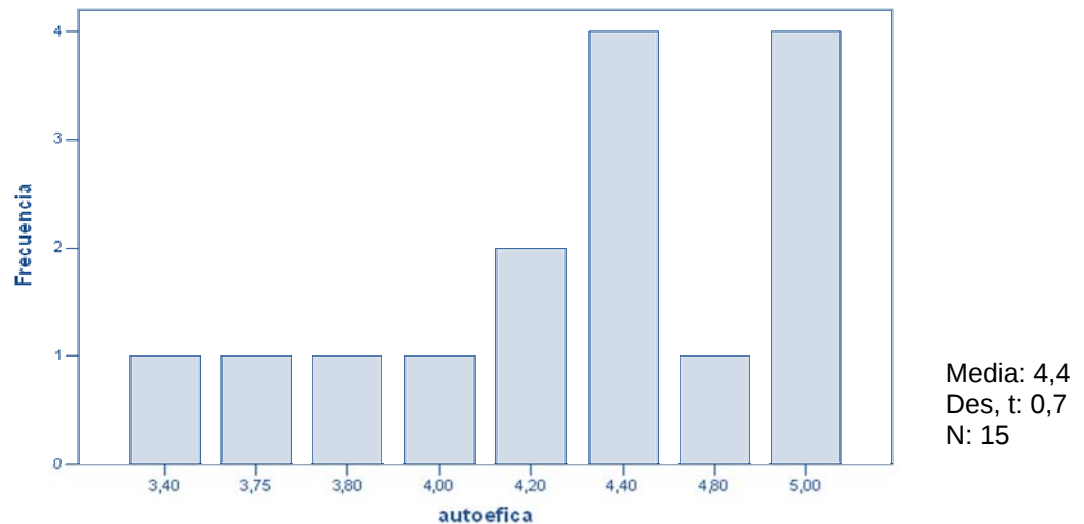


En lo que respecta al factor AUTOEFICACIA, dos tercios de la muestra presentan respuestas por sobre el puntaje promedio de cuatro coma cuatro, tal como lo indica el cuadro nº 15. El gráfico nº 42, refuerza lo expresado en el cuadro nº 15.

Cuadro nº 15: tabla de frecuencias factor AUTOEFICACIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3,40	1	6,7	6,7	6,7
	3,75	1	6,7	6,7	13,3
	3,80	1	6,7	6,7	20,0
	4,00	1	6,7	6,7	26,7
	4,20	2	13,3	13,3	40,0
	4,40	4	26,7	26,7	66,7
	4,80	1	6,7	6,7	73,3
	5,00	4	26,7	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Grafico nº 42: presentación respuestas para factor AUTOEFICACIA



El gráfico por sectores nº 43, muestra como hay un 46,7% de la muestra que presenta en “medio”, mientras que un 33,3% de la misma lo hace en “alto”, de igual manera, un 20% está en “bajo”.

Por su parte, el gráfico nº 44, muestra que fueron cinco los casos que puntuaron un promedio máximo de cinco puntos promedios, mientras que son seis los casos que se ubicaron por debajo de la media establecida para el factor que fue de cuatro coma cuatro puntos promedios.

Grafico nº 43: comportamiento resiliente factor AUTOEFICACIA

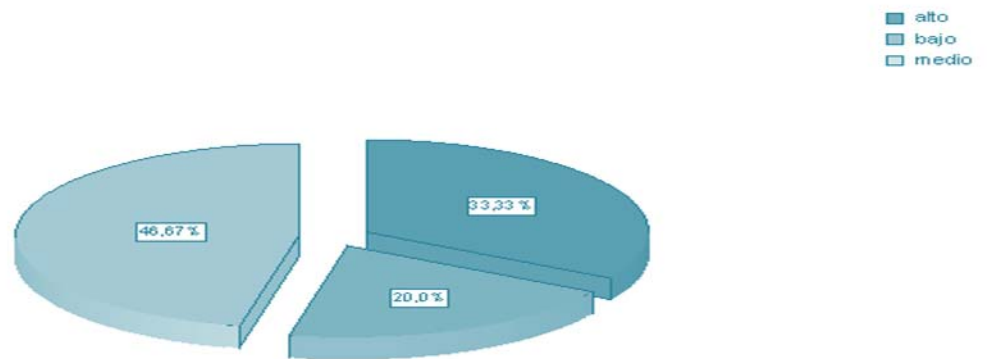
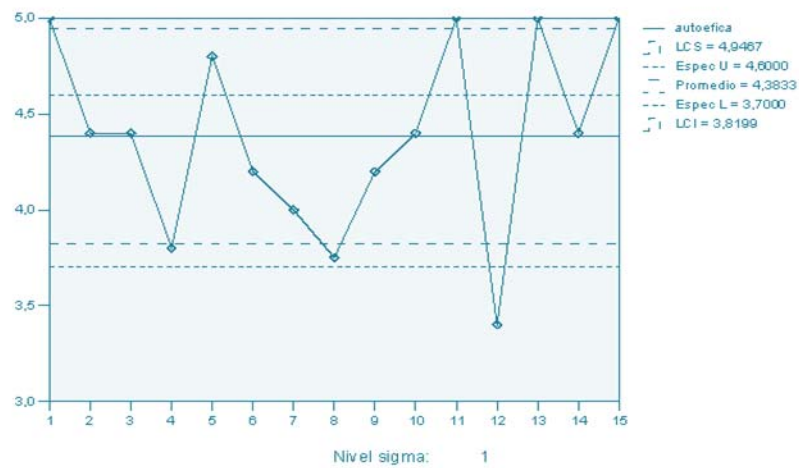


Gráfico nº 44: control factor AUTOEFICACIA

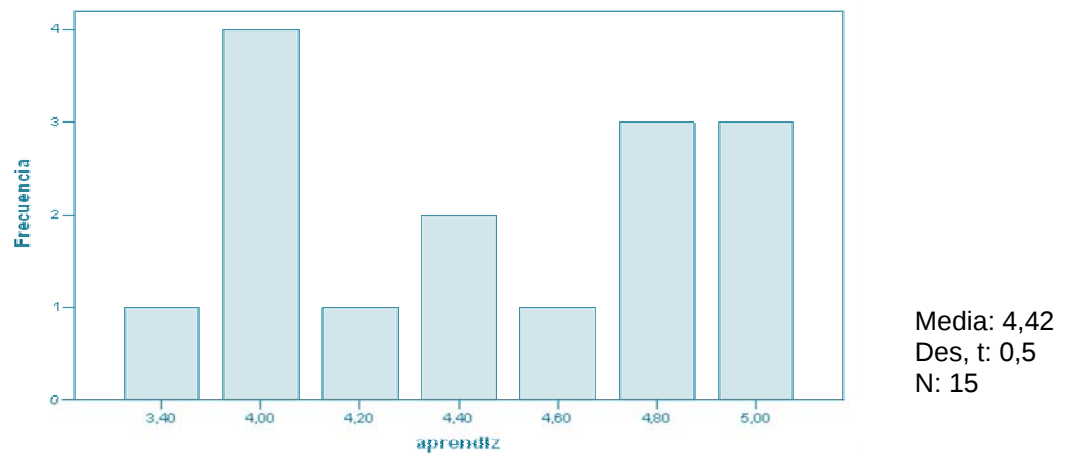


El comportamiento del factor APRENDIZAJE por su parte, presenta los puntajes más altos para el factor, tal como se ve en el cuadro nº 16, en un rango de cuatro coma ocho a cinco puntos promedios. El gráfico nº 45, deja aún más claras las frecuencias de respuesta.

Cuadro nº 16: tabla de frecuencias factor APRENDIZAJE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3,40	1	6,7	6,7	6,7
	4,00	4	26,7	26,7	33,3
	4,20	1	6,7	6,7	40,0
	4,40	2	13,3	13,3	53,3
	4,60	1	6,7	6,7	60,0
	4,80	3	20,0	20,0	80,0
	5,00	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Grafico nº 45: presentación respuestas para factor APRENDIZAJE



Éste factor es el que concentra un mayor porcentaje de “alto” con un 40% de la muestra, un 53,3% está ubicado en “medio” y sólo un 6,7% en “bajo”, siendo el factor que agrupa un menor porcentaje de “bajo” de toda la escala, de acuerdo a lo que muestra el gráfico nº 46. El gráfico nº 47, por su parte, muestra el comportamiento de cada usuario en el grupo de respuestas de este factor.

Grafico nº 46: comportamiento resiliente factor APRENDIZAJE

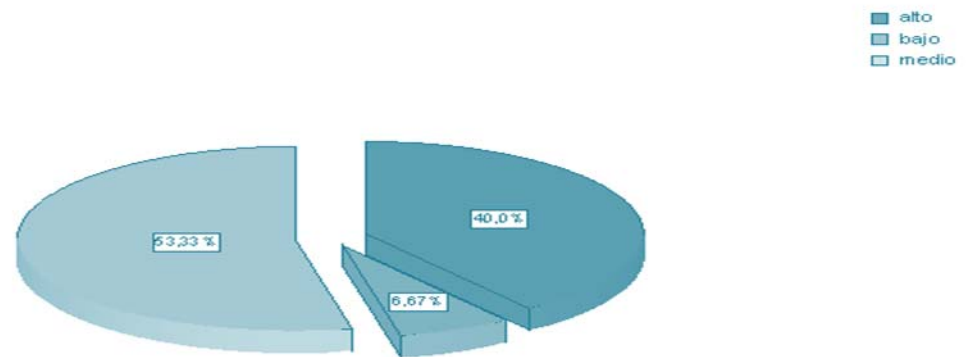
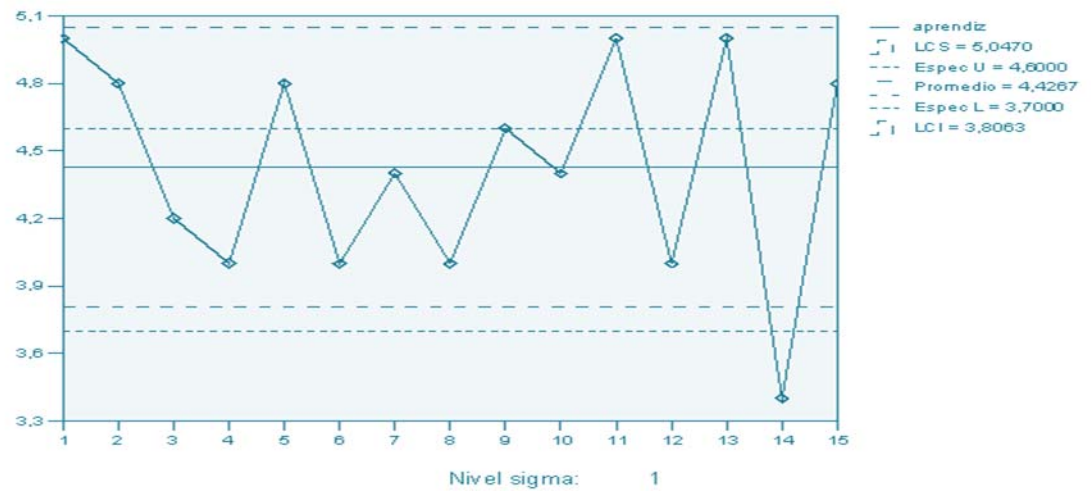


Gráfico nº 47: control factor APRENDIZAJE

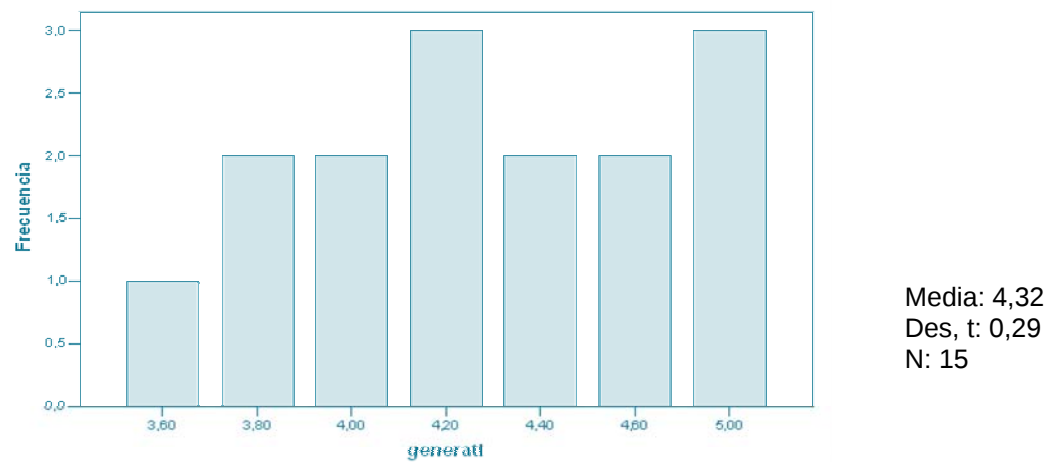


La tabla de frecuencias para el factor GENERATIVIDAD esquematizada en el cuadro nº 17, muestra que éstas se concentran en el promedio de cuatro coma dos y que luego se repite en cinco puntos. El gráfico nº 48, nos muestra además como hacia arriba y debajo de la media, se producen frecuencias idénticas.

Cuadro nº 17: tabla frecuencias factor GENERATIVIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3,60	1	6,7	6,7	6,7
	3,80	2	13,3	13,3	20,0
	4,00	2	13,3	13,3	33,3
	4,20	3	20,0	20,0	53,3
	4,40	2	13,3	13,3	66,7
	4,60	2	13,3	13,3	80,0
	5,00	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Grafico nº 48: presentación respuestas para factor GENERATIVIDAD



El gráfico nº 49 muestra la simetría de los extremos, puntuando un 20% de la muestra en “bajo” y también un 20% en “alto”, concentrándose en un 60% el resultado “medio”. El gráfico nº 50, indica que hay cinco casos que puntuaron un puntaje promedio por debajo de la media de cuatro coma tres puntos promedios para el factor.

Grafico nº 49: comportamiento resiliente factor GENERATIVIDAD

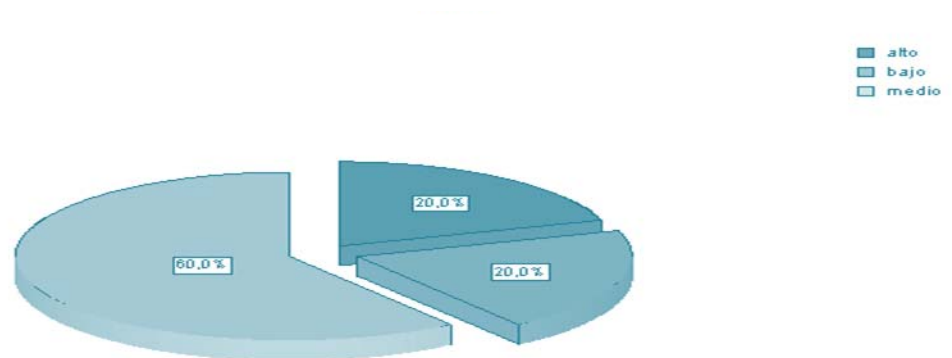
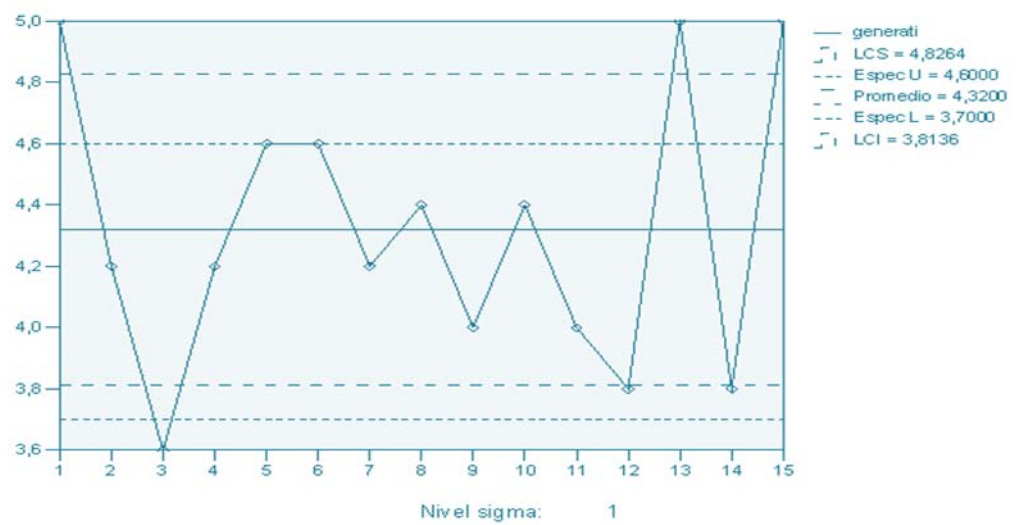


Gráfico nº 50: control factor GENERATIVIDAD



El cuadro nº 18, resume los indicadores estadísticos de los cuatro factores que conforman la subescala YO PUEDO, nos muestra importantes diferencias entre los factores, destacando las altas puntuaciones para los promedios de respuesta del factor APRENDIZAJE por sobre los otros tres, aún cuando el factor AUTOEFICACIA presenta cinco puntos promedios - puntaje máximo -, en las preguntas correspondientes a su factor.

Cuadro nº 18: resumen descriptivos para factores subescala YO PUEDO

		afectivi	autoefica	aprendiz	generati
N	Válidos	15	15	15	15
	Perdidos	0	0	0	0
Media		4,0800	4,3833	4,4267	4,3200
Moda		3,80	4,40(a)	4,00	4,20(a)
Desv. típ.		,47087	,50838	,48324	,45230
Percentiles	25	3,8000	4,0000	4,0000	4,0000
	50	4,2000	4,4000	4,4000	4,2000
	75	4,6000	5,0000	4,8000	4,6000

a Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

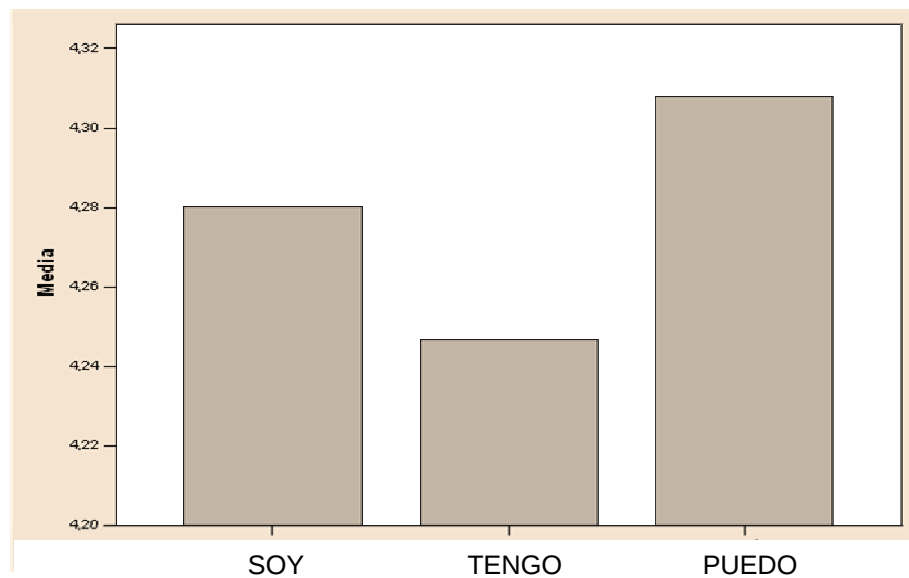
5.1.5 Resumen e Integración de Información

En los cuatro apartados anteriores, caracterizamos a la población que conformó la muestra, graficando su situación social y otros indicadores importantes como años de consumo y meses de proceso terapéutico, además de las edades y años de estudio; posteriormente mostramos los resultados correspondientes a las tres subescalas que forman a la SV-RES.

A continuación realizaremos la integración de los resultados para hablar de las puntuaciones de la escala general, como también presentaremos una comparación entre las subescalas. Finalmente, agregaremos dos análisis, que si bien no estaban comprometidos por los alcances de este estudio, entregan información que permite ampliar su valor: se presentará una tabla de las correlaciones realizadas entre los factores, analizando posteriormente la correlación mayor y la menor, comparando ambas. De igual manera, se hará una descripción de las columnas que forman la matriz de análisis que propone la escala: *Factores de Base, Visión de sí mismo, Visión del Problema y Respuesta Resiliente*.

El gráfico n° 51 muestra una comparación de los promedios de puntaje para las respuestas de cada subescala. Claramente se aprecia como la que obtiene mayores puntajes es la subescala YO PUEDO. La subescala que obtiene los promedios menores de puntaje por respuestas es YO TENGO.

Grafico n° 51: Puntaje Promedio Subescalas



El cuadro n° 19, refuerza el análisis de las medias presentadas por subescala, incorporando a ella, los llamados *estimadores robustos*, los cuales no presentan variaciones significativas de las medias obtenidas como promedio simple.

Cuadro nº 19: estimadores robustos subescalas

	Estimador-M de Huber(a)	Biponderado de Tukey(b)	Estimador-M de Hampel(c)	Onda de Andrews(d)
soy	4,2727	4,2681	4,2646	4,2683
tengo	4,1886	4,1663	4,2119	4,1640
puedo	4,2775	4,2741	4,2958	4,2753

a La constante de ponderación es 1,339.

b La constante de ponderación es 4,685.

c Las constantes de ponderación son 1,700, 3,400 y 8,500.

d La constante de ponderación es $1,340 \cdot \pi$.

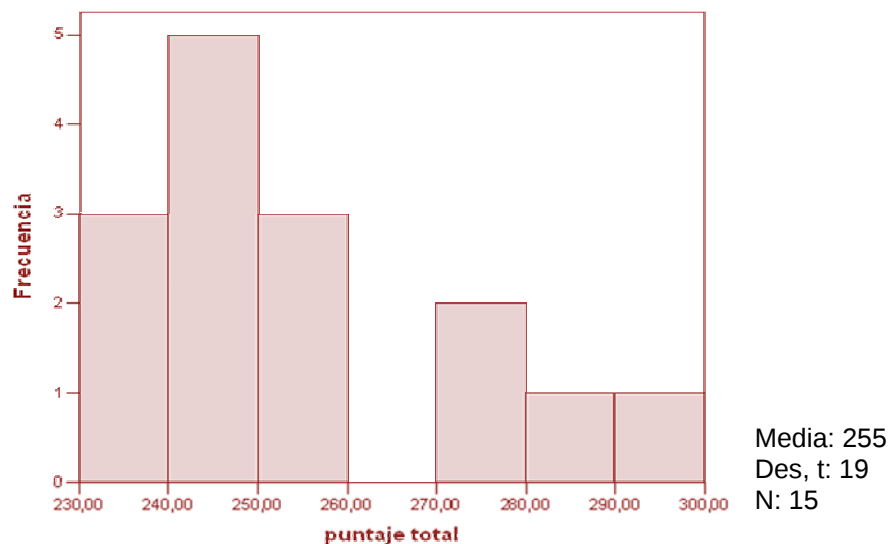
En relación con los resultados para la escala general, el puntaje bruto total obtuvo una media de 255 puntos, con un puntaje promedio mínimo de 231 puntos y uno máximo de 298, tal como lo representa el cuadro nº 20

Cuadro nº 20: Puntaje Total

N	Válidos	15
	Perdidos	0
Media		255,0000
Moda		249,00
Desv. típ.		19,01503
Mínimo		231,00
Máximo		298,00
Percentiles	25	243,0000
	50	249,0000
	75	272,0000

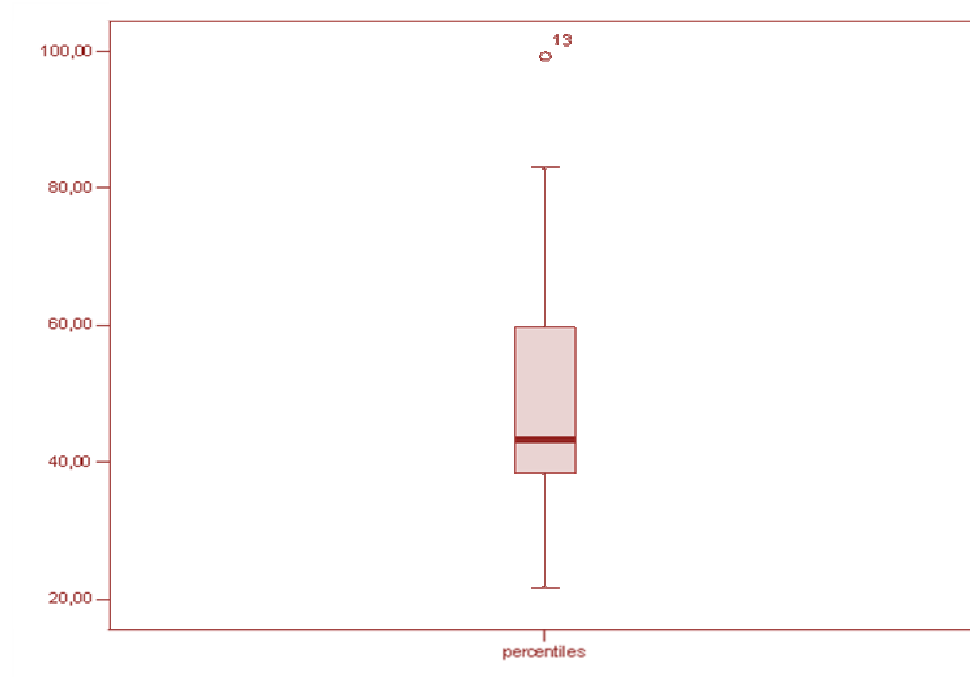
El gráfico nº 52, por su parte, representa la organización del rango mínimo y máximo de los puntajes totales:

Gráfico nº 52: Puntajes Totales SV_RES



El puntaje total bruto de la escala SV-RES es transformado a valor percentil, de acuerdo al baremo entregado para ello por sus autores. Dichos valores percentiles se muestran en el gráfico nº 53, el cual por medio de una representación gráfica de caja, indica el valor menor de 21,8%, el valor mayor de 99,3% y la media de 49,9%. Asimismo, señala como existe un comportamiento individual que se escapa a los resultados generales, correspondiente al caso nº 13.

Gráfico nº 53: valores percentiles SV-RES

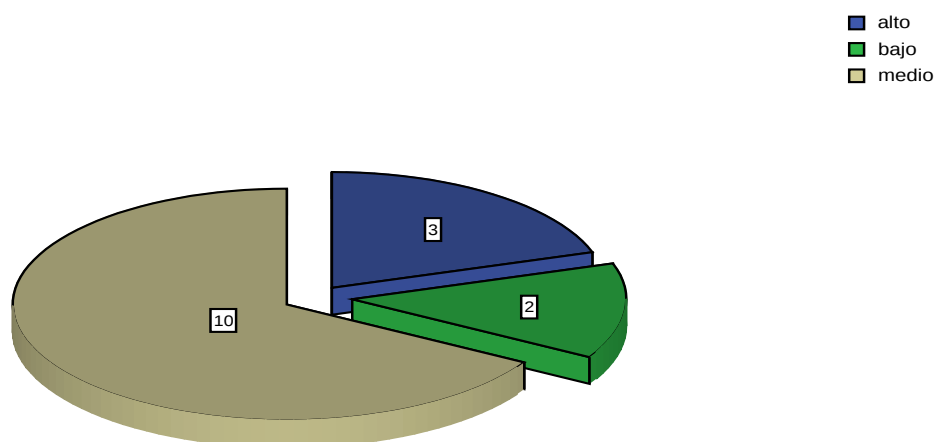


Los puntajes percentiles se interpretan de acuerdo a los siguientes rangos:

- Puntaje percentil 0 – 25 =Bajo
- Puntaje percentil 26 – 74 =Promedio
- Puntaje percentil 75 – 99 = alto

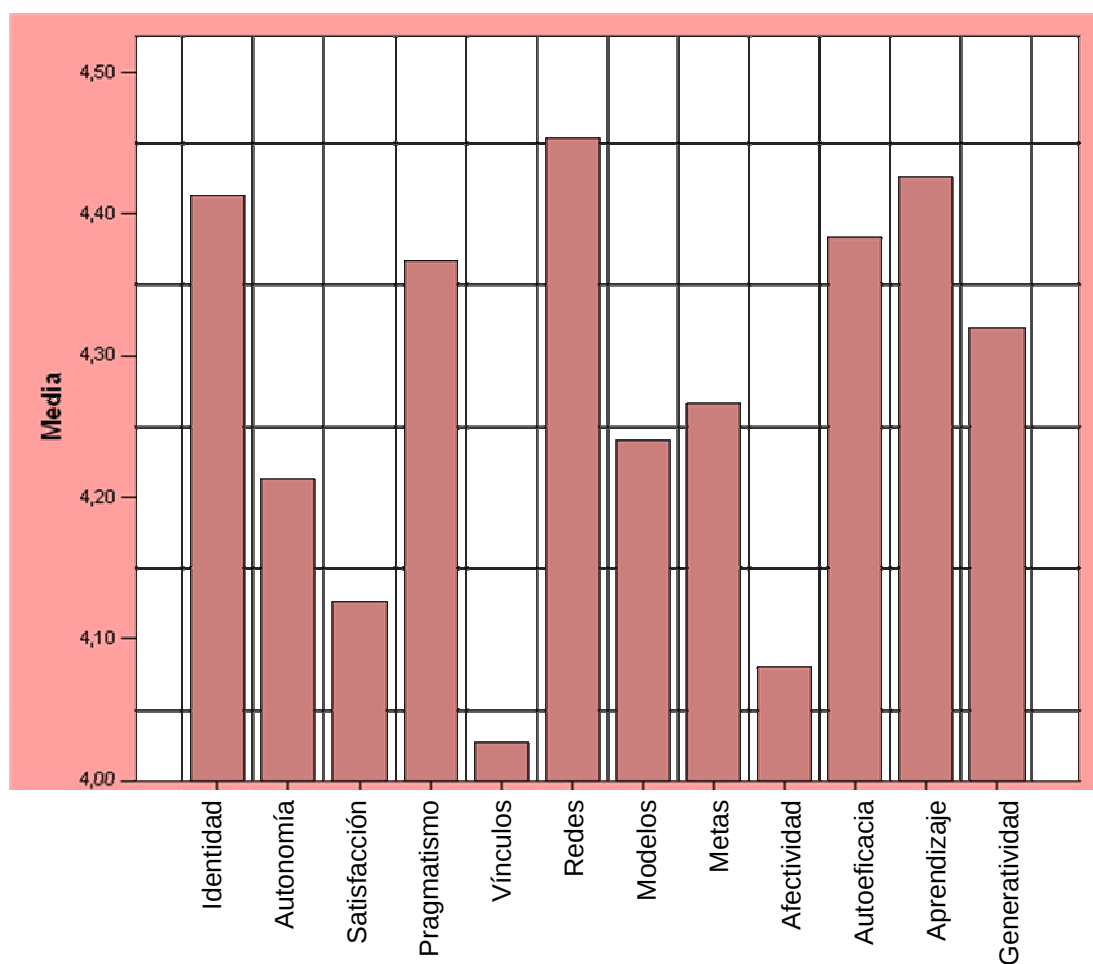
El gráfico nº 54, nos indica la manera en que la muestra se organiza para la escala SV-RES, de acuerdo a la interpretación del puntaje percentil, señalando que diez personas de la muestra presentan comportamiento resiliente promedio, dos personas presentan comportamiento resiliente bajo, y tres de ellas alto.

Gráfico nº 54: Comportamiento Resiliente Escala SV-RES



El gráfico nº 55, muestra el comportamiento de la muestra para los doce factores o dimensiones de resiliencia, apareciendo las dimensiones de: REDES, APRENDIZAJE e IDENTIDAD más fuertes. Por su parte los indicadores de resiliencia más bajos son: VÍNCULOS, AFECTIVIDAD y SATISFACCIÓN.

Gráfico nº 55: puntuaciones doce factores de resiliencia



Como señalamos anteriormente, el eje “Y” de la matriz para la escala SV-RES, incorpora cuatro criterios de profundidad. Producto del cruce de éste con las tres subescalas se originan los doce factores o dimensiones de la resiliencia. Será, por lo tanto, la reagrupación de los mismos lo que nos permite observar estos niveles de profundidad, los cuales son:

Condiciones de Base: que refiere al sistema de creencias y vínculos sociales que impregnan la memoria de la persona de seguridad básica y que de modo recursivo permite al sujeto interpretar sus acciones específicas y los resultados de las mismas. Este nivel al pasar por las subescalas transversalmente, permite la emergencia de los siguientes factores de resiliencia ya evaluados: *Identidad, Vínculos y Afectividad*.

Visión de sí Mismo: caracterizada por elementos afectivos y cognitivos que preparan la respuesta frente a situaciones problemáticas. Las dimensiones de resiliencia obtenidas en el cruce con las subescalas son: *Autonomía, Redes y Autoeficacia*

Visión del Problema: acción concreta que las personas realizan posterior al análisis de la situación catalogada como problemática. Las dimensiones de resiliencia que surgen en el cruce con las tres subescalas son: *Satisfacción, Modelos y Aprendizajes*.

Respuesta Resiliente: acción orientada a metas, que sólo es posible de obtener en tanto están presentes los anteriores tres niveles de profundidad.

Producto del cruce de las tres subescalas aparecen estos últimos tres factores: *Pragmatismo, Metas y Generatividad*.

El cuadro nº 21 reúne los cuatro niveles de profundidad, entregándonos los promedio de puntajes por respuesta. Frente a la comparación, Condiciones de Base es el nivel que tiene menores puntajes, tanto en los rangos mínimos y máximos, como también en la media, siendo ésta de cuatro coma dos puntos promedio de respuesta.

Cuadro nº 21: niveles de profundidad escala SV-RES

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Condiciones de Base	15	3,73	4,87	4,1733	,30530
Visión Si Mismo	15	3,93	5,00	4,3537	,29489
Visión Problema	15	3,71	5,00	4,2654	,34117
Respuesta Resiliente	15	3,67	5,00	4,3206	,39163
N válido (según lista)	15				

El cuadro nº 22, presenta el análisis de correlaciones entre los doce factores de la SV-RES. Destacamos la correlación más alta entre factores, que ocurre entre los factores Pragmatismo y Aprendizaje, con un índice de correlación de Pearson de 0,802, siendo altamente significativa. La correlación más baja y por lo tanto, menos significativa en cambio, ocurre entre los factores Redes y Afectividad, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0,032 puntos. Los gráficos nº 56 y 57, expresan la dispersión de las respuestas de los usuarios.

		identidad	autonomía	Satisfacción	Pragmatismo	vínculos	redes	modelos	metas	afectividad	Autoeficacia	aprendizaje	Generatividad
identidad	Correlación de Pearson	1	,477	,571(*)	,716(**)	,378	,257	,271	,630(*)	,258	,461	,444	,584(*)
autonomía	Correlación de Pearson	,477	1	,773(**)	,462	,415	,344	,271	,497	,119	,130	,350	,121
satisfacción	Correlación de Pearson	,571(*)	,773(**)	1	,707(**)	,511	,091	,043	,481	,209	,450	,771(**)	,278
pragmatismo	Correlación de Pearson	,716(**)	,462	,707(**)	1	,365	,267	,266	,610(*)	,375	,557(*)	,802(**)	,625(*)
vínculos	Correlación de Pearson	,378	,415	,511	,365	1	,481	-,067	,567(*)	-,282	,041	,285	,116
redes	Correlación de Pearson	,257	,344	,091	,267	,481	1	,402	,677(**)	,032	-,130	-,073	,345

Cuadro nº 22 Tabla de correlaciones entre factores de resiliencia

modelos	Correlación de Pearson	,271	,271	,043	,266	-,067	,402	1	,580(*)	,620(*)	,249	,063	,445
metas	Correlación de Pearson	,630(*)	,497	,481	,610(*)	,567(*)	,677(**)	,580(*)	1	,280	,200	,293	,550(*)
afectivi	Correlación de Pearson	,258	,119	,209	,375	-,282	,032	,620(*)	,280	1	,689(**)	,505	,690(**)
autoefica	Correlación de Pearson	,461	,130	,450	,557(*)	,041	-,130	,249	,200	,689(**)	1	,706(**)	,541(*)
aprendiz	Correlación de Pearson	,444	,350	,771(**)	,802(**)	,285	-,073	,063	,293	,505	,706(**)	1	,546(*)
generati	Correlación de Pearson	,584(*)	,121	,278	,625(*)	,116	,345	,445	,550(*)	,690(**)	,541(*)	,546(*)	1

	Correlación más alta
	Correlación más baja
	Correlaciones doblemente significativas
	Correlaciones significativa

Grafico nº 56. Correlación factores Pragmatismo y Aprendizaje

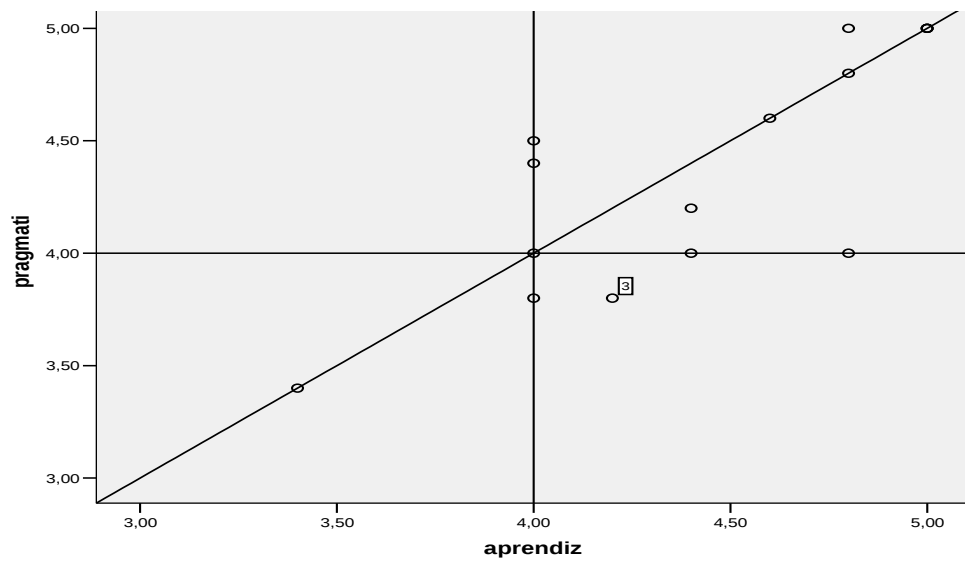
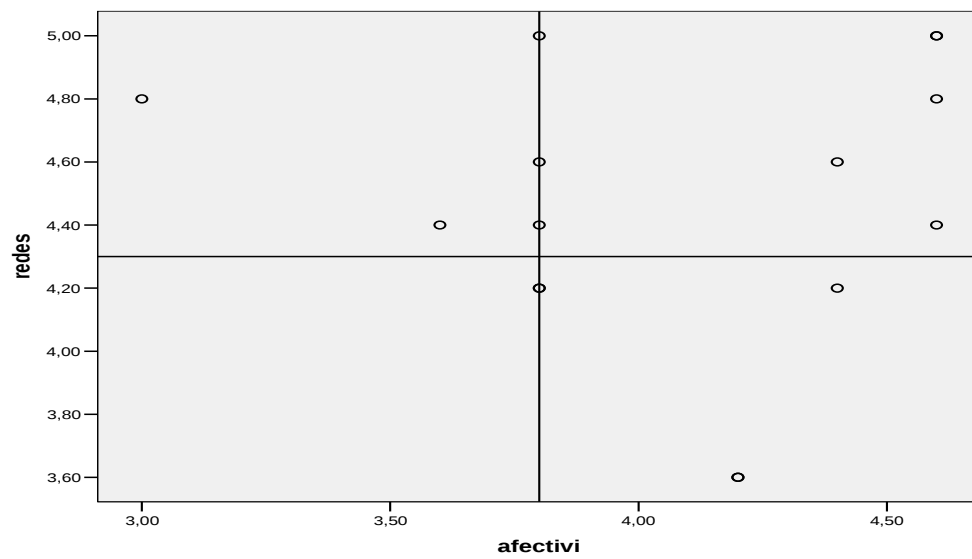


Grafico nº 57. Correlación factores Redes y Afectividad



6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

6.1 PRINCIPALES CONCLUSIONES

La pobreza y exclusión social que muchos hombres y mujeres sufren a diario, va acompañada de patrones culturales y aprendizajes sociales que perpetúan la situación en la que viven. El consumo de alcohol y drogas, si bien es un fenómeno que se presenta en toda realidad social, en este grupo humano genera un daño profundo y muchas veces irreparable. La inversión en capital humano, para intervenir la situación de pobreza que un alto porcentaje de nuestros compatriotas viven, debe continuar incluyendo la inversión en programas para la rehabilitación de personas adictas al alcohol y las drogas.

La realización de esta investigación, a partir de un ejercicio estadístico, nos permitió observar y describir una realidad social, extrayendo de los números, elementos que aporten a la futura construcción de un trabajo orientado a las necesidades individuales y grupales del grupo humano evaluado.

De esta manera, al concluir este trabajo podemos señalar que:

- Los documentos internos de la CT Caleta Sur, cómo la aplicación de la ESCALA SV-RES, permitieron caracterizar a la población evaluada, reconociéndola en situación de pobreza y con un deterioro asociado a un prolongado período de consumo de alcohol y drogas, el cual para éste grupo representa 17 años promedio de consumo.

- En relación con los factores resilientes de las personas que constituyeron la muestra, podemos decir que:
 - o La dimensión IDENTIDAD de los usuarios que formaron parte de la muestra presenta patrones culturales estables en su presentación, entre ellos: esperanza y optimismo, apareciendo de manera más marcada la afirmación de tener una autoestima baja. De esta manera, es una fortaleza dentro del grupo, siendo uno de los tres factores más altos para el grupo evaluado.

 - o La dimensión AUTONOMIA, por su parte, nos muestra la inseguridad que siente la muestra frente al ambiente donde se vive, lo que dificulta su interacción con el entorno sociocultural.

- o La dimensión SATISFACCIÓN, indica una importante dificultad de este grupo humano para interpretar y enfrentar situaciones problemáticas. Este indicador de resiliencia es uno de los tres más bajos de los doce que contempla la medición.
- o La dimensión PRAGMATISMO muestra la necesidad de fortalecer en el grupo la manera en la que interpretan sus acciones frente a situaciones problemáticas, destacando dentro de ella positivamente, la visualización que hace el grupo de sí mismo como modelo positivo para otros.
- o La dimensión VÍNCULOS es el mayor ejemplo del daño afectivo y social primario del grupo. Es el factor más bajo de la escala para estas personas, destacando el deterioro de las relaciones en la familia de origen, como también de la relación con las redes cercanas en su historia de infancia: grupos de pares, familia extensa, escuela, entre otros.
- o La dimensión REDES, por el contrario, nos dan información importante de cómo este grupo siente que ha podido sobreponerse a condiciones de base debilitadas, sobre todo por la capacidad de

pedir ayuda y construir caminos de acceso a apoyo psicosocial. Es la principal fortaleza de este grupo humano.

- o La dimensión MODELOS, muestra el daño en la socialización primaria, ya que se asocia a la posibilidad de confiar en las personas que van apareciendo en la vida. La dificultad vincular permea la construcción de lazos de confianza que puedan ser identificados como modelos a seguir.
- o La dimensión METAS, indica la superación de este grupo para proyectar posibilidades de acción frente a situaciones problemáticas, evaluando de mejor manera su capacidad de proyección a metas que la del papel favorable que puedan ejercer las redes sociales a su alcance.
- o La dimensión AFECTIVIDAD, es parte de los indicadores más bajos que tiene este grupo de personas, donde la principal dificultad aparece en la creencia que sostienen de no poder expresar afecto, así mismo como no poder confiar en otros. Sin embargo, dentro de lo bajo de este indicador, resalta la creencia

que tienen sobre poder hablar de sus emociones, como también de superar sus problemas.

- o La dimensión AUTOEFICACIA, expresa que a pesar de condiciones de base deterioradas y desconfianza en redes institucionales, este grupo humano reconoce en sí mismo posibilidades de éxito en los emprendimientos que realicen, fundamentados en la creencia de saber que pueden buscar ayuda y de apoyar a otros cuando lo necesiten.
- o La dimensión APRENDIZAJE, es una de las mayores fortalezas de estas personas, fundamentada en la creencia de poder aprender de aciertos y errores.
- o La dimensión GENERATIVIDAD, destaca por la creencia de este grupo de poder proyectarse al futuro a pesar de inseguridades relacionadas con la dificultad para vincularse con desconocidos a la vez que tienen una pobre opinión sobre las redes institucionales. Sin embargo, creen que podrán salir adelante y construir positivamente oportunidades de bienestar.

6.2 SUGERENCIAS

- Los usuarios en tratamiento de la CT Caleta Sur mantienen una relación con el entorno inmediato y social medianamente satisfactoria, destacando como su principal fortaleza la creencia que tienen de poder pedir ayuda para enfrentar situaciones problemáticas a pesar de la inseguridad que sienten en relación con el ambiente en el que viven.
- Las fortalezas intrapsíquicas y condiciones internas de este grupo de personas son altas y estables de manera promedio, de tal manera que les han permitido sobreponerse a espacios inseguros y sentir que pueden salir adelante a pesar de las carencias y de los problemas que deban enfrentar, intentando proyectar con mediano éxito metas realistas a corto plazo.
- En relación con las habilidades para relacionarse con otros y resolver problemas, destaca la capacidad del grupo para asumir los errores como guías para el comportamiento futuro y la creencia en sí mismo de poder sortear las dificultades con éxito.
- Los resultados que presenta la ESCALA SV-RES permiten orientar contenidos especiales de las líneas de intervención grupales. Para esta muestra, dichos contenidos debieran estar dirigidos principalmente a la

reparación de las condiciones internas de las personas que constituyeron el grupo.

- Los contenidos para el fortalecimiento del trabajo grupal deben estar orientados hacia la construcción de vínculos sanos, la construcción de espacios de convivencia social por medio de proyectos realistas y alcanzables y a problematizar los escenarios y actitudes que dificultan el desarrollo psicosocial, de tal manera de revertir las dimensiones que aparecen más bajas de acuerdo a la dimensión: VÍNCULOS, AFECTIVIDAD Y SATISFACCIÓN.
- Resulta importante asimismo, incorporar como línea reparatoria individual, temáticas relacionadas a la inestabilidad de los vínculos primarios, evaluando e interviniendo el daño provocado en la constitución psíquica, por una parte, y la manera de relacionarse con el entorno por otra.
- Los resultados obtenidos, permiten de igual manera, evaluar los requerimientos individuales de los integrantes de esta muestra, pudiendo alimentar y orientar el trabajo psicoterapéutico individual, junto al material clínico aportado por cada usuario.

- Es necesario sostener las fortalezas identificadas producto de la aplicación de la ESCALA SV-RES, para lo cual, es deseable incorporar contenidos de trabajo grupal y orientados en un mismo nivel al desarrollo psicosocial y comunitario, los indicadores relacionados con los factores REDES, APRENDIZAJE e IDENTIDAD.
- La aplicación de la ESCALA SV-RES resulta pertinente para la permanente actualización de las líneas de intervención grupal, y la orientación del trabajo psicoterapéutico individual, al fotografiar la conducta y evaluación de las situaciones estresantes y amenazadoras que enfrenta el grupo por una parte, y por otra los recursos resilientes más altos que facilitan un desenvolvimiento exitoso al enfrentar conflictos, no sólo del grupo evaluado por esta medición, sino como diagnóstico grupal e individual permanente de la CT.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association (1998); *Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales*, cuarta edición. Extraído el 14 de septiembre de 2009 desde http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/Images/crec_pers.swf
2. Arias, A. y Morales M. (2002). *Infantilización de la Pobreza o Pobrерización de la Infancia*. Extraído el 15 de abril de 2009 desde <http://www.unesco.org.uy/centromontevideo/documentospdf/pobreza.pdf>
3. Briones, G. (2002). *Metodología de la Investigación Cuantitativa en las Ciencias Sociales*. Bogotá, Colombia. Hemeroteca Nacional Universitaria Carlos Lleras Restrepo. Extraído el 18 de agosto de 2008 desde www.unorte.edu.uy/.../Metodologia%20Cuantitativa%20para%20Ciencias%20Sociales%2

4. Bartle, P. (s.f.). *Los Cinco Principales Factores de la Pobreza*.
Extraído el 22 de junio de 2009 desde
<http://www.scn.org/mpfc/modules/emp-povs.htm>
5. Cardoso, F. (1995); *Dependencia y Desarrollo en América Latina*.
Ciudad de México, México. Editorial Siglo XXI.
6. CEPAL (2008). *Superar La Pobreza Mediante La Inclusión Social*.
Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Extraído el 3 de
junio de 2009 desde
http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/32358/dp_lcw174.pdf
7. CONACE (2008) *Norma Técnica*. Extraído el 22 de junio de 2009
desde
<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/71e5abf67b425395e04001011f017d2e.pdf>
8. CONACE (2009). *Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2008*. Extraído el 13 de julio de 2009 desde
http://www.conace.cl/inicio/pdf/resumen_informe_VIII_estudio_drogas_poblaciongeneral_junio2009.pdf

9. Contreras, C. (2003,) *La Teoría de la Dependencia en la Historia Económica sobre la República*. Extraído el 22 de junio de 2009 desde <http://www.pucp.edu.pe/economia/pdf/DDD216.pdf>.
10. Emol (2008) *revisión de noticias La Pintana*. Extraído el 2 de diciembre de 2008 desde www.emol.cl/lapintana.
11. Fleury, S. (1998). *Política social, exclusión y equidad en América Latina*. Extraído el 27 de octubre de 2008 desde http://www.iigov.org/resenas/?p=4_0132
12. García, G. (1985). *Las Leyes de la Dialéctica*. La Habana, Cuba Editorial Gente Nueva.
13. Hernández, et al (2002). *Metodología de la Investigación*. Bogotá, Colombia. Editorial Mac Graw Hill.
14. Hughes, J. y Sharrock W. (1999). *La Filosofía de la Investigación Social*. México D.F. Editorial Fondo de Cultura Económica
15. Kotliarenko, M.A. (1997) *La pobreza desde la mirada de la Resiliencia*. Santiago de Chile, Rev. El Observador, SENAME.

16. Kotliarenco M. A. Cáceres I. y Álvarez C. (1996a). *Resiliencia: Construyendo en Adversidad*. Santiago de Chile. Editorial de CEANIM.
17. Kotliarenco M.A., Cáceres I. y Fontecilla, M (1996b). *Estado del Arte en Resiliencia*. Washington D.C. Editorial de Oficina Panamericana de la Salud.
18. Larraín, F. (2008). *Cuatro Millones de Pobres en Chile: Actualizando la línea de Pobreza*. Santiago de Chile. Centro de Estudios Públicos N° 109, 2009. Extraído el 3 de junio de 2009 desde www.cepchile.cl/dms/lang_1/doc_4120.html
19. López, C. (2007), *Concepto y Medición de la Pobreza*. Revista de Salud Pública, Universidad de la Habana, extraído el 11 de junio de 2009 desde http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_4_07/spu03407.html -
20. Maffesoli, M. (1999). *El Instante Eterno*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
21. Martínez, R y Cortés, J (1992). *Positivismo*. Diccionario de Filosofía. Barcelona, España. Formato digital, Editorial Herder.

22.MIDEPLAN (2007, junio). *Serie de análisis de resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2006) N° 1 La situación de la Pobreza en Chile 2006*. Extraído el 29 de septiembre de 2008 desde

http://www.mideplan.cl/index.php?option=com_rubberdoc&view=doc&id=168&format=raw&Itemid=91.

23.NACIONES UNIDAS (2003). *¿Por Qué Invertir En El Tratamiento Del Abuso De Drogas?: Documento De Debate Para La Formulación De Políticas*. Material entregado por medichi.cl durante Diplomado Tratamiento y Rehabilitación de Adicciones para Población General. Extraído el 27 de octubre de 2008 desde www.medichi.cl/diplomadotratamientorehabilitacionpoblaciongeneral.

24.Palacios, J. (2004). *Comunidad Terapéutica: Una Breve Síntesis de su Desarrollo*. Extraído el 11 de septiembre de 2009 desde <http://www.comunidadterapeutica.decolina.cl/index212.htm>

25.Pardo A. y Ruiz Ma. (2005). *SPSS Guía Para el Análisis de Datos*. Bogotá, Colombia. Editorial Mc Graw Hill

26. Picar, D. (s. f.). *El Abandono o Lazos de Sangre, Lazos de Amor*.
Extraído el 14 de septiembre de 2008 desde
http://www.resiliencia.cl/investig/El_abandono_o_lazos_de_sangre.pdf
27. Rshaid J.M. (2005). *Comunidad Terapéutica. Un Desafío Teórico – Técnico*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Dunken.
28. Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). *ESCALA SV – RES*. Santiago de Chile. Editorial de CEANIM.
29. Saavedra E. (s.f.). *Resiliencia Y Ambientes Laborales Nocivos*.
Extraído el 16 de abril de 2009 desde
http://www.resiliencia.cl/investig/Saavedra_Resiliencia_ALN.doc
30. Salkind, N. (1999). *Métodos de Investigación*. Ciudad de México, México. Editorial Pearson
31. SEN, A. (2002). *La Calidad de Vida*. Ciudad de México, México. Editorial Fondo de Cultura Económica.
32. Torres, C. (1979). *Teoría de la dependencia: Nota crítica sobre su Metodología históricoestructural*. Extraído el 14 de septiembre de 2009 desde http://www.nuso.org/upload/articulos/584_1.pdf

33. YUNUS, M. (1998). *Hacia Un Mundo Sin Pobreza*. Santiago de Chile.
Editorial Andrés Bello.

8. ANEXOS

ANEXO N°1 : ESCALA SV – RES

ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES

(E. Saavedra, M. Villalta – 2007)

SEXO: MUJER _____ HOMBRE: _____ EDAD: _____

Evalúe el grado en que estas afirmaciones lo(a) describan. Marque con una “X” su respuesta. Conteste todas las afirmaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

YO SOY – YO ESTOY	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Una persona con esperanza					
2. Una persona con buena autoestima					
3. Optimista respecto del futuro					
4. Seguro de mis creencias o principios					
5. Creciendo como persona					
6. Rodeado de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles					
7. En contacto con personas que me aprecian					
8. Seguro de mi mismo					
9. Seguro de mis proyectos y metas					
10. Seguro en el ambiente en que vivo					
11. Una persona que ha aprendido a Salir adelante en la vida					
12. Un modelo positivo para otras personas					
13. Bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio					
14. Satisfecho con mis relaciones de amistad					
15. Satisfecho con mis relaciones afectivas					
16. Una persona práctica					
17. Una persona con metas					

en la vida					
18. Activo frente a mis problemas					
19. Revisando constantemente el sentido de mi vida					
20. Generando soluciones a mis problemas					
YO TENGO	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
21. Relaciones personales confiables					
22. Una familia bien estructurada					
23. Relaciones afectivas solidas					
24. Fortaleza interior					
25. Una vida con sentido					
26. Acceso a servicios sociales – públicos					
27. Personas que me apoyan					
28. A quien recurrir en caso de problemas					
29. Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa					
30. Satisfacción con lo que he logrado en la vida					
31. Personas que me han orientado y aconsejado					
32. Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas					
33. Personas en las cuales puedo confiar					
34. Personas que me han confiado sus problemas a mi					
35. Personas que me han acompañado cuando he tenido problemas					
36. Metas a corto plazo					
37. Mis objetivos claros					
38. Personas con quien enfrentar los problemas					
39. Proyectos a futuro					
40. Problemas que puedo solucionar					
YO PUEDO	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

				do	do
41. Hablar de mis emociones					
42. Expresar afecto					
43. Confiar en las personas					
44. Superar las dificultades que se me presentan en la vida					
45. Desarrollar vínculos afectivos					
46. Resolver problemas de manera efectiva					
47. Dar mi opinión					
48. Buscar ayuda cuando la necesito					
49. Apoyar a otros que tienen dificultades					
50. Responsabilizarme por lo que hago					
51. Ser creativo					
52. Comunicarme adecuadamente					
53. Aprender de mis aciertos y errores					
54. Colaborar con otros para mejorar la vida en comunidad					
55. Tomar decisiones					
56. Generar estrategias para solucionar mis problemas					
57. Fijarme metas realistas					
58. Esforzarme por lograr mis objetivos					
59. Asumir riesgos					
60. Proyectarme al futuro					

*ANEXO N° 2 : PROCESO DE INTERVENCIÓN Y PLAN DE ACTIVIDAD.
Centro de Tratamiento Ambulatorio Intensivo para Adultos con Consumo
Problemático de Drogas y Alcohol (Convenio CONACE – FONASA –
MINSAL). La Pintana.*

PROCESO DE INTERVENCIÓN Y PLAN DE ACTIVIDADES

Centro de Tratamiento Ambulatorio Intensivo
para Adultos con Consumo Problemático de
drogas y alcohol.

(Convenio CONACE-FONASA-MINSAL)

La Pintana

PROCESO DE ATENCIÓN

I. PERFIL DE USUARIOS

➤ Perfil individual:

Las personas que participan del proceso de rehabilitación, presentan varias características a nivel psicosocial:

- Debilidades en resolución pacífica de conflictos.
- Falta de herramientas para establecer relaciones afectivas con las personas.
- Bajo nivel de autoestima.
- Problemas de comunicación y expresión de sentimientos.
- Abusos sexuales (100% de las mujeres).
- Maltrato infantil, físico y psicológico.

Esta vivencia de maltrato incide directamente en la manera en que el individuo enfrenta su propia realidad, creando formas equivocadas de relacionarse con su entorno y con las personas que en él se encuentran. De esta forma se va distanciándose mucho de sus procesos emocionales. Un sentimiento de culpa invade la realidad del sujeto.

➤ Perfil de familia:

Las historias familiares de los usuarios se caracterizan por la desestructuración. Sumado a los problemas de maltrato, está también el tema de la incidencia que estos tienen en la forma en que los individuos establecen las relaciones al interior de su espacio familiar (robos, peleas, engaños, desconfianzas, agresiones, etc.).

La llegada de las personas al centro, en raras ocasiones sucede con la compañía de algún familiar. Generalmente el usuario llega solo o derivado por alguna institución que forman parte de nuestras redes (Hogar de Cristo: hospederías y unidad de orientación y derivación, CENFA, instituto Lincoyan de Carabineros, CENSE, CEC, etc.).

La gran mayoría (podríamos hablar de un 90-95%) tiene a lo largo del proceso algún contacto con su familia (ya sea personal o telefónico), el proceso de recuperar lazos familiares es uno de los objetivos fundamentales del proceso.

Para dar este paso de acercamiento a la familia hay que superar muchos obstáculos que tienen que ver con la capacidad de comunicación que establezcan y

que generalmente hay que trabajar ya que tanto los usuarios como las familias carecen de habilidades de comunicación y tienen un alejamiento afectivo muy arraigado.

➤ **Perfil social:**

Los usuarios atendidos poseen un perfil marcado por la desadaptación social. En este sentido, la gran mayoría de ellos poseen experiencias de vida que les ha impulsado a desarrollar estrategias de supervivencia desde edades tempranas (robo, asalto, macheteo, comercio sexual, etc.) Esta realidad los instala desde fuera de las normas y reglas sociales establecidas, manifiestan sensación de marginación de la sociedad.

Sus experiencias de trabajo remunerado están marcados por la ausencia de contratos y por sueldos mínimos, lo que no les permite proyectarse a futuro, ni poder plantearse metas que de mediano o largo plazo.

La mayoría de los usuarios tiene o ha tenido problemas con la justicia, relacionados mayormente con el consumo. Los delitos mas habituales son el robo, robo domestico y robo con fuerza.

➤ **Perfil de trabajo / estudio:**

Existe una diversidad de situaciones en cuanto a los logros de los usuarios respecto de sus estudios. Pocos tienen sus estudios de enseñanza básica y media regularizados y en menor número tienen estudios superiores. Hay un alto índice de deserción y repetición de cursos.

Muchos de ellos han realizado trabajos mal remunerados y sin contrato, gastándose generalmente, todo el sueldo en el consumo de drogas. También hay algunos de los

usuarios que rara vez han trabajado o estudiado y sus fuentes de recursos pasan por el robo, robo con violencia o macheteo.

II) EN TORNO A TRES FASES

- Grupo de Acogida: Ingreso y Adherencia a Tratamiento (tres semanas)
- 1° Fase: Motivación y Problematicación Terapéutica (dos meses)
- 2° Fase: Profundización Terapéutica (cuatro meses)
- 3° Fase: Cierre Terapéutico y Egreso (dos meses a tres meses)

III) ÉNFASIS METODOLÓGICOS EN RELACIÓN A NIVELES DE INTERVENCIÓN:

- Individual:

Abordaje de problemáticas, demandas, necesidades y motivaciones específicas de cada persona que se hacen presentes en cada proceso, y abordaje terapéutico según necesidades de cada persona.

- Grupos pequeños:

Dinámica grupal organizada en dos niveles:

- Abordaje de situaciones emergentes referidas a la dinámica relacional desarrollada en el Centro, o para responder a demandas explícitas surgidas desde las personas atendidas que impliquen fortalecer la motivación y la actualización de sentidos respecto del proceso de tratamiento.
- Abordaje y desarrollo de procesos terapéuticos según grupos de fase.

- Grupo ampliado (colectivo):

Abordaje de situaciones o nudos críticos (fortalezas, conflictos, debilidades) relacionadas con la dinámica cotidiana del Centro de Tratamiento, en el ámbito relacional, generando efectos socioeducativos y psicoeducativos en las personas.

En este ámbito, se ha comenzado a generar una dinámica de 'Grupos Experimentales'. La primera experiencia ha consistido en replicar el Encuentro de la Mañana con grupos de personas que son usuarios de Hospederías durante los fines de semana y días festivos, cuya conducción es rotada semanalmente entre las personas.

IV) PLAN GENERAL DE ACTIVIDADES

4.1) Ámbito Terapéutico:

- Entrevista de Ingreso:

Primer espacio conversacional originado por la demanda de tratamiento que presenta la persona y en el cual se indagan, fundamentalmente, situaciones que activan la demanda de tratamiento, estado motivacional, situación social específica al momento del ingreso (para gestionar, por ejemplo residencia nocturna).

- Evaluación y Atención Médica:

Corresponde a la evaluación que realiza el Médico del equipo, desde el punto de vista de la salud física y mental del usuario(a), generando una atención en el tiempo, de acuerdo a las necesidades pesquisadas en el diagnóstico.

- Evaluación PsicoDiagnóstica:

Corresponde a la evaluación que realiza una Psicóloga del equipo, de modo de identificar la situación general desde el punto de vista psicológico, para generar un apoyo específico, de acuerdo a las necesidades que se pesquisen en este diagnóstico.

- Evaluación PsicoSocial:

Corresponde al diagnóstico psicosocial del usuario(a), en la perspectiva de conocer integralmente aspectos relativos a las condiciones generales de vida en aspectos sociales, económicos, familiares, ocupacionales, redes, judicial, entre otros, para generar – en caso de ser requerido – una intervención específica o para ampliar la información sobre las condiciones de vulnerabilidad social de la persona atendida.

4.1.1) Actividades normativas y de fomento de la adherencia al proceso:

- Encuentro de la Mañana:

Espacio realizado con el grupo ampliado que está estructurado para revisar situaciones surgidas en la dinámica cotidiana del Centro de Tratamiento y que permiten abordar situaciones críticas o conflictos, y, también, brindar un estímulo o reconocimiento específico. Está estructurado en cuatro momentos específicos e interrelacionados: auto-orientación, confrontación, motivación y auto motivación.

- Encuentro de Cierre:

Se realiza diariamente al término de la jornada con el objetivo de conocer el estado anímico y la disposición con que las personas concluyen el día.

- Intervención con familias:

Espacios de carácter terapéutico cuya realización dependerá de la problemática y necesidades específicas que presentan las personas durante el proceso. Se motiva

desde el equipo la realización de estos espacios, considerando que la mayor parte de las personas atendidas, ha perdido vínculos con su familia, o bien, presenta situaciones multiproblemáticas con ella.

- Ceremonia de Graduación o Egreso:

Realizada al término del proceso y que supone la realización de un espacio compartido en que se marca un Hito significativo en el cierre del proceso y se releva el comienzo de una fase distinta en la vida de la persona.

4.1.2) Actividades complementarias de profundización:

- Coloquios:

Corresponde a espacios conversacionales demandados generalmente por las personas, pero que pueden, también, ser producidos por iniciativa del equipo de atención, a objeto de compartir, profundizar o abordar situaciones específicas de la persona.

- Historia de Vida:

Consistente en un espacio individual, en que la persona relata en forma extendida y pormenorizada los episodios de su historia de vida, remarcando la descripción de estas experiencias y los sentimientos asociados a ella. La Historia de Vida constituye el hito que marca el ingreso a la segunda fase de tratamiento.

- Reflexiones:

Se trata de espacios grupales ampliados. Su planificación está a cargo de un usuario/a quien, a propósito de situaciones específicas que ha experimentado, elabora una actividad de reflexión en torno al concepto involucrado en esa situación, que entregue un aporte para él mismo y para los demás. Por ejemplo, tolerancia.

La estructura metodológica es la siguiente: ejercicio lúdico, presentación y definición del concepto eje, conversación grupal para recoger distintas visiones, relato de una experiencia personal asociada al concepto eje y conclusión grupal.

- Seminarios:

Asume la misma estructura anterior, con la diferencia que es una actividad que profundiza más en el concepto y que, por tanto, supone una duración cronológica más extendida.

- Círculos de Conversación Temática:

Se trata de una actividad grupal consistente en revisar un contenido eje, complementario al trabajo terapéutico, en ciclos mensuales o bimensuales. En marzo y abril, se trabajó un ciclo metodológico asociado a Autoestima / Autonomía. La estructura de cada sesión es:

- Saberes previos de las personas en relación al concepto.

- Complementación que realiza el terapeuta o educador
- Diálogo en la perspectiva de elaborar una conclusión grupal
- Profundización del concepto en ámbitos específicos con los cuales esté relacionado (por ejemplo, a partir de experiencias vividas por las personas).

Además de esta actividad, una vez a la semana (días miércoles) se ha generado un Círculo de Conversación – animado por un Seminarista – abocado al ámbito espiritual / religioso, y que funciona en base a criterios de voluntariedad

4.1.3) Actividades de evaluación:

- Evaluación Semanal:

Se realiza el día viernes, y tiene el objetivo que cada persona realice una autoevaluación sobre las situaciones experimentadas durante la semana (actitudes, responsabilidades, relaciones de convivencia, situaciones ligadas a la relación con las familias o personas significativas, frustraciones / motivaciones, etc.). A su vez, el grupo efectúa una retroalimentación a cada persona.

- Evaluación Fin de Semana:

Se realiza el día lunes de cada semana, y tiene el objetivo de realizar una autoevaluación de las situaciones vividas durante el fin de semana (ámbito subjetivo y descripción de la dinámica vivida). También, el grupo efectúa una retroalimentación a cada persona.

- Evaluación Mensual:

Ejercicio de síntesis sobre el proceso en términos generales en base a ficha autoaplicada.

4.1.4) Actividades grupales según avance en proceso terapéutico:

- Grupos 2° Fase:

Los Grupos Terapéuticos de la 2° Fase son Grupo Recuerdos y Grupo Sentimientos. Se trata de espacios terapéuticos diferenciados que buscan desarrollar procesos de reparación afectiva y emocional en las personas.

En términos metodológicos se trabaja en torno a un contenido común (por ejemplo, el fracaso) que, a través de determinadas técnicas (psicodrama, sociodrama, silla vacía, imaginería dirigida, etc.) es abordado individualmente desde el punto de vista de los recuerdos y de las emociones y sentimientos que asocia la persona al contenido. Luego de las intervenciones individuales, el grupo elabora una retroalimentación a cada persona, que facilite el cierre terapéutico de la actividad. Si es necesario adicionar actividades de contención para garantizar el cierre del espacio, se realizan.

- Grupos Terapéuticos 3° Fase:

Fundamentalmente, abocados a la profundización episodios historia de vida, profundización de dinámicas de autoconocimiento; balance retrospectivo y proyectivo, cierre terapéutico tanto respecto del proceso individual como de aquellas situaciones que refieren a sus relaciones significativas con terceros.

- Grupo Íntimo
- Grupo de la Vida
- Grupo Extenso
- Grupos Especiales (por ejemplo, con la familia)

4.2) Ámbito Socio Ocupacional:

4.2.1) Diagnóstico e Itinerario Socio Ocupacional:

Consiste en la generación de un proceso de evaluación socio ocupacional de la persona atendida (realizada al ingreso de la Primera Fase), que posibilita identificar su perfil socio ocupacional y el plan de acción que deberá ser elaborado en conjunto con él o ella, en los diversos ámbitos (educativos, capacitación, apresto, inserción laboral, etc.).

4.2.2) Organización Interna del Centro:

Asignación de tareas para todas las personas integradas al proceso, relacionadas con el cuidado y mantención del espacio físico (labores de aseo y limpieza en espacios interiores y exteriores; labores de cocina). Asimismo, estas tareas son coordinadas por personas que – dada su trayectoria en el proceso – asumen responsabilidades como Encargado de Casa, Encargado de Cocina y Encargado de Bodega.

4.2.3) Talleres:

- Apresto Laboral:

Realizados una vez a la semana, consiste en un espacio grupal en que se desarrolla un proceso de conocimiento, reflexión y proyección de la actividad laboral de las personas atendidas.

- Alfabetización:

Realizados con personas que presentan situaciones de analfabetismo y que adquieren en este contexto, competencias en el ámbito de la lecto escritura y operaciones matemáticas básicas.

- Café Literario:

Actividad realizada una vez por semana, con apoyo del Municipio de La Pintana, consistente en un Taller de Literatura en que se estimula la lectura, la comprensión lectora y el ejercicio del debate y reflexión grupal.

- Capacitación en gestión ambiental:

La Dirección de Gestión Ambiental de la Municipalidad de La Pintana está desarrollando un Programa de forestación llamado “Creación de Bosquetes Urbanos”. En este marco hemos participado de capacitaciones en reciclaje y creación y mantención de áreas verdes.

4.2.4) Cabildos:

Espacios grupales ampliados que se generan para favorecer y motivar la auto-organización de las personas. Los usuarios/as escogen una estructura de organización interna y proponen, discuten y acuerdan iniciativas llevadas a cabo por ellos mismos para realizar actividades que complementen su participación en el espacio. Ejemplo de ello, son la elaboración y venta de pan amasado o empanadas en horno de barro disponible en el Centro, para reunir fondos que les permita realizar actividades recreativas, entre otras iniciativas.

4.2.5) Salidas formativas y recreativas:

Actividades realizadas con frecuencia mensuales. Hasta ahora, se han realizado las siguientes salidas:

- Visitas al Parque Metropolitano.
- Visitas al Centro Cultural Palacio de la Moneda (3).
- “Olimpiadas Alsino 2008”, organizadas por el Hospital de Día Alsino.

4.3. Intervención Familiar:

Se realiza una vez por semana. Reuniones con personas de las familias que apoyan el proceso de tratamiento de los/las usuarios/as, de carácter informativo y para intercambiar antecedentes o situaciones relevantes relativas al proceso de tratamiento de las personas.

4.4. Actividades realizadas con Redes:

Gestión de Trabajo en Redes a través de reuniones, coordinaciones telefónicas, acciones de derivación, etc. Trabajo en Red con las siguientes instituciones:

- La Pintana

- CESFAM Santo Tomás
 - Municipalidad de La Pintana: Oficina de la Mujer, DIDECO, Previene.
 - Centro de Apoyo Escolar
 - Corporación Social Activa
 - Programa MOMIC (PIIE)
 - Jardín Infantil Población Santo Tomás
 - Casa de la Mujer Gabriela
 - Hospital Sótero del Río
 - Hospital Alberto Hurtado
 - Centro de la Mujer
- Lo Espejo
 - Consultorios de Atención Primaria (Mariela Salgado, Valledor Tres, Julio Acuña).
 - Hospital Barro Luco
 - Policlínico de Alcohol y Drogas Obispo Enrique Alvear
 - Municipalidad de Lo Espejo: Oficina Previene, Oficina de la Mujer
 - Red por la No Violencia Intrafamiliar.
 - Centro Nacional de la Familia (CENFA): Casa de la Familia Santa Adriana.
 - Programas de Intervención realizados por Caleta Sur: Jardín Infantil, Programa Chile Califica, Programa de Reinserción Educativa para niños y jóvenes desertores escolares.
 - Otras instituciones:
 - Hospederías del Hogar de Cristo (Padre Alvaro Lavín, San Bernardo y Puente Alto)
 - Programa de Apoyo a la Integración Social de Personas en Situación de Calle (Chile Solidario): ONG Sedej y Caleta Sur.
 - Escuela de Formación Profesional en Oficios Cristo Vive
 - Programa de Integración Socio Ocupacional (CONACE)
 - Hospital El Peral

V) EQUIPO CENTRO DE TRATAMIENTO

Equipo Profesional

Coordinación General	Mónica Bonnefoy	Asistente Social
	Juan Pablo Ramírez	Médico Cirujano
	Viviana Díaz	Psicóloga
	Patricia Canelo	Psicóloga en proceso de titulación
	María Elena Muñoz	Técnico en Rehabilitación
	Valeska Madriaga	Antropóloga Social

Estudiantes en práctica profesional

Jessenia Gómez	Carrera Técnico en Rehabilitación, Universidad de Chile, 44 horas semanales, desde 3 marzo al 8 de mayo 2008 (total 360 horas).
Tania Neira	Carrera de Psicología, Universidad Academia Humanismo Cristiano, 9 horas mensuales, desde 7 abril hasta diciembre 2008.
Claudio González	Carrera de Psicología, Universidad Academia Humanismo, desde 7 abril hasta diciembre 2008.
Claudia Fariña	Carrera de Psicología, Universidad Academia Humanismo Cristiano, 8 horas semanales, desde 12 de mayo hasta diciembre de 2008.
Marioli Figueroa	Carrera Técnico en Rehabilitación, Universidad de Chile, 44 horas semanales, desde 8 de mayo a 15 de julio de 2008 (total 360 horas).

Actividades de Equipo:

Reuniones semanales:

Generalmente los días martes. Revisión de situaciones específicas e intercambio información relevante.

Encuentros de discusión clínica:

Espacios diarios que se realizan para analizar la situación de personas, intercambiar información relevante o tomar decisiones respecto de los procesos de tratamiento.

Jornada de Trabajo Mensual:

Espacio realizado con una frecuencia mensual, para efectuar una revisión y análisis detenido de todos los aspectos relacionados con la experiencia (organizacional, administrativo, técnico, formativo, etc.).

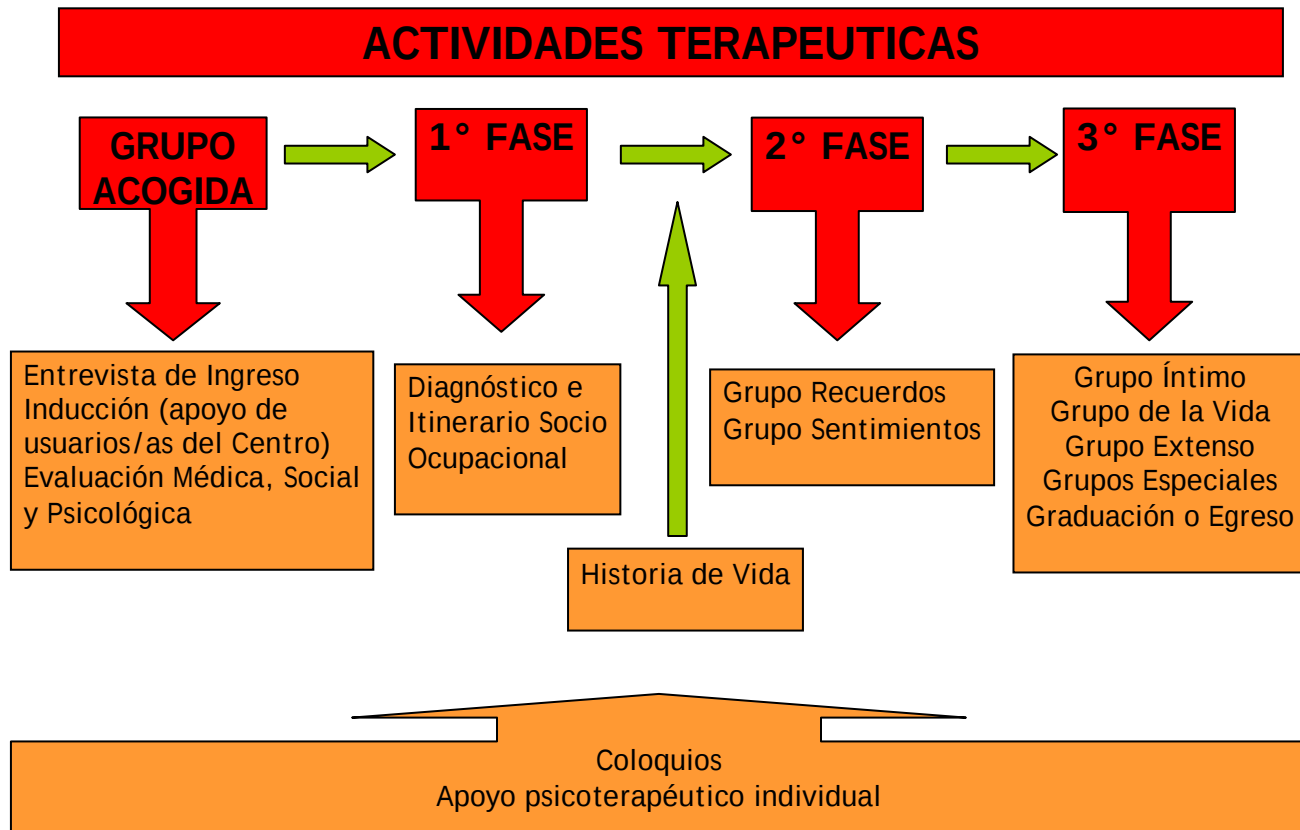
Reuniones equipo de Área de Tratamiento en Drogas, Caleta Sur:

Espacio institucional de funcionamiento bimensual dirigido a efectuar procesos de intercambio, reflexión y análisis que permitan desarrollar y fortalecer una estrategia institucional en el ámbito del tratamiento con personas que consumen drogas. Es un espacio de reflexión técnica y política.

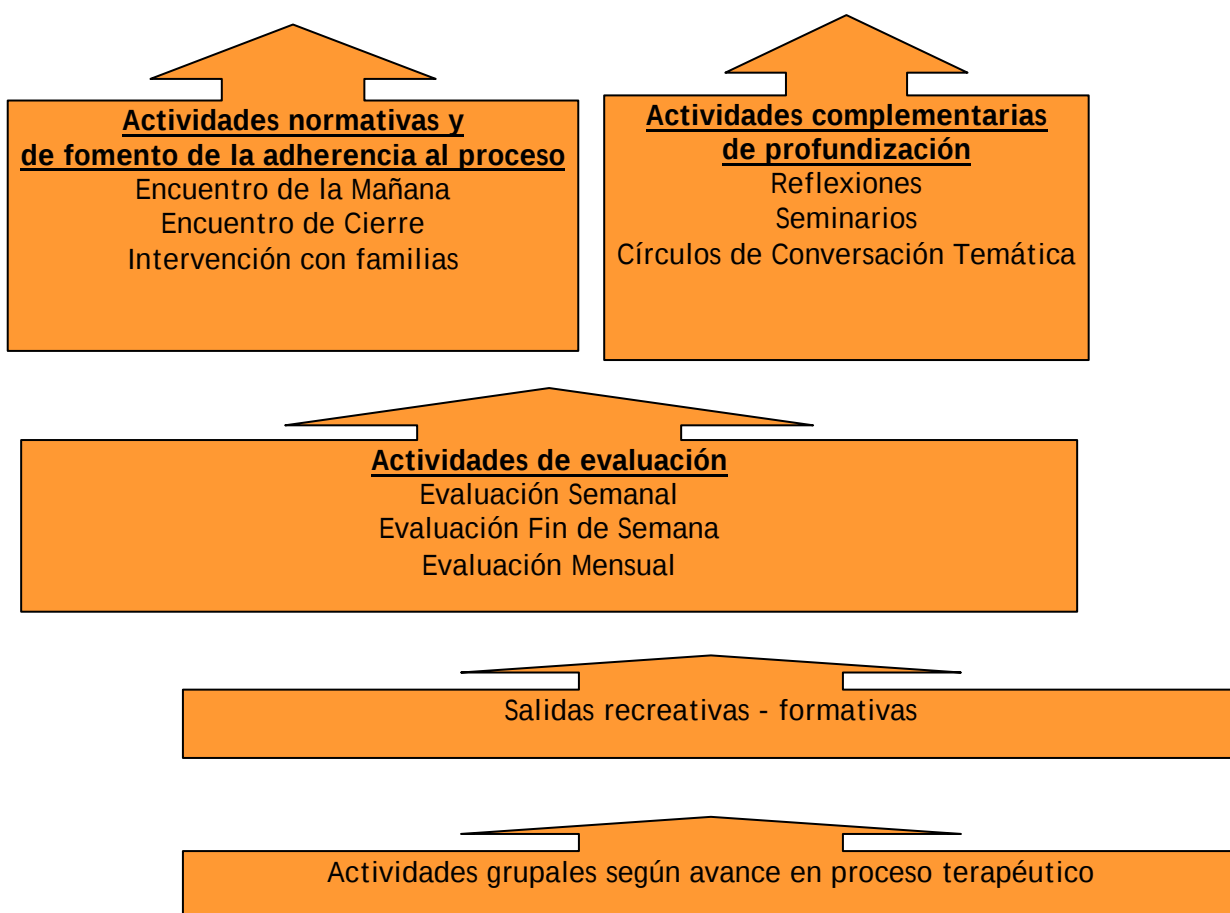
Capacidad de Atención: 21 personas

Horario de Atención: Lunes a Viernes, 09:00 a 17:30 horas.

VISUALIZACION GRAFICA DEL PROCESO DE ATENCION



ACTIVIDADES TRANSVERSALES



CALENDARIO SEMANAL BASE DE ACTIVIDADES

HORARIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
09:00 – 09:30	Ingreso Desayuno Reunión Familias	Ingreso Desayuno	Ingreso Desayuno	Ingreso Desayuno	Ingreso Desayuno Reunión Familias
09:30 – 10:30	Oficios Reunión Familias	Oficios	Oficios	Oficios	Oficios Reunión Familias
10:30 a 12:00	Encuentro de la Mañana	Encuentro de la Mañana	Encuentro de la Mañana	Encuentro de la Mañana	Encuentro de la Mañana
12:00 a 14:00	Evaluación Fin de Semana	Grupo Terapéutico Taller Apresto Laboral	Cabildo	Grupo Terapéutico	Evaluación Semanal o Mensual, según corresponda
14:00 a 15:00	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
15:00 a 17:00	Coloquios Taller	Taller Reunión Equipo	Coloquios Círculo Conversación Temática Salida Recreativa (1 vez al mes)	Coloquios Taller o Grupo Reflexión Atención Médica	Evaluación Semanal o Mensual, según corresponda
17:00 a 17:30	Encuentro de Cierre Salida	Encuentro de Cierre Salida	Encuentro de Cierre Salida	Encuentro de Cierre Salida	Encuentro de Cierre Salida