



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**"METODOLOGIAS DE INTERVENCION
UTILIZADAS POR COMUNIDADES TERAPEUTICAS
DEL SECTOR SUR DE SANTIAGO"**

Alumna: Vanessa Daniela, Celedón Reyes.

Profesor: Mauricio Alberto, Ureta Bernal.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ASISTENTE SOCIAL

INDICE	Páginas
INTRODUCCION	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	10
3. HIPÓTESIS DE TRABAJO	11
4. ESTRATEGIA METODOLOGICA	12
4.1 Enfoque de Investigación	12
4.2 Tipo de Diseño	14
4.3 Unidad de Estudio	16
4.4 Criterios de Selección	16
4.5 Técnicas de Recolección de Información	18
4.5.1 Entrevistas Semi-estructuradas a Informantes Claves	18
4.5.2 Revisión de Información Documental	19
4.6 Técnicas de Análisis de Datos	20
4.6.1 Análisis de Contenido	21
4.6.2 Matrices Descriptivas	24
4.6.3 Diseño de Matrices	25
4.6.4 Variables	26
PRIMERA PARTE: MARCO TEORICO	
CAPITULO I: Conceptualizaciones y Aspectos Relevantes Sobre el Consumo de Drogas	
1. Consumo de Drogas: Dependencia, Uso y Abuso	28
2. Factores Asociados al Consumo de Drogas	32
3. Juventud y Drogas	37
4. Marginación y Drogas	38
CAPITULO II: Modelos Teóricos	
1. Modelo Jurídico Legal	41
2. Modelo Médico	45
3. Modelo Transteórico del Proceso de Cambio	57

4.	Modelo de la Reducción de Daños	63
5.	Modelo Sociocultural	66
6.	Modelo del Desarrollo Integrado	68
7.	Modelo BioPsicoSocial	69

SEGUNDA PARTE: MARCO REFERENCIAL

CAPITULO III: La Comunidad Terapéutica

1.	Bases Históricas de las Comunidades Terapéuticas	72
2.	Bases Teóricas de las Comunidades Terapéuticas	74
3.	Bases de la Estrategia Metodológica de las Comunidades Terapéuticas	80

CAPITULO IV: Comunidades Terapéuticas Caleta Sur y Casa Joven

	Antecedentes Generales Caleta Sur	87
	Antecedentes Generales Casa Joven	93

TERCERA PARTE: PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO V: Matrices Conceptuales de Comunidad Terapéutica Caleta Sur

1. MATRIZ PERFILES METODOLÓGICOS (TEÓRICOS Y CONCEPTUALES)

	Eje Temático Modelos Teóricos	98
	Eje Temático Concepto de Tratamiento y Terapéutico	104
	Eje Temático Concepto de Droga	108
	Eje Temático Concepto de Recaída	114
	Eje Temático Concepto de Abstinencia e Importancia	118

2. MATRIZ PERFILES METODOLOGICOS (METODOLOGIAS DE INTERVENCIÓN)	
Eje Temático Etapas en la Intervención	124
Eje Temático Áreas de Intervención	130
Eje Temático Actividades en la Intervención	133
Eje Temático Objetivos en la Intervención	135
Eje Temático Sistema de Registro	136
Eje Temático Sistema de Evaluación	137
3. MATRIZ MIRADA EVALUATIVA (PRINCIPALES TRANSFORMACIONES)	
Eje Temático Logros en el Proceso	139
Eje Temático Cambios en el Proceso	142
Eje Temático Avances en el Proceso	146
Eje Temático Retrocesos en el Proceso	147
4. MATRIZ MIRADA EVALUATIVA (FACTORES CONDICIONANTES)	
Eje Temático Facilitadores y Fortalezas	150
Eje Temático Obstaculizadores y Debilidades	154
Eje Temático Ámbitos y Áreas Importantes de Tratar	158
CAPITULO VI: MATRICES CONCEPTUALES DE COMUNIDAD TERAPEUTICA CASA JOVEN	
1. MATRIZ PERFILES METODOLÓGICOS (TEÓRICOS Y CONCEPTUALES)	
Eje Temático Modelos Teóricos	162
Eje Temático Concepto de Tratamiento y Terapéutico	166
Eje Temático Concepto de Droga	168
Eje Temático Concepto de Recaída	171
Eje Temático Concepto de Abstinencia e Importancia	174

2. MATRIZ PERFILES METODOLOGICOS (METODOLOGIAS DE INTERVENCIÓN)	
Eje Temático Etapas en la Intervención	175
Eje Temático Áreas de Intervención	179
Eje Temático Actividades en la Intervención	180
Eje Temático Objetivos en la Intervención	181
Eje Temático Sistema de Registro	182
Eje Temático Sistema de Evaluación	182
3. MATRIZ MIRADA EVALUATIVA (PRINCIPALES TRANSFORMACIONES)	
Eje Temático Logros en el Proceso	183
Eje Temático Cambios en el Proceso	186
Eje Temático Avances en el Proceso	188
Eje Temático Retrocesos en el Proceso	189
MATRIZ MIRADA EVALUATIVA (FACTORES CONDICIONANTES)	
Eje Temático Facilitadores y Fortalezas	192
Eje Temático Obstaculizadores y Debilidades	194
Eje Temático Ámbitos y Áreas Importantes de Tratar	199
CONCLUSIONES	201
HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN	229
APORTES AL TRABAJO SOCIAL	233
BIBLIOGRAFÍA	246
ANEXOS	
1. Variables	
1.1 Definiciones de Operalización	256
1.2 Operalización de Variables	258
2. Instrumentos de Recolección y Análisis	
2.1 Pauta de Entrevista	261
2.2 Tablas de Análisis Comparativo	263

INTRODUCCION

Es frecuente leer estudios sobre el consumo y adicción a las drogas en la lógica de explicar, entender y medir esta realidad, existiendo distintos paradigmas, enfoques, modelos y/o discursos que intentan encontrar estrategias de intervención que permitan un tratamiento y rehabilitación con la entrega necesaria de herramientas para ir desarrollando y potenciando capacidades y/o habilidades en personas que presentan este problema.

Es de conocimiento general que el consumo de drogas es una problemática con una envergadura social importante y que según cifras oficiales ha aumentado.

“El World Drug Report 2006”, indica de que 4.102 millones de personas en todo el mundo entre 15 y 64 años de edad, unos 200 millones de personas (4.9%) han usado alguna droga ilícita en el último año y que entre éstas el cannabis es la droga ilícita de mayor consumo a nivel mundial, con una estimación de 162 millones de personas que la usaron alguna vez en el último año, en contra partida, 3.902 millones de personas entre 15 y 64 años de edad nunca han usado una droga ilícita en dicho período. De igual modo la ONUDD ha estimado que 110 millones de personas (2.7%) de la población mundial entre 15 y 64 años usó droga ilícita alguna vez en los últimos 30 días y que unos 25 millones de personas de este grupo de edad (0.6%), son consumidores problemáticos de drogas. [Ministerio del Interior - CONACE, 2006 (a)].

Este es un problema de carácter transnacional y de una realidad que nuestro país no esta ajeno, el Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General, 823.555 (9.4%) declaran consumo reciente (último año) de cualquier droga ilícita (marihuana, cocaína, pasta base y otras de menor prevalencia, como alucinógenos, inhalantes, éxtasis y crack). [Ministerio del Interior - CONACE, 2006 (b)].

En relación a la dependencia y abuso de las principales drogas ilícitas (marihuana, cocaína, pasta base) y cualquier droga ilícita, 270.557 hombres presentaban dependencia y 328.808 mujeres presentaban dependencia a las principales drogas ilícitas y/o cualquier droga ilícita, en sumatoria un total de 599.365 presentan dependencia y/o abuso a drogas.

Respecto a consumidores/as problemáticos/as de drogas 370.687 personas (hombres y mujeres) presentan ésta característica, y solo 19.648 personas declaran desear tratamiento, y finalmente solo un porcentaje de ésta población recibe algún tratamiento específico.

El tema preocupante no es según las estadísticas la cantidad de personas con consumo problemático de drogas, solo 19.648 personas un 9.6% desea algún tratamiento, y que de esta población alrededor de un 1.2% (2.500 personas) finalmente participa en algún programa de tratamiento estructurado. (**ibid**).

Es importante destacar que las distintas instituciones involucradas en el tratamiento destinado para personas con consumo problemático, fundamentan como principio articulador la existencia de políticas, programas, estrategias específicas con una variada y compleja estructura de metodologías y modelos teóricos de intervención; para las 351.039 personas con consumo problemático que no declaran desear tratamiento, existen programas específicos como son las estrategias de sensibilización y servicios de orientación e información y asesoramiento no programado, con el objeto de generar conciencia del problema y de aumentar la probabilidad de solicitud de intervención terapéutica con programas de tratamiento más estructurados. [Ministerio del Interior - CONACE, 2004 (c)].

El tema del consumo de drogas implica un cruce de varios factores, por un lado, involucra la responsabilidad del individuo de asumir el problema del consumo y requerir ayuda terapéutica para su recuperación; y por otro lado, se encuentran los programas de tratamientos cuya finalidad es otorgar herramientas necesarias en el proceso de recuperación que ayuden a mitigar o disminuir las consecuencias dañinas de este problema. Estos programas de tratamiento son concretados finalmente por distintas instituciones con el apoyo y financiamiento de organismos gubernamentales y en algunos casos por entes privados y la iglesia, cuyos esfuerzos centran su atención en articular recursos, políticas, metodologías y estrategias que apunten a intervenir en esta realidad, transformándose en entidades proveedoras de servicios que posibilitan la intervención a través de la entrega de recursos necesarios y personal capacitado para cubrir las necesidades y niveles de calidad básicos en la intervención.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Son diversas las razones que inciden en que personas que consumen drogas decidan en un determinado momento de sus vidas abandonar su conducta adictiva, valorando su voluntad y esfuerzo personal para iniciar un tratamiento, aunque para que los resultados no sean infructuosos y/o fallidos se requiere de distintas alternativas para iniciar un proceso terapéutico óptimo y eficiente con ayuda profesional, enfoques teóricos que orienten la acción y de metodologías específicas para abordar la problemática.

En nuestro país, distintas instituciones trabajan con programas de tratamiento ambulatorios estructurados que enfocan su intervención en diferentes niveles: individual, grupal, familiar y comunitario incrementando de esta manera el apoyo y la participación de personas, familias y comunidades. Actualmente, “en Chile contamos con 109 instituciones que ofrecen planes estructurados ambulatorios básicos y 56 que ofrecen planes estructurados ambulatorios intensivos”. (*Ibid*: 31).

Estos programas estructurados, se caracterizan por tener una valoración diagnóstica de la problemática y una elaboración de planes de atención con objetivos establecidos de acuerdo a las necesidades de las personas, tienen diferente intensidad de contención en su diseño y estructura porque sus planes de atención cuentan con una estructura y duración definida, existiendo planes básicos de intervención donde se intenta que la persona asista dos veces a la semana a tratamiento y planes intensivos donde se intenta que la persona asista cuatro o cinco días por semana varias horas.

...“Existen en modalidad residencial y ambulatoria y se diferencian en su grado de contención, para un problema de mayor complejidad, se requiere habitualmente mayor estructura, así, dentro de los de mayor contención se encuentran los programas terapéuticos residenciales, con una estructura muy definida, intenso calendario de sesiones educacionales, terapéuticas y de formación, individuales y en grupo, para promover la rehabilitación”. [Ministerio del Interior - CONACE; *Op.cit* (c): 26].

En cambio un programa de menor estructura y contención como los ambulatorios no requiere que la persona se aleje de su entorno más inmediato, más bien que asista varias veces y horas a la semana, “configurando la intervención en función de las necesidades de cada participante”. (**Ibid**: 30).

En el caso de esta investigación, se asumió la identificación, descripción y análisis acerca de perfiles metodológicos utilizados por dos instituciones con una oferta de intervención terapéutica con programas ambulatorios estructurados con planes intensivos y mayor contención. Considerando importante este estudio, dado que para la población que hoy día esta demandando programas de tratamiento existe una oferta institucional distinta, siendo necesario conocer las estrategias metodológicas que utilizan en la intervención, las respuestas o factores que inciden en la calidad de la atención, para saber que se está haciendo operativamente hoy en día, de manera de conocer los elementos, aspectos o factores que han sido positivos en la intervención, diferenciando la oferta que ofrecen las distintas instituciones.

Se destaca la importancia de indagar específicamente en los modelos y/o sustentos teóricos que permitan identificar y comprender distintos conceptos y enfoques que fundamentan la intervención terapéutica; las estrategias metodológicas que utilizan en su práctica operativa que permita distinguir programas de trabajo con metas definidas, actividades realizadas, técnicas, etapas y áreas de intervención, instrumentos de registro, seguimiento al usuario, recursos empleados, sesiones y cantidad de horas destinadas a la intervención; rescatando el proceso de intervención terapéutica a través de profesionales y/o monitores que a través de su percepción y experiencia acumulada permita rescatar factores condicionantes como fortalezas, debilidades, facilitadores y obstaculizadores, y a través de la mirada evaluativa de los mismos, permita conocer resultados cualitativos de la intervención como logros, cambios, avances y retrocesos.

Finalmente con los resultados de la investigación realizar un análisis comparativo que permita contrastar en cada una de las comunidades terapéuticas, elementos u aspectos similares y diferentes.

De lo expuesto con antelación, surge la siguiente interrogante: **¿Cuáles son los Perfiles Metodológicos utilizados por dos Comunidades Terapéuticas del Sector Sur de Santiago?**

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuáles son los modelos teóricos y estrategias metodológicas que adhieren para la intervención dos comunidades terapéuticas del sector sur de Santiago?.
2. ¿Cómo se relacionan los modelos teóricos en la implementación de las estrategias metodológicas en dos comunidades terapéuticas del sector sur de Santiago?.
3. ¿Cuál es la mirada evaluativa que tienen respecto a factores condicionantes y principales transformaciones, los profesionales e interventores de dos comunidades terapéuticas del sector sur de Santiago?.

2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General Nº 1

- Comprender los perfiles metodológicos de dos comunidades terapéuticas ambulatorias con planes intensivos.

Objetivos Específicos

- Describir los modelos teóricos que sustentan la intervención terapéutica.
- Describir las estrategias metodológicas que utilizan en la práctica operativa.

Objetivo General Nº 2

- Establecer la mirada evaluativa de los procesos de intervención en ambas comunidades terapéuticas.

Objetivos Específicos

- Describir las principales transformaciones a partir de la intervención.
- Describir factores condicionantes de la intervención terapéutica.

Objetivo General Nº 3

- Determinar aspectos comparativos de hallazgos importantes.

Objetivos Específicos

- Comparar visualizando diferencias de la intervención.
- Comparar visualizando similitudes de la intervención.

3. HIPOTESIS DE TRABAJO

Hipótesis N° 1

Los modelos teóricos y las estrategias metodológicas que sustentan ambas comunidades terapéuticas en estudio, son las mismas porque están enfocadas a intervenir con personas que presentan conductas adictivas.

Hipótesis N° 2

Los modelos teóricos son importantes y sirven de apoyo para implementar las estrategias metodológicas, existiendo una estrecha relación entre ambos componentes y los resultados de la intervención.

Hipótesis N° 3

La mirada evaluativa de profesionales e interventores en procesos terapéuticos, sirve para visualizar los aspectos sobre la propuesta de trabajo que inciden en la calidad de la intervención terapéutica.

4. ESTRATEGÍA METODOLÓGICA

En este estudio y como una forma de aproximarse a la realidad, se consideró pertinente abordar la metodología cualitativa como una forma de rescatar los perfiles metodológicos que utilizan dos comunidades terapéuticas ambulatorias del sector sur de Santiago. Para conocer, analizar y rescatar la información necesaria a partir de los propios individuos involucrados en dichos procesos, y los datos están sujetos a los resultados de las percepciones, perspectivas, impresiones, valoraciones y experiencia acumulada y práctica operativa de profesionales y/o monitores que intervienen en procesos terapéuticos, siendo informantes y actores claves dentro del proceso investigativo.

4.1 Enfoque de Investigación:

Para efectos de esta investigación, se utilizó el enfoque cualitativo considerando orientaciones fenomenológicas que tiene como uno de sus postulados más comunes:

... “La idea de que la realidad no es jamás exterior al sujeto que la examina, que existe una relación entre el sujeto y el objeto” (Pourtois y Desmet; 1992: 23).

La subjetividad se encuentra presente en todo el proceso investigativo, los fenómenos se hacen comprensibles a partir de los datos cualitativos, y la concepción de mundo de los individuos sujetos a estudio y del investigador/a que interpreta la realidad, donde se integra de igual forma a observadores y observados en su observación, buscado las significaciones de las acciones en la vida cotidiana, más específicamente de la acción social que se define como:

... “Una acción es sólo social si reviste un significado subjetivo para las personas en cuestión. Por consiguiente, el interés se dirige sobre las formas en que los sujetos definen las situaciones sociales en las que se hallan situados y sobre la influencia de estas representaciones en sus comportamientos futuros. En este caso, el sujeto es el creador de su propia realidad social, y ésta no es una realidad que permanezca exterior a él” (**Ibid**: 48).

Taylor y Bogdan (1996), hacen referencia a diez características esenciales respecto a los métodos de investigación cualitativa, que intenta comprender a los sujetos a través de la

significación del mundo social, considerando relevante para la recogida de datos, la visión de los propios individuos involucrados en tales procesos y los resultados de la investigación no son otra cosa que el producto de sus experiencias: “en la experiencia subjetiva y afectiva de los sujetos para descubrir el significado que dichos sujetos atribuyen a las situaciones y acontecimientos que viven” (Pourtois y Desmet; **op.cit**: 116).

Entendiendo los fenómenos desde los escenarios o contextos sociales, involucrando la perspectiva del individuo y la manera como vivencia un proceso determinado en su vida cotidiana, intentando obtener información de carácter pragmática.

Alonso, plantea que para una mejor orientación e información significativa, es trascendental la interpretación “de como los diversos sujetos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales” (Citado en Delgado y Gutiérrez; 1995: 226).

La investigación cualitativa es inductiva porque se sustenta en la comprensión de los fenómenos a través de lo patrones de datos, más allá de apoyarse en hipótesis y generalizar los resultados, no reduce a variables a las personas o grupos, está orientada básicamente por los objetivos de investigación.

Ortí, señala:

... “Que ceñirse a hipótesis previas no haría sino constreñir el propio análisis. El mundo simbólico capturado mediante discursos no se circunscribe de modo alguno a premisas previamente formalizadas para su posterior verificación; más bien se pretende la determinación dialéctica del sentido, mediante la operación de desentrañar significados” (Citado en Delgado y Gutiérrez; **op.cit**: 77).

Este estudio utilizó **hipótesis de trabajo**, para ir guiando el nivel de análisis que es descriptivo y como una forma de poder establecer un orden lógico de las conclusiones del estudio, y no con el objeto de generalizar resultados, porque el análisis de los datos, conclusiones y hallazgos están centrados en la interpretación de los significados.

4.2 Tipo de Diseño:

De acuerdo con el enfoque de investigación se considera pertinente la elección de un diseño no experimental, debido a que se pretende:

... “Observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (Hernández, Fernández y Batista; 1998: 184).

Considerando más adecuado como nivel de análisis el de tipo descriptivo:

... “que es el acto de describir las partes, categorías o clases que componen un objeto de estudio, o en su defecto, describir las relaciones que se dan entre el objeto de estudio con otros objetos” (Cerdea; 2000: 74).

Este nivel de análisis, presenta como característica, el conocer acerca de las situaciones tal cual se manifiestan en la vida social o escenarios sociales, involucrándose con sus protagonistas y sus acciones a través de la interpretación de los fenómenos, permitiendo de esta manera desglosar cada uno de sus elementos, componentes o tópicos de investigación exhaustivamente.

Se uso el “método del estudio de caso” considerándolo más pertinente, dado las características de la investigación, pretendiendo ante todo un examen riguroso, en profundidad y mejor comprensión del significado del fenómeno en cuestión.

Pérez Serrano (2001), destaca que el estudio de caso observa las características de una unidad individual, un niño, una pandilla, una escuela o una comunidad, y consiste en probar a través de un examen intensivo y análisis en profundidad diversos aspectos de un mismo fenómeno que constituye el ciclo vital de la unidad.

... “no es más que la descripción de una situación real en la que se plantea o puede plantearse un cierto problema” (**Ibid**: 81).

Es una forma de estudiar el problema en todas sus dimensiones y propiedades, percibir y rescatar los hechos importantes que existan, comprender las situaciones que se presentan, y poder encontrar soluciones pertinentes.

... “una descripción intensiva, holística y un análisis de una entidad singular, un fenómeno o unidad social. Los estudios de casos son particularistas, descriptivos y heurísticos y se basan en el razonamiento inductivo al manejar múltiples fuentes de datos” (**ibid**: 85).

Merriam (citado en Pérez Serrano; **op.cit**), para definir que la investigación del estudio de caso no es lo mismo que el trabajo de casos, la historia de casos o el informe con casos. Este autor otorga algunas características específicas para el estudio de caso:

Es Particularista centra su atención en una situación, proceso o fenómeno en particular, otorgando importancia al fenómeno en sí, y a su representación a través de su significado, situaciones y/o acontecimientos específicos de la práctica diaria y una visión holística.

Es Descriptivo dado que pretende alcanzar una descripción rica y densa que otorgue un examen riguroso y lo más completo de la información, descomponiendo el fenómeno en distintos tópicos y ejes temáticos como sea posible.

Es Heurístico tiene como fin la comprensión lo más exhaustiva posibilitando el descubrimiento de nuevos significados, que en ocasiones puede conducir al resurgimiento de ideas, conceptos, tópicos pueden llevar al replanteamiento del fenómeno estudiado.

Es inductivo no trabaja en base a conceptos, hipótesis previas o formalizadas, éstos surgen de una revisión de los datos del propio contexto, **en ocasiones se utiliza hipótesis de trabajo al inicio del estudio de casos**, pero están sujetas a reformulación, porque en la medida que avanza el estudio se intenta descubrir nuevas relaciones y conceptos más que verificar hipótesis predeterminadas y generalizar resultados.

4.3 Unidad de Estudio:

La unidad de estudio corresponde a la delimitación concreta y física donde se realizó la investigación, la selección se basó en ciertas características y criterios específicos que se ajustaban a las necesidades de la investigación y del investigador/a.

La selección de las fuentes de información para la recogida de datos, quedó sujeta a la relación que existe entre el perfil y composición de las mismas, donde el número o cantidad no supone más información, sino que sería la repetición de los contenidos en torno al tema a investigar.

Para otorgar respuestas a las inquietudes planteadas y otorgarle sentido a los objetivos de la investigación, se escogieron como **Unidad de Estudio**, a dos organizaciones clasificadas como comunidades terapéuticas ambulatorias del sector sur de Santiago:

- “Caleta sur”, comunidad terapéutica ambulatoria, comuna de La Pintana.
- “Casa Joven”, comunidad terapéutica ambulatoria, comuna de La Granja.

4.4 Criterios de Selección:

Para establecer la selección de dos comunidades terapéuticas ambulatorias pertenecientes al sector sur de Santiago, específicamente de las comunas de la Granja y de la Pintana, y después de un examen riguroso a un catastro de distintas organizaciones encargadas de intervenir con personas con conductas adictivas pedido en la biblioteca del CONACE, se consideraron los siguientes aspectos:

Para focalizar el estudio, se decidió que ambas fueran comunidades terapéuticas y no organizaciones que realizaran por ejemplo, trabajo de calle o sirvieran como casas de acogida, porque se tenía antecedentes respecto a estas modalidades de intervención por una participación en una mesa temática convocada por el CONACE para conocer mencionadas metodologías (trabajo de calle y casas de acogida).

El interés apuntaba en indagar exclusivamente a comunidades terapéuticas y con una intervención ambulatoria compleja y planes intensivos, que tuvieran programas de trabajo y metodologías de intervención con características parecidas, pensando en establecer diferencias y similitudes respecto de las mismas, descartando la modalidad ambulatoria simple y planes básicos de menor contención y en su opuesto a la modalidad de régimen residencial que necesita de mayor contención y recursos en la intervención.

Se seleccionó a estas comunidades por ser financiadas por organismos gubernamentales cuyos procesos terapéuticos está destinado a personas de escasos recursos que no cuentan con un respaldo económico para financiar otro tipo de instituciones dotadas de servicios para el tratamiento con drogas.

Se consideró el perfil de población que estas organizaciones atiende, que tuvieran características similares en: edades (entre 18 y más años), mixtas (hombres y mujeres), con problemas de policonsumo y de un mismo nivel sociocultural.

Se recopilaron antecedentes de áreas geográficas aledañas a ambas comunidades terapéuticas encontrando las siguientes características:

Ambas comunidades terapéuticas se encuentran en sectores altamente conflictivos debido al nivel de microtráfico y con una población más expuesta al consumo de drogas, por ejemplo, cerca de la ubicación geográfica de Casa Joven perteneciente a la comuna Granja se encuentra la población San Gregorio considerada como emblemática por el alto nivel de microtráfico, fenómeno también visible en la comuna de la Pintana debido a que Caleta Sur, se encuentra cerca de la población el Castillo y San José de la Estrella con similares características.

Se seleccionaron ambas por estar ubicadas en comunas aledañas y relativamente cerca una de otra, por tanto, pertenecientes a áreas geográficas más focalizadas y reducidas para la recogida de datos; en el caso de Casa Joven se encuentra en el paradero 19 de Santa Rosa y Caleta Sur en el paradero 30 de Santa Rosa, ambas ubicadas hacia la cordillera.

4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

Por medio del trabajo de campo y luego de establecer el contacto y/o selección de los informantes, se realizó la recolección de información y de material necesario utilizando principalmente dos técnicas, las que desempeñaron un papel fundamental con el objeto de favorecer la descripción, análisis y comprensión de los procesos de intervención terapéutica de cada una de las instituciones sujetas a estudio.

4.5.1) Entrevista Semi - Estructurada a Informantes Claves:

Alonso (Citado en Delgado y Gutiérrez; **op.cit**) plantea que la entrevista es un proceso comunicativo entre dos personas, un entrevistador y un informante, donde las conversaciones buscan ser continuas y argumentadas con el fin de favorecer un discurso conversacional, siendo una situación dual que invita a la construcción de discursos llenos de significaciones.

La entrevista semi - estructurada se caracteriza por ser un instrumento de recolección de información flexible y sujeto a cambios, porque puede ser adaptada durante los turnos de conversación para obtener la información requerida y los temas de interés. Su contenido, orden, profundidad y formulación quedan en mano del entrevistador/a, quién debe confeccionar previamente una guía de preguntas basada en los objetivos y/o ejes temáticos de la investigación.

Otorga la posibilidad de ser usada a través de un diálogo abierto con los informantes, este proceso permite al investigador/a extraer la información necesaria del informante y de esta manera a través de la interpretación de la misma obtener un producto informativo que contenga un proceso de puntuación y organización de la información, siendo importante recoger y analizar el saber social de los sujetos, rescatando y comprendiendo los aspectos subjetivos respecto de un fenómeno determinado.

Para el caso específico de esta investigación, el discurso de significaciones y la reproducción de información relevante se construyó a partir de la información recopilada a través de las entrevistas realizadas por el investigador/a y estuvieron dirigidas a todos los profesionales y/o monitores de las respectivas comunidades terapéuticas sujetas a

estudio, con el objeto de ir acercándose e involucrarse directa e integradamente con los informantes permitiendo recoger impresiones generales y específicas acerca de las estrategias metodológicas utilizadas.

En el caso particular de la comunidad terapéutica Casa Joven, se entrevistó a la psicóloga y, a dos monitores a cargo de los grupos de autoayuda, quienes han trabajado dentro de la comunidad y cuentan con una experiencia entre seis y tres años respectivamente; en la comunidad terapéutica Caleta Sur, se entrevistó a la asistente social y coordinadora del programa, a la psicóloga, al psiquiatra y a la técnica en rehabilitación, profesionales que realizan y comparten la labor de terapeutas del proceso de las 19 personas con consumo problemático que asisten a la comunidad.

Las entrevistas se realizaron dentro de un periodo de tres meses y días (a contar del 28 de agosto del 2008, y la última se realizó el 11 de diciembre del 2008), fueron tomadas en dos sesiones por entrevistado, dado la cantidad de ejes temáticos a investigar y como estrategia para poder profundizar en aquellas situaciones y contenidos que lo ameritaban (a dos entrevistados se les entrevistó en tres ocasiones distintas), realizando nuevamente los contactos para recoger más información y aclarar dudas respecto de la misma, no presentando objeciones los informantes para tales efectos, porque profesionales y monitores facilitaron la entrada, llegada, recepción y apoyo en todo momento, propiciando las condiciones necesarias para permitir al investigador/a recolectar la información requerida.

4.5.2) Revisión de Información Documental:

Se realizó una revisión y análisis de información proveniente de documentos elaborados por una de las comunidades terapéuticas (Caleta Sur), relacionados con aspectos metodológicos tales como: planes de actividades y planificaciones. Se consideraron las notas de campo y los memorando utilizadas como un registro textual descriptivo tanto de las percepciones, expectativas y necesidades de los sujetos como las reflexiones personales, expectativas e impresiones del investigador/a.

4.6 TÉCNICAS DE ANALISIS DE LOS DATOS

Respecto al plan de análisis como tal, este consta de tres etapas sustanciales para el tratamiento de la información: en primer lugar, la recopilación y transcripción de la información; en segundo lugar, el proceso de análisis textual bajo la forma de análisis de contenido de la misma para sintetizar la información concerniente a los objetivos de investigación y más focalizado hacia los ejes temáticos; en tercer lugar, el tratamiento final de la información se configuró dentro de la construcción de matrices cualitativas con una interpretación y examen riguroso, para otorgar una mayor riqueza, comprensión, importancia y pertinencia respecto a los contenidos.

En forma detallada se describe cada una de ellas, con el objeto de que las explicaciones correspondientes sirvan en futuras investigaciones. Se menciona esto último, debido a que en la construcción de esta investigación y a la hora de revisar tesis cualitativas, los autores no hacían referencias explícitas o más precisas acerca el tratamiento de la información, es importante fundamentar con más precisión este punto, porque si bien los resultados son el fin último y trascendental de la investigación, también es importante detallar como se llega a ellos.

Latorre y González (1992), plantean que el análisis de datos es la búsqueda sistemática y reflexiva de la información obtenida a través de los instrumentos, constituye uno de los momentos más importantes del proceso investigativo e implica trabajar los datos, recopilados, organizados en unidades manejables, sintetizarlos, buscar regularidades o modelos entre ellos, descubrir que es más importante y que va aportar a la investigación.

Para obtener un nivel analítico de la realidad enriquecedor, sustancial, riguroso y veraz, el estudio contempló el análisis de contenido que se caracteriza en primer lugar, por ser empírico debido a que es inducido por la presencia de un observador/a; y en segundo lugar, debe contener un análisis en profundidad de textos de un modo descriptivo.

El nivel analítico sirve como filtro frente a interpretaciones que pueden mal lograr los resultados, en la interpretación de los resultados se consideró la dinámica texto - análisis - interpretación con la presencia de un marco teórico que apoyara el nivel interpretativo de la realidad.

Cerda (**Op.cit**), plantea respecto a la interpretación como tal, que el acto de interpretar, consiste en el hecho de atribuir a una cosa cierto significado o que sirve para explicar éste, pero también es sinónimo de explicar, traducir, descubrir o quizás parafrasear. Plantea, que la interpretación significativa, pretende definir y explicar el significado de un hecho o un fenómeno que los protagonistas le dan a su conducta desde su propia perspectiva.

... “la interpretación como el acto que nos posibilita hablar sobre algo para hacerlo comprensible a otras personas (explicación), dar explicaciones y opiniones acerca de una cosa (comentar), expresar o dar forma o significado a una idea, un sentimiento, una expresión (traducir). Interpretar el significado de algo que esta escrito o en clave o en un lenguaje no comprensible al común de las gentes (descifrar), agregar a un texto una explicación o interpretación con el propósito de ilustrarlo o hacerlo más claro (parafrasear)”. (**Ibid**: 380).

Naghi (2005), para afirmar que la interpretación de datos consiste en dos etapas:

Primero, en la revisión del proceso de investigación, que se centra en la revisión de todos los elementos que participan en la investigación y que son fundamentales en el proceso de análisis para integrar, relacionar y establecer conexión entre las diversas categorías, así como posibles comparaciones.

Segundo, en la explicación de los resultados, que consiste en exponer en forma minuciosa todo el contenido de la recogida de información y resultados, a través de presentaciones que sean tan simultáneas como puedan lograrse, focalizadas y ordenadas sistemáticamente de modo que puedan contestar a las preguntas de investigación.

4.6.1) Análisis de Contenido:

Esta técnica sirvió para conocer las acciones que realizan los distintos profesionales y/o monitores en relación a los procesos de intervención terapéutica, acciones desentrañadas mediante el análisis textual en profundidad de expresiones verbales y se trabajó la información obtenida en áreas temáticas configurando la información en matrices cualitativas para su análisis.

Díaz y Navarro (1998), plantean que el análisis de contenido es una técnica de análisis textual, que intenta conocer sobre las acciones que se manifiestan a través de la comunicación y las expresiones verbales que se caracterizan por ser el medio más poderoso de la subjetividad humana y de la construcción de discursos; estas se producen como expresiones orales y expresiones escritas, es decir, a partir de las transcripciones de las mismas - entrevistas - se trabaja sobre texto; cualquier técnica de análisis textual o análisis sobre un texto, sea un texto en origen o sea una transcripción de expresiones orales, puede convertirse en alguna forma de análisis de contenido.

Los mencionados autores, organizan esta técnica de acuerdo a Morris, quién establece una división semiótica distinguiendo tres niveles: el sintáctico, el semántico y el pragmático; postulando que un análisis de contenido debe contener estos tres niveles, porque cuando se trabaja sobre textos de lenguaje verbal escrito, se encara el nivel sintáctico que es la forma o superficie del texto e involucra planes alfabéticos, fonológicos y morfológicos (distinción de palabras, nombres, adjetivos, frases delimitadas por puntos). Este nivel adquiere sentido a través del contenido del texto que lo otorgan los niveles semánticos (distinción de términos, temas y áreas conceptuales) y pragmáticos (distinción de actitudes proposicionales, formas del uso del lenguaje, estructura secuencial de la conversación, turnos de conversación de los interlocutores, cambios en su dinámica). (**Ibid**).

Díaz y Navarro, distinguen que el proceso de análisis debe partir de la definición de unidades significativas de estos niveles: sintáctico, semántico, pragmático, considerando que las “**unidades de análisis**” son el contenido o elementos de la comunicación en que se centra el análisis, en el caso específico de esta investigación hace referencia a los “Perfiles Metodológicos de Intervención Terapéutica” y “Procesos de Intervención Terapéutica” de cada uno de los casos seleccionados; “**las unidades de registro**” son las relevantes para el análisis, debido a que forman una mínima porción aislada y separada del contenido del corpus textual, siendo un tipo de segmento textual claramente discernible por procedimientos sintácticos, semánticos y pragmáticos; permitiendo manejar y reducir la información para su tratamiento y descartar aquel contenido que no se ajusta a los objetivos de investigación.

Estas unidades pueden ser una sola palabra o un término, pero para cerciorarse que sean tratado favorable o desfavorablemente, se debe considerar la frase entera en que la palabra o término aparece, lo que corresponde a “**la unidad de contexto**” o marco interpretativo que define el sentido de la unidad de registro que puede ser la frase, el párrafo, un capítulo, una sesión, segmento de la comunicación, entre otros (**Ibid**).

Una vez que se definen las unidades de registro y de contexto sobre las que se va a estructurar el análisis, se pasa a la codificación de datos que son el conjunto de unidades de registro concretas detectadas en los textos, que deberán ser adscritas a sus respectivas unidades de contexto. El proceso de codificación es la adscripción de todas y cada una de las unidades de registro detectadas en el texto a sus respectivas unidades de contexto, y cuando las unidades de registro son codificadas pueden ser contabilizadas y relacionadas.

Cerda (**Op.cit**) plantea, que el material simbólico es un conjunto de información suelta, dispersa y bastante amplia o concreta sobre un tema determinado, que si pretendemos describir o analizar debemos clasificar en categorías apropiadas, de lo contrario sería una suma caótica y desordenada de datos que no tendrían significado para una investigación. Se debe definir y clasificar las unidades de registro que deben ser codificadas y categorizadas, la palabra codificación, se usa para referirse al proceso de categorización de las respuestas de las entrevistas sujetas a factores o contenidos, siendo un proceso por el cual los datos brutos son sistemáticamente transformados en categorías que permiten la descripción precisa de las características importantes del contenido.

Luego de la codificación el siguiente paso es la categorización, que es la clasificación de las unidades de registro (previamente codificadas e interpretadas en sus respectivas unidades de contexto), una categorización de la información se utiliza “cuando no se busca reconstruir un discurso social en su conjunto y globalidad, sino más bien rescatar temáticas, ideas y sentires que se encuentran presentes en las narrativas recogidas” (Echeverria; 2004: 4).

4.6.2) Matrices Descriptivas:

Pérez Serrano (**Op.cit**), plantea que las matrices descriptivas son una representación gráfica que sirve para resumir los datos expresando el análisis que se ha realizado. Pueden presentar estos datos una visión global, un análisis detallado, estructurados para futuros análisis, combinar datos paralelos de situaciones únicas o múltiples e informar de los resultados.

Para esta investigación las matrices fueron confeccionadas para lograr un tratamiento más exhaustivo, completo, preciso y ordenado de manera de otorgar claridad a los contenidos, permitiendo tematizar la información en unidades más pequeñas una vez acotados los datos mediante el procedimiento de ordenación y saturación de los mismos que se obtiene tras leer reiteradamente la información recopilada para descartar un aumento de material empírico a través de las técnicas de recolección y la aparición de nueva información.

En esta técnica, la presentación de la información se va configurando en las matrices, a contar del análisis e interpretación de los datos, una vez que han sido clasificadas, codificadas y categorizadas, las características observables importantes para el análisis social, se organiza la información a través de filas donde se sitúa las categorías de investigación, y en las columnas que ubican la información recogida de las entrevistas y demás técnicas. Aranguren, añade que las categorías son "los casilleros entre los que se van a distribuir las unidades de registro para su clasificación y recuento" (Citado en García, Ibáñez, Alvira; 2000: 474).

Se destaca nuevamente que el establecimiento del sistema de categorías a utilizar en el análisis, es sin dudas un elemento importante en la infraestructura del análisis de contenido, porque de este proceso, va a depender si las categorías se ajustan al problema y al contenido del material a analizar, y si identifican la claridad con que han sido delineadas, formuladas y definidas, transformándose en una tarea complicada al momento de comparar los resultados de otras investigaciones sean anteriores y/o posteriores a la misma, porque no existe otra alternativa que desarrolle "categorías ad hoc", específicas para el análisis que se tiene entre manos (**Ibid**).

4.6.3) Diseño de Matrices:

Matriz Nº 1: Perfiles Metodológicos

Perfiles Teóricos	Comunidad Terapéutica Caleta Sur	Comunidad Terapéutica Casa Joven
Modelos Teóricos		
Concepto y Referente de Tratamiento y Terapéutico		
Concepto y Referente de Droga		
Concepto y Referente de Recaída		
Concepto y Referente de Abstinencia e Importancia		

Matriz Nº 2: Perfiles Metodológicos

Estrategia Metodológica	Comunidad Terapéutica Caleta Sur	Comunidad Terapéutica Casa Joven
Etapas		
Áreas		
Actividades		
Objetivos		
Sistema de Registros		
Sistemas de Evaluación		

Matriz Nº 3: Mirada Evaluativa

Principales Transformaciones	Comunidad Terapéutica Caleta Sur	Comunidad Terapéutica Casa Joven
Cambios / Logros		
Avances/ Retrocesos		

Matriz Nº 4: Mirada Evaluativa

Factores Condicionantes	Comunidad Terapéutica Caleta Sur	Comunidad Terapéutica Casa Joven
Facilitadores/ Fortalezas		
Obstaculizadores/ Debilidades		

Matriz Nº 5: Aspectos Comparativos

Aspectos Comparativos	Comunidad Terapéutica Casa Joven	Comunidad Terapéutica Caleta Sur
Diferencias		
Similitudes		

5. VARIABLES**Variable Nº 1**

Perfiles Metodológicos

Variable Nº 2

Evaluación de Procesos de Intervención Terapéutica

PRIMERA PARTE
MARCO TEORICO

CAPITULO I

CONCEPTUALIZACIONES Y ASPECTOS RELEVANTES SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

Para referirse al consumo de drogas buscando conceptualizaciones que impliquen otorgarle un amplio sentido al término, es necesario analizar esta temática desde la óptica de distintos enfoques y/o posturas teóricas porque concierne indagar sobre aspectos históricos, culturales, sociales, psicológicos, conductuales, biológicos, humanos y existenciales del sujeto. Adquiriendo una connotación importante porque se ha transformado en una práctica universal y un fenómeno con implicancias en diversos factores que afectan principalmente al ser humano en su esencia existencial, razón que ha involucrado el esfuerzo desde distintas disciplinas en la búsqueda de conceptualizaciones para comprender la práctica del consumo de drogas, surgiendo distintos puntos de vista de un mismo fenómeno y diversas definiciones. Dentro de las más utilizadas se encuentran adicción, drogadicción, dependencia, drogodependencia y conducta adictiva, términos que tienen como patrón distintivo denominar la pérdida de control del uso de cualquier droga y/o sustancia, caracterizando cuando el uso de las mismas se transforma en abuso, acto que conduce al sujeto a un deseo insuperable por la ingesta y someterse al efecto de las mismas.

1. Consumo de Drogas: Dependencia, Uso y Abuso

La existencia de la droga es tan remota como la historia del hombre, desde las culturas primitivas el hombre detectaba ciertas plantas que podían cambiar su conducta, motivando su uso principalmente en ceremonias religiosas. Con el surgimiento de las sociedades modernas y los cambios culturales gestados en su matriz, estas drogas naturales fueron perdiendo su sentido religioso, y con el desarrollo de las ciencias, se incorporaron nuevas sustancias químicas procesadas en laboratorio, alterando significativamente el estado de ánimo de quienes las consumen.

Becoña, Salazar y Rodríguez (1994), coinciden que desde los albores de la civilización, el consumo de sustancias psicoactivas ha estado ligado al deseo del ser humano por modificar el nivel de la conciencia y el estado de ánimo o al de su utilización como medicina intentando paliar el sufrimiento, existiendo claras referencias en la historia escrita acerca de su preparación y utilización.

Existe una cantidad de indicios, tanto de tipo histórico como etnográfico, que distintas sociedades humanas han conocido y utilizado desde sus inicios, muy diferentes sustancias para alterar el estado de ánimo, para acceder algún tipo de conocimiento o para estimularse. El consumo de drogas es una práctica universal que puede estar, o haber estado, relacionada con muchos aspectos de la vida cotidiana de los pueblos.

En las culturas primitivas, hay una limitación y socialización del uso de estas sustancias:

... “sus efectos estaban al servicio del sentido que se daba a su utilización, quedando restringida, prácticamente, a determinadas ceremonias de tipo ritual y religioso que hacen difícilmente catalogable este uso de las drogas dentro de los criterios actuales de abuso y dependencia” (**Ibid**: 22).

El consumo ritual de drogas tiene como función favorecer la cohesión social como forma de acceso a los mitos del grupo, todo ello se ha visto modificado en el último siglo dando lugar a modos de consumo altamente peligrosos.

Casarino y Leonettí, plantean que desde la antigüedad:

... “el hombre, por su naturaleza vulnerable, no se ha visto libre de enfermedades, tampoco ha estado exento de la búsqueda de placer enfermizo y de la sofisticación de los ilusorios paraísos de la intoxicación” (Citados en Musacchio, Ortiz, (**et al**); 1994: 71).

Becoña, Salazar y Rodríguez (**Op.cit**); haciendo referencia al consumo de drogas en nuestras sociedades modernas, definen que el término drogas se utiliza actualmente para referirse aquellas sustancias psicoactivas que tienen un efecto potencialmente nocivo para el sujeto que la consume.

Destacando múltiples respuestas a la pregunta ¿qué es una droga?, las que pueden conducir a definiciones que presentan ciertas limitaciones o sesgos, por limitarse solo a procesos neurobiológicos: “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste” o “sustancia psicoactiva capaz de generar alteraciones del comportamiento y procesos de abuso y dependencia” o “una sustancia farmacológicamente activa que tiene distintos efectos químicos sobre el cerebro” (**Ibid**: 34).

Los parámetros para distinguir ¿qué es una droga?, puede incluir no sólo a las sustancias que popularmente son consideradas como drogas por su condición de ilegales, sino también diversos psicofármacos y sustancias de consumo legal como el tabaco, el alcohol, el café, y sustancias de uso doméstico como las colas, los pegamentos y los disolventes volátiles que de una u otra forma provocan adicción al ser usadas.

La adicción es un término universal que puede ser usado como un patrón distintivo de pérdida de control del uso de droga en cualquier marco, y debido tanto a connotaciones morales como legales éste se ha ido sustituyendo por el de dependencia, en razón que en los últimos años y con la progresiva aceptación de la existencia de conductas anómalas que producen dependencia como ocurre con la necesidad compulsiva por el juego y las apuestas (sin la intervención de sustancias químicas exógenas), se reincorpora el término de adicción dándole una aceptación más amplia al utilizarlo en el contexto de conductas adictivas que es considerado más apto y más complejo para explicar estos fenómenos; si bien existen diversas conductas adictivas que producen dependencia como las sustancias químicas exógenas y/o las sustancias químicas como tales, se tiene la tendencia a hablar de la dependencia de la droga.

Pilicier, argumenta que de todas las interrogantes que nos plantea el problema del consumo de drogas, el más grave y el más agudo es el de la dependencia.

... “Este sustantivo colectivo indica con énfasis con qué poder la adicción esclavizante se presenta. No hay verdaderamente elección de diferentes tóxicos sino la sumisión al acto mismo por el cual el individuo se intoxica”. (Citada en Musacchio, Ortiz (**et al**); **Op.cit**: 65).

Cuando el individuo tiene dependencia al consumo de droga, se ve esclavizado porque ésta adquiere una máxima prioridad en su vida cotidiana, incluso es más importante que cualquier otro tipo de conducta y/o actividad que en algún momento tuvo valor,

presentándose como característica un deseo fuerte e insuperable por ingerir droga; dependencia que se torna más dramática porque es psíquica e implica que el individuo necesite de la droga para realizar cualquier actividad y su vida pierde sentido si no está bajo sus efectos, terminando finalmente con una dependencia física que es cuando la droga o sustancia se incorpora a la fisiología, no normal, pero sí habitual del individuo, que la vuelve necesaria para las funciones orgánicas, y una brusca supresión lo puede llevar a la muerte. (CIE 10; 1998).

Frente a los conceptos antes expuestos cabe establecer unos criterios comunes para el concepto de dependencia y la distinción entre uso y abuso de drogas, que caen dentro de un continuum caracterizado por la implicación cada vez mayor en el uso, sin que exista un punto claro de demarcación en que el uso se convierte en abuso, pero es posible establecer una separación entre las personas que usan y abusan de una droga, porque las personas que usan una droga tienen la oportunidad de abusar de ella, por lo tanto, el riesgo de abuso de una droga, refleja la vulnerabilidad biogenética del consumidor, el potencial adictivo y de dependencia de la sustancia.

El Colegio de Psiquiatras Británico (1987), define: "Por abuso cualquier consumo de una droga que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o bienestar social de un individuo, de otros individuos, o de la sociedad en general, o que es ilegal". (Plataforma Informativa; 2009: s/p).

El abuso de drogas es un fenómeno dinámico y multideterminado que requiere una confluencia de factores de orden biológico, psicológico y social para lo cual es necesario confiar y/o utilizar varios supuestos respecto del uso de drogas.

En síntesis y dentro del marco de los conceptos como dependencia física, dependencia psicológica o dependencia social no deberían contemplarse como polos opuestos, ni siquiera como elementos principales de dependencia, sino como diferentes puntos de vista de un mismo fenómeno, uno expresado en término de funcionamiento celular y otros en términos de pensamientos, sentimientos y conductas. Esta explicación posibilita examinar el consumo de drogas a la luz de factores físicos (tolerancia, neuroadaptación y abstinencia), psicológico (aprendizaje y características personales), y sociales (grupo de afinidad, cultura de grupo y medio ambiente).

2. Factores Asociados al Consumo de Drogas

Vega (1993), plantea que las sustancias que llamamos “drogas” tienen la capacidad de crear “dependencia” cuando se “abusa” de ellas e incluso deteriora, retrasa o impide el pleno desarrollo del individuo afectando su proceso como persona y provocando deterioros en el crecimiento con serias implicaciones sociales (escolares, familiares, laborales, etc.), siendo un síntoma de una problemática tanto individual como social aguda difícil de separar al momento de analizar dónde está el origen de esta situación.

... “se percibe el problema de las drogas como un síntoma de una enfermedad individual o social. Por esto se prefiere hablar de un “problema de las personas”, más que el “problema de la droga” propiamente dicho” (**Ibid**: 64).

Este autor plantea que existe una influencia de los trastornos personales sobre el consumo de drogas, pero no se puede decir, que exista una personalidad característica de un individuo que haga abuso de drogas, pese a ello, argumenta que estas personas son individuos:

- ... “con problemas graves de socialización;
- con un bajo umbral de tolerancia a la frustración;
 - con deseos de satisfacciones inmediatas;
 - con inmadurez sexual;
 - sin control interno;
 - con falta de recursos para enfrentarse a los problemas de la vida y a las demandas de la sociedad” (**Ibid**: 30).

Estas características son frecuentes en personas que consumen drogas, pero no significa que algunas de estas descripciones, se encuentren presentes en personas que no consumen drogas o dentro de un proceso de desarrollo psicológico, como en la etapa de la adolescencia, que si bien no escapa a la regla, es una etapa de desarrollo más vulnerable al consumo de las mismas.

El desarrollo personal e individual de cada sujeto, se ve estancado con el consumo de drogas:

... “entre los muchos factores que explican las drogodependencias, los expertos señalan el retraso en el desarrollo personal como uno de los más importantes; este retraso se refiere a la situación del individuo que ha quedado rezagado con respecto a sus compañeros en el logro de uno o de varios de los objetivos socialmente esperados al pasar de la infancia a la edad adulta. Este proceso de desarrollo implica conseguir una personalidad y un sentimiento de realización personal de independencia y de propia estima; dar a la vida un sentido y una finalidad; desarrollar aptitudes para relacionarse con los demás” (**Ibid**: 30).

El fracaso de cualquiera de estos aspectos, pueden llevar a una imagen negativa de sí mismo, a una mala relación con otros individuos y al rechazo de muchos valores de la sociedad; y en la medida en que el consumo de drogas interfiere con las actividades escolares, laborales y sociales, contribuye a una pérdida de oportunidades. En este sentido el autor, plantea que en unos casos, la desadaptación al medio puede provocar el consumo de drogas, en otros, la droga puede llevar a la desadaptación.

Picchi (1995), describe por su experiencia en intervención con personas que consumen drogas, que en su mayoría presentan signos de traumas infantiles, de desequilibrios familiares (carencias maternas, vacíos afectivos en los primeros años de vida, relaciones frustradas que no permiten la recuperación de la confianza fundamental del niño en sí mismo y de los demás, y desquebrajan su capacidad de autodefensa), frente a la dificultad y el dolor adquiridos, surge la predisposición a defenderse por medio de recursos artificiosos como es la droga.

...“Efectivamente, la droga ofrece una ocasión de huida de la extrema miseria, personal y social, aunque al mismo tiempo, con los sentimientos de culpa a que va unida, confirma, refuerza y perpetúa esa miseria extrema”. (**Ibid**: 25).

Miseria que no escapa a las distintas capas sociales, afectando al ser humano como tal en su esencia más existencial, transformándolo en objeto pasivo frente al sufrimiento silencioso que lo angustia y lo hace cada vez más prisionero del consumo de drogas.

... “Al abuso de la droga llegan individuos de toda procedencia y tipo. Son un muestrario variadísimo, pero con un denominador común: el sufrimiento, que les afecta y exaspera su sensibilidad, y el sentimiento de culpa, que nace de la conciencia de la trasgresión. Impotentes para hacerlos callar y, por desgracia, para reaccionar positivamente contra ellos, lo expresan en rabia y autodestrucción o en una capitulación pasiva y resignada”. (**Ibid**: 61).

Argumenta que, ésta persona no es un enfermo, ni un criminal, ni un loco, es una persona de carácter frágil y vulnerable, que busca seguridad, evasión o anestesia en su consumo y que, una vez dependiente de ella, ha cargado su personalidad de rasgos que ciertamente tienen alguna analogía con los de otras categorías conocidas, pero que son esencialmente los rasgos de quienes usan, abusan y dependen de drogas.

Desde otra perspectiva Musacchio y Ortiz (**Op.Cit:** 264), destacan que “el uso permanente y compulsivo de la droga impuesto por modificaciones en el organismo, como el hábito, el acostumbamiento y la dependencia, y que tiene por colorario un deterioro orgánico y psíquico”.

El abuso de drogas no solo produce una transitoria alteración de la conciencia y el sentimiento de identidad por el efecto farmacológico de la sustancia, además entraña un progresivo proceso de despersonalización y un paulatino deterioro de la autonomía personal, a la creciente pérdida de las facetas más valiosas del individuo.

En respuesta a este deterioro el individuo sufre el sacrificio de su propia libertad, y su vida pasa a ser gobernada por la droga, transformada de a poco en el centro de su existencia. Esto significa el angostamiento del horizonte, acompañado de oscuridad, sólo aliviada por algunos indecisos fulgores. Además hay una dirección impuesta que en cierto modo arrastra, porque el individuo se siente llevado, no sabe bien por quien ni adónde, a lo largo del túnel, del cual no se puede escapar.

Desde un punto de vista psíquico aluden que las personas con consumo problemático presentan como características la intolerancia a la tensión, el dolor, la frustración y las situaciones de espera, que toda relación humana implica, existiendo un vacío en la modalidad básica de su vivencia subjetiva, buscando como salida ante estas situaciones el escape, participando en la ingesta de droga “las adicciones a las drogas constituyen intentos infructuosos de dominar la depresión y la angustia”. (**Ibid:** 86).

El individuo provoca en el estado de intoxicación una desestructuración de la conciencia y un alejamiento de la realidad, bajo el justificativo del placer de experiencias sensoriales distorsionadas o meramente excitantes, ocultando así mismo el terror de su propia debilidad para enfrentarse con la realidad de su sí-mismo.

Argumentan que el vacío estructural no puede llenarse mediante la ingesta de drogas, porque el individuo lo que trata de contrarrestar mediante su conducta adictiva es la falta de autoestima y la incertidumbre con respecto a la existencia del sí-mismo. No existiendo en realidad, satisfacción o placer alguno en el hecho adictivo, sino una frenética búsqueda compulsiva insaciable, porque no sería la droga lo buscado, sino el objeto humano ausente que ha dejado un vacío que persiste como una ausencia pertinaz y fantasmal detrás de ella. Estas personas presentarían personalidades que carecerían de estructuras psíquicas capaces de sustentar las vivencias de vitalidad, calma, autoestima, capacidad de autoafirmación, tolerancia a la ansiedad y control de los impulsos.

Landdón (Citada en Universidad de Playa Ancha; 1992), plantea que dentro de los factores más frecuentes en el consumo de drogas y como factores de riesgo se encuentran: **Los factores individuales** afectando al sujeto en su desarrollo individual, psicológico y cognitivo, debido a cambios de conducta, daños orgánicos y riesgo de adicción que se suman a la imagen negativa o una autoestima baja; **Los factores familiares** como conflictos, violencia y desintegración que se traducen en la falta de afecto en la familia, la dificultad en la comunicación entre sus miembros, la permisividad y autoritarismo vistos como extremo son nefastos, además entran los factores familiares como antecedentes de alcoholismo o consumo de drogas de los padres; **Los factores sociales** como la delincuencia, baja escolaridad, bajo rendimiento y la deserción del sistema educacional, situación laboral irregular como el ausentismo y los accidentes laborales y de tránsito entre otras.

Desde esta visión, cabe destacar que el consumo de drogas está asociado a factores individuales y familiares, se alude que tiene un efecto social afectándola en su conjunto: en lo cultural, económico y político, siendo un fenómeno social complejo que tiene sus orígenes en otros problemas sociales, como una respuesta frente a carencias materiales, afectivas y culturales. Asociándolo a otros factores como una medida de encontrar una salida a la crisis total de la vida de los individuos, quienes establecerían una actitud confrontacional con el medio social incurriendo en conductas adictivas debido a dificultades de acceso a la educación y al trabajo, a la falta de alternativas de recreación, a la violencia ambiental existente, a la falta de oportunidades y de participación, por exceso de tiempo disponible y falta de compromisos formales con la sociedad.

Se asocia el consumo de drogas al extremo marketing televisivo que legitima el consumo de drogas lícitas (alcohol y cigarrillos) con efectos sensacionalistas propios de la publicidad que traspasa un modelo de consumo dominantes en la sociedad, tales como el materialismo e individualismo que ve en el consumo un estado de moda.

3. Juventud y Drogas

Musacchio y Ortiz (1994), plantean que:

... “A partir de los años 60 de forma paulatina, y en los últimos 15 años de forma dramática y acelerada, se destaca un nuevo grupo de consumidores, los adolescentes, imitados a su vez por los niños prepúberes”. (**Ibid**: 107).

Argumentan que no existe período de la vida donde el riesgo de dependencia, uso y abuso de un fármaco, droga o sustancia se encuentre ausente, pero son los adolescentes, quienes constituyen el grupo etario en el que más dramáticamente ha hecho impacto este problema. Factor que ocurre por ciertas características particulares de la adolescencia como etapa del desarrollo emocional que involucra procesos de transformación de las personas de esta edad, que pueden vincularse a la especial proclividad o inclinación al consumo de drogas.

... “La entrada a la adolescencia, con su tumultuoso proceso de crecimiento, caracterizado por impulsos contradictorios: la aspiración a la libertad, a la autonomía, a un estilo de vida distinto, a nuevos valores y, al mismo tiempo, el miedo, la duda, la angustia, el enfrentamiento con la realidad que puede ser distinta a lo imaginado”. (Picchi; **Op.cit**: 54).

El objetivo que persigue el joven es la definición de su propia identidad, a través de un camino tortuoso que puede durar mucho tiempo y donde trata de integrar sus propias características y experiencias como persona individualizada, siendo necesario una visión profunda de estos procesos de transformación para facilitar la comprensión de lo individual.

Mac Nally, Menéndez, Rabetzky y Viale (1998), plantean:

... “que las dimensiones culturales del consumo/no consumo de drogas ubica a los jóvenes en un proceso de toma de decisiones fundamentales, de resistencia y acomodación a las tendencias de las instituciones en que se hallan inmersos y de autodefinición personal. Este proceso, plagado de conflictos, incluye ejercicios de autonomía fuera del núcleo familiar, la autoconstrucción de su identidad definiendo a un tiempo contrastes y semejanzas con sus pares y el planteamiento, es este marco, de un proyecto personal”. (**ibid**: 4).

Muchas de las creencias acerca del consumo, no surgen de los jóvenes sino de la propaganda proveniente de los adultos y que muchas veces, es tomada por los no consumidores. La actitud fatalista con respecto a la droga, y que logra aceptación entre los adultos incluyendo a la mayoría de los no consumidores, reproduce estereotipos acerca de los jóvenes y/o adolescentes, quienes tienden a rechazar estos encasillamientos, porque generan formas culturales propias de conocimiento que no se reducen a la forma de los adultos.

Los autores definen la adolescencia:

... “como una etapa que incluye transformaciones individuales, familiares y sociales. Cuando se hable de adolescencia, no puede hacerse en un sentido universal, sino teniendo en cuenta que esta etapa ocurre en personas que se ubican en un espacio determinado y en un tiempo histórico que sostiene a determinada cultura”. (**ibid**: 8).

Según Mead (1984), las dificultades del adolescente en este tipo de sociedad, estarían relacionadas con la presencia de muchas alternativas, y creencias que cada persona debe elegir por sí misma, siendo la elección muy importante. Esto contrasta claramente con los roles claramente definidos para los jóvenes en otras culturas, donde el pasaje de la niñez a la adultez está marcado simbólicamente a través de ritos de iniciación, que se realizan en un corto tiempo, no apareciendo la adolescencia como una etapa en crisis. Dentro de estos ritos de iniciación ocurren procesos de interacción simbólicas que están marcadas por una representación y forma de relación que establecen los jóvenes, quienes despliegan una identidad determinada con intereses compartidos y una percepción particular de la vida, aún cuando sus interacciones giren en torno al consumo, despliegan una visión de mundo particular y una identidad cultural que presenta valores, expresiones y fuentes de ocio propios.

4. Marginación y Drogas

Vega (Op.cit) plantea que no resulta fácil hablar de la relación entre la marginación y el consumo de drogas cuando el propio término de marginación puede tener diferentes interpretaciones. Marginar es poner al margen y un individuo estará marginado cuando está “al margen” de los demás.

Valverde (1988: 21) plantea que:

...“el concepto de marginación hace referencia a un grupo concreto, frente al que una persona aparece como marginada. Son las características de este grupo las que delimitan el sentido y el alcance de la marginación.

- el grupo de referencia para delimitar la marginación es un “grupo normativo”, con sus normas y leyes que establece los comportamientos considerados aceptados;
- las normas del grupo tienen fuerza en función de una determinada “estructura de poder” (económico, político, etc). De esta forma existe una comparación entre los que pertenecen al grupo y los que están al margen;
- este grupo marca las diferencias entre lo que se considera “normal” o “anormal”;
- la marginación es una situación en la que se encuentra una persona o grupo”.

La marginación puede entenderse como una situación de personas o grupos, con escasa o nula participación en la vida social, al mismo tiempo que son rechazadas o discriminadas por parte de la sociedad o grupo al que pertenecen. Se comprende que el consumo de drogas se extiende por todas las capas sociales, y el problema de las drogas no es de marginados y de marginación, porque el consumo de drogas no se da solo en un estrato social determinado, lo que cambia o marca la diferencia son las formas, modos y usos de las mismas.

Pinto (2001), plantea que respecto al fenómeno de la droga en sectores marginales, el consumo puede ser visto sólo como una característica de sectores más pobres, debido a que esta problemática se muestra más visible, más aun en jóvenes que tienden a realizar ésta conducta en la calle o con grupos de esquina. Pero no representa una realidad social solo de sectores más marginados, más bien, es una realidad de una minoría que muestra abiertamente su estigma por no contar con espacios privados.

Esto no representa que sea el grupo social que más consume drogas, solo se observa como una realidad más “cruda”, porque en los estratos medios y altos, también realizan esta conducta, lo que cambian son los tipos, usos y formas de consumo. Siendo una visión simplificada y falsamente homogénea que tiende a situar el consumo de drogas de sectores más carenciados de la capital, como una respuesta frente a la marginación económica y al drama de la pobreza, dejando oculta la intensa y variada búsqueda de protagonismo de los grupos que viven exclusiones en todos los niveles.

Duarte [(2001) (a)], plantea que existen distintos discursos para construir el fenómeno y una enorme diversidad de significaciones, donde las representaciones más recurrentes tienen a crear imágenes, estereotipos, sesgos, visiones que satanizan y criminalizan a personas distintas en la sociedad definidas como: desviadas, desadaptadas, inadaptadas, agresivas, marginadas, indisciplinadas, rebeldes, anormales, irresponsables, clasificándolas como una contracultura, o cultura opuesta a los patrones sociales ideales sus códigos, valores y normas.

... “va a contracorriente del discurso y del imaginario social que ve en este tipo de jóvenes, solo carencia, problema y peligro social, los criminalizan, les satanizan, los consideran apáticos e irresponsable”. (**Ibid**: 507).

Según Tsukame (1999), respecto al discurso que se genera en torno a la droga, existen dos tipos de discursos y sectores claramente definidos: el discurso de la droga (consumidores), que visualizan el problema desde una conceptualización totalmente divergente y le dan un sentido y una legitimación a su consumo.

Rosas (2001: 75), plantea:

... “que el consumo de drogas se entiende como un fenómeno microcultural operando como un dispositivo de socialización que genera una identidad y un sistema de pertenencia social, vale decir, el consumidor debe aprender y poner en práctica ciertas reglas de identidad que le permitan sobrellevar el consumo en un proceso de interacción generado en torno a la droga”.

El discurso sobre la droga (no consumidores), lleva a la representación dominante a una serie de planteamientos teóricos y conceptuales, que tienen como estrategia establecer un sentido que permita generar posturas y acciones para definir, entender, reconocer y abordar el problema desde una concepción particular; generando un conjunto de significados y una visión de mundo que otorga un sentido que determina la acción o el conjunto de acciones como sistema de representaciones que promueve un discurso determinado.

Pinto (**Op.cit**), argumenta que este discurso adquiere su estructura en el hacer o concretar la acción del sentido, para el caso del consumo de drogas, el sentido más amplio se concreta a través las políticas y el discurso sobre la droga que prima es de las autoridades y los medios de comunicación, y es un discurso social oficializado.

En esta visión tanto la droga como el consumo son conceptuados como una problemática o enfermedad social, que se debe atacar por el bienestar social en general, definiendo esta problemática como algo indebido, palabra que alude a la maldad o al mal de su uso, adquiriendo sentido el daño que provoca al sujeto en todas sus dimensiones.

CAPITULO II

MODELOS TEORICOS

En la actualidad existen distintos enfoques, interpretaciones y orientaciones para abordar el problema de las drogas dando énfasis en aspectos específicos (jurídico - represivo, médico - sanitario, sociocultural, biopsicosocial, psicosocial, entre otros). Por las características del problema del consumo, se utiliza un abordaje conjunto permitiendo que distintos esfuerzos otorguen aportaciones y respuestas adaptadas a esta realidad, porque no existe una sola vía de intervención, se complementan uno o varios de estos modelos en forma específica integrando y centrando la atención en elementos concretos de cada uno para intervenciones más integrales:

... “una intervención que pretenda ser eficaz, no puede olvidar ninguno de los elementos que existen en el problema de las drogas, para poder establecer la estrategia de actuación más adecuada. El consumo no se puede comprender sin tener en cuenta aspectos farmacológicos, económicos y políticos. Cualquier estrategia que olvide o minusvalore estos factores esta abocada al fracaso (...) muchas de las intervenciones llevadas a cabo han fracasado por su parcialidad de enfoque”. (Vega, **Op.cit:** 63).

El problema del consumo de drogas exige propuestas integrales como respuestas activas para las múltiples necesidades de tratamiento, porque cada persona por si misma es un ser complejo que requiere de distintos abordajes y de mayor flexibilidad en la intervención.

1. Modelo Jurídico Legal

Desde 1990 hasta la fecha el Estado chileno ha impulsado una estrategia de abordaje al problema de las drogas ello se ha traducido en una serie de medidas como la creación del Consejo Nacional Para el Control de Estupefacientes (CONACE) y su secretaria ejecutiva; la Política Nacional de Prevención y Control de Drogas vigente desde 1993; la elaboración de la Ley de Drogas N°19.366 de 1995, y la Estrategia Nacional Sobre Drogas (2003 - 2008).

Bajo el gobierno de Patricio Aylwin, se crea la Política Nacional de Prevención y Control de Drogas que:

... “otorga un punto de vista sobre la base de adecuar el marco jurídico, las estructuras institucionales y de los roles profesionales que presta servicios de diferentes sectores de gestión nacional, con el propósito de atender las funciones de prevención, tratamiento, rehabilitación y control de drogas”. [Ministerio del Interior - CONACE; 1993 (d): 11].

Es necesario mencionar que desde este marco cada una de las funciones nombradas con antelación tiene políticas y objetivos específicos que apuntan al uso, producción, tráfico y distribución de drogas:

... “por constituir una seria amenaza para la salud y bienestar de las personas, y un daño a las bases culturales, económicas y políticas de la sociedad”. (**Ibid**: 11).

Respecto al consumo de drogas como tal se han creado programas específicos con apoyo técnico y financiero que aborden la prevención, tratamiento y rehabilitación.

Y en base a esta política y plan nacional de prevención y control de drogas creado en 1993, se establece respecto a la prevención como tal, contribuir a la prevención del consumo, evaluando las tendencias de su uso (droga) y promoviendo el desarrollo de programas preventivos, especialmente dirigido a los sectores de más alto riesgo.

En los Lineamientos Técnicos de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Problemático, a través del objetivo estratégico: “Rehabilitar y reinsertar socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas, mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción”. [Ministerio del Interior - CONACE; **Op.cit** (c): 7].

Este es un objetivo claro en La Estrategia Nacional de Drogas 2003 - 2008 constituyendo un elemento para abordar el problema del consumo y un fin para el logro de la estrategia, a través del plan de acción con metas específicas, concretadas con programas y proyectos a fines.

De esta forma se argumenta que:

... “El tratamiento y la rehabilitación proporciona a los consumidores de drogas los medios para desarrollar vidas más libres, saludables y productivas, y constituyen un deber ético de la sociedad”. [Ministerio del Interior - CONACE; 2003 (e): 28].

En mencionada Estrategia, se manifiesta que el país no cuenta con acceso universal garantizado a programas de tratamiento y rehabilitación en el sistema de salud pública ni en el sistema privado, se reconoce que si bien la oferta ha aumentado, aun es necesario seguir incrementándola para atender a la población afectada.

... “Las instituciones de salud privada no ofrecen planes de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas a sus afiliados; por tanto, las personas afectadas deben solventar ellas mismas los altos costos que significa un proceso de tratamiento y rehabilitación”. (**Ibid**: 28).

Ministerio del Interior - CONACE [**Op.cit** (e)], postulan que se debe incrementar la cobertura de beneficiarios a programas de tratamiento y rehabilitación, mejorar los servicios públicos y privados, fortalecer y consolidar las redes de atención, y diversificar la oferta existente para readecuarla a los requerimientos de los usuarios y al nivel de complejidad del problema de abuso de drogas; asimismo, se plantea que para mejorar la calidad de los sistemas de atención y de los servicios prestados, es indiscutible estimular el perfeccionamiento, la especialización de los profesionales y técnicos en el área del tratamiento y rehabilitación de los consumidores de drogas, así como también mejorar la infraestructura disponible.

Respecto al tráfico ilícito se han creado una serie de medidas sancionadoras que apuntan a la eliminación o disminución del mismo a través de su control y represión a través de la Ley 19.366 promulgada en enero de 1995 donde se intenta dar una sanción a todas las actividades relacionadas con las drogas ilícitas, “desde los actos preparatorios, la conspiración, el simple desvío de precursores y sustancias químicas esenciales para su elaboración, la siembra no autorizada de especies vegetales productoras de sustancias estupefacientes o sicotrópicas, su elaboración y tráfico ilícito, hasta el posterior aprovechamiento de los recursos obtenidos con tales actividades ilegales, conocido como “lavado de dinero” y el consumo indebido de tales drogas, abarcando de esta forma toda la cadena que comienza con la siembra y elaboración y terminación del consumo no autorizado de estas sustancias”. [Ministerio del Interior, CONACE; 1995 (f): 9].

En Chile, se ha elaborado una Estrategia Nacional Sobre Drogas 2003 - 2008, con el propósito de perfeccionar, superar y reformular la Política y Plan nacional de Prevención y Control del Drogas de 1993, en tanto:

... “se sustenta en un elenco coherente de políticas, programas, proyectos y acciones articulando de manera armónica a todas las instituciones del Estado vinculadas al tema desde los niveles ministeriales, regionales, municipales y comunitarios”. [Ministerio del Interior - CONACE; 2003 (e): 4].

Siguiendo los lineamientos de esta estrategia, se argumenta: que significa un compromiso de trabajo permanente orientado a impedir la producción de drogas, sean naturales o sintéticas, el desvío de precursores o sustancias químicas controladas, el tráfico de drogas en territorio nacional, la utilización del sistema económico y financiero para el lavado de activos, así como perseguir a los demás delitos conexos vinculado al problema de las drogas y a las organizaciones criminales transnacionales.

Estos lineamientos son coherentes de acuerdo a un tratado que se suscribió en 1998 en Naciones Unidas para enfrentar el fenómeno de las drogas desde un ámbito nacional, regional y mundial, mediante la aplicación de políticas destinadas en lo que se refiere a la producción, el tráfico y consumo de drogas ilícitas.

De esta manera:

... “se ha permitido prevenir el consumo de drogas y contribuir al tratamiento y rehabilitación de los afectados, asegurando por medio de una legislación adecuada, dificultar la disponibilidad de drogas y aplicar las correspondientes sanciones a los responsables de actividades vinculadas al tráfico ilícito”. (**Ibid:** 10).

El fin de esta estrategia apunta a reducir el consumo y tráfico de drogas hacia el año 2008, para lo cual se han fijado una serie de: metas globales las que serán evaluadas a través de estudios epidemiológicos y sociológicos con el objeto de contrastar sus resultados con los objetivos de la estrategia; principios orientadores que se caracterizan por ser los pilares que fundamentan la estrategia caracterizando y expresando la forma de abordar el problema de las drogas; y por ultimo, los objetivos estratégicos que permitirán visualizar el logro del fin de la estrategia.

2. Modelo Médico

Este enfoque tiene sus raíces en la Organización Mundial de la Salud (OMS), dependiente de las Naciones Unidas, donde se intenta utilizar una serie de definiciones y clasificaciones respecto del consumo y tratamiento de drogas para su utilización a nivel mundial.

OMS define que la droga es, toda sustancia natural o sintética simple o compuesta que introducida a todo organismo vivo por cualquier vía de administración (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), puede modificar y alterar de algún modo una o más de las funciones de éste; es capaz de alterar el natural funcionamiento del sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, siendo capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores. (CIE 10; **Op.cit**).

A partir de esta definición se realiza una clasificación de las drogas en grupos, según su efecto y su tipo; de acuerdo a su tipo se encuentran los estimulantes, depresores, alucinógenos, narcóticos, cannabis y solventes, cada uno de estos tipos tiene subtipos de drogas con sus respectivos efectos y consecuencias físicas, psicológicas, neurológicas y/o orgánicas en el consumidor.

Algunas son usadas sin ningún tipo de control como la cafeína que se encuentra en el café y el té, o la nicotina que se encuentra en los cigarrillos, otras son usadas según criterios médicos para curar alguna enfermedad como los psicofármacos sedantes, antidepresivos, etc. siendo perjudiciales cuando no tienen ninguna aplicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos, se da con frecuencia cuando inducen a las personas que las toman a repetir su auto administración por el placer que generan, y cuando el cese en su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático o psíquico (dependencia física o psicológica).

De acuerdo con el tipo de sustancia, la cantidad o dosis, frecuencia del consumo y la permanencia en el tiempo, las alteraciones que las drogas pueden causar son muy variadas: excitar, tranquilizar, calmar o eliminar el dolor y ocasionar trastornos perceptivos de diversa intensidad.

SEGÚN LA ACCION QUE REALIZAN SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO (DSM IV; 1998)

Drogas Depresoras: aquellas sustancias que tienen la propiedad de bloquear las funciones del sistema nervioso central (opiáceos, barbitúricos, tranquilizantes, alcohol, disolventes volátiles).

Drogas Estimulantes: aquellas sustancias que tienen la propiedad de activar o estimular las funciones del sistema nervioso (cocaína, cafeína y bebidas que la contienen, anfetaminas y derivados, tabaco).

Drogas Psicodislecticas: aquellas que pueden modificar de alguna manera la actividad psíquica y producir trastornos de la percepción como las alucinaciones (LSD, peyote y sus derivados, alucinógenos sintéticos, derivados del cannabis).

SEGÚN SU PELIGROSIDAD

La OMS (**Ibid**) ordena las drogas según su peligrosidad atendiendo a unos factores determinados, entendiéndose ésta clasificación, que cualquier droga no deja de ser peligrosa para el organismo.

Más Peligrosas: las que crean dependencia física, las que crean dependencia con mayor rapidez, las que poseen una mayor toxicidad.

Menos Peligrosas: las que crean solo dependencia psicológica, las que crean dependencia con mayor rapidez, las que poseen menor toxicidad.

Graña (1994: 51), clasifica el Síndrome de Dependencia según la Décima Revisión de la Clasificación de las Enfermedades Mentales y del Comportamiento (CIE 10), “como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o un tipo de ella, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto; la manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aún cuando hayan sido prescritas por un médico”.

En este continuo de consumo insuperable es frecuente la recaída en el consumo de una sustancia, después de un período de abstinencia, lleva a la instauración más rápida del resto de las características de la dependencia, de lo que sucede en individuos no dependientes; el concepto de dependencia es la sujeción del individuo a la droga y presenta dos variantes importantes dentro de su clasificación:

a) Dependencia Psíquica: la subordinación psíquica del individuo ligada al fármaco, droga o sustancia que se halla habituado, que se torna necesaria para desarrollar cualquier actividad, en sí el sujeto está transferido a la droga, guiando sus impulsos y toda su vida en torno a ella, provocando como resultado final concomitantes somáticos u orgánicos propios del consumo crónico como trastornos mentales, más o menos permanentes.

b) Dependencia Física: es más importante y tiránica que la anterior, dado que el fármaco, droga o sustancia se incorpora a la fisiología, no normal, pero sí habitual del individuo, para transformarse en un elemento imprescindible para sus funciones, tal como lo son el sodio, el potasio, las hormonas, y otros elementos necesarios para el funcionamiento orgánico, al extremo de que su brusca supresión llega a producir un colapso e incluso la muerte.

El análisis de estos términos (DSM IV; **Op.cit**), aclarará más su contenido agregando otros términos tales como:

Hábito: definido como la adaptación del organismo al fármaco, droga o sustancia, con la consecuencia que en el transcurso del tiempo la misma dosis va produciendo menor efecto, y para obtener un mismo nivel de respuesta en el efecto, el individuo deberá incrementar progresivamente la dosis de la droga.

Acostumbramiento: definido como la facultad adquirida por el organismo, a través del tiempo, de soportar dosis elevadas de la droga, la que en situaciones normales le provocaría una intoxicación aguda y la muerte.

El proceso denominado tolerancia: está estrechamente vinculado a la dependencia de un fármaco, droga o sustancia, y al tiempo de abuso de las mismas, necesitando aumentar la dosis, con la finalidad de conseguir el mismo efecto que antes se obtenía con una dosis menor, creando situaciones de riesgo por la intoxicación aguda o incluso muerte por sobredosis, porque la cantidad de droga que el sujeto habitualmente consume pasaría a ser excesivamente elevada.

El síndrome de abstinencia: es un estado clínico (conjunto de signos y síntomas) que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos y psicológicos de diversa intensidad (según diferentes modos y niveles de gravedad), cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico (síndrome de abstinencia precipitado).

Cuando el comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y relacionados con el tipo de sustancia y la dosis consumida, se habla de síndrome de abstinencia agudo. Cada grupo de sustancias psicoactivas produce un síndrome de abstinencia agudo característico y fácilmente diferenciable de los demás grupos.

El síndrome de abstinencia tardío puede describirse como un conjunto de disregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo en las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo período de tiempo, meses o años, después de conseguir la abstinencia. Este cuadro causa múltiples trastornos físicos y psíquicos en el individuo, dificultando el desarrollo de una vida saludable y autónoma, contribuyendo a precipitar el proceso de recaída en el hábito de consumo de sustancias.

El síndrome de abstinencia condicionado consiste en la aparición de sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo, en un individuo que ya no consume drogas, reexpuesto a los estímulos ambientales que condicionaron su conducta adictiva a través de un proceso de aprendizaje adquirido, respecto al consumo de la sustancia de la que era dependiente. Como consecuencia acostumbra a crear un gran desconcierto en el sujeto provocándole cuadros de gran ansiedad y miedo que pueden propiciar el proceso de recaída en el hábito de consumo de sustancias. (**Ibid**).

Las características más frecuentes durante el síndrome de abstinencia, a nivel orgánico es la presencia de síntomas como temblor, sudoración, malestar intestinal; a nivel psíquico, se presenta angustia, ansiedad, insomnio, descontrol de impulsos. El síndrome de abstinencia es distinto al caso de “intoxicación”, término más apto al ocurrir una sobredosis, y se relaciona con el tiempo de vida media que tarda cualquier fármaco, droga o sustancia en eliminarse del organismo para desintoxicarlo, teniendo una duración que oscila de cuatro a cinco días; a nivel sanguíneo el tiempo de vida media que tarda cualquier fármaco, droga o sustancia en eliminarse, oscila alrededor de 15 días como promedio. [Ministerio del Interior - CONACE, 2004 (c)].

Para entender mejor desde una perspectiva médica, cómo se relacionan todos los conceptos y definiciones antes señaladas, es importante comprender desde un análisis neurobiológico el porqué el consumo de drogas se transforma en una conducta adictiva.

Torrealba y Valdés (2006: 204); exponen que el **núcleo prefrontal** o lóbulo frontal se conecta con áreas corticales premotoras y con regiones del sistema límbico formado por partes del tálamo, hipotálamo, hipocampo, amígdala, cuerpo calloso, septum y mesencéfalo. Mencionados autores citan a Goldberg, quien postula que el núcleo prefrontal, “es la parte más humana del cerebro o cerebro emocional, porque regula la profundidad de los sentimientos y de las emociones, ocupando una posición anatómica privilegiada para orquestar respuestas autonómicas, emocionales y de alerta que son requeridas para el correcto despliegue de la conducta” y el comportamiento que se sincronizan con la constitución de la personalidad en los individuos.

Específicamente la corteza prefrontal medial, constituye una unidad funcional del encéfalo que tiene bajo su control múltiples facetas, controla las respuestas vegetativas asociadas a emociones y a la información con contenido motivacional para la búsqueda de satisfacciones mediante el cumplimiento de metas y la determinación de iniciativas relevantes para el individuo, es la más evolucionada en humanos en funciones cognitivas e intelectuales superiores, el desarrollo de juicio, planificación, recuerdos, memoria de tareas y trabajo. (**Ibid**).

Cuando existe un desbalance en este sistema o síndrome del lóbulo frontal, las respuestas son negativas, exageradas y/o descontroladas frente a emociones, situaciones de estrés, amenaza y crisis, caracterizándose en el individuo “cambios en la personalidad, en la perseverancia, aumento de impulsividad, ansiedad, falta de iniciativa, inercia hacia el cumplimiento de reglas y normas sociales, inhabilidad en la ejecución de planes y estrategias, llevándolo a un pobre desenvolvimiento social”. (Ibid: 195).

El desbalance en este sistema o síndrome del lóbulo frontal, puede manifestarse a nivel neurobiológico por diversas situaciones, entre ellas, ocurre cuando un individuo presenta dependencia de un fármaco, droga o sustancia, acentuándose al presentarse el síndrome de abstinencia o al suprimir la ingesta de la sustancia a la cual estaba habituado, siendo la explicación más acertada del porqué es posible que se presente una recaída al no estar el fármaco, droga o sustancia en el organismo, es una respuesta que se relaciona con los cambios que se producen tanto a nivel psíquico como físicos, volviéndose en ocasiones insostenible de sobrellevar para el individuo.

Desde una óptica biomédica es necesario comprender cual es la zona específica del cerebro donde actúan las drogas, y porqué el uso de un fármaco, droga o sustancia en el organismo, se puede transformar para un individuo en abuso y/o dependencia terminando finalmente con una conducta adictiva.

Conde, Ustarroz, Landa, López (2005); plantean que el **núcleo accumbens**, es el centro donde actúan un fármaco, droga o sustancia, siendo una estructura que yace sobre el septum, formado por un grupo de neuronas del encéfalo, se divide en dos estructuras, la zona central y la corteza. Tiene conexión con el mesencéfalo (este último contiene la sustancia negra que a su vez contiene células que secretan dopamina). Las dopaminas se localizan específicamente en el área ventral tegmental, que se conecta a través de la vía mesolímbica, los impulsos dopaminérgicos del área ventral tegmental modulan la actividad de las neuronas del núcleo accumbens, y son dirigidas hacia varios centros del cerebro, pero principalmente van hacia el núcleo accumbens, que es rico en terminales dopaminérgicas.

El núcleo accumbens, tiene una interfase entre las estructuras límbicas y el sistema motor que en su conjunto han sido involucrados en la regulación de la conducta motora. Se conecta a la formación pontina reticular, que regula diversas funciones autonómicas o involuntarias como el latido cardiaco, la respiración, información sensorial olfativa, gustatoria y somestésica que en conjunto sirven para reconocer objetos comestibles, y su valor actual como recompensa, que determina que objetos serán buscados o evitados.

El núcleo accumbens, con su papel mediador de la liberación de la dopamina, es "el centro del placer del cerebro", ocupa un papel fundamental a nivel de recompensa, placer, risa y las sensaciones de bienestar en general como la alimentación, la recreación, el ocio, el sexo, video juegos y en emociones inducidas por las música. En su lado más amargo, tiene un papel importante en experiencias del dolor, miedo y estados de dependencia a las drogas. (**Ibid**).

Pellicier (2003); plantea que en las terminales dopaminérgicas provenientes del área ventral tegmental, son el sitio de acción de drogas altamente adictivas (cocaína, amfetamina, heroína, morfina, nicotina), casi todas las drogas son capaces de incrementar por diversos mecanismos los niveles de dopamina, o su liberación en el núcleo accumbens, y como mecanismo adictivo, sujetos con dependencia a algún tipo de droga, tienden a concentrar menos dopamina de lo normal en la ruta mesocorticolímbica, porque el mismo consumo de drogas incrementa la concentración de dopamina, y de este modo se produce la sensación agradable que acompaña su consumo.

Al haber consumo de drogas baja el sistema dopaminérgico afectando a la corteza prefrontal donde se encuentran el control de impulsos, la planificación, la organización y una serie de sistemas que afectan el ánimo, y al haber un menor control dopaminérgico en éstos circuitos, en la corteza se genera una mayor impulsividad, el no planificar, el no poder organizar las cosas y baja el estado de ánimo, generándose (se explica más arriba) un desbalance en este sistema o síndrome del lóbulo frontal.

El desbalance en este sistema o síndrome del lóbulo frontal, fundamenta el control de la abstinencia para reparar el desbalance que se produce en estos sistemas por el consumo de un fármaco, droga o sustancia. Permitiendo al individuo recuperar las facetas normales de su vida, que tenía antes de su conducta adictiva, fijando como estímulo a nivel de placer otras actividades y conductas que en el pasado tuvieron importancia, destronando la apetencia y necesidad orgánica por el fármaco, droga o sustancia.

Tratamiento e Intervención en Conductas Adictivas

En el enfoque médico una de las intervenciones más recurrentes, consiste en un tratamiento individual que pretende el control del consumo y tiene como criterio erradicar para siempre la conducta de consumir drogas, donde el ideario es mantener una abstinencia permanente en el tiempo eliminando la ingesta de drogas; y consiste básicamente en administrar otro tipo de drogas "lícitas" denominadas como fármacos utilizados como antagonistas y con fines terapéuticos para tratar consecuencias y/o efectos a nivel neurobiológicos causados por el consumo de un fármaco, droga o sustancia.

Los programas de mantenimiento con antagonistas, se utiliza básicamente en personas que no consiguen con esfuerzo personal abandonar su conducta adictiva. El concepto de mantenimiento se aplica en personas que inician este programa de tratamiento sin fijar un plazo determinado de tiempo, como consecuencia se realiza una sustitución de la droga por otro fármaco que ayude a controlar el consumo dentro de un período de tiempo prolongado y bajo supervisión médica, buscando como objetivo:

... "poder conseguir un tratamiento eficaz, es lo que se denomina inicio del proceso terapéutico que corresponderá las fases de desintoxicación, deshabitación, y reinserción social" (Becoña, Salazar y Rodríguez; **Op.cit:** 44).

La desintoxicación tiene como objetivo que la persona con conducta adictiva, deje de consumir la sustancia de la que es dependiente y se mantenga abstinentes sin que presente sintomatología aguda de abstinencia. Es imprescindible efectuar una desintoxicación para iniciar el proceso de abstinencia, o una deshabitación de la droga para impedir una recaída que se presenta siempre como un riesgo durante el tratamiento.

La deshabitación es un proceso largo y complejo en el que se intenta que el individuo efectúe un aprendizaje de diversas estrategias terapéuticas para que logre enfrentarse con posibilidad de éxito a los factores adversos, internos y externos, que normalmente le llevarían a un nuevo consumo.

Musacchio y Ortíz, (**Op.cit:** 24) plantea que en la adicción se dan dos situaciones graves: la intoxicación y la dependencia.

... “La intoxicación grave exigirá la intervención del médico especialista. Este internará al paciente, controlará la intoxicación, seguirá paso a paso el proceso abstinencia; por su parte, el paciente debería quedar, al alta químicamente estabilizado y clínicamente libre de los efectos de la droga”.

Mencionados autores citan a Newton, quien define la drogadicción como una enfermedad crónica, progresiva y Terminal.

Crónica: la persona con conducta adictiva se habitúa al bienestar artificial, su cura exigirá que nunca más vuelva a consumir drogas que alteren su psique, evitando para siempre la sustancia psicoactiva, debiendo organizar su vida de acuerdo con el equilibrio emocional, resolver sus conflictos, buscar objetivos válidos que den sentido a su existencia y adquirir una madurez afectiva que lo ayude a superar las dificultades propias de una vida normal.

Progresiva: la persona con conducta adictiva, cada vez tendrá la necesidad de mayor cantidad de droga para conseguir el mismo efecto, y deberá cambiar su calidad, reemplazándola progresivamente por otras más incisivas, que traerá como consecuencia síntomas con mayor gravedad, por causa de un deterioro neuropsicológico más avanzado.

Terminal: la persona con conducta adictiva, queda a su suerte en la carrera de la adicción progresiva, destruye su vida ya sea en sentido literal (muerte por sobredosis, trastornos cardíacos, enfermedades intercurrentes, suicidio). En un amplio sentido, deja de ser una persona pensante, dueña de sí y de sus afectos, sin que pueda dirigir su destino.

Otros conceptos que surgen desde el enfoque médico, en busca de tratamientos eficaces son:

Epidemiología: nace en Londres en 1854 como ciencia y método, a partir de investigaciones realizadas por John Snow sobre la transmisión del cólera, su origen se relaciona con el estudio de epidemias.

Becoña, Salazar, Rodríguez (**Op.cit:** 26); definen la epidemiología como un “aumento inusitado de la frecuencia de enfermedad y su distribución en un área geográfica determinada en un tiempo limitado”.

La aplicación del método epidemiológico a las drogas data de los años 60 como un intento para entender la nueva realidad social con el surgimiento de una cultura popular de las drogas en la que participan muchos jóvenes considerándola como propia.

Estos autores plantean, que la epidemiología aparece como un intento por comprender la droga en la sociedad desde un punto de vista más científico que filosófico, dando lugar a muchas críticas y resistencias, se decía que la adicción a las drogas no era una enfermedad porque las personas buscaban el agente de la enfermedad. Argumentan, que si bien el consumo de drogas no es una enfermedad infecciosa, la epidemiología no siempre trata de las enfermedades infecciosas, las drogas tienen una serie de características y unos canales de distribución que pueden ser tratados desde ésta.

... “la enfermedad mental no es infecciosa ni transmisible pero si fácilmente comunicable al resto de la comunidad que comparte el mismo ambiente social y físico, siendo el ejemplo más característico de transmisión de persona a persona el de la droga, que acostumbra a extenderse en el seno de la comunidad de esa forma o mediante pequeñas agrupaciones o racimos que llegan a producir un verdadero efecto epidémico” (**ibid:** 26).

Se visualiza que el consumo de drogas es un serio problema que se ha incrementado año tras año, por tanto, la curva epidémica va presentando ramas cada vez más ascendentes, y a pesar que el consumo de casi todas las drogas que causan dependencia o bien es ilegal o bien está controlado, en muchos países se extienden epidemias de utilización abusiva de estas sustancias que, en muchas ocasiones, obedecen a pautas y patrones culturales y sociales.

Becoña, Salazar y Rodríguez, sostienen que la epidemiología se ha encargado de encontrar, describir y evaluar “casos” intentando encontrar una imagen de mosaico del consumo de drogas en la sociedad utilizando para ello los siguientes conceptos:

Incidencia: aparición de nuevos casos, se trata de averiguar el estado de un grupo concreto durante un período concreto, se utiliza para conocer el primer consumo de varias muestras de consumidores de drogas y siguiendo el modelo de enfermedad comunicable, se realiza la pregunta ¿quién te inicio?, debido que al principio nunca se lleva a cabo aisladamente, presupone una red de relaciones sociales y un contexto de utilización que aporta la droga. **(Ibid).**

Prevalencia: número de “casos” activos (cuántos usuarios de drogas existen y cuál es la fuente de datos), supone un concepto relativo basado en la realidad del tiempo, es muy difícil encontrar los “casos”, razón que se utiliza el número de usuarios activos, entendiendo por tales, aquellos que han tenido una experiencia con drogas al menos una vez en la vida, considerándose este dato de mayor fiabilidad que el de “caso”. **(Ibid).**

Prevención: Caplan (1980); plantea que la historia de la prevención ha sido la lucha de la enfermedad y de cualquier tipo de sufrimiento, tradicionalmente se distingue desde su estudio la prevención primaria, secundaria y terciaria, teniendo como fundamento anticiparse antes de que ocurra un evento, realizar acciones que tiendan a reducir la probabilidad de aparición de problemas, para esto se trabaja fortaleciendo los factores protectores personales y sociales para minimizar los de riesgo a que toda persona se ve sometida en la vida.

En términos epidemiológicos la prevención primaria presenta como objetivo la reducción de la incidencia de las enfermedades de un tipo específico de enfermedad mental; la prevención secundaria trata de reducir la prevalencia de dichas enfermedades; la prevención terciaria pretendería reducir la proporción de funcionamiento defectuoso en la comunidad debido a trastornos mentales.

En el caso del consumo de drogas el nivel más claro de actuación corresponde a la prevención secundaria, e interesa a profesionales que acogen y tratan a personas con problemas de consumo; respecto a la prevención primaria se considera la opinión pública, el producto tóxico y la evidencia del problema visto como patología personal y social; la prevención terciaria pone en acción medidas destinadas a evitar, en los sujetos libres ya de drogas, la posibilidad de las recaídas, lo que implica la reeducación, readaptación y reinserción de dichos sujetos.

Factores de Riesgo: aquellos factores que causan un aumento de la prevalencia del riesgo para la utilización de drogas, se considera como:

... “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”. (Universidad de Chile; 2008: 2).

Factores Protectores: aquellos factores que hacen que este depósito de “casos potenciales” permanezcan como tal o se conviertan en “casos activos”; la identificación de “casos potenciales” es muy importante para evaluar los factores de riesgo, se considera como:

... “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas”. (**Ibid:** 2).

Factores protectores son la reducción de la probabilidad de adquirir una conducta de riesgo, como es el consumo de drogas.

3. Modelo Transteórico del Proceso de Cambio

Seijas (1995); plantea que el proceso motivacional por el cual una persona decide iniciar el cambio de conducta respecto a las drogas, es muy complejo y crucial para las posibilidades de éxito en un tratamiento, requiere de alta motivación personal debido a que esta condición, con mucha frecuencia no está presente al momento del contacto con la persona con conducta adictiva.

Un proceso motivacional, se refiere a un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar en el tiempo y de acuerdo a diferentes circunstancias, “si la motivación es la probabilidad de una conducta, lo apropiado y pertinente es aumentar esta probabilidad”. (Ministerio del Interior, CONACE; **Op.cit** (c): 18).

Para motivar a la persona a generar un cambio de conducta se consideran como herramientas los elementos cognitivos, emocionales y vivenciales, que le permitan desarrollar estrategias que favorezcan la toma de conciencia del problema, posibilitando la motivación y la decisión de iniciar un proceso de cambio.

En este intento por buscar un cambio en las conductas adictivas, se ha desarrollado el modelo transteórico impulsado por diferentes autores: Horn (1976), Rosen y Shiplej (1983), Marlatt y Brownell (1986), Raw (1986), Scheider y Khatzian (1992), Prochaska y Diclemente (1992). Todos estos autores establecen que el cambio de la conducta adictiva se daría a través de un proceso continuo marcado por una serie de etapas o estadios a través del tiempo.

Tejero y Trujols, plantean que “los diferentes constructor o variable del modelo derivan de un amplio abanico de teorías y paradigmas y, consecuentemente, las técnicas de intervención para incidir sobre dichas variables provienen de múltiples y muy diversas escuelas de intervención”. (Citados en Graña; 1994: 4).

Mencionados autores (**Op.cit**), enuncian el modelo de Prochaska y Diclemente, considerado de un gran valor heurístico con un soporte altamente empírico en relación tanto a su capacidad descriptiva y explicativa como predictiva en el proceso de cambio de conductas adictivas.

Distinguiendo los siguientes estadios o fases para establecer el cambio:

a) Precontemplativa: en esta fase la persona con conducta adictiva no considera necesario el cambio porque no está consciente de modificar su conducta, y no halla solución porque no puede ver el problema que lo haga necesario; tampoco está informado acerca de su consumo de drogas o se resiste a ser informado respecto a el, y como resultado de esta negación u omisión, no es capaz de evaluarse a si mismo como teniendo un consumo problemático que debe cambiar. En esta fase generalmente lo que motiva o conduce a que la persona se haga un tratamiento, o al menos lo intente, es por presión familiar o legal, y con el objetivo que la presión desaparezca puede mostrar un cambio pero solo temporal hasta que la presión disminuya.

Seijas (**Op.cit**), propone que es importante mantener contacto con la persona dependiente de drogas, mostrando preocupación y empatía, realizando una intervención mínima respecto de los riesgos que enfrenta, dando la posibilidad de conversar sobre el problema y estableciendo un compromiso de ayudar a evaluar su situación.

b) Contemplativa: en esta fase la persona con conducta adictiva contempla la necesidad del cambio y logra tomar consciencia de su problema, considerando pertinente abandonar su conducta adictiva, pero no ha desarrollado un compromiso firme por el cambio y no ha hecho nada objetivo para una solución. Adquiere una consciencia progresiva de la existencia de toda una problemática causada por el consumo de drogas, surgiendo aspectos adversos de éste y, el razonamiento de abandonar esta conducta.

... “Los contempladores se esfuerzan por comprender su adicción, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento, y manifiestan una necesidad importante de hablar sobre ello”. (Graña; **Op.cit**: 7).

Seijas (**Op.cit**), plantea que la razón por la cual la persona con consumo problemático, conduce al abandono de ésta conducta e inicia la motivación al cambio, es por sucesos vitales en la vida como el motivo de pérdidas afectivas amigos, pareja, familia, muerte de familiares, riesgo de pérdida del trabajo o coerción por parte de un empleador y/o familia.

c) Preparación: en esta fase la persona con conducta adictiva presenta algunos cambios que combina criterios intencionales (hace un esfuerzo por no consumir), y conductuales (disminuye la dosis de drogas), donde toma la decisión y un compromiso de dejar el consumo problemático.

... “en esta etapa nos encontramos con personas que se proponen firmemente el cambio y toman acciones específicas que lo indican, por ejemplo, botan el alcohol, consultan solicitando ayuda” (Seijas; 1995: 119).

c) Acción: en esta fase la persona con conducta adictiva adquiere un compromiso importante cambiando su conducta manifiesta y encubierta para superar su consumo, muestra claramente un cambio (realiza un proceso de desintoxicación, inicia la abstinencia).

d) Mantenimiento: en esta fase la persona con conducta adictiva, alcanza logros manifiestos, significativos, continuos y activos del cambio de la fase anterior, se encuentra manteniendo la conducta de abstinencia aunando esfuerzos para prevenir una posible recaída, produciéndose miedo frente a una reincidencia en el consumo y frente al mismo cambio experimentado.

... “Los individuos situados en el estadio de mantenimiento pueden tener no sólo miedo de recaer sino incluso del cambio en sí mismo ya que éste puede convertirse en amenazante debido al miedo a la recaída, con lo cual pueden derivar hacia un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado, comportándose como que cualquier cambio pudiera implicar una recaída” (Graña; **Op.cit:** 8).

Guiñe (s/a), plantea que para fortalecer la etapa de mantenimiento del proceso de cambio, el objetivo principal consiste en enseñar a la persona con conducta adictiva como anticipar y enfrentar el problema de una posible recaída, a través de estrategias que permiten abordar la ambivalencia, reducir la disponibilidad de la droga, investigar situaciones de alto riesgo desarrollando estrategias para enfrentarlas, identificar señales condicionadas, discutir las decisiones aparentemente irrelevantes, insistir en el cambio del estilo de vida, trabajar los efectos de una posible recaída.

... “Otro pilar del tratamiento a desarrollar desde el principio es evitar las recaídas, porque más del 60% de los pacientes dependientes tienden a presentarlas durante los tres primeros meses de tratamiento. Podríamos resumir esta aproximación como **un programa de autocontrol, que combina destrezas de entrenamiento conductual con intervenciones cognitivas y procedimientos de cambio de estilo de vida** (...). La particularidad de este enfoque proviene del análisis de Marlatt de diferentes procesos adictivos (heroína, alcohol y cigarrillos) y por ende posee el mérito que puede ser aplicado a diferentes “conductas adictivas” como enfoque y enfrentamiento general. Estos casos comparten el **enfrentarse a situaciones de alto riesgo que el individuo debe aprender a manejar** y superar con sus características individuales, en su medio y con su experiencia personal”. (Seijas; 1995: 122).

La planificación de la prevención de recaídas minimiza su potencial destructivo, lográndose a través de la identificación de las señales de peligro y desarrollando un plan para interrumpir el síndrome de la recaída.

Guiñe (**Op.cit**), postula que los pasos para la prevención de recaída son:

Estabilización: permite a la persona retomar el control de pensamientos, emociones, conductas, memoria y juicio, antes de una recaída.

Asesoría: permite a la persona identificar las causas que pueden llevar a la recaída, revisar la historia adictiva y las señales de peligro con la ayuda de otra persona.

Educación: permite a la persona prepararse ante una posible recaída a través de la comprensión, entendimiento e información acerca de la conducta adictiva, asimismo de la recuperación y del proceso de la recaída.

Identificación de Señales de Peligro: permite a la persona identificar señales de peligro ante una recaída (cada persona tiene señales de peligro personales y únicas), que señalan que el proceso de recaída está ocurriendo. Como estrategia es necesario desarrollar una lista personal de señales de peligro y en caso que la persona haya tenido la experiencia de una recaída previa, las señales deben ser desarrolladas en base a esta experiencia.

Manejo de las Señales de Peligro: permite a la persona desarrollar planes concretos para prevenir y detener la recaída a través de la elaboración de diversas alternativas, sirviendo como oportunidades y opciones en el proceso de decisión.

Desarrollo de un Inventario: permite a la persona a través de un inventario diario identificar señales de peligro es una forma consciente de revisar lo que sucede diariamente como problemas cotidianos, situaciones de estrés, planificación de metas diarias.

Revisión al Programa de Recuperación: el proceso de recuperación y la recaída son elementos opuestos pero que están relacionados, si una persona con conducta adictiva no se encuentra realizando un proceso de recuperación, está continuamente en peligro de presentar recaídas.

Participación de Otros: un proceso de tratamiento real involucra para una recuperación total el apoyo y ayuda constante de una variedad de personas (familiares, amigos, terapeutas, consejeros y otras personas en recuperación). Un ser humano es un ser social, y no puede tener un proceso de recuperación en aislamiento, por consiguiente debe elaborar una lista con los nombres de las personas más significativas y de contacto diario.

Seguimiento y Reforzamiento: el proceso de prevención de recaída requiere de un constante seguimiento en el nuevo estilo de vida, y al mismo tiempo implica un reforzamiento a las nuevas habilidades y destrezas aprendidas. Es preciso que la persona en proceso de recuperación mantenga una armonía bio-psico-social-cultural, que le permita romper con los dolores de su conducta adictiva y de la misma recuperación.

e) Recaída: en esta fase la persona con conducta adictiva recae en el consumo de sustancias psicoactivas, fallando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia, puede producirse tanto en la fase de acción como en la de mantenimiento.

Tejero y Trujols, plantean que cuando la recaída ocurre sin ser un acto meditado y planificado (decisión conscientemente adoptada), la persona puede enfrentarse “a sentimientos de fracaso y desesperanza, así como también de culpa y frustración y, consecuentemente, su sentido de autoeficacia se ve seriamente afectado”. (Ibid: 8).

Seijas propone, que esta fase fue considerada durante muchos años como el fracaso del tratamiento, que no era considerado en otras enfermedades crónicas que presentan recaídas en su evolución (hipertensión arterial, diabetes).

... “El resultado del tratamiento depende de qué se haga con las recaídas, por lo que resulta de gran importancia considerarlas como una etapa más del proceso. Si bien intentamos evitarlas al máximo, cuando ellas suceden, debe aprovecharse la ocasión para reevaluar y aprender en qué falló la estrategia propuesta”. (Seijas; **Op.cit**: 120).

f) Finalización: en esta fase la personas con conducta adictiva, pondría fin al proceso de cambio, teniendo como característica la extinción total del consumo problemático y un mantenimiento de un nuevo patrón conductual, dejando atrás cualquier conducta asociada al consumo de drogas.

Tejero y Trujols, enunciando el modelo de Prochaska y Diclemente, definen la fase de finalización a través de dos criterios: a) es nulo el deseo de consumir droga en cualquier situación; b) la confianza o seguridad de no consumir drogas en cualquier situación es del 100 por 100; ésta fase se daría luego de un tiempo prolongado de abstinencia, en el casos de la dependencia a la nicotina, se daría alrededor de los cinco años de abstinencia mantenida (se reconoce que ex dependientes de consumo de drogas, no logran llegar a este umbral). (Citados en Graña; **Op.cit**).

La fase de finalización, solo es posible después de los cinco años de abstinencia, y pasando este umbral con la total extinción de la conducta adictiva, y un mantenimiento del nuevo patrón conductual sin que implique grandes esfuerzos para la persona, que hubiera significado en sus tiempos de adicción.

4. Modelo de la Reducción de Daños

Este enfoque tiene sus raíces filosóficas en el pragmatismo y su compatibilidad con un enfoque de salud pública, ofrece una alternativa práctica a los modelos médico y/o jurídico, por consiguiente se sitúa en un plano distinto y su discurso no se construye frente a si el consumo es malo o ilegal.

Concentra su atención hacia las consecuencias de la conducta de consumo, pero no como una conducta correcta o incorrecta, la evalúa en términos perjudiciales o dañinos para el consumidor y la sociedad. La reducción de daños ofrece una amplia gama de principios y técnicas a fin de reducir las consecuencias dañinas del consumo, quienes son partícipes de este enfoque, no se oponen a que las personas consuman drogas, tampoco adolecen al ideario de abstinencia total, porque se acepta el hecho, que numerosas personas consumen drogas y realizan conductas de alto riesgo, siendo improbable que la visión idealista de una sociedad libre de drogas se convierta en una realidad, porque el núcleo del conflicto pertenece a la existencia social de las personas y no a las propiedades físicas que pueblan el ecosistema natural.

Catalán señala que “en cuanto a los objetivos de tratamiento, la reducción de daños intenta primero estabilizar el problema conductual y prevenir futuras exacerbaciones de las consecuencias dañinas. En este aspecto, la reducción de daños tiene un propósito similar al de la prevención terciaria o prevención de recaídas: asegura la mantención del cambio conductual y evita que el problema empeore”. (Citada en Silva; 2001: 764).

Esta postura no se opone a la abstinencia, porque debe ser un proceso de graduación continua a través de un trabajo educativo, y un paso para abandonar o reducir las consecuencias dañinas de la conducta adictiva, la abstinencia se constituye como un objetivo final para reducir o eliminar el daño producido por el consumo propiamente tal. Esta metodología focaliza la intervención a un trabajo preventivo y de orientación de formas de consumo menos dañinas, elaborando programas de trabajo que no buscan suprimir el consumo de drogas, pretendiendo que el individuo pueda alcanzar un nivel de funcionamiento y un patrón de consumo inferior.

... “El enfoque de reducción de daños reconoce en primer lugar que existe una realidad que es imposible de desconocer, vale decir, la existencia de la droga y en segundo lugar, que existen diferencias de una a otra sustancia e incluso que existen distinciones dadas por las cantidades en términos de las consecuencias en su utilización. Este enfoque propone reemplazar un consumo que causa problemas por otro menos dañinos tanto individual como socialmente”. (CRS Valparaíso; 1996: 2).

Keeney (1998), basada en las ideas fuerza propuestas por Marlatt, complejiza respecto a este paradigma argumentando que si bien se reconoce la abstinencia como resultado ideal, se aceptan las alternativas que reducen el daño. Reconoce que la abstinencia es casi siempre requerida como condición previa al tratamiento, porque la mayoría de los programas de tratamiento para consumidores de drogas rechazan la admisión de estas personas si siguen con su consumo. Y, aunque la reducción de daños no está en contra de la abstinencia (a pesar que en algunas expresiones más radicales aparece planteada como tal), entiende que los efectos perjudiciales del consumo de drogas puede situarse en una graduación continua, como se distribuyen los grados para medir la temperatura en un termómetro.

Cuando las cosas se ponen muy riesgosas, la reducción del daño propone “bajar la temperatura” a niveles más moderados. Este enfoque gradual de “un paso menos” anima a los individuos, con conductas excesivas o de alta exposición a otros daños, a reducir las consecuencias adversas respecto de sus conductas “paso a paso”. La abstinencia, como objetivo final, reduce en gran parte o elimina completamente los riesgos de daños asociados a un consumo excesivo de drogas.

En este sentido, la abstinencia es entendida como una meta - final (como un lugar a llegar) situada en una graduación continua que oscila entre consecuencias perjudiciales y beneficiosas.

Keeney (**Op.cit**), señala que la reducción de daños promueve el acceso a servicios de bajo umbral como alternativa a los tradicionales enfoques de alta exigencia, es decir, en lugar de situar la abstinencia como condición previa para acceder a la atención, los defensores de la reducción de daños están dispuestos a reducir tales barreras, facilitando la motivación, y la rápida incorporación del sujeto a la experiencia, su experiencia.

Los programas de bajo umbral consiguen esto a través de varios medios: saliendo a la calle y estableciendo asociaciones o alianzas de cooperación con la comunidad, reduciendo el estigma asociado con la obtención de ayuda para este tipo de problemas y ofreciendo un enfoque desprejuiciado, más cercano a las vivencias que las personas que viven el problema experimentan en su vida cotidiana.

... “los reductores de daño - profesionales o personas de la comunidad que desarrollan esta actividad - planifican un seguimiento y revisiones permanentes de los acuerdos y su posterior evaluación con el sujeto. En conjunto, la meta será la movilización personal hacia lo que podría denominarse un gran Acuerdo Consigo Mismo, en que la persona asuma la necesidad de cambio de vida, cambio que no está connotado por el abandono de la conducta de consumo como experiencia moral, sino a un cambio que asume. Se refiere más a asumir con más protagonismo el derrotero de su propia existencia, el delineamiento que conforma su núcleo de sentido (en la vida o en su existencia personal como un todo)”. (Berasain; 2003: 22).

Berasain (**Op.cit**), manifiesta que la estrategia de reducción de daños, se plantea como una experiencia con acentuación en las relaciones entre profesionales y usuarios con conducta adictiva, predominando como pilar la generación de vínculos y la búsqueda de un conocimiento mutuo que suscite la confianza, para en forma posterior lograr los compromisos y acuerdos tendientes a influir en la calidad de vida del sujeto; compromisos y acuerdos que deben ser progresivos (propuestos pero deliberados en la total autonomía del sujeto), quién desarrollará un paulatino esfuerzo, sostenidamente para ir suprimiendo la droga o sustancia, encontrando en el proceso retrocesos y/o regresiones pero la connotación se alcanza cuando recupera su pleno desarrollo, convirtiéndose en una experiencia humana y un proceso contradictorio.

La idea está en la posibilidad que los espacios terapéuticos se produzcan en instancias cotidianas, y la clave de la metodología de reducción de daños, está en el acuerdo y logro de objetivos intermedios, basados en el compromiso autónomo por parte del sujeto para obtener un avance en la mejoría de su calidad de vida; se denominan objetivos intermedios porque no pretenden hacer transformaciones abruptas ni concluyentes, entendiendo que ocurren en forma parcial y procesual, teniendo la función de escalonar el proceso hacia la propuesta de nuevos acuerdos en progreso y que actuarán como aliciente para logros ulteriores.

5. Modelo Sociocultural

Este enfoque, abandona los juicios de valor que enfocan tanto a la droga y su consumo como bueno o malo, descartando en la intervención los axiomas legales, valóricos o médicos.

... “Esta visión denominada enfoque socio - cultural es novedosa y va contracorriente de la mirada centrada en la sustancia y en el control social que predomina en nuestro medio”. (Duarte; 2000: 231).

Permite imaginar fórmulas de acción teniendo una visión desde un contexto social particular que otorga una óptica más amplia para comprender, entender e interpretar desde lo cotidiano las raíces vivenciales del individuo, y el porque se produce el consumo de drogas.

... “En el ámbito de la prevención se va legitimando una intervención que va más allá de la droga misma, dado que la droga no es el problema fundamental sino una expresión de otros problemas que se originan en las formas de relación que desarrollan nuestras sociedades respecto a su naturaleza, a los objetos de consumo y - fundamentalmente - a los demás seres humanos, es decir, que tienen una naturaleza social compleja (económica, política y cultural)”. [Caleta Sur; (1999) (a): 6].

La intervención debe involucrar una transformación activa del sujeto a partir de la concientización del mismo para que se vuelva protagonistas de su realidad y de sus cambios, de acuerdo a las necesidades sentidas frente a un problema, y donde las necesidades sentidas frente al problema son la base para su solución.

... “Se trata de una acción educativa que se posiciona desde las potencialidades y capacidades que estos jóvenes tienen y desde ahí busca habilitarles para que se emponderen de sus vidas y sus socio ambientes, aportando en la transformación de aquellas situaciones de dolor que les aqueja”. [Duarte; (2001) (a): 506].

... “Se orienta en generar una actitud distinta que les permita no sentirse un objeto en la historia, sino sujetos capaces de estructurar el mundo y así mismos; con ello se busca que se apoderen de su entorno para producir el cambio, en lo interno y lo externo”. [Duarte; (2000) (b): 234].

El eje articulador de esta intervención es una acción centrada en la educación a través de la utilización de métodos y técnicas específicas de integración y participación, existiendo un predominio pragmático donde las interacciones se establecen cara a cara.

Simonot (citado en Besnard; 1991: 21) plantea que: “La animación sociocultural es un sector de la vida social en que los agentes se fijan por objetivo cierta transformación de las actitudes y de las relaciones interindividuales y colectivas, por medio de una acción directa sobre los individuos. Esta acción se ejerce generalmente mediante diversas actividades, con ayuda de una pedagogía que acude a métodos no directivos sino que activos”.

Ander Egg (1990), postula que la animación sociocultural es una forma de acción socio-pedagógica, caracterizándose en primera instancia por la intencionalidad de generar procesos de participación y de vida asociativa en las personas para crear espacios de comunicación interpersonal al mismo tiempo que excluye toda forma de manipulación.

... “la animación constituye un instrumento idóneo para generar procesos de participación, proporcionando a individuos, grupos y comunidades, los instrumentos necesarios para que, con libertad, responsabilidad y autonomía, pueda desarrollar su vida cultural”. (Ander - Egg; **Op.cit:** 11).

La postura resalta el énfasis en el contexto social de la población, considerando el medio en el que se desenvuelven, sus formas de expresión o códigos, apostando por sus necesidades, capacidades, potencialidades y por la promoción del protagonismo social.

Vega, plantea que el hombre es un ser social, estrechamente vinculado al medio en el que se desenvuelve, un medio que se debe comprender para ser cambiado con esfuerzos compartidos, conciencia colectiva y una participación activa para la solución de los problemas. Es “en la conciencia de pertenencia colectiva y a la vez responsabilidad individual y participación activa en la búsqueda de caminos”. (Vega; **Op.cit:** 122).

Es necesario producir conocimientos desde el involucramiento directo con la realidad y donde el significado esta entrañado a observar el fenómeno tal cual se manifiesta, elemento sustancial para “la construcción, desconstrucción de estrategias, conceptos y líneas de trabajo”. (Duarte; **Op.cit:** 243).

6. Modelo de Desarrollo Integrado

En el estudio (Universidad Playa Ancha, **Op.cit**), se plantea que éste modelo es una proposición de como el conocimiento que aportan las ciencias sociales pueden ser utilizados en la búsqueda de soluciones integrales a la multiplicidad de problemáticas que aquejan a la población infanto - juvenil urbano - marginal.

Tiene sus raíces, en el modelo pedagógico de Paulo Freire y las acciones implementadas son socio - educativas lo que significa que son intencionadas, subyaciendo un proyecto de desarrollo lo que implica concebirlo como un proceso de carácter cambiante, y es una progresión evolutiva hacia mayores y más complejos niveles de organización.

Los principios pedagógicos del modelo integrado son (**Ibid**):

Son experiencias no institucionalizadas: los proyectos se aplican en las mismas comunidades de origen de las personas y no en centros aislados de su realidad geográfica, esto responde a la necesidad de respetar los espacios psicológicos y significados dominantes propios de la subcultura popular y comenzar desde allí un proceso educativo transformador de elementos que la componen.

Son experiencias centradas en el sujeto: se consideran las necesidades básicas de las personas, sus propios marcos de referencia vivencial y sus ritmos de desarrollo, buscando principalmente la inserción social.

Son experiencias con trabajo cooperativo: el trabajo esta orientado a establecer grupos en base a intereses y necesidades comunes con una asociación absolutamente voluntaria y organizada.

Son experiencias con una negociación democrática progresiva: los interventores (profesionales y/o monitores) y las personas protagonistas de la intervención, definen un programa de trabajo destinado al desarrollo del grupo, donde cada uno aporta su propio marco de referencia y el primero ira condicionando su aporte a objetivos cada vez más complejos.

Es un proceso de autodeterminación: Se propicia la capacidad de las personas de tomar sus propias decisiones y gestionarlas autónomamente elevando su conciencia crítica frente a su realidad vivencial así como capacitándolos en un modelo de autogestión.

7. Modelo Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial tiene su origen en la teoría general de sistemas propuesta inicialmente por el biólogo Bertalanffy, como un intento de contrarrestar la tendencia a la hiperespecialización en las distintas ramas del conocimiento parcelando y cerrando el campo de acción de los distintos profesionales, científicos y especialistas en sus intervenciones.

Fischman, plantea que “la teoría general de sistemas nos ofrece un modelo de unificación al brindar una perspectiva sobre el entendimiento de las personas en toda su complejidad y en interacción con el mundo en su alrededor. La TGS conforma la base del modelo Biopsicosocial, propuesta inicialmente por el biólogo Bertalanffy”. (Fischman; 1995: 89).

Este autor, plantea que la teoría general de sistemas se basa en que todos los seres vivos son equipos organizados de sistemas complejos con elementos interrelacionados.

... “Los sistemas vivientes son sistemas complejos, organizados jerárquicamente y compuestos de diferentes niveles: célula - órgano - sistema de órganos - organismo - grupo - organización - sociedad - sistema supranacional (...) Cada sistema de nivel superior posee características que emergen sólo a ese nivel. Estas propiedades que van emergiendo no pueden ser completamente entendidas simplemente como una suma de las partes que componen dicha propiedad (...) Los sistemas se caracterizan por su organización, por la interrelación e interacción de sus partes, por sus mecanismos de control y por sus tendencias tanto hacia la estabilidad (homeostasis) como hacia el cambio (heterostasis). La "parte esencial" de cada sistema, en cada nivel, regula el balance entre estabilidad y cambio y mantiene los límites del sistema. Los organismos vivientes son concebidos como sistemas abiertos involucrados en un intercambio continuo de materia, energía e información”. (Ibid: 90).

Para un abordaje integral y holístico del ser humano como un ser viviente compuesto por distintos niveles y sistemas, se debe comprender desde una perspectiva multifactorial, incorporando al individuo en sí, en todos sus niveles: biológico (principios básicos = organismo, cuerpo), a nivel psicológico (principios básicos = aspectos vivenciales que influyen en la psique y mente e influyen en patrones de conducta), a nivel social (principios básicos = necesidad de organización e interacción, normas sociales, mecanismos de control, mantención de los límites); se incorporan distintos elementos la mente como cuerpo, lo vivencial como lo conductual, lo individual y lo social, que determinan la actividad de un individuo, en base a principios y aspectos básicos (nombrados), considerando la compenetración y autorregulación de cada nivel y de cada sistema.

Fischman (**Op.cit**), cita a Wiener quien desarrolló la teoría cibernética y clarificó la forma en que los sistemas se autorregulan o el modo en que los mecanismos de retroalimentación (feed-back) son fundamentales para una cantidad de procesos autorreguladores.

... “La TGS es de gran utilidad cuando uno intenta estudiar diferentes niveles de organización en interacción dentro de un mismo sistema, como por ejemplo interacciones mente-cuerpo, y la interinfluencia del individuo y la familia o dinámica grupal-social. Ha jugado un papel fundamental en la unificación de una serie de tendencias que han gravitado a una visión más holística, integral del ser humano. Una que no considere sólo la biología o la psicología de la persona, sino que también su realidad subjetiva y objetiva única, creada por ciertos sustratos biológicos dados por el entorno social y cultural dentro del cual la persona nació y transcurre en su vida. El enfoque sistémico escapa a la consideración del individuo en aislamiento”. (**Ibid**: 90).

Actualmente el consumo de drogas es visto como un fenómeno multifactorial que necesita de un abordaje integral donde se integren varios niveles y sistemas para otorgar respuestas que sean atingentes a esta realidad. No se ve como un problema parcelado y por tanto no se busca un solo modelo para su intervención, en las orientaciones que realiza el CONACE para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático se alude constantemente a que dada las características de este problema debe ser abordado desde un enfoque biopsicosocial.

SEGUNDA PARTE
MARCO REFERENCIAL

CAPITULO III

LA COMUNIDAD TERAPEUTICA

La comunidad terapéuticas tiene orígenes remotos y su antecesor directo son los grupos de autoayuda que se caracterizan por ser un grupo social con intereses y fines comunes para sanar distintos males, como una estrategia de intervención para la rehabilitación de conductas adictivas, se destaca que las personas que componen estos grupos, deben ser protagonistas de sus propios cambios haciéndose responsables de su tratamiento a través de una participación voluntaria en un ambiente altamente afectivo pero con una estructura normativa para establecer límites, funciones y roles definidos.

1. Bases Históricas de las Comunidades Terapéuticas

Duran (1999), buscando bases históricas de las comunidades terapéuticas cita el estudio de Glaser (Los orígenes de la Comunidad Terapéutica sin drogas: una historia retrospectiva); quién plantea de acuerdo a escritos de Phito Judaeus (Antes de Cristo), que los cimientos de ellas se remontaría al antiguo Egipto más allá del lago Mareotis, en la vecindad de la pervertida Alejandría, lugar donde residía una grupo de habitantes llamados terapeutas y terapeutides que realizaban actividades tendientes a sanar y de profesar un tipo arte medicinal pero más excelente que el de uso general en las ciudades, porque este tipo de arte no se encargaría de curar solo cuerpos, sino en curar almas sometidas bajo dominios de terribles y casi incurables enfermedades caracterizadas por la búsqueda de placeres, apetitos, temores, congojas, desenfrenos, locuras, actos injustos, pasiones y vicios.

En el estudio citado por Duran (**Op.cit**), destaca la descripción realizada a una comunidad en Qumram presentada en uno de los Rollos del Mar Muerto. En el Rollo llamado “La Regla de la Comunidad” o “Manual de Disciplina”, que describe los problemas que presentaban sus integrantes cuando ingresaban, siendo un relato similar a los problemas que presentan las personas con conductas adictivas asistidos en las actuales comunidades terapéuticas.

Gotí (1990), sostiene que el nacimiento de las comunidades terapéuticas, se remonta y tiene como antecesor directo a los grupos de autoayuda, tomando de ellos su forma de convivencia, función, estructura, estrategia, objetivos, fines e intereses, siendo uno de los más antiguos el grupo de los Alcohólicos Anónimos, nacido en 1935 en Ohio, Estados Unidos.

La denominación de comunidad terapéutica fue usado por primera vez hacia 1952 por el psiquiatra Británico Maxwell Jones, quien propuso y sistematizó las bases de esta organización para expresar la implicación de la gestión y de los procesos terapéuticos en ambiente psiquiátrico.

... “En esa época, se entendía como comunidad terapéutica, una modalidad de tratamiento a través de la cual los propios “pacientes” asumen responsabilidades y acciones protagónicas dentro del proceso terapéutico, no sólo en relación consigo mismos, sino también con los demás pacientes”. (**Comunidades Terapéuticas** (2008); s/p).

Gotí (**Op.cit**), plantea que después de la experiencia de Maxwel Jones, Charles Dederich, un alcohólico rehabilitado de Alcohólicos Anónimos, recibía en el Garaje de su casa en Ocean Park California, a un grupo de alcohólicos al que se fueron sumando heroinómanos que buscaban tratar su problema de consumo de drogas, pero el modelo de Alcohólico Anónimos no fue efectivo para consumidores de drogas. Motivo que induce e introduce el elemento del aislamiento o residencial, eliminando la estructura religiosa de Alcohólicos Anónimos dando nacimiento en 1958 a Synanon que fundó la primera “Comunidad Terapéutica” para la rehabilitación de consumidores de drogas; estrategia de intervención que siguió proliferando gracias a que egresados de Synanon fundaron años más tarde Daytop Village en 1962, en la ciudad de Nueva York, para personas con problemas de consumo de drogas, siendo sus monitores personas rehabilitadas del consumo de alcohol y/o drogas incluyendo profesionales entre sus trabajadores.

Esta experiencia marcó el verdadero comienzo, expansión y nacimiento de las comunidades terapéuticas por el mundo y otorgó luz a la creación en Italia del “Proyecto Hombre”, creado en la década de los sesenta y que tomó elementos básicos de Daytop pero incluyó otros elementos más acordes con la realidad europea, latina y asiática. (**Ibid**).

Es así como el término de comunidad terapéutica es tomado posteriormente por profesionales de la salud mental con un tipo de tratamiento para pacientes psiquiátricos y personas con problemas de consumo de alcohol y/o drogas dando inicio a un progresivo desarrollo y especialización en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de personas con éstas problemáticas.

2. Bases Teóricas de las Comunidades Terapéuticas

En el sentido etimológico, se puede definir como comunidad a un grupo social o agrupación de personas con intereses o fines comunes, o que se unen para alcanzar uno o varios objetivos que en forma individual sería difícil hacerlo. La palabra terapéutica tiene como objetivo el tratamiento de enfermedades, proviene del griego “therapeutikos”, que a su vez nace del término “theraperia”, que significa curar.

Una comunidad terapéutica ofrece, una serie de instrumentos organizados y estructurados, con el único fin de conseguir que las personas que sufren de alguna enfermedad, sanen. Dentro de ella, cada persona debe buscar y lograr su propia “sanación”, cada cual es protagonista de su propio proceso terapéutico, porque desde el inicio de su ingreso se lo hace responsable de su tratamiento y se incentiva a participar activa y voluntariamente, recibiendo el apoyo y la ayuda que esté dispuesto a recibir. En sí, éste modelo toma la forma de vida en comunidad, el objetivo principal es encontrar respuestas y otorgar satisfacción a las necesidades personales, reconociendo la realidad de la persona humana, considerándola en su totalidad y en todos sus planos, en lo cognitivo, espiritual, emocional, físico, material, normativo y social.

Carrasco (Citado en Universidad de Playa Ancha, **Op.cit**), expone que las comunidades terapéuticas actualizan la antigua costumbre de reunirse para experimentar nuevas formas de convivencia con los demás, mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y resolver en conjunto los problemas tanto individuales como colectivos. Caracterizándose por la participación activa de sus integrantes, incentivada y apoyada por equipos que centran sus esfuerzos realizando las actividades del programa, utilizando tanto recursos humanos y materiales de la comunidad como el apoyo de redes sociales.

Las ventajas de trabajar de ésta forma es:

- “Se evitan los riesgos de la verticalidad y el aislamiento.
- Se minimiza la estigmatización.
- Se facilita las relaciones de confianza.
- Se facilita la iniciativa y la fuerza de los grupos naturales, tanto jóvenes como adultos, la retroalimentación es más sensible, confiable e inmediata”. (**Ibid**: 21).

Involucrando en este proceso la articulación de redes sociales, entendiendo estas como una cadena de lazos y/o relaciones sociales que se encuentran en el entorno del sujeto con el propósito de ir generando nuevas cadenas de relaciones que permita irradiar el trabajo a otras instancias como equipos y organizaciones, siendo determinantes de comportamientos y al mismo tiempo, espacios de estrategias de relación, porque son entidades dinámicas de carácter colectivo dentro de las cuales existe una multiplicidad de relaciones, tendientes a dar satisfacción a las necesidades de carácter afectivo, normativo y material de sus miembros.

En el ámbito de realizar una intervención terapéutica que involucre articular lazos y/o relaciones sociales, está la familia incorporada desde el inicio del tratamiento, se pide a la persona que ingresa al programa, que asista con la ayuda de una persona significativa (padres, hermanos, tíos, entre otros) para que acompañe el proceso, sirva de tutor responsable y regule el control de normas establecidas al residente.

Se pide al tutor una asistencia programada, la participación en terapia paralela y una relación constante de colaboración, articulando pequeños grupos que se reúnen con regularidad o grupos mixtos donde las personas están al nivel de la persona significativa. Cuando esa persona significativa son los progenitores, se intenta que aprehendan a escucharse, a releer la historia personal de una manera más objetiva, a reconocer y expresar pensamientos y sentimientos, a formular juicios y expectativas recíprocas sobre la base de un criterio de responsabilidad y un sentido más claro de la realidad.

... “El trabajo con los padres, personas adultas con un bagaje propio de experiencias, sufrimientos y convicciones, es importante y delicado, y requiere una preparación especial por parte de los monitores o terapeutas que a ello se dedican. Se les llama más para escuchar más que para indicar remedios, para favorecer la claridad de las relaciones más que la solución de los

conflictos. No se trata de atribuir culpas o someter a juicios, sino de ayudar a la familia, considerada como un grupo de personas con su propia historia, para examinar las relaciones interpersonales y las dificultades de comunicación de las que han surgido falsas imágenes, incomprendiones, tensiones, soledad y sufrimiento". (Picchi; **Op.cit**: 57).

Duran (**Op.cit**), plantea que la comunidad terapéutica presenta un modelo de organización similar al modelo familiar, en especial en relación a la cualidad afectiva que se desarrolla dentro de los miembros de la familia; en un sistema familiar cada integrante ocuparía un lugar diferente en la jerarquía familiar, desempeñando distintos roles específicos siendo estos explícitos o no, lo que distingue a cada integrante de la familia sería su compromiso afectivo.

... "Lo que lleva a un residente a quedarse y aceptar un tratamiento tan particular como éste, es el encontrarse rodeado permanentemente de un potente "colchón afectivo", propiciado por sus pares, el staff y la comunidad en general. Aquel ambiente servirá de contención, de seducción y terminará por vencer las fuertes defensas que ha creado a lo largo de los años de drogodependiente". (**Ibid**: 179).

Guiñe (s/a), psicólogo miembro del staff de profesionales de la comunidad terapéutica "**Fundación Dar**", define que la comunidad terapéutica establece un sistema de control destinado a ejercer presión en forma continua y constante, constituyéndose en un lugar altamente estructurado a través de un sistema de presión artificialmente provocado con límites precisos, funciones bien delineadas, roles claros, movimientos y actividades controladas durante la permanencia en la comunidad. Transformándose en un medio protegido donde la persona es continuamente confrontada con la realidad de que está en un programa terapéutico, dentro de un clima de alta tensión afectiva muy intensa, porque en procesos terapéuticos los integrantes con problemáticas y experiencias similares, van logrando mostrar sentimientos negados por mucho tiempo como situaciones traumáticas ocultas de un alto tenor emocional, y donde el grupo de pares le servirá de espejo de la consecuencia social de sus actos, porque cada acción, cada actitud, cada gesto es observado por el resto, quien le señalará en cada instante que efecto produce en su entorno, provocando permanente una retroalimentación social, recibiendo aprobación instantánea al superar y modificar actitudes negativas, o señalando implacablemente en el caso opuesto al persistir en conductas y un sistema de funcionamiento que llevan a la destrucción.

Muñoz [(2008) (a)], psicólogo y miembro de la directiva de la Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas y uno de los fundadores de la comunidad terapéutica “**Proyecto Ser**”, plantea que éstas constituyen un espacio contenedor digno, acogedor, nutricional, lúdico y protector donde la persona se torna protagonista de su proceso de cambio y recuperación, asumiendo su vida responsablemente, facilitando la construcción de un proyecto de vida y el logro de la autonomía sobre la base de valores pro-sociales a través de la consolidación de hábitos y habilidades sociales en un ambiente que promueve el desarrollo personal, la educación, la capacitación, la reeducación y reinserción social que permite disminuir la exposición al daño y marginación para mejorar la calidad de vida y se transformen en personas constructivas, dándole:

... “la oportunidad a un ser humano para que se detenga por un momento y sea capaz de ver su propia vida y hacerse responsable de ella. En una comunidad terapéutica no se habla de drogas, se habla de la persona”. (**Ibid**: s/p).

Centrando el problema del consumo de drogas en el ser humano, en su existencia, en su sentido de vida y no en la sustancia o droga que consume, posibilitando que la persona no sólo deje de consumir droga sino que además pueda redescubrirse como un ser humano particular y darle un sentido positivo a su vida.

Se transforma en una modalidad de tratamiento en un ambiente muy estructurado con valores éticos y morales bien definidos, en medio de un clima altamente afectivo, pero con “amor exigente”, basado en un sistema de autoayuda que:

... “es la base filosófica de la comunidad terapéutica y quiere decir “ayudar a los demás a ayudarse a sí mismos y ayudarse a sí mismos para ayudar a los demás”... Todo ello con el objetivo de que el residente “actúe” su patología frente a sus pares, quienes le servirán de espejo para mostrar las consecuencias sociales de su conducta. Esta situación debe ser aceptada voluntariamente y nacer de una opción libre y sin coacción alguna... se intenta que se transformen en seres humanos libres y autónomos”. (**Ibid**: s/p).

El grupo de autoayuda, pasa a ser un grupo de pares y se transforma en el principal grupo de referencia personal, cultural y social, es un apoyo significativo que va más allá de lo que es el grupo de amigos tradicionalmente concebido, debido a que pasa a constituir muchas veces, la imagen familiar, y va generando una actitud con sentido de aceptación,

cohesión, compenetración, identidad grupal y la sensación de poder colectivo dado que todos sus integrantes experimentan sentimientos y experiencias similares, comparten valores comunes o se encuentran en una condición a veces idéntica, siendo capaces de ayudarse en la solución de problemas en un clima libre de temores, donde se establecen relaciones de confianza, entrega, apoyo y un fuerte vínculo afectivo.

Catalano et al (1992), plantean en el Modelo del Desarrollo Social, que el fundamento del vínculo interpersonal está:

... “en que es el vehículo del aprendizaje de normas sociales, valores y creencias, donde la identidad, se desarrolla en la interacción continua con otras personas”. (Universidad de Playa Ancha; **Op.cit**: 23).

Es fundamental que el vínculo sea establecido con personas ajenas a las drogas, porque inhibe el uso frecuente de las mismas, la revinculación a un mundo ajeno al de la droga, implica cambios progresivos en los contextos sociales del sujeto, conllevándolo a nuevas oportunidades de aprendizaje social.

Picchi (**Op.cit**), destaca que el vehículo para un aprendizaje efectivo y normativo es el grupo de autoayuda, transformándose dentro de la estructura metodológica de la comunidad terapéutica en una clave para el éxito del tratamiento, surgiendo dentro del proceso la formación y maduración de distintos grupos caracterizados por funciones específicas, dentro de estos se destacan:

Grupo de Discusión: El primer grupo actúa como un soporte, mezcla de solidaridad, identificación, pertenencia y finalidad; el trabajo grupal es fuerte, no está permitido hacer trampa, se reconocen los mecanismos de defensa, de refugio de la imagen, de descargo de responsabilidad, se evidencia la propia fragilidad, frente a la seriedad del compromiso aceptado.

Grupo Intermedio: El segundo grupo actúa como una estructura que sostiene e impulsa, ayudando a conocer lo hay detrás de la imagen, desenmascarando lo representado por la persona y contemplándola tal cual es, con sus motivaciones y sus derrotas, es una instancia e invitación de la confrontación sobre la conducta.

Grupo de Pre-comunidad: se evalúa el nivel de madurez alcanzado y la modalidad de las sucesivas fases del tratamiento, la persona debe realizar un análisis profundo de su estado y de sus relaciones con los demás, aprender a sentir y a entender los sentimientos analizándolos, controlándolos; porque la distinción entre la percepción instintiva de los sentimientos y el control racional de los mismos es señal de un contacto auténtico de la persona consigo misma.

El Grupo de Encuentro: Se experimentan valores fundamentales como la honestidad, humildad y responsabilidad. Es un proceso de desarrollo personal, que involucra “mirarse a sí mismo, mirando a los demás”, para elaborar vivencias y situaciones pérdidas, aprendiendo a tolerar las frustraciones, ocurren procesos llenos de sensibilidad y emotividad entre personas con conductas adictivas, se trabaja para hacer frente a las necesidades específicas, valorar la identidad de cada persona y adquirir como nuevo recurso conciencia de los mecanismos afectivos para expresar sentimientos y comunicar afectos “No juega ya a esconder sus sentimientos, sino que los acepta, los reconoce y los controla, y así vuelve a encontrar poco a poco la confianza y el respeto hacia sí mismo”; en este proceso cada uno es ayudado a superar no sólo la inhibición y el temor debido a la timidez y a la vergüenza, porque la droga no solo “altera la realidad y acalla los sentimientos de culpa y vergüenza”. (**Ibid:** 58).

El Grupo de Encuentro ayuda a cada integrante a enfrentar las dificultades halladas en contacto con la realidad, a reconocer dentro del comportamiento los mecanismos de defensa, excusas, coartadas y evasión frente a los problemas personales que se buscan para justificar hechos. Esto se fundamenta por la tensión dialéctica y emotiva del grupo entre personas que buscan la claridad dentro de sí, estimula y obliga a la sinceridad, teniendo en común experiencias que han vivido juntos “nunca había ocurrido que se diese nombre a los sentimientos más ocultos, éstos que nadie conoce, pero que actúan dentro como una carcoma destructora”. (**Ibid:** 35).

La tensión dramática creada en el grupo ejerce una función liberadora, ayuda a superar las inhibiciones, provoca y estimula la expresión de los estados de ánimo, de fe en el proceso de crecimiento y envuelve a todos en una atmósfera de comprensión, afinidad y solidaridad.

3. Bases de la Estrategia Metodológica de las Comunidades Terapéuticas

Seijas, plantea que las bases de un tratamiento, esta dispuesto en fases:

... "El proceso de tratamiento y rehabilitación debe concebirse en fases, que en su conjunto demoran años en establecer una recuperación global del individuo, siendo este proceso particular de cada individuo (...). Para lograr este objetivo debemos resaltar que sólo a través de una abstinencia prolongada (...) junto a un proceso psicoterapéutico y de "crecimiento personal," el sujeto será capaz de retomar la responsabilidad en su vida y, por ende, de mejorar su calidad de vida personal, familiar, laboral, social y espiritual". (Seijas; **Op.cit:** 120).

Picchi (**Op.cit:** 34), plantea que se pretende identificar el trabajo y el proceso de crecimiento, de personas con conductas adictivas, a través de distintas fases, donde se intenta que el trabajo refleje "como en un espejo su compromiso y también las dificultades, las inercias, las hipocresías, las resistencias que hay que cambiar", siendo necesario para lograr este propósito un arduo proceso compuesto por las siguientes fases:

1. Fase de Acogida: Es el primer encuentro de personas con conductas adictivas con el programa, en este proceso los profesionales a cargo reconocen las características de los distintos tipos de dependencia, propiciando la oportunidad de una orientación de tratamiento más oportuna, intentando desarrollar la motivación en la persona para su cambio, centrándose en el área conductual o comportamental y el área cognitiva o del conocimiento.

La aceptación y la asistencia a "la acogida" están definidas como una expresión del estilo del programa, en base a normas precisas, que ofrece un ambiente libre de drogas, una convivencia pacífica y un clima de confianza, que favorece el proceso de maduración de sus miembros y facilita la adopción de una identidad y la posibilidad de reestructurar la escala valórica, donde se exige un compromiso austero que demuestre una conducta más normada en relación a la conducta antes de entrar al programa.

... “La comunidad terapéutica es una estructura regida por normas precisas: son coordinadas dentro de las cuales el residente debe moverse durante su estancia, limitan su libertad y circunscriben su radio de actividad, en un claro intento terapéutico: concentrar la atención y las fuerzas vitales de cada uno hacia un crecimiento consciente y responsable, mediante la socialización, el trabajo y la confrontación”. (**Ibid**: 33).

Muñoz [(2000) (b)], plantea que en el área conductual, se intentará conocer patrones conductuales de los residentes y reforzar conductas positivas para una mejor convivencia con amor responsable, que se basa en conocer y respetar las normas de la comunidad, cuidar de todos los inmuebles (mantener espacios físicos limpios y ordenados), sentido de responsabilidad y respeto hacia los demás (puntualidad y asistencia), desarrollo de hábitos de higiene y cuidado personal.

Existiendo principios que deben ser respetados por todos los residentes y que bajo ninguna circunstancia deben ser transgredidos como ninguna droga o fármaco, ninguna lenta e indulgente deshabituación, la abstinencia del consumo de drogas y/o alcohol, interrupción de todos los contactos, incluso telefónicos, con personas y lugares vinculados al uso de drogas, ninguna complacencia con el mito de la droga.

Entre otros principios importantes, se encuentra evitar la agresión física o el intento de agresión física (no a la violencia), para aprender valores afectivos y dirigir esta energía en otra dirección y con resultados más positivos, seguir las directrices de los interventores, confidencialidad en la información de los residentes y/o interventores.

En el área cognitiva se intentará que el residente profundice en la toma de conciencia de su realidad personal para remontarse a motivaciones verdaderas antes del recurso de la droga en el cual puede cambiar afirmándose en valores más humanos y realizando un auto-conocimiento para lograr un mejoramiento del concepto de sí y de auto-cuidado. (**Ibid**).

En este proceso se otorga la orientación de la metodología del programa y los valores que la inspiran, donde se intenta que la persona abandone actitudes que acompañan al consumo de drogas como renunciar a la manipulación de la realidad, al victimismo y reconocer honradamente los propios sentimientos.

En esta etapa el problema no es la droga, sino las dificultades de personas con conductas adictivas para llegar a un contacto sincero y realista consigo mismas y para recobrar el estímulo y la fuerza necesaria para cambiar su estilo de vida. Es una oportunidad, tal vez única de volver a descubrirse a sí mismo, la posibilidad de nuevos conocimientos de la vida, mediante la ayuda y solidaridad de compañeros con experiencias y destinos análogos, donde sentirá que está rodeado por otros que están pasando por el mismo problema y que sufren lo mismo, por tanto debe confiar y entregarse, propiciando de esta forma un largo proceso que lo llevará a la recuperación. (**Ibid**).

2. Fase de Comunidad: En esta fase se intenta la profundización de aspectos de la primera fase, junto con adquirir nuevos aprendizajes que conlleve al residente a una conciencia más desarrollada y conocimiento de sí mismo (auto-conocimiento), que le permitan mejorar el propio concepto de sí (autoestima), lograr la identificación y un manejo adecuado de los mecanismos de defensa para un autocontrol en situaciones estresantes, desarrollando más habilidades, especialmente en la comunicación porque es capaz de relacionarse con todos los miembros de la comunidad en forma respetuosa a través de un diálogo adecuado, sin recurrir a mecanismos agresivos característicos en conductas adictivas.

En esta fase el residente tiene progresos conductuales y cognitivos que lo premian con más libertad de acción (manejo de dinero y llaves de la casa) de acuerdo al cumplimiento de metas y objetivos validados por la familia, el equipo técnico y los compañeros de tratamiento; junto con adquirir otras responsabilidades y aprendizajes, es necesario que adquiera nuevas herramientas y desarrolle la motivación e inquietud de buscar un sentido a la vida, que le permita elaborar proyecciones hacia la autonomía personal para una paulatina y gradual reinserción social.

3. Fase de Reinserción: Esta fase es la continuación y mantención de todo lo reaprendido en las fases anteriores, en un contexto, medios, métodos y objetivos distintos; es más que un examen, es la consolidación del tratamiento, porque el cambio en el residente se solidifica y consolida a través logros a nivel conductual y cognitivo como el manejo de las emociones primarias (rabia, pena, dolor, miedo), adquiriendo aun más autocontrol en su conducta y decisiones dejando de ser presa de su impulsividad y mal manejo ante frustraciones.

Esta fase es la última del tratamiento puede durar así mismo un año, para dar tiempo a la persona de realizar gradualmente su normalización mediante una socialización positiva y equilibrada, es el momento para exponerse al contacto con la sociedad, asumiendo nuevas obligaciones con plena responsabilidad que otorguen sentido a la vida, y tendientes a la realización personal como lograr la consolidación de las relaciones familiares resolviendo adecuadamente los conflictos, definir claramente los logros alcanzados durante su proceso terapéutico y metas futuras a realizar en relación a un desempeño, laboral y/o educacional.

Guiñe (**Op.cit**), plantea que en la fase de reinserción el residente continúa su crecimiento personal, en una condición menos protegida y con mayor contacto con la sociedad, es el momento de poner en práctica todo lo aprendido por él mismo, y de empezar a experimentar la realidad social lo que provoca conflictos, tensiones, desánimo e inseguridades.

En este período, se tiene que motivar al residente a resolver el conflicto entre lo deseado, lo pensado y la realidad que le ha tocado vivir, porque el objetivo fundamental de la reinserción es resolver el conflicto con la realidad social, siendo necesario el apoyo de interventores comprensivos pero capaces de mantener sólidamente las normas del contrato terapéutico, y estar atentos a los problemas que los residentes van teniendo, para que mantenga la confianza en sí mismo, motivaciones iniciales, valores adquiridos, manejo de sentimientos con un grado aceptable de tolerancia a las frustraciones y haciendo uso de la razón.

En esta fase, se entra al camino del proyecto de vida individual, elaborado durante el proceso terapéutico, encontrándose en terreno apto para iniciar su desarrollo y lograr una autonomía e independencia (afectiva, psicológica y física) o interdependencia en relación a la comunidad terapéutica y familia; reduciendo las dependencias con la estructura y las personas, reforzar el sentido de: **responsabilidad y autogestión**, proponer objetivos alcanzables y capaces de cumplir, según su realidad, lograr un vínculo social positivo en la calle, en el trabajo y en la familia.

CAPITULO IV

COMUNIDADES TERAPEUTICAS CALETA SUR Y CASA JOVEN

CONACE (2008), indica que según estudios internacionales **una de cada cuatro personas que tiene problemas con drogas desea tratarse**, un claro ejemplo, lo muestran distintas comunidades terapéuticas que atienden aproximadamente a 2.285 personas lo que representa solamente cerca del 10% del total de la población que requiere éste tipo de ayuda.

En Chile existen programas públicos de tratamiento en la red de salud y centros de tratamiento privados pagados o gratuitos (comunidades terapéuticas), muchos de éstos centros de tratamiento prestan servicios autorizados y acreditados por el Servicio de Salud del sector al que pertenecen, por otro lado, algunos ellos son financiados en parte por el Estado a través de convenios CONACE-FONASA lo que es muy importante porque implica un respaldo técnico y económico a su trabajo.

En Septiembre de 2001 Consejo Nacional de Estupefacientes (CONACE), inicia el traspasó al Fondo Nacional de Salud (FONASA) para el financiamiento, gestión y apoyo a los planes de tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas. Contemplando también planes de rehabilitación gratuitos financiados por el Estado a los que se puede acceder como beneficiario de FONASA en sus categorías de cotizantes A, B, C y D, o con tarjeta de gratuidad obtenida en un consultorio (cupos que tienen una cobertura limitada).

El convenio de colaboración entre ambas instituciones intenta implementar en forma conjunta el tratamiento y rehabilitación de personas con conductas adictivas, para facilitar el acceso, cobertura y calidad de la atención de personas beneficiarias del sistema público de salud que consultan por problemas derivados del consumo de drogas, en los centros de tratamiento públicos y privados acreditados por alguno de los 28 Servicios de Salud de todo el país.

Este mecanismo de financiamiento, se implementó para que FONASA estableciera convenios de compra de servicios tanto con los 28 Servicios de Salud del país (consultorios de atención primaria y corporaciones de salud mental municipales), como en centros privados (comunidades terapéuticas), debiendo éstos últimos ser debidamente acreditados y certificados por CONACE y la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, de acuerdo a su capacidad de oferta y complementación de funciones con las redes locales, provinciales y/o regionales de salud.

El convenio establece mecanismos estandarizados de servicios a fin de que los centros públicos y privados cumplan con los objetivos propuestos, ligando así los resultados al financiamiento. De ésta forma FONASA realiza el control financiero a los centros de tratamiento, en la ejecución del programa y la calidad previsional del usuario atendido, controlando el cumplimiento de actividades comprometidas y que la cantidad de meses en los tratamientos sean realizados.

Para tal efecto cuenta con algunos instrumentos que permiten medir niveles de calidad básicos que los centros debieran alcanzar como presentar fases de similares características, tipo de prestaciones que ofrece (individuales, grupales, familiares), acreditación de profesionales. Sin embargo, en relación a los márgenes que deben cumplir en la calidad de atención, predominan diferencias substanciales entre los distintos centros de tratamiento como ocurre en relación al perfil de formación de las personas que intervienen en la acción terapéutica, actividades realizadas y modelos empleados.

Caleta Sur y Casa Joven, forman parte de las distintas comunidades terapéuticas que en nuestro país, reciben financiamiento gracias a este convenio, anexándose a los requisitos y características que deben cumplir para tal efecto, dentro de la que destaca que ambas trabajan con programas de tratamiento ambulatorios estructurados con planes de atención intensivos con una duración definida, a diferencia de los programas residenciales; se caracterizan por tener un menor grado de contención en su diseño y estructura, no requiere que la persona se aleje de su entorno más inmediato, más bien que asista varias veces y horas a la semana.

Ministerio de Interior, CONACE [(2004) (c)], en Lineamientos Técnicos: Tratamiento Y Rehabilitación de Personas con Consumo Problemático de Drogas, destaca que las intervenciones comunitarias y ambulatorias con programa estructurado ofrecen estrategias, planes y metas claramente definidas con exámenes periódicos y determinación de necesidades de acuerdo a un plan de atención psicoterapéutica o de asesoramiento general configurándose en función de una valoración diagnóstica de la problemática y una elaboración de planes de atención con objetivos establecidos de acuerdo a las necesidades de las personas.

Se utiliza como método la gestión de casos que le va a permitir al profesional la determinación inicial y continua de los problemas, recursos personales, apoyos sociales y factores de tensión existentes, sirviendo para elaborar un conjunto de metas individuales de tratamiento que la persona debe alcanzar, verificando su cumplimiento en el curso del tratamiento. Asimismo la gestión de casos permite el enlace y la remisión a otros servicios auxiliares y programas especializados pertinentes para cubrir necesidades de la persona, enfocando la intervención en diferentes niveles: individual, grupal, familiar y comunitario. Otros métodos pertinentes a utilizar son los cognitivo conductuales y motivacionales centrados en las personas para ayudarles a comprender y reconocer mejor su comportamiento en relación con el consumo de drogas, para disminuir las consecuencias negativas de éste y poder evitarlo. Intentando que las sesiones individuales y grupales, se aborden otras temáticas como el VIH/SIDA, relaciones familiares, formación profesional, reinserción laboral, asuntos jurídicos.

Ministerio de Interior, CONACE (**Op.cit**), plantean que el equipo de primera respuesta determina a través de la valoración diagnóstica, las características que debe presentar el usuario para que sea aceptado a un plan ambulatorio intensivo, o ser derivado a otro de menor contención (plan básico) o mayor contención (residencial) de acuerdo a sus características. Para el caso específico de un plan ambulatorio intensivo, se destina específicamente a personas con conductas adictivas (con abuso y/o dependencia a droga), con/sin patología psiquiátrica grave compensada (la patología dual no debería ser abordada en éstos centros), con compromiso biopsicosocial moderado-severo (no presenta voluntad ni motivación para rehabilitarse, presenta problemas que dificultan abandonar el consumo, microtráfico y/o consumo al interior de su familia).

Es un plan que ofrece atención de lunes a viernes, al menos cuatro horas diarias y una duración estimada de ocho meses, aunque las fases de intervención presentan características similares, la duración depende de los sujetos, porque la efectividad de un programa para tratar conductas adictivas, va a depender tanto de su funcionamiento interno como de la adhesión manifiesta del consumidor para iniciar y mantenerse en un tratamiento.

Caracterización General Comunidad Terapéutica Caleta Sur

La Comunidad Terapéutica Caleta Sur se encuentra ubicada geográficamente hacia la cordillera en Avenida Santo Tomás N° 0745, Villa San Alberto (Paradero 30 ½ de Avenida Santa Rosa), cercana al Castillo y San José de la Estrella, sectores altamente conflictivos debido al nivel de microtráfico y con una población más expuesta al consumo de drogas, precisamente su intervención terapéutica apunta a una metodología y programa de rehabilitación, modalidad ambulatorio intensivo dirigido a adultos con consumo problemático de drogas.

La historia de Caleta Sur, nace junto a su fundación en el año 1982 dando inicio a un centro de tratamiento con un programa de rehabilitación en el ámbito del consumo de drogas, destinado a enfrentar el problema de niños neopreneros que estaban en situación de calle, quienes se agrupaban principalmente bajo los puentes del río Mapocho (sector Santiago Centro) en pequeños grupos buscando refugios (Caletas) para vivir y compartir neopren intentando paliar el frío, el hambre y el abandono.

En los años 90 aparece en Chile, el fenómeno de la pasta base propagándose de norte a sur del país, surgiendo distintas realidades y nuevas problemáticas acrecentándose el problema del microtráfico y masificándose el consumo de pasta base, principalmente en sectores poblacionales periféricos, fenómeno que a su vez repercute en la metodología de intervención de Caleta Sur, generando fuertes interpelaciones teóricas y prácticas, porque la metodología de trabajo de calle destinada a niños neopreneros comenzó aparecer como impotente frente a la realidad de la pasta base.

Caleta Sur, durante este período marca un proceso de búsqueda y de conocimiento frente al fenómeno de la pasta base y en establecer una estrategia metodológica que sirviera a esta realidad, razón que influye en la necesidad de capacitación de profesionales en el extranjero (Argentina y Colombia) para conocer el modelo de comunidad terapéutica, y poder levantar en Chile un programa de tratamiento como una experiencia que involucrara este referente, fue un proceso extenso que cristalizó el levantamiento de una comunidad terapéutica en la población La Legua de la comuna de San Joaquín, utilizando como estructura metodológica las tres fases del modelo clásico que funcionan por separado (acogida, comunidad y reinserción).

Es así que a partir del año 1995 inicia la puesta en marcha de una Comunidad Terapéutica dirigida a jóvenes y adultos consumidores de drogas, que obtuvo acreditación otorgada por el Servicio Metropolitano de Salud Sur, según Resolución Exenta N° 610, del 11 de diciembre de 2000.

La Comunidad Terapéutica de la población Santo Tomás, perteneciente a la comuna de La Pintana, se habrá como una segunda institución con acogida, comunidad, y reinserción; después la fase de comunidad era Buenaventura N° 03906, perteneciente a la comuna de Lo Espejo, pero tras una crisis institucional y razones de infraestructura, se produce una separación institucional instalando y propagando la intervención en sectores poblacionales periféricos, tanto de la zona sur como de la zona norte de Santiago; dando origen a dos centros de tratamiento con igual nombre pero con personalidad jurídica distinta, y para abordar realidades distintas una destinada al trabajo de calle principalmente (Lo Espejo), y otra destinada como centro de tratamiento ambulatorio intensivo (La Pintana).

La Comunidad Terapéutica involucra una metodología que considera un proceso de tratamiento que organizado en una estructura que contempla tres fases primera fase (cuarenta y cinco días - un mes) acogida y adherencia; segunda fase (cuatro - seis meses): profundización terapéutica; tercera fase (dos - tres meses): cierre terapéutico y egreso. Las dimensiones de trabajo está dirigido a transversales considerando la especificidad de cada persona, sus necesidades y motivaciones; los instrumentos terapéuticos se orientan hacia objetivos individualizados, en el marco de una convivencia grupal para desarrollar una labor terapéutica y de desarrollo de habilidades tanto a nivel

clínico (psicoterapia, evaluación psiquiátrica) como a nivel social y comunitario, niveles donde se abordan aspectos de la realidad social (Es importante señalar que la metodología de rehabilitación se ajusta a los criterios exigidos en el Decreto Supremo N° 2298/95, del Ministerio de Salud).

Caleta Sur de La Pintana, desarrolla el horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 17:30 horas, en la modalidad ambulatorio intensivo. La atención psiquiátrica se realiza los días martes entre las 14:00 y 18:00 horas. El horario de atención a las familias o adultos que apoyan el proceso de tratamiento, es lunes y viernes de 09:00 a 11:00 AM y días jueves de 15:30 a 17:30 horas; la atención es gratuita para el 100% de la población en tratamiento, tiene capacidad para atender un total de 20 personas, algunas de ellas tienen subvención por convenios CONACE-FONASA.

Entre los requisitos para el ingreso se encuentran ser mayor de 18 años y residir en comunas de la zona sur y sur oriente de Santiago, considerando como factor excluyente la presencia de patología dual.

Perfil General Población Atendida [Caleta Sur; 2008 (b): 9].

- Mayoritariamente ingreso de usuarios de sexo masculino (por lo general, el 70% al 80% de los ingresos anuales, corresponde a hombres).
- Edad promedio fluctúa entre los 25 y 27 años de edad (con un rango que oscila entre los 20 y 50 años de edad, aproximadamente).
- Aproximadamente, el 70% de los usuarios/as presenta como sustancia principal de consumo, pasta base de cocaína, tratándose en su mayoría de situaciones de policonsumo.
- Aproximadamente, entre el 50% y 60% de las personas atendidas no cuenta con apoyo familiar durante el proceso de tratamiento.
- Aproximadamente, el 45% y 55% de las personas atendidas, presenta antecedentes penales.
- Aproximadamente, el 65% de los/as usuarios/as, al momento de su ingreso al proceso de tratamiento, se encuentra en situación de calle (no constituyendo una permanencia en calle de carácter crónico).
- Aproximadamente, el 15% a 20% de los usuarios/as presenta escolaridad completa.

Equipo de Profesionales

- Mónica Bonnefoy, Asistente Social, Coordinadora
- Francisco Muñoz, Psicólogo
- Patricia Canelo, Psicóloga
- María Elena Muñoz, Técnico en Rehabilitación
- Valeska Madriaga, Antropóloga
- Juan Pablo Ramírez, Médico Psiquiatra

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).

Objetivo General

- Brindar un servicio de atención terapéutica integral para el tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de drogas dirigido a personas con consumo de drogas, con el fin de aportar al desarrollo de sus capacidades y mejoramiento de su calidad de vida.

Objetivos Específicos

- Lograr la disminución o abandono del consumo de drogas.
- Lograr procesos de reparación afectiva en las personas atendidas.
- Estimular el desarrollo de habilidades sociales.

- Mejorar o desarrollar habilidades de comunicación y estrategias de afrontamiento de situaciones de estrés.
- Elevar capacidad de autogestión del riesgo frente a problemáticas que deterioran condiciones de vida.
- Apoyar procesos de inserción educacional y laboral.
- Restablecer o mejorar los vínculos entre la persona atendida y su grupo familiar.

Énfasis Metodológico en Relación a los Niveles de Atención

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, en primer lugar está el abordaje de situaciones emergentes referidas a la dinámica relacional desarrollada en la comunidad terapéutica, 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; y abordaje del 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.

Redes Institucionales

La gestión con redes institucionales es una acción relevante para adquirir recursos oportunos que permitan a los usuarios/as desde la primera fase y a lo largo de todo el proceso de tratamiento de acuerdo a los objetivos el mejoramiento de la calidad de vida; se realiza a través de reuniones, coordinaciones telefónicas, acciones de derivación, etc.

La Pintana

- Municipalidad de La Pintana: Oficina de la Mujer, DIDECO, Previene.
- Centro de la Mujer
- Centro de Apoyo Escolar
- Corporación Social Activa
- Programa MOMIC (PIIE)
- CESFAM Santo Tomás
- Jardín Infantil Población Santo Tomás
- Hospital Sótero del Río
- Hospital Alberto Hurtado

Lo Espejo

- 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.
- Consultorios de Atención Primaria (Mariela Salgado, Valledor Tres, Julio Acuña).
- Hospital Barro Luco: Unidad XXXX
- Policlínico de Alcohol y Drogas Obispo Enrique Alvear
- 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)
- Instituto Lincoyán centro de educación y capacitación para adultos.

Caracterización General Comunidad Terapéutica Casa Joven

La Comunidad Terapéutica Casa Joven se encuentra ubicada geográficamente hacia la cordillera en Santa Ana N° 0496 (Paradero 19 de Avenida Santa Rosa), cercana a la población San Gregorio perteneciente a la comuna de La Granja.

Forma parte de unos de los programas implementados por el Centro de Educación y Desarrollo “**Casa Azul**” ONG no gubernamental con personalidad jurídica formada en 1990, desarrolla como programas la recuperación de estudio con programas para alumnos libres (básica y media), talleres de promoción juvenil y la comunidad terapéutica Casa Joven, obteniendo financiamiento de CONACE - FONACE, donativos locales, de particulares y empresas.

La constitución de Casa Joven, surge como una necesidad detectada en amplios sectores de la comuna para contrarrestar la problemática social del consumo de drogas y alcohol muy visible en sectores aledaños a la institución, de esta forma se empieza a implementar talleres de prevención del consumo de drogas (principalmente enfocado a personas con consumo de pasa base), y se crea la estructura metodológica clásica de comunidad terapéutica obteniendo acreditación en 1998, otorgada por el Servicio Metropolitano de Salud Sur, ajustándose a los criterios exigidos en el Decreto Supremo N° 2298/95, del Ministerio de Salud.

La metodología se apoyaba como pilar fuerte en los clásicos grupos de autoayuda, con una respuesta terapéutica grupal, unificada y comunitaria de los usuarios ante un problema compartido y dar inicio al proceso de reeducación, teniendo como visión que este proceso llegara a su maduración y perfeccionamiento para realizar una intervención que se enfocara a los desajustes conductuales provocados por el policonsumo de drogas de los usuarios en tratamiento.

Casa Joven, desarrolla el horario de atención de lunes a viernes de 15:00 a 19:00 horas, en la modalidad ambulatorio intensivo.

Perfil General Población Atendida

Atiende una población entre 18 y más años, mixtas (hombres y mujeres), con problemas de policonsumo y de un mismo nivel sociocultural o personas de escasos recursos que no cuentan con un respaldo económico para financiar otro tipo de instituciones dotadas de servicios para el tratamiento con drogas; llegan a tratamiento voluntariamente, por derivaciones del consultorio, de otras instituciones que trabajan en rehabilitación dando prioridad a personas pertenecientes a la comuna de la Granja.

Equipo de Profesionales

- Rodrigo Valenzuela, Comunicador Social Coordinador
- Laura Fernández, Psicóloga
- Juan Gallardo, Monitor
- Patricia Jiménez, Monitora

Una de las características presentes en Casa Joven, es la rotación permanente de coordinadores y profesionales desde el año 2000, fenómeno que ha dificultado el tratamiento de usuarios con consumo problemático, debiendo modificar la metodología de trabajo a una enfocada hacia la reducción de daños destinada a usuarios consumidores de neopren, trabajando en forma paralela el programa de comunidad terapéutica.

En julio del 2009 nuevamente hubo cambio de profesionales la coordinación pasó a cargo de Rosa Cardenas, Profesora de Enseñanza General Básica, y la actual Psicóloga es Anahí Oda.

En la búsqueda de este proceso metodológico quedaron instaladas tres etapas de intervención (acogida, comunidad y reinserción), que no fueron modificándose en el tiempo, porque el fuerte de la intervención se centró (al igual que en la actualidad) en que el usuario cumpliera los objetivos específicos de tratamiento de cada una de las fases y sus respectivas subetapas.

A continuación se mencionara cada etapa con sus objetivos:

Etapa de Acogida

- Asistir y permanecer en la comunidad
- Enfrentar las ganas de irse y comunicarlas
- Ser puntual en el inicio y términos de las actividades programadas
- Mantener actitud de respeto y tolerancia con educadores y compañeros
- Conocer las normas de la comunidad
- Reconocer problema de adicción para tratamiento voluntario
- Colaborar en el proceso de desintoxicación
- Utilizar apropiadamente el tiempo libre

Etapa de Comunidad

Subetapa de Compromiso

- Asumir y respetar las normas de la comunidad
- Tener disposición para la vida en comunidad
- Ser constante y perseverante en las actividades (voluntad y hábitos)
- Comunicar Constructivamente: ser buen emisor y receptor
- Trabajar el autocontrol en situaciones que tensionan y desagradan
- No agredir física, verbal y gestualmente

Subetapa de Sinceridad

- Ser transparente y fiel a la verdad
- Expresar sentimientos personales
- Desarrollar la confianza, honestidad, humildad, solidaridad, respeto y responsabilidad
- Ayudar a los compañeros de grupo en las terapias (amor exigente y concepto de amistad)
- Desarrollar conciencia de la realidad personal y familiar (principio de realidad)

Subetapa de Responsabilidad

- Mantener un buen dialogo y trato en todas las relaciones
- Mantener una permanente actitud terapéutica
- Coordinar grupos de trabajo y asumir responsabilidades
- Reconocer, superar y aceptar problemáticas de la realidad personal y familiar
- Resolver con autocontrol situaciones que tensionan y desagradan

- Ser capaz de identificar y mantener logros

Fase de Reinserción

- Reconocer y definir intereses, habilidades y aptitudes personales
- Conocer y comprender derechos y obligaciones sociales
- Elaborar proyecto de vida
- Lograr la autonomía e independencia personal
- Asumir plenamente las responsabilidades personales para la inserción social
- Procurar el desprendimiento de la comunidad sin olvidar valores adquiridos.

A modo de síntesis, se intenta que el usuario adquiera conciencia respecto a su problema estableciendo un compromiso de acuerdo al grado de interés por rehabilitarse, las actividades terapéuticas buscan fundamentalmente el desarrollo de habilidades sociales y crecimiento personal que le permitan una inserción social en lo familiar, educacional y laboral principalmente; abordando primeramente lo terapéutico y control de abstinencia, y después de dos meses de intervención, comienza la inserción social trabajando paralelamente ambos aspectos, para finalizar las etapas con la reinserción que se logra cuando el usuario tuvo un proceso logrando los objetivos de cada una de las etapas.

Redes Institucionales

El Trabajo de apoyo de redes sociales, no se encuentra del todo desarrollado, la derivación de usuarios va a depender de las necesidades y características de las personas (menores de edad, pertenecientes a otras comunas, presencia de patología dual).

Las principales redes son:

- Consultorio Padre Esteban Gumucio
- Parroquia San Pedro y San Pablo
- Credo
- Hogar de Cristo
- Previene
- CAID
- COSAM

TERCERA PARTE
ANALISIS DE LOS DATOS

CAPITULO V

MATRICES CONCEPTUALES DE COMUNIDAD TERAPEUTICA CALETA SUR

Las matrices conceptuales presentadas a continuación mencionan en primer lugar los **Perfiles Teóricos** que utiliza la comunidad terapéutica Caleta Sur, con sus respectivos enfoques epistemológicos y premisas conceptuales que orientan y son aplicados en procesos terapéuticos a través de la estrategia metodológica que adscriben y que son el conjunto de etapas, áreas, actividades, objetivos y sistemas de registros empleados en la intervención terapéutica.

En segundo orden se encuentra la matriz de **Mirada Evaluativa** que despliega la revisión del valor e importancia de diversos aspectos y elementos que visualizan profesionales y/o monitores que inciden directamente durante el proceso terapéutico como son las transformaciones y los principales resultados (cambios, logros, avances, retrocesos de la intervención).

El tercer elemento sujeto a análisis dentro de las matrices son los **Factores Condicionantes** externos e internos que visualizan profesionales y/o monitores que han condicionado el proceso de intervención terapéutica e influyen en los resultados como facilitadores, fortalezas, obstaculizadores y debilidades.

1. MATRIZ PERFILES METODOLOGICOS (TEORICOS Y CONCEPTUALES)

EJE TEMATICO MODELOS TEORICOS

El **enfoque conceptual de sujeto** es la matriz de la intervención terapéutica y se encuentra detrás de toda la racionalidad que organiza la metodología, las actividades, los criterios de decisión y las disciplinas de intervención (perspectiva psicológica, perspectiva biomédica, ámbito de redes sociales, entre otras); permite situar e iluminar el para qué, por qué y propuestas en la intervención, disminuyendo el poder al problema de la droga para enfocarse en los seres humanos y en establecer vínculos en base al respeto.

El enfoque centrado en el sujeto como ser humano, pone el tono en función de cómo los procesos individuales tanto las estructuras de personalidad, las características personales y el contexto, van permitiendo al individuo problematizar algunos puntos o nudos en su historia de vida que le permiten finalmente armar su proceso desarrollando una lógica coherente y un avance paulatino potenciando sus capacidades, evocando la ayuda, reparación y la sanación del individuo a través de su cambio y un proceso de aprendizaje para la recomposición del si mismo y un funcionamiento adecuado con la abolición de rasgos patológicos de la personalidad.

... “La Caleta su fuerte y la potencia que tiene, es que no trabaja con adictos, trabaja con personas y construye personas, genera procesos de construcción a partir de errores, a partir de historias de vida... para que sea un ente importante en su familia, como un ente en su trabajo, como un ente individual” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

Es utilizado el Modelo de Prochaska y Diclemente (**Op.cit**), que define distintas etapas o estadios de cambio que una persona debe pasar para tratar su conducta adictiva. Ubicando en primera instancia la problematización en relación a su consumo (del porqué es permanente o vuelve) para ubicarse lentamente en esta dinámica y necesidad de cambio del estilo de vida para sostener la abstinencia.

Enfoque biomédico permite establecer los circuitos de consumo instalados en las personas y conocer cómo se instala el consumo en el organismo, más específicamente en el núcleo prefrontal del cerebro y núcleo accumbens en relación a la recompensa, los circuitos dopaminicos, entre otros.

En esta disciplina se utilizan varios marcos teóricos, destacando en primera instancia el de psiquiatría clásica utilizando el último manual (DSM IV), comprende un diagnóstico de cinco ejes que se utilizan: el eje 1 que es la patología aguda, el eje 2 que son las personalidades, el eje 3 las patologías médicas, el eje 4 factores desencadenantes y el eje 5 la funcionalidad del individuo. A través del análisis y la descripción se puede establecer un diagnóstico de trastorno de personalidad, y dar inicio a distintos marcos de acción o tratamiento.

El diagnóstico psiquiátrico no solo se remite al establecimiento de patologías, se inclina a generar cambios individuales en el proceso terapéutico y desarrollo personal, entregando estrategias destinadas al aprendizaje en distintos ámbitos tales como: afrontamiento de conflictos y errores, control de emociones e impulsos, desarrollar habilidades cognitivas, modular ciertos rasgos de personalidad no adaptativas como enfermedades depresivas, crisis de pánico, trastornos de ansiedad, trastorno de angustia, y enfermedades psiquiátricas que se relacionan con la dependencia a sustancias y el síndrome de abstinencia.

De acuerdo a lo que establece CONACE, adjuntan como modelo de intervención la reducción de daño, no es aplicado en forma ortodoxa, es un pilar para transitar hacia la consecución de la abstinencia, entendiendo la dependencia al consumo de drogas como una condición que acompañara a la persona durante toda la vida, y no que la reconozca como una enfermedad.

... “acá, no podemos trabajar con disminución del daño en el tema del consumo, porque acá se trabaja con la abstinencia y la idea es trabajar con la motivación al cambio; pero si el sujeto que llega acá como consumidor de pasta, y si logra cambiarlo por marihuana, eso se ve, pero claro, nosotros no se lo planteamos así porque se mal entendería el sentido terapéutico. Sin embargo, se va trabajando y finalmente él mismo se va dando cuenta que si se fuma un pito puede llegar al consumo de pasta” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Prima como estrategia de intervención la mantención de la abstinencia, y el Modelo de los Procesos de Cambio de Prochaska y Diclemente, utilizan la reducción de daños para bajar la escalada del consumo o como propone Keeney (**Op.cit**), que la abstinencia es requerida en los programas de tratamiento y un resultado ideal, pero son aceptables las alternativas que reducen el daño como una forma de ir deteniendo los efectos perjudiciales del consumo de drogas en una graduación continua, como se disminuyen los grados para medir la temperatura de un termómetro.

... “la persona dándose cuenta que si bien la meta de abstinencia es algo deseado, pero va teniendo dificultades para lograr la abstinencia absoluta. Nosotros vamos apoyando estrategias de reducción de daño que les permita por lo menos dejar el consumo problemático o ir cambiando la sustancia” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

En situaciones en que las expectativas terapéuticas y objetivos no se pueden cumplir, como llegar a una abstinencia porque existe demasiado daño en el sujeto, se utiliza reducción de daño pero en un grado distinto, no de forma dogmática como el modelo Canadiense que esta dirigido a disminuir los daños dependiendo de cada sujeto e implica un alto costo porque entrega muchas cosas (drogas puras, jeringas limpias para los consumidores de heroína).

... “consideramos la reducción de daño, pero en términos metodológicos más duros no hay reducción de daños... porque los pacientes que hay acá son complicados... porque acá no se permite el consumo de drogas, entonces, ahí se muestra que no opera la reducción de daño, acá la recaída es una recaída y se trabaja el porque no pudiste mantener la abstinencia” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

La abstinencia es un objetivo claro en la intervención, porque reduce o elimina los riesgos asociados a un consumo excesivo de drogas, y el trabajar las recaídas permite a la persona que concientice su situación de adicción.

... “porque no queremos cabros que no consumen en La Caleta, queremos que en su estilo de vida sean buenos papás, buenos apoderados, trabajadores, y si van a decidir fumar marihuana, que retomen su vida en forma normal y no se queden pegados, hay quienes si lo van a lograr porque tienen paño terapéutico y otros no” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Existe una resistencia a la rigidez y encasillamientos teóricos, metodológicos y disciplinarios, se adscriben a ellos como una caja de herramientas y desde un punto de vista ecléctico con un enfoque multidisciplinario tomando diversas referentes, conceptos e ideas para sacar lo más pertinente y conveniente de acuerdo a la práctica, intervención y acción para una intervención integral.

... “la practica de la historia del programa parte no como una construcción teórica pre-elaborada, sino que los referentes teóricos y conceptuales son posteriores a la acción o que van junto con la acción... no lo hacemos de un modelo teórico dado, nos tiramos desde la practica concreta a construir, a mirar, a levantar y desde ahí desde las certezas o aprendizajes que vamos detectando en la practica... Eso es epistemología de la acción y eso es un sello nuestro... no tenemos una sola entrada disciplinaria a la intervención, es decir, una perspectiva desde la psicología o de la perspectiva biomédica o una entrada psicosocial, porque dado la complejidad de los fenómenos sociales hoy día, no solo drogas sino que de todos los fenómenos sociales, las disciplinas son siempre un recurso metodológico” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

La intervención apunta a resolver no solo el consumo de drogas, además se dirige hacia una gama de problemáticas asociadas al mismo, estructurando un proceso complejo que necesita de aperturas teóricas, metodológicas y prácticas.

... “no, nos estamos quedando atrapados en la forma y tampoco nos rigidizamos frente a un estilo determinado... No estamos funcionando desde un marco teórico, ni de una metodología hacia la intervención, sino que están al servicio nuestro, y en ese sentido la apertura nos da más flexibilidad y justamente se abre un mundo de posibilidades al no enmarcarse y al no encasillarse” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Contextualizan principalmente dos miradas o referentes teóricos para interpretar la realidad, uno es la comprensión social de las distintas problemáticas que abordan, considerando que el concepto droga es una expresión temática de fenómenos mucho más complejos dentro de otros tantos y que son dimensiones de realidades para abordajes ejes temáticos transversales en la intervención (violencia, maltrato, deserción escolar, comercio sexual, etc.).

Utilizan los enfoques de exclusión social como una interpretación para comprender los procesos de desestabilización social que se vive en nuestra sociedad y que afecta a las personas dentro de la estructura social, y como en su contexto impacta de manera distinta en los sectores sociales, entendiendo que la exclusión social va profundizando todas las situaciones que tienen que ver con el aislamiento, con el retraso y con el abandono de los sujetos.

... “la función social del Estado y el tema del trabajo, son componentes que desde la estructura se desestabilizan y que hace que se genere en la sociedad situaciones de desestabilización que generan vulnerabilidad... también comprender en ese contexto cuales son las dinámicas más personales o micro sociales que también por abajo construyen estos fenómenos de exclusión” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Con ésta visión intentan realizar una inserción crítica de los sujetos en la sociedad, y la denominan como crítica por las dinámicas culturales y de consumo que se generan como el individualismo y la competencia, que no permiten que los usuarios tengan una inserción a-crítica.

... “es una inserción crítica donde intentamos generar oportunidades, pero también que descubra adonde va y con qué cultura se va encontrar” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Modelo de ocupación humana para la integración socio ocupacional, se realiza la construcción un diagnóstico con una escala alta, donde se hace una evaluación opuesta; sí el diagnóstico es alto, menor intervención; otro instrumento que se utiliza en relación a ésta intervención es apresto laboral, que trabaja principalmente con conceptos relacionados con la abolición, la habituación, la capacidad y potencialidad de cada persona.

... “La persona que entra a la comunidad con un mes de adherencia al programa, se integra a este eje transversal y en cualquier momento de su proceso va constantemente trabajando el modelo de ocupación humana, por ejemplo, algo que está instalado hace mucho en la Caleta y que hoy día se puede entender, sistematizar y trabajar desde este eje de integración, es cabildo que es la comunidad empoderada, organizada y trabajando en conjunto para generar recursos pertinentes a sus criterios y necesidades” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

En la integración de ejes transversales se ocupa el modelo de desarrollo de trabajo comunitario aplicando diagnósticos participativos e intentando desplegar la construcción de ciudadanía, participación, habilidades y potencialidad para que la persona pueda emponderarse, restituir y hacer ejercicio civil de sus derechos, dándolos a conocer a través de un documento técnico relacionado con el tema de salud mental llamado derecho del paciente.

EJE TEMÁTICO CONCEPTO DE TRATAMIENTO Y TERAPÉUTICO

El concepto de tratamiento y terapéutico, son visualizados como dos caras de la misma moneda que están enlazados, y son una estructura de intervención que esta organizada en fases con origen en las comunidades terapéuticas pero con un sello institucional propio. Este enlace reciproco, es entendido como un proceso y una meta que realiza cada persona por si misma para generar indicadores de cambios reales y significativos, como una experiencia de aprendizaje para su reconstrucción; el otro enlace, está enfocado hacia un sentido subjetivo y en un sentido colectivo que apunta hacia una intervención del proceso en su totalidad.

... “es súper importante, que construya el si mismo individual y que construya un si mismo también colectivo” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

El nivel individual adquiere un tono más terapéutico y va depender de cada situación particular y de las necesidades de cada persona las que se revisan detenidamente para establecer que teoría y metodología es más pertinente para intervenir.

... “Lo clínico lo trabajamos a puerta cerrada y es ahí donde se utilizan los distintos enfoques; sin embargo, las intervenciones metodológicas lo que buscan es no homogenizar las problemáticas, lo que pesa es la particularidad, la individualidad, hay que tomarla, hay que revisarla” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

En un plano individual, lo terapéutico es un ejercicio apuntado hacia el sujeto, surgiendo subdimensiones muy importantes de trabajar como la autoestima, la auto valía, la afirmación, la identidad para que adquieran desde una perspectiva conceptual, internalizando procesos de subjetivación que se relaciona con un nivel de emponderamiento individualización y afirmación del si mismo.

... “llegan con un nivel de desemponderamiento que es subjetivo súper elevado y unas condiciones de desobjetivación súper alta... es un debilitamiento elevadísimo de su si mismo, un si mismo desdibujado, un si mismo pequeñísimo, una falta de confianza en sus propias capacidades que es muy grande... que se traduce en que no se conocen, no valoran sus capacidades, nadie les enseñó a modelarse desde el punto de vista de la afirmación, identidad y toda la identidad que tienen es el resultado de situaciones externas a ellos y no una construcción desde adentro” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Musacchio y Ortiz (**Op.cit**), consideran que el abuso de drogas, entraña un progresivo proceso de despersonalización y un paulatino deterioro de la autonomía personal y la pérdida de las facetas más valiosas del individuo, presentando como características estructuras incapaces de sustentar las vivencias de vitalidad, calma, autoestima, capacidad de autoafirmación, tolerancia a la ansiedad, a la tensión, al dolor, la frustración, control de los impulsos y las situaciones de espera que toda relación humana implica. Experimentando un vacío existencial producto de su vivencia subjetiva, buscando como salida ante estas situaciones el escape participando en la ingesta de droga como intentos infructuosos de dominar la depresión y la angustia, ocultándose finalmente a así mismo el terror de su propia debilidad para enfrentarse con su propia realidad, porque el estado de intoxicación provoca una desestructuración de la conciencia y un alejamiento de la realidad, bajo el justificativo del placer de experiencias sensoriales distorsionadas o meramente excitantes, pero el vacío estructural del individuo, no puede llenarse mediante la ingestión de drogas, porque lo que trata de contrarrestar mediante su conducta adictiva es la falta de autoestima y la incertidumbre con respecto a la existencia del sí mismo.

En Caleta Sur, se considera que en el transito o redescubrimiento del si mismo, es fundamental la auto-evaluación, que es una guía para entender cómo se van desarrollando los avances del proceso individual de manera lógica y el rol del terapeuta es, ser un facilitador que encausa cada una de las situaciones de forma minuciosa y respetuosa para que se de curso al proceso.

... “el tratamiento idealmente corresponde a una abstinencia y a una puntuación de logros alcanzados, en términos terapéuticos los logros se van midiendo en relación a cada sujeto” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

El nivel colectivo apunta hacia un trabajo comunitario desde varias aristas; por un lado, se refiere al trabajo que se realiza externamente con la comunidad en general donde se ubica el centro de tratamiento, y con el trabajo de redes que es territorial; por otro lado, ésta el trabajo interno que se realiza en “Caleta Sur” a nivel grupal con los usuarios, el trabajo que se realiza con la familia, donde también están incluidos los profesionales y decisiones proactivas del equipo (abarca lo institucional, los equipos y los usuarios).

... “hay un fortalecimiento del grupo y del individuo importante, comprendiendo su problemática social y cómo la comunidad va aceptando éstas realidades, porque no solo estamos hablando de una intervención con el sujeto, estamos hablando de una intervención, con la familia, con una comunidad que es la Pintana, que hace que cambie la visión de estos cabros entre comillas drogadictos, al grupo de cabros que son de La Caleta y que hacen cosas, porque el reconocimiento público fortalece las acciones positivas. Cuando hablamos de trabajo comunitario, hay acciones intencionadas que se logran, tal vez son pequeñas acciones, pero que se notan y la movilización ésta, la modificación de uno, genera la modificación en otros” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

En este transito intervienen desde un enfoque del modelo emocional, de reparación, de historia de vida, siendo la interacción un elemento fundamental que le otorga sentido a lo terapéutico a través de las relaciones que se establecen entre cada persona con su grupo y con el equipo de profesionales. Los profesionales e interventores generan un proceso de acompañamiento que es intencionado permanentemente para ir reforzando y facilitando un reaprendizaje a través de distintas actividades para incorporar hábitos de higiene, la construcción de un estilo de vida saludable, la construcción de la abstinencia, la construcción del sentido de participación, la construcción de la identidad y del si mismo.

... “El tratamiento es el proceso propiamente, partiendo desde la llegada del chiquillo, tomando su motivación y la posibilidad de que adhiera o no... planteamos la intervención con este sujeto que necesita algunas acciones concretas, en el primer contacto fijarnos objetivos y metas a corto plazo en términos súper prácticos de abstinencia, de buscar un lugar para que duerma, realizar una revinculación con la familia... que vayamos haciendo una actividad de participación no es casual, el que salgamos al cine una vez al mes no es casual, cada una de las actividades tienen una función muy concreta” (Patricia Canelo; Psicóloga).

Muñoz [(2008) (a)], plantea que la Comunidad Terapéutica es un espacio contenedor digno, acogedor, nutricional, lúdico y protector donde la persona se torna protagonista de su proceso de cambio y recuperación, asumiendo su vida con autonomía, responsabilidad para dar un sentido positivo a su existencia a través de la construcción de un proyecto de vida, redescubriéndose como un ser humano; confiriendo a ésta modalidad de tratamiento, un ambiente muy estructurado con valores éticos y morales bien definidos, en medio de un clima altamente afectivo, pero con “amor exigente”, sobre la base de valores pro-sociales a través de la consolidación de hábitos y habilidades en un ambiente que promueve el desarrollo personal, la educación, la capacitación, la reeducación y reinserción social.

En Caleta Sur relacionan lo antes mencionado, con la función que debe cumplir un terapeuta, quien debe ser en todo momento un facilitador y conductor, debiendo tratar las temáticas con extremo cuidado y evitando la suspicacia en la transferencia terapéutica (relación y desplazamiento de afectos y emociones experimentados por el terapeuta hacia el paciente).

... “que pasa cuando a mi no me cae bien éste chiquillo, y nos vamos adentrando más en su problemática, y vamos entrando a un plano más profesional, podemos decir, ahora sí, continuemos; y en teoría hay que tener acá, súper presente eso y que hay que trabajarlas diariamente, porque hay que ser súper objetivo a la hora de intervenir, pero uno también es persona” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

El rol del terapeuta debe ser de un facilitador para lograr avances con los usuarios, es una entrega recíproca donde el usuario entrega “el material terapéutico” para trabajar, y el terapeuta guía en forma intencionada el proceso terapéutico “que es 50% y 50%”.

Visualizan una diferenciación en el tratamiento, uno es el aspecto farmacológico, y otro el terapéutico con un trabajo más psicoeducativo, ambos aspectos son co-ayudantes dentro de un proceso de ayuda y reparación para lograr un cambio.

... “Primero ayudar, alguien pide ayuda y otra persona la entrega... y tiene que ver con un objetivo último que es la sanación completa del individuo... y esto tiene que ver con normalizar conductas, con decir que cosas son o no son correctas, entonces se intenta modular ciertos rasgos patológicos de la personalidad” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

Prima el enfoque de sujeto en su cabalidad, abordando la conducta adictiva con distintas técnicas y estrategias de tratamiento, no se parcela la intervención desde un enfoque médico, psicológico o educativo, porque para ir reparando y sanado al ser humano, sumergido en la decadencia mortuoria de la droga, la esencia está en generar la motivación al cambio y que la persona adquiera conductas de estilo de vida saludable.

EJE TEMÁTICO CONCEPTO DE DROGA

El fenómeno droga y su interpretación, es observada desde un ángulo, un contexto, y una perspectiva histórica cultural, donde la situación problemática y la relación que se genera con la droga estaría desacralizada, vacía de sentido, mercantilizada y cruzada con otros factores de carácter cultural.

... “porque el ser humano y la relación con la droga es una relación que se ha transformado en la historia del ser humano y de las culturas... la construcción problemática de la droga, tiene que ver con una condición cultural nuestra, que hace que la droga ocupe un papel distinto en nuestra sociedad que ocupo en las sociedades precolombinas en América Latina o en otras épocas de la cultura humana” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Becoña, Salazar, Rodríguez (**Op.cit**), coinciden que desde los inicios de la civilización distintas sociedades, han conocido y utilizado diferentes sustancias para uso medicinal, modificar el nivel de la conciencia, alterar el estado de ánimo y/o acceder algún tipo de conocimiento; y el consumo de drogas, es una práctica universal relacionada con muchos aspectos de la vida cotidiana de los pueblos quedando sus efectos restringido al servicio de ceremonias de tipo ritual y religioso, muy distinto al uso de las drogas dentro de los criterios actuales de abuso y dependencia

En Caleta Sur, el consumo de drogas es entendido como un fenómeno social complejo que pertenece a una gama de problemáticas sociales de expresiones temáticas como violencia, deserción escolar, etc. Abordados como dimensiones de realidades transversales en forma transdisciplinaria e integral que responda a la complejidad del fenómeno en sí.

... **“La significación de poder entender el consumo desde el ámbito cultural, el ámbito individual y el ámbito social. Y finalmente como el sentido de pertenencia, el sentido cultural va adquiriendo un peso mucho más importante y significativo para los usuarios” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).**

Vega (Op.cit), argumenta que el consumo de drogas no solo deteriora, retrasa o impide el pleno desarrollo del individuo en todos sus procesos de crecimiento personal (escolares, familiares, laborales, etc.). El concepto tiende a situarse y “se percibe el problema de las drogas como un síntoma de una enfermedad individual o social”, pero es difícil separar al momento de analizar dónde está el origen del problema, es preferible hablar de un “problema de las personas”, más que el “problema de la droga”.

Caleta Sur, transpone que al concepto de droga se le otorga socialmente un gran poder, un entender funcional y satanizado... **“hay que empezar a trabajar con este concepto que es tan potente, que es tan satanizado que es la droga, que es violencia, que es delincuencia, que es abuso y finalmente que son los mismos seres humanos que esta sociedad está generando y que está excluyendo... el trabajo apunta a sacar a este sujeto que está encasillado en la droga -“mi problema es la droga, por la droga perdí a mi familia”-, sacudirlo un poco y sacarle la idea que la droga lo tiene atrapado y que puede decidir... y que tiene muchas posibilidades” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).**

No radicaliza una visión demonizada de la droga, o como el problema en sí, que es cognitivo y se relaciona en el sentido si la droga es mala o hace mal, no es necesario partir de esa base porque las personas que entran a tratamiento lo saben y lo tienen claro por sus propias experiencias de consumo y de vida.

... **“ellos saben perfectamente que han adquirido una forma de vivir la vida y de significarla por los aprendizajes que han tenido, porque están ubicados en un lugar de sociedad muy difícil... el tema es que ellos han adquirido una lógica para vivir y esa lógica debe ser cambiada por otros aprendizajes... que se den cuenta que esas herramientas que aprendieron ya no son necesarias, porque hay otras formas, con otros aprendizajes a través del reaprendizaje, porque él tiene otra forma de entenderse y de entender la vida porque él quiere” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).**

La conducta adictiva y la dependencia de drogas, son entendidas como una condición y una decisión personal que antecede al consumo como tal, que pasa a ser perjudicial porque se transforma de una conducta a una dependencia, y luego se transforma en un daño grave como una enfermedad (el caso de un alcohólico que se enferma de cirrosis), siendo perjudicial para el sujeto.

El acento está en que la persona tenga una visión introspectiva de su si mismo y haga un esfuerzo profundizando y cuestionando aspectos actitudinales respecto a determinadas problemáticas, conflictos y situaciones que se presentan en su cotidianidad; visualizando cómo vivencia social y afectivamente cada uno de estos aspectos, cómo los enfrenta, cómo resuelve, cómo evade y/o toma decisiones.

... “un área clave es reconocer que existe una problemática para intervenir y hacer una transformación... si no hay cuestionamiento sobre como voy resolviendo mi vida y como he permitido que las cosas me sucedan, sin tomar decisiones a medida que van ocurriendo las cosas frente a determinados problemas. Es difícil sostener una motivación por el cambio... porque es un cuestionamiento, no a las circunstancias, sino al sentido de aprendizaje que recobra en él la experiencia de tratamiento, cuestionando el para qué está acá, y el acento no está en el tema de la sustancia, sino en transformarla en una experiencia con sentido de aprendizaje” (Patricia Canelo; Psicóloga).

Es una conceptualización que adquiere connotaciones personales de acuerdo a la experiencia individual, y solo con una visión introspectiva es posible el surgimiento del sujeto por si mismo, donde finalmente a través de la concientización, otorga un sentido y una comprensión reconociendo su situación, condición y conducta de adicción, pasando de una comprensión de estar centrada en el síntoma “consumo”, a revisar situaciones que tienen que ver con las causas que están detrás del mismo, relacionadas con situaciones personales, de convivencia, de historias de vida, que finalmente es el contenido para trabajar lo terapéutico.

... “en este perfil de población, el tema del consumo a veces se da como un escape frente a situaciones muy dolorosas como en temas de maltrato, de abusos, de abandonos, de experiencias de violencia. Es un porcentaje muy alto, en mujeres, un 100%, y tiene que ver con un daño en su auto imagen en términos de rasgos subjetivos que presentan las personas que llegan acá y están en proceso de tratamiento” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Las situaciones y circunstancias que vienen desde la infancia como experiencias de maltratos, abusos y abandonos, no solo potencia una conducta adictiva, provoca daños en la auto imagen y potencia un eventual trastorno de la personalidad.

... independientemente del tema del consumo, uno sabe que ellos están ahí por situaciones familiares, por maltrato familiar, por abusos o que la droga se consume al interior del círculo familiar, y después de eso, lo que se genera trastorno de personalidad... el consumo de drogas, abuso o dependencia, es el punto de partida por el cual tomar la intervención y comprender una serie de procesos dañinos que tiene una persona desde una infancia compleja, un desarrollo alterado y una serie de factores desencadenantes como procesos marcados por maltratos, por abusos y dolor. Potenciándose fuertemente, por un lado, la vulnerabilidad del sujeto que consume de drogas como vía de escape, y que a su vez, éste consumo se transforma en un factor muy potente desde lo biológico y desde lo psicológico” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

Picchi (Op.cit), proyecta en su amplia experiencia en intervención con personas con conductas adictivas, que es su mayoría presentan signos de traumas infantiles y desequilibrios familiares que dañan su auto imagen, dejándolo indefenso para defenderse del medio, surgiendo ante la dificultad y el dolor, la predisposición a defenderse por medio de recursos artificiosos como es la droga, en busca de seguridad, evasión o anestesia, porque la droga ofrece una huída de la extrema miseria, personal y social, miseria que se va perpetuando por el consumo. Prosigue que el denominador común en éstas personas es “el sufrimiento, que les afecta y exaspera su sensibilidad, y el sentimiento de culpa, que nace de la conciencia de la trasgresión” (Ibid: 61), expresando rabia y autodestrucción hacia ellos mismos, resignándose pasivamente frente al dolor, por el carácter frágil y vulnerable, cargando su personalidad con rasgos propios de otras categorías conocidas, pero que son esencialmente los rasgos de quienes usan, abusan y dependen de la droga.

El equipo de La Caleta Sur, considera que es el contenido terapéutico lo que facilita y posibilita profundizar en la motivación por el cambio a través del surgimiento del sujeto por si mismo, permitiendo realizar una problematización del consumo, identificando y construyendo los circuitos internos de consumo, elaborando situaciones específicas que están asociadas al mismo, considerando los riesgos al activarse o encenderse éste circuito que ocurre en contextos distintos y particulares para cada sujeto porque es individual y personal.

... “Cuando entran a tratamiento dicen: “no quiero nada más, nada más de consumo en mi vida y debe reconocerse como una condición que te va acompañar durante toda la vida, que es ser adicto y que al ser adicto, si me tomo un trago, si me fumo un mono, si fumo marihuana, si jalo un gramo, estoy abriendo nuevamente un circuito de consumo... y tomando conciencia de ello es necesario y posible poder mirar desde donde está construido este circuito por la persona, para efectivamente tomar la decisión de romperlo y sea significativo para el sujeto” (Patricia Canelo; Psicóloga).

El concepto de circuito de consumo comienza con bases biomédicas, que es individual y propio de cada organismo y sistema biológico a nivel interno, más específicamente se instala en el núcleo prefrontal del cerebro y núcleo accumbens donde se producen sustancias químicas como los circuitos dopaminicos donde se instala la recompensa de cualquier situación que genera placer en el organismo como la comida, experiencias sexuales, la recreación y el ocio, consumo de drogas, entre otras; permitiendo conocer cómo se instala el consumo en el organismo y cómo funciona la recompensa cuando una persona deja de consumir una droga a la que estaba habituada comenzando a sentir displacer en cualquier situación que anteriormente hubiese sido placentera.

... “En un plano neurobiológico las drogas actúan sobre núcleos cerebrales (núcleo accumbens) donde se generan las sensaciones de búsqueda de sentirse bien, de placer, de goce, de disfrutar, de satisfacción. La droga empieza a competir con otras situaciones de la vida cotidiana que tienen que ver con ésta búsqueda de sentirse bien como el compartir con la familia, como las relaciones sexuales, como la vida en pareja, como la alimentación, recreación y deporte y todo lo que genera placer” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

El problema que provoca a nivel neurobiológico el consumo de drogas, es que generan un umbral de estimulación mucho más alto del que pueden generar otras situaciones cotidianas.

... “entonces, ahí la competencia esta un poco ganada, más aun que los chiquillos no tienen mucho fútbol, no tienen mucho deporte, no tienen muchos amigos, les pegaron en la casa, la droga compite un poco sola porque no hay otras situaciones placenteras con las cuales competir... ahí la droga se hace mucho más potente, pero es un reflejo de una serie de carencias que hay hacia atrás” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

A nivel terapéutico no se trabaja el concepto desde una explicación biomédica, en la práctica se traspasa de modo más didáctico a los sentidos y de cómo se puede activar un circuito de consumo desde la adicción, desde la imaginación, desde el recuerdo, desde materializar, visualizar y verbalizar las ideas de consumo.

... “un chiquillo auditivamente encendía su circuito de consumo, por escuchar un chirrido que es similar al de la pipa con pasta base encendida, eso lo llevaba a recordar la situación de consumo, le generaba apetencia y se encendía el circuito... a otro chiquillo se le encendía visualmente al ver una antena de TV, que es un utensilio que se usa como una boquilla para fumar la última parte de la marihuana con pasta base, que se mezcla en un papelillo tipo cigarro, y ésta boquilla al fumar el último poco se calienta quemándose los dedos y la boca. Entonces, hay chiquillos que van caminando en la calle y ven una antena y les resignifica la necesidad del consumo” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Cuando se enciende el circuito de consumo, viene acompañado de sintomatologías orgánicas y factores comunes como el dolor de estomago, sudoración de manos, palpitaciones más rápidas que son a nivel orgánico. Hay situaciones que son exclusivas de las experiencias personales y de la historia de vida que también encienden el circuito de consumo y son factores de riesgo que se presentan como problemas familiares o en el trabajo, finalización de una relación sentimental, se junta con amigos consumidores o se acerca a una casa de consumo, y en esas circunstancias a la persona, no solo se le enciende el circuito de consumo, además necesita una forma de evasión.

... “una persona que no tiene una dependencia a la pasta base, el enfrentarse a factores de riesgo, no va a significar ningún tipo de dificultad; sin embargo, para quien si tiene una adicción a ella. Primero debe identificarla, entenderla, trabajarla y significarla de que eso es un factor de riesgo elevado para el, darse cuenta que ciertos factores lo pueden llevar nuevamente al consumo y que puede encontrarse en un circuito sin haberlo trabajado en forma consciente”(1). (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

La terapia psicoeducativo permite visualizar factores externos e internos que construyen el circuito de consumo, poniendo énfasis en que el usuario comprenda que la problematización del consumo se da a partir de factores internos, y no en poner el tono afuera, por tanto se trabajan factores de riesgo que son claros, permitiéndole a través de un sentido colectivo, socializar e identificar cada una de las oportunidades que pueden abrir éste circuito y poder significar esa dificultad para poner frenarla.

EJE TEMÁTICO CONCEPTO DE RECAÍDA

Son emitidos los juicios de valor o el castigo frente a una recaída como expulsiones al presentarse alguna, siempre que no haya sido al interior de la comunidad, distinguiéndola de un consumo permanente y regular donde la persona intenta y/o toma la decisión por un cambio pero no lo puede sostener en el tiempo, esas situaciones particulares ameritan una revisión del porque vuelve el consumo permanente, que en ocasiones se relaciona en que la persona no ha significado la necesidad por un cambio o no ésta preparada para tomar esa decisión.

El control en el consumo de drogas está muy vinculado a las recaídas, existiendo una serie de factores que van a incidir y a ser decisivos en la duración del tratamiento, como generalidad ocurren dentro de los primeros tres meses de tratamiento, es una situación en si misma absolutamente natural porque es parte del proceso terapéutico que no es inesperada o que perturbe.

Seijas (**Op.cit**), respecto al modelo transteórico del cambio que tiene como base proceso motivacional por el cual una persona decide iniciar el cambio de conducta respecto a las drogas (proceso motivacional como un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar en el tiempo y de acuerdo a diferentes circunstancias), visualizando que es necesario generar un cambio de conducta utilizando como herramientas los elementos cognitivos, emocionales y vivenciales, para desarrollar estrategias que favorezcan la toma de conciencia del problema, posibilitando así, la motivación y la decisión de iniciar un proceso de cambio.

De igual modo Prochaska y Diclemente (**Op.cit**), plantean que en las etapas por el cambio, la recaída es necesaria dentro del proceso de cambio de personas con conductas adictivas, fallando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia, pudiendo producirse tanto la fase de acción como en la de mantenimiento.

El problema está planteado, cuando la recaída ocurre sin ser un acto meditado y planificado (“decisión concientemente adoptada”), porque la persona puede enfrentarse a sentimientos de fracaso y desesperanza, así como también de culpa y frustración, volcándose su sentido de autoeficacia.

Seijas (**Op.cit**), menciona que esta fase fue considerada durante muchos años como el fracaso del tratamiento, que no era considerado en otras enfermedades crónicas que presentan recaídas en su evolución (hipertensión arterial, diabetes), lo importante de cuando ellas suceden, debe aprovecharse la ocasión para reevaluar y aprender en qué falló la estrategia propuesta.

En Caleta Sur, se recurre a la reflexión y al diálogo permanente para identificar circunstancias concretas respecto a la situación de consumo, intentando que la recaída se visualice a consciencia personal como una oportunidad y proceso de aprendizaje que sirve para evitar que vuelva a suceder; y no como un retroceso en el tratamiento, porque cuando es consciente se transforma en una experiencia bastante dura, cruda, difícil, siendo un evento doloroso para la persona, provocando mucha frustración y culpa, porque el consumo juega un papel que termina por denigrar su propia integridad, autoestima, auto concepto y auto valía.

... “avance todo esto y retrocedí un tanto... estoy aquí y no me sirvió de nada... sienten que al recaer cada uno de los compañeros lo miran distinto, suele contener esta confianza que estaba empezando a aflorar y hay un repliegue de todo su ambiente social que finalmente le hace sentir que se equivocó” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

El grupo de auto ayuda es un anclaje y un cimiento profundo, que incentiva relaciones respetuosas y establece lazos afectivos cargados de emotividad, para despertar en la persona la auto consciencia, el significado trasciende en poder aceptar de “otros” las críticas, no en el sentido del castigo, sino para enfrentar con otra mirada las equivocaciones y lograr aprender de ellas.

... “en la medida que ellos mismos van teniendo situaciones de consumo durante el proceso, terapéuticamente las vamos trabajando analizando y conversando de cómo vivió la recaída... y lo tiene que hacer él, porque él vivió esa situación para que descubra sus aprendizajes y saque conclusiones, que enriquezcan su proceso interno... es reflexionar en esas situaciones que lo llevan al consumo para que adquiera estrategias o herramientas y las enfrente... intentamos que no se estanque en la culpa y en la frustración, sino que intente dar un salto con el tema de la recaída, intentamos demostrar que lo que han vivido hasta ahora es útil en la medida que se transforma en una oportunidad de aprendizaje” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

En el tratamiento y recuperación en consumo de drogas, es importante que se produzca la recaída para elaborar estrategias que permitan a la persona descubrir y/o aprender de las situaciones, experiencias y condiciones que dan en ese contexto que está inmerso. Esto adquiere una connotación distinta en la experiencia de tratamiento, porque conlleva a un proceso de auto conocimiento y se transforma en una oportunidad de aprendizajes valiosos en aspectos que fundamentan la decisión de reafirmar el compromiso de abstinencia y/o sostenerla a futuro o largo plazo.

... “una recaída dentro del proceso tiene muchas potencialidades para trabajar y fortalecer la rehabilitación, por lo tanto, es esperable y mejor considerado que haya una recaída... para nosotros no es tan mala, si bien el riesgo alto, hay que tomar el riesgo, porque se espera que exista conciencia” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Se trabaja a un nivel de poder significarla como un proceso de cambio interno y surgimiento del sí mismo, para resignificar el consumo, que va permitir al sujeto realizar un cuestionamiento sobre como resuelve los conflictos, darse cuenta cómo permite que le sucedan las cosas, sin tomar decisiones adecuadas a medida que van ocurriendo frente a determinadas problemáticas en la vida cotidiana.

... “si la recaída fue causa final de un conflicto, como un compromiso abandonado, o mintieron, o hay mucha rabia y mucha pena, y al no poder hacerse cargo de esas emociones se consume droga como una conducta. Es necesario, trabajar que hay detrás de eso, porqué hay una desconexión con las emociones y la conducta, y debemos identificar las emociones que sentimos, por ejemplo la rabia, la pena, para manejarlas sin llegar al consumo, también cómo controlamos los impulsos, qué estrategias logramos establecer para manejarlos... porque afuera del centro se van a encontrar con ese conflicto, y si no tienen una recaída no lo van a visualizar... Entonces, para no frustrar, ver que les ésta pasando y darles un aporte, cosa que no sientan que están recibiendo más de lo mismo, y que no los hace avanzar en el proceso” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

Las recaídas permiten que el sujeto identifique causales que están detrás del consumo, y se relacionan en como se visualiza, entiende y siente las emociones, aprendiendo a tener un autocontrol de las emociones controlando los impulsos para evitar como respuesta la conducción a la conducta adictiva.

... “cuando van avanzando en su proceso de auto conocimiento se van dando cuenta que frente a experiencias que ellos viven, especialmente emocionales y vividas, y de los aprendizajes que ellos han hecho en su vida personal; es en esas circunstancias donde ellos se vinculan con el consumo, y la idea es que ellos vayan descubriendo cuales son esos factores y que son situaciones más internas y no que vienen desde afuera” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

El proceso de auto-conocimiento es una elaboración interna y una evaluación de situaciones individuales de cada persona, sirve para identificar el nivel de daño y los factores internos de riesgo que activan el circuito de consumo. En este proceso se intenta que la persona identifique, comprenda y aprenda a controlar los estos factores o ciertos elementos en el contexto del consumo de drogas, y buscar factores protectores que ayuden a proteger una recaída reflexionando respecto al circuito de consumo que se construye a partir de situaciones particulares asociadas y/o que activan la necesidad de consumo.

Seijas (Op.cit), plantea la posibilidad de evitar las recaídas implica la reeducación, readaptación y reinserción de sujetos dependientes de drogas, porque en proceso de tratamiento más del 60% de los pacientes dependientes tienden a presentarlas durante los tres primeros meses de tratamiento. Es necesario enfrentar las posibles recaídas enseñando un programa de autocontrol y de entrenamiento conductual con intervenciones cognitivas y procedimientos de cambio de estilo de vida, para enfrentarse a situaciones de alto riesgo aprendiendo a manejar y superar con sus características individuales, en su medio y con su experiencia personal.

A partir de esta definición, es pertinente hablar de factores de riesgo como aquellos factores que causan un aumento de la prevalencia del riesgo para la utilización de las drogas, “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”; y de factores protectores, como aquellos factores que hacen que este depósito de “casos potenciales” permanezcan como tal o se convierta en “casos activos”; siendo “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas”. (Universidad de Chile; Op.cit: 2)

Es importante considerar que los factores de riesgo y de protección, se encuentran presente en distintos ámbitos como recursos personales y psicológicos; el núcleo familiar y vínculos que se desarrollan; grupo de pares como modelo a seguir; escuela como agente socializador; el área geográfica como el barrio y la comunidad; el ocio y el tiempo libre.

EJE TEMÁTICO CONCEPTO DE ABSTINENCIA E IMPORTANCIA

El consumo problemático causa un daño bastante severo en la persona, siendo importante mantener la abstinencia como un objetivo terapéutico que debe ser claro, porque sirve para que la persona se posicione frente a su consumo de drogas, y le permita saber que es nocivo para la salud aun en pequeñas cantidades.

La abstinencia como una de las metas propuestas, es que las personas adquieran un mínimo de 8 meses de abstinencia para poder ser egresados; razón por la cual, se trabaja arduamente desde el inicio del proceso, porque se necesita un tiempo de cese del consumo para llegar a profundizar en otros aspectos más complejos que son terapéuticos y se relacionan con el proceso de subjetivación que es interno de cada sujeto.

... “Vamos trabajando y profundizando en los temas terapéuticos más personales, en conductas, en actitudes, por lo tanto, el tono no esta si se mantiene abstinentes o no, porque se entiende que se traspasa el peso del trabajo hacia otro ámbito terapéutico” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

La abstinencia es importante y un resultado final del proceso que se va evaluando permanentemente, pero no es parámetro de éxito para el equipo de profesionales, es abordada terapéuticamente para que la persona adhiera al tratamiento y no es un requisito para permanecer en la comunidad.

... “Trabajamos la abstinencia de alcohol y drogas como objetivo final del proceso que se va evaluando permanentemente, dependiendo del consumo de cada uno, se observa cómo la persona va instalando logros parciales, porque la abstinencia es un proceso que se controla de por vida” (Patricia Canelo; Psicóloga).

En términos terapéuticos y en el marco del auto-conocimiento, se intenta que la abstinencia sea una meta que los propios usuarios se proponen como algo deseable para su proceso, transformándose en una meta súper alta que va siendo manejada con la propia persona, es un parámetro donde juzgan los avances, retrocesos y resultados que van teniendo en el proceso de tratamiento.

... **“entendemos que la abstinencia va expresando primero una necesidad que van poniendo las personas, no es una exigencia estricta e inflexible nuestra, claramente si alguien está en proceso de tratamiento y no deja de consumir, o sea ahí algo está pasando, más bien vemos la abstinencia no como una condición sino como un resultado que va expresando una dinámica de tratamiento en la persona” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).**

Desde la acogida se trabaja la motivación para la reconstrucción de la **subjetivación** de la persona y la imagen de si mismo, logrando reconstruirse internamente y elaborando a través de distintas experiencias (surgimiento del auto-concepto, autoestima, auto-valía, etc. expuestos más arriba enfoque de sujeto y en recaída), hacer un giro hacia situaciones fundamentales que tienen que ver con el **insight** y que están detrás del consumo. (Problematización del consumo a partir del reaprendizaje y de la apuesta del si mismo, que son conceptos asociados a como se trabaja el tema de drogas en si).

... **“La abstinencia es una decisión que hace problematizar en como está construido el circuito de consumo, y como la abstinencia es un resultado final de un proceso hacia un estilo de cambio verdadero y sostenido...es la decisión por hacer algo diferente con sus vidas, cuesta muchísimo y es algo que trabajamos muy fuerte” (Patricia Canelo; Psicóloga).**

Una herramienta que se trabaja para el resguardo de la abstinencia, es sobre la base del concepto de **desintoxicación comunitaria** que consiste en un resguardo bastante riguroso en aquellas personas que están en hospederías, no debiendo salir durante los primeros tres meses de proceso, solo ser visitados por sus familiares. Se intenta de ésta manera que puedan pasar efectivamente la primera etapa más fuerte en términos de los síndromes de abstinencia para que construyan, enfrenten y asuman que lo que les está pasando orgánica y emocionalmente es debido a este proceso.

... “se trabaja en la prevención de recaídas y el síndrome de abstinencia que ellos van teniendo, de cómo finalmente es necesario construir y tomar ciertas herramientas que permitan asumir que lo que les está pasando orgánica y emocionalmente es un síndrome de abstinencia, y que aun con esto decidan permanecer en abstinencia y no consumir” (Patricia Canelo; Psicóloga).

Es profundamente valorada que se mantenga, porque el manejo de síntomas en la abstinencia es altamente complicado durante los primeros 15 días, produciéndose en el organismo al suprimir una droga, el craving o necesidad de consumo inmediato y la apetencia desde los sentidos. Al pasar las primeras semanas el cuerpo está pasando por un tránsito bastante difícil donde no está la sustancia que generaba placer, alterándose el sistema dopaminérgico y la conducta (baja el ánimo, cuadros depresivos, estados ansiosos, cuadros psicóticos), cuadros que pueden durar meses hasta que el organismo se adapte, y dependiendo de cada caso la ayuda farmacológica en usuarios con consumo problemático de más de 10 años de consumo, es una ayuda tanto para la persona con conducta adictiva como para el profesional que puede empezar a realizar el trabajo terapéutico cuando la persona se encuentra más estable.

... “los chiquillos trabajan acá contando los días y esto es muy valorado, y se les fortalece, y se les refuerza el tiempo de abstinencia que llevan, por poquito que sea... también se van dando cuenta, que ellos quieren rehabilitarse, y el rehabilitarse es no consumir más, y la idea, no es consumir menos” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Desde una perspectiva biológica, neurobiológica y psiquiátrica es súper importante la abstinencia:

... “para generar reparación y normalización de los niveles y tono de una serie de circuitos y núcleos cerebrales, principalmente el núcleo prefrontal del cerebro y núcleo accumbens” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

Torrealba y Valdés (**Op.cit**); citan a Goldberg, quien postula que el **núcleo prefrontal**, es la parte más humana del cerebro o cerebro emocional, porque regula la profundidad de los sentimientos y de las emociones, ocupando una posición anatómica privilegiada para orquestar respuestas autonómicas, emocionales y de alerta que son requeridas para el correcto despliegue de la conducta y el comportamiento que se sincronizan con la constitución de la personalidad en los sujetos.

Mencionados autores, plantean que la corteza prefrontal medial, constituye una unidad funcional del encéfalo que tiene bajo su control múltiples facetas, controla las respuestas vegetativas asociadas a emociones y a la información con contenido motivacional para la búsqueda de satisfacciones mediante el cumplimiento de metas y la determinación de iniciativas relevantes para el individuo, es la más evolucionada en humanos en funciones cognitivas e intelectuales superiores, el desarrollo de juicio, planificación, recuerdos, memoria de tareas y trabajo.

Cuando existe un desbalance en este sistema o síndrome del lóbulo frontal, las respuestas son negativas, exageradas y/o descontroladas frente a emociones, situaciones de estrés, amenaza y crisis; caracterizándose en el sujeto cambios en la personalidad, en la perseverancia, aumento de impulsividad, ansiedad, falta de iniciativa, inercia hacia el cumplimiento de reglas y normas sociales, inhabilidad en la ejecución de planes y estrategias, llevándolo a un pobre desenvolvimiento social (**Ibid**).

El desbalance en este sistema o síndrome del lóbulo frontal, puede manifestarse a nivel neurobiológico por diversas situaciones, entre ellas, ocurre cuando un individuo presenta dependencia de un fármaco, droga o sustancia, acentuándose al presentarse el síndrome de abstinencia o al suprimir la ingesta de la sustancia a la cual estaba habituado, siendo la explicación más acertada del porqué es posible que se presente una recaída al no estar el fármaco, droga o sustancia en el organismo, es una respuesta que se relaciona con los cambios que se producen tanto a nivel psíquico como físicos, volviéndose en ocasiones insostenible de sobrellevar para el individuo.

... **“si se no logra una abstinencia, el individuo siempre va a mantener cierta impulsividad, siempre va a estar con un nivel de ánimo bajo, siempre va a mantener un estímulo a nivel de placer y de sensaciones agradables sobre lo normal en relación al consumo, versus un partido de fútbol, comer con la familia, ir al teatro, ir al cine” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).**

Es un hecho que al mantener abstinencia también potencia un eventual trastorno de personalidad, porque el consumo de drogas genera descontrol de impulsos, alteraciones en el ánimo, descontrol de la emocionalidad, y la supresión de la droga altera estos estados (núcleo prefrontal, núcleo accumbens, sistema límbico, sistema dopaminérgico).

... **“En términos psiquiátricos es importante el síndrome de abstinencia que se genera dentro de los primeros 15 días y el primer mes (dependiendo del tipo de droga, tiempo de consumo y la cantidad); si se mantiene un consumo constante nunca se vive el síndrome de abstinencia, y se va postergando constantemente o se revive una y otra vez lo que es desagradable para el sujeto porque genera apetencia y necesidad orgánica por consumir droga” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).**

Desde una óptica biomédica, la zona específica del cerebro donde actúan las drogas, es el **núcleo accumbens**, tiene una interfase entre las estructuras límbicas y el sistema motor que en su conjunto han sido involucrados en la regulación de la conducta motora, regula diversas funciones autonómicas o involuntarias, como el latido cardíaco, la respiración, información sensorial olfativa, gustatoria y somestésica que en conjunto sirven para reconocer objetos comestibles, y su valor actual como recompensa, que determina que objetos serán buscados o evitados. Con su papel mediador de la liberación de la dopamina, es **“el centro del placer del cerebro”**, ocupa un papel fundamental a nivel de recompensa, placer, risa y las sensaciones de bienestar en general como la alimentación, la recreación, el ocio, el sexo, video juegos y en emociones inducidas por las música, en su lado más amargo, **tiene un papel importante en experiencias del dolor, miedo y estados de dependencia a las drogas.**

Pellicier (**Op.cit**), plantea que en las terminales dopaminérgicas provenientes del área ventral tegmental, **son el sitio de acción de drogas** altamente adictivas (cocaína, amfetamina, heroína, morfina, nicotina), casi todas las drogas son capaces de incrementar, los niveles de dopamina o su liberación en el núcleo accumbens; y como mecanismo adictivo, sujetos con dependencia a algún tipo de droga, tienden a concentrar menos dopamina de lo normal en la ruta mesocorticolímbica, porque el mismo consumo de drogas incrementan la concentración de dopamina, y de este modo producen la sensación agradable que acompaña a su consumo. Cuando hay consumo de drogas baja el sistema dopaminérgico afectando a la corteza prefrontal donde se encuentran **el control de impulsos**, la planificación, la organización y una serie de sistemas que afectan el ánimo; y al haber un menor control dopaminérgico en éstos circuitos, en la corteza se genera una mayor impulsividad, el no planificar, el no poder organizar las cosas y baja el estado de ánimo (**Ibid**).

2. MATRIZ PERFILES METODOLOGICOS (METODOLOGIAS DE INTERVENCIÓN)

EJE TEMATICO ETAPAS EN LA INTERVENCION

Existe un parámetro referencial que establece CONACE en que la rehabilitación debería tener una duración de ocho meses, pero durante el proceso terapéutico, el paso de una fase a otra, va a depender de la evolución, avances y manejo del proceso individual en forma interna. Se intenta hacer una armonización entre el trabajo grupal e individual, porque a veces el plazo establecido es insuficiente en términos terapéuticos.

... “Nosotros consideramos que ese tiempo a veces es suficiente y bastante poco en términos terapéuticos, y en ese sentido valoramos el trabajo y los avances individuales, porque cada persona está en momentos de su vida distintos, y también los niveles de reparación de cada persona son distintos” (Patricia Canelo; Psicóloga).

El proceso individual es el factor axial y fundamental para establecer los avances terapéuticos de cada persona en tratamiento, pero no se explica este avance sin el trabajo grupal que fortalece el desarrollo de cada cual, pese a que sus integrantes se encuentren en etapas distintas, a nivel metodológico siempre se dan espacios en que todas las personas en tratamiento se integran a una misma dinámica (Grupo de Encuentro).

... “se producen periodos importantes, donde los grupos se estabilizan, porque van avanzando, pero ese no es un criterio de constitución de fases, a veces los ritmos personales van más parejos y eso es positivo porque además el grupo va generando una vida en el grupo terapéutico muy importante que también ayuda avanzar, y el grupo ayuda a que avance más parejo” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

La metodología basada en fases es un proceso dinámico que se explica y manifiesta naturalmente de forma descriptiva que no está determinada por el tiempo, porque los sujetos pasan cada una de las fases por si solos y de acuerdo a sus cambios, avances y logros de objetivos, permitiendo al equipo de profesionales realizar un trabajo diferenciado e ir profundizando en las distintas situaciones con flexibilidad y de acuerdo a los tiempos de cada uno.

... “es súper relativo, porque tenemos personas que llevan tres meses, cuatro meses en segunda fase y otros se demoran ocho meses, porque además se trabajan las fases en forma individual, acá no se les pide que esperen a sus compañeros para que pasen todos a la misma fase; no son compactas depende de cada proceso individual, porque no es grupo curso y lo que manda es el tiempo de la persona, y no el tiempo que establece la metodología” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

La estructura y conformación de las fases están establecidas, y no se transforman o acomodan para que la persona pueda estar en ellas, porque es un proceso que empíricamente se establece por si solo, lo que permite determinar la fase que se encuentra cada persona o la fase que le corresponde trabajar, es la evaluación y situación individual.

... “cada chico es un individuo por si solo, entonces, la estructura no se modifica, porque cada uno tiene sus tiempos, tiene sus mecanismos de defensa, tiene sus resistencias al tratamiento, está en distintas etapas de cambio, porque en general todos llegan con ganas de cambiar, pero hay algunos que llegan en la etapa precontemplativa y se trabaja eso fundamentalmente... porque los que llegan recién no están preparados para segunda fase... la experiencia que uno tiene y por lo que sabe, logra distinguir y se da cuenta quien viene llegando y quien está en tercera fase, y es algo claro, notorio y evidente. Lo complejo es mostrar el camino, es exigirle lo justo y lo necesario en cada fase, para que logre hacer o generar un cambio, lograr que el individuo lo haga, y mantenga su proceso terapéutico y no se frustre” (2). (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

La primera fase se denomina **acogida y adherencia al tratamiento**, es el primer contacto con la persona donde se realiza la entrevista inicial para establecer su situación al momento del ingreso, aplicación de ficha social para recoger datos básicos; se realiza un primer diagnóstico social y psicológico que contempla ámbitos de salud, educación, consumo de drogas (historia, sustancias, frecuencia, vía de administración, consecuencias, motivación para el consumo, grado de problematización y motivación al cambio, expectativas futuras) y los aspectos psicosociales (familia, entorno y grupo de pares, conducta delictiva, integración social y ocupacional).

En esta fase, se trabaja con coloquios individuales y se da comienzo al proceso de atención más individual, para recoger, visualizar y evaluar los recursos disponibles de cada una de las personas, y de los que dispone para una intervención más profunda, dando inicio al trabajo grupal donde se establecen las normas de funcionamiento y convivencia de la comunidad.

En la intervención psiquiátrica, se espera contener, realizar un buen vínculo, incorporar a los usuarios a la dinámica y funcionamiento de grupo, trabajar aspectos motivacionales, trabajar los factores de riesgo y los factores protectores, manejar síndrome de abstinencia a través de una intervención en términos farmacológicos y en las patologías que puedan haber de base como el descontrol de impulsos, trastornos del ánimo, trastornos ansiosos, trastornos de pánico, trastorno de personalidad, porque en la medida que esas patologías se manejan es más fácil la continuidad en tratamiento garantizando mejores resultados.

La adherencia al tratamiento es el pilar fundamental para el inicio de un proceso terapéutico, donde la persona va integrándose al espacio y se da inicio a su preparación para el proceso y descubrir insumos del trabajo terapéutico, es un proceso de descubrir la problematización a través de distintas actividades de grupo y espacios más individuales.

... “es un proceso en que el grupo devuelve, el equipo devuelve y la persona va identificando las tensiones; una vez que nosotros vamos descubriendo que la persona va trabajando y va entregando material respecto de su estado, en que está hoy día respecto a como se siente, que cosas no le agradan, que cosas le producen profundo dolor, y que ha negado; cuando eso empieza a emerger y lo hace con esfuerzo y está concentrado en su propia problemática, a eso le llamamos nosotros problematización” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Cuando la persona trabaja en la problematización el equipo de profesionales evalúa, si está en condiciones de pasar a segunda fase que es de profundización terapéutica marcada por la construcción de la historia de vida, que es muy importante porque entrega material terapéutico para trabajar, permite profundizar y revisar situaciones que la persona ha ido mostrando en la primera fase y ordenar la trayectoria de distintas situaciones, hechos, experiencias y vivencias personales más significativas para abrir, cerrar, provocar, acompañar y resignificar el proceso de cada uno de los sujetos.

... “es una técnica, una experiencia que a la persona la marca mucho, empieza a conectarse con situaciones de emociones muy fuertes que hay que ir trabajando, manejando los momentos, conteniendo y es un espacio terapéutico muy potente” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Entrega pistas respecto a la situación actual, y ayuda a comprender y reconciliarse con nudos que existen en su historia (traumas, abusos) fundamentales para que se de cuenta que situaciones han gatillado para que se transforme en la persona que es hoy, desplegando la motivación al cambio y sea capaz de generar un proceso de construcción y resignificación a partir de errores, que le permitan adquirir un aprendizaje, reaprendizaje y sanación para mantenerse abstinentes y encontrarle un nuevo sentido y estilo a su vida, comprendiendo que quizás algunos de esos elementos potenciaron la conducta adictiva y que han facilitado la construcción del circuito de consumo que se va sosteniendo en el tiempo.

... “La segunda fase, tienen que ver con profundizar, tenemos los trabajos más potentes, es la columna vertebral de este proceso, se van abriendo y cerrando temas, en este transcurso se evalúa quién está apto para pasar a tercera fase” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Se realiza un punto de inflexión donde se evalúa el tiempo y los avances que la persona ha logrado desde su ingreso, y también se da continuidad al proceso de primera fase respecto a las actividades más específicas que se realizan de manera grupal (siguen funcionando todos los espacios paralelos), pero a diferencia de la etapa anterior surgen dos espacios terapéuticos de profundización para grupos más pequeños que son: grupo recuerdos y grupo sentimientos, quienes participan en ellos han realizado el trabajo previo de historia de vida y prevalece el secreto terapéutico.

Estos grupos terapéuticos, son dos herramientas para que la persona adquiera un autoconocimiento y realice una reparación afectiva y emocional para que surjan capacidades y potencialidades que estaban escondidas por el tema del consumo.

... “no solo nos interesa reparar aquello que está dañado, sino que nos interesa el autoconocimiento, que la persona se descubra en aquello distinto, que vaya reconstruyendo la subjetivación, y que vaya revalorando y recuperando su sí mismo” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Para mantener el equilibrio terapéutico, se visualiza el ritmo en que avanza cada persona de acuerdo a su nivel de resiliencia, a su capacidad de auto sanación, reparación, de perdonar y perdonarse, caracterizándose como un proceso difícil y complejo, porque es necesario visualizar el entorno y medio ambiente del sujeto (más allá del él, grupo familiar y social) para comprender que el sistema económico, político y cultural van reproduciendo pautas de crianza, patrones de conductas y formas de exclusión propias del sistema.

... “El enfoque que a mí me gusta es el de reparar, es decir, si yo fui víctima de parte de mi papá, de parte de mi abuela, la mejor forma de reparar es que yo no haga lo mismo ni con mi hijo, ni con mi nieto, y así lo manifieste... entonces, uno apaña, apoya y logra rescatar chiquillos para que logren vivir lo más felices en este mundo; y busca que se recuperen para que sean personas nuevas, plenas y completas... para lograr hacer un cambio en términos familiares, en términos individuales, en términos cristianos; si al que le pegan sigue pegando lo único que conseguimos es aumentar la violencia mundial y las patologías también” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

A través distintas estrategias que se relacionan con ejes transversales como prevención de recaídas y el fortalecimiento de capacidades y habilidades para la gestión de riesgos, se da la elaboración y el cambio no sólo de conductas de riesgo sino que las personas comienzan a tener una visión, control y significación interna y no externa de las cosas que ocurren, donde se abren espacios de reflexión para visualizar cómo el consumo de drogas esta permanentemente relacionado con la intolerancia a la frustración, impulsividad, dificultad e incapacidad para resolver conflictos.

En esta fase las personas asumen diferentes responsabilidades relacionadas con el funcionamiento del espacio de tratamiento, que tiene como objetivo estimular el desarrollo de habilidades sociales y de responsabilidades específicas, adquiriendo nuevas formas de relacionarse en las prácticas de convivencia, comunicación eficaz y asertiva, resolución no violenta de conflictos, trabajo colaborativo, cambio de roles, autoestima.

En la intervención médica, se va reforzando el control del consumo y se empiezan a notar cambios como menor impulsividad y a bajar el nivel de ánimo, se empieza a trabajar más con el tema de la personalidad y el desenvolvimiento con los compañeros.

En la tercera etapa se fortalece la reinserción social de cierre terapéutico y egreso, se mantienen los objetivos terapéuticos logrados en la fase anterior, se fortalecen los cambios realizados y los procesos de aprendizaje, se realiza un cierre definitivo a través del análisis, construcción y profundización del proceso en forma global, donde se ven diferentes temáticas que se han ido elaborando en el proceso de tratamiento y de temas como ámbito familiar, sexual, de pareja, de la historia de vida, de distintas problemáticas, conflictos y algunos nudos terapéuticos que se han trabajado y quedaron abiertos en las primeras fases que están pendientes intentando que la persona los entienda, los cierre y los resuelva de manera simbólica.

En esta fase, se espera que la persona pueda poner en marcha sus propias herramientas para afrontar las diferentes situaciones que tendrá que encarar una vez egresado y hacer un despegue, habilitando su salida y desvinculación paulatina con la comunidad, a diferencia del resguardo riguroso realizado durante su tratamiento en las fases anteriores (no pueden trabajar ni portar dinero), empieza la experimentación regulada del manejo de dinero, por medio de trabajo durante los fines de semana, donde se va evaluando la necesidad de un trabajo más estable y un paulatino alejamiento para dar paso al seguimiento, trabajando el vínculo y la cercanía con los terapeutas, para que entienda la separación como parte del proceso, y que no signifique que el buen vínculo haga dependientes a los usuarios de los terapeutas.

Junto al proceso individual y la dinámica de grupos señaladas anteriormente, incorporan un programa específico de realización de grupos de cierre para esta fase: grupos con compañeros, grupo íntimo, grupo de familia, encuentro de familia, grupo con el equipo de tratamiento.

Realizan un acompañamiento en la construcción de una escala socio ocupacional de la persona, donde se motiva y gestiona su incorporación a procesos de inserción educacional y/o laboral, que les permita disponer de herramientas específicas para dar sostenibilidad a un proyecto de vida anclado en componentes de inclusión social. Se utilizan distintos ejes transversales como el sentido y construcción de la participación ciudadana.

Sumado a las actividades que se realizan en las fases ya descritas, actividades relacionadas con apresto laboral (elaboración currículum vitae, presencia física, habilidades para una entrevista de trabajo); la gestión de matrícula en un establecimiento o programa de educación de adultos (CEIA o Chile Califica), para la nivelación de estudios en el caso que corresponda y/o de preparación técnico profesional. En esta fase es vital el contacto con las redes institucionales que facilitan la formación de las personas en términos de certificación por estudios, por oficios y el reingreso al mundo laboral.

EJE TEMÁTICO ÁREAS DE INTERVENCIÓN

Las áreas o temáticas son ejes transversales que se trabajan en cada una de las etapas para cumplir diversos objetivos.

La intervención apunta dos grandes líneas o ejes conductores: un eje es el terapéutico propiamente tal donde se intenta reparar la recomposición del si mismo y construir capacidades en el plano más personal a través de la subjetivación y el desarrollo de la resiliencia, para la reparación de todo lo que se relaciona con el auto-concepto, la autoestima y la auto-valía; el otro eje es el socio ocupacional para que la persona adquiera herramientas, capacidades y logre desenvolverse asertivamente en la sociedad, enfrentándose a un contexto de vulnerabilidad social y que le permita exponerse a situaciones y escenarios más adversos.

... “nosotros no trabajamos con el sujeto en el aire, hay un mundo concreto y ahí hay muchas cosas que ellos deben enfrentar, el tema es cómo se enfrentan a es ese contexto sin que se frustren, en como se defienden, en cómo se sitúan, en cómo se enfrentan a un empleador abusador, cómo un sujeto de derecho y eso lo debe aprender... por eso la importancia de reconstruir la subjetividad, porque activamos la subjetivación y la importancia de mirar críticamente el contexto de la sociedad, por la necesidad de generar oportunidades para la inclusión critica” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

La intervención es un trabajo socioeducativo y psicoeducativo tendiente a entregar elementos que intentan transforman las potencialidades en capacidades del sujeto a través de su fortalecimiento individual y estableciendo un vínculo muy fuerte para trabajar con las motivaciones de cada cual.

En este contexto, está el fortalecimiento de habilidades sociales básicas que es catalogado como funcional y sutil porque parte de temas de alimentación o comida (poner servicios, usar mantel); se trabaja en base al objetivo de aprender a organizar y respetar normas, horarios, límites, incorporando a las actividades los oficios y responsabilidades en el espacio terapéutico y que tiene que ver con crear cambios significativos en los hábitos de higiene y un estilo de vida saludable.

... “y en ese sentido es el significar el sentarse a la mesa para el desayuno para el almuerzo, que le sirvan un plato de comida, una taza de té” (Patricia Canelo; Psicóloga).

El trabajo socioeducativo y psicoeducativo permiten desarrollar habilidades sociales y el fortalecimiento de las capacidades individuales como comunicación eficaz y asertiva que sirven para llegar a acuerdos, la resolución de conflictos como elemento que fortalece la convivencia, el manejo y tolerancia a la frustración e impulsividad para mejorar conductas de respeto hacia los demás y hacia sí mismo; desarrollar habilidades sociales como la construcción de identidad y sentido de pertenencia dirigido a un lugar físico, a un grupo determinado, a una familia y a un sector socioeconómico; se requieren el sentido y la construcción de la participación ciudadana para que la persona efectivamente pueda emponderarse de sus derechos y hacer ejercicio civil de ellos, adquiriendo responsabilidades específicas para un trabajo colaborativo y cambio de roles.

La intervención que apunta al eje socio-ocupacional pretende que la persona adquiera herramientas, capacidades y logre desenvolverse asertivamente en la sociedad, enfrentándose a un contexto de vulnerabilidad social, en este plano se trabajan el tema de redes, educativo y laboral, derechos del trabajo. El apresto laboral se trabaja a través de talleres con un formato que entrega CONACE, pero se ha modificado para el grupo de usuarios que tiene características específicas.

... “Hemos hablado del tratamiento más terapéutico y del tratamiento más socio-ocupacional y en esa área hay trabajos que tienen que ver con transversales... la integración socio-ocupacional forma parte de un eje fundamental trabajado transversalmente en cada una de las fases... para poder sostener un estilo de vida saludable es necesario hacer un trabajo de integración y para eso hay que hacer un acercamiento, un apresto laboral, un acercamiento a distintos espacios públicos” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

La intervención despliega otras áreas como el tema de prevención y factores de riesgo enfocados al manejo de recaída y fortalecimiento de la abstinencia, educación sexual y auto-cuidado, autonomía y autogestión del sujeto.

... “el caso de los chiquillos que por ejemplo necesitan una íter-consulta, le corresponde a él autogestionar sus necesidades, nosotros orientamos, facilitamos “puedes hacer esto, que te parece” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

En la intervención médica se trabajan áreas más específicas relacionadas con las enfermedades o patologías mentales como depresión, crisis de pánico, trastorno de ansiedad, trastorno de angustia, trastornos de personalidad y rasgos de la personalidad; y enfermedades psiquiátricas que se relacionan con la dependencia a sustancias, con el síndrome de abstinencia, con los daños orgánicos, entre otros. Además está focalizada, en generar aprendizajes en términos más sistémicos y que se den cuenta de cómo funciona la comunidad terapéutica para que visualicen conflictos y enfrenten conductas, sistemas y subsistemas filiares, relaciones paréntales a través de la comprensión de historia de vida.

Como primera medida en esta área, los usuarios/as son vinculados a la red de salud, se gestiona la obtención de la credencial FONASA A con el Consultorio de Atención Primaria del sector (Consultorio Santo Tomás); en la primera atención psiquiátrica, se realiza un primer diagnóstico físico y de conductas de riesgo (drogas inyectables, conductas sexuales de riesgo, etc.) derivándose a ese centro de salud en caso de requerir procedimientos de laboratorio clínico u otros exámenes.

En casos específicos de atención dental y urgencias hospitalarias (operaciones por fracturas, por ejemplo), se cuenta con la colaboración del Hogar de Cristo para aquellas personas que se encuentran incorporadas a las hospederías de residencia nocturna. Para las personas que no tienen hospedaje en el Hogar de Cristo, la derivación es realizada al Hospital Padre Hurtado (comuna San Ramón). Respecto de procedimientos para detección de VIH/SIDA y otras ETS (incluyendo consejería), los usuarios/as son derivados a la unidad especializada del Hospital Sótero del Río (comuna Puente Alto).

EJE TEMÁTICO ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN

Las actividades son diferenciadas por fases y cada una de ellas tienen una función muy concreta: en los grupos terapéuticos de segunda fase (grupo recuerdos y grupo sentimientos).

... **“Se trabaja en segunda fase los sentimientos, comienzan a visualizar y problematizar aquellas situaciones que están latentes, se hacen grupos de reflexión, donde un compañero prepara y expone un tema con una estructura que tiene que ver con una actividad con entrega de conceptos básicos y reflexión conjunta con los compañeros, un cierre y una síntesis” (Patricia Canelo; Psicóloga).**

En los grupos terapéuticos, se abordan temáticas de contenidos comunes y específicos como trabajar la frustración, utilizando distintas técnicas (inducción, relajación, socio-drama, psicodrama, silla vacía, imaginaria dirigida). Se trata de espacios terapéuticos diferenciados que buscan desarrollar procesos de reparación afectiva y emocional en las personas como la significación de algunos hitos que han sido más complejos en la historia de vida, se trabaja con recuerdos para abrir ciertas situaciones que han enfrentado y ver como las han resuelto para resignificarlas y generar un cambio.

... **“se trabaja con la resignificación y se refuerzan ciertos contenidos que tienen que ver con el grupo, se hacen actividades más lúdicas por medio de juegos, dinámicas, reflexiones, talleres, seminarios que permiten que cada uno vaya significando para sí mismo la necesidad de sostener un cambio” (Patricia Canelo; Psicóloga).**

En los espacios terapéuticos que son para el grupo completo, es realizado **el encuentro de la mañana** es un trabajo de participación e interacción grupal donde se hacen críticas constructivas, para ser aceptadas y abordadas, el terapeuta modula en forma guiada los conflictos y confrontaciones para que sean constructivos.

... **“el círculo de la mañana es el espacio más importante terapéuticamente, porque ahí se confrontan y la confrontación no es la idea del reto, es interpelar, y se produce porque el grupo interpela y exige la entrega de lo que le pasa al compañero. No se trata de hacer conducta, porque muchos entienden eso, pero si en el círculo alguien dice -“me tengo que auto-orientar y si me tengo que motivar, me motivo”- y lo aprenden como una regla, por eso que el grupo es tan importante” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).**

Esta estructurado en cuatro momentos: auto orientación, confrontación, motivación y auto motivación:

La orientación, en este espacio cada integrante va señalando su estado anímico, visualiza las situaciones problemática y acciones concretas a seguir para transformar esa situación.

La confrontación, es un espacio de ayuda y de retroalimentación que consiste que cada integrante del grupo, le entrega a otro una problemática que visualizan dentro de su proceso y le entregan acciones a seguir para su solución.

La motivación, es un espacio similar al anterior, cada integrante señala aquellos logros en términos positivos de cada una de las personas.

La auto motivación, es un espacio donde cada integrante visualiza, sintetiza y analiza sus logros y los entrega al grupo.

Encuentro de Cierre, realizado diariamente al término de la jornada con el objetivo de conocer el estado anímico y la disposición al concluir el día.

Evaluaciones del fin de semana, se realiza el lunes (grupo completo), donde cada integrante debe autoevaluar las situaciones vividas durante el fin de semana (el uso del tiempo, relación con sus familias, etc.).

Evaluaciones Semanales, se realiza el viernes durante todo el día, luego del encuentro de la mañana, cada integrante realiza una auto-evaluación sobre las situaciones experimentadas durante la semana (actitudes, responsabilidades, relaciones de convivencia, frustraciones, motivaciones, etc.).

Cabildo, es un espacio grupal que ésta organizado, comandado y administrado por sus integrantes, con una estructura de organización interna donde proponen, discuten y acuerdan iniciativas llevadas a cabo por ellos mismos, Como la elaboración y venta de pan amasado o empanadas en horno de barro disponible en el comunidad, para reunir fondos que les permita realizar actividades recreativas, entre otras iniciativas.

Jardinería: reforestación de la comunidad terapéutica por los propios usuarios, otra actividad en la que participan, es una Radio que comandan desde la hospedería Padre Lavín y crear actividades recreativas para los infantes de la sala cuna de La Caleta.

EJE TEMÁTICO OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN

Sostener un cambio en el estilo de vida que permita significar permanentemente la necesidad de mantener la abstinencia, superando la condición de adicción y de consumo problemático.

... **“que ese ser humano que esta aquí, que llega cagadisímo, vaya teniendo como consecuencia el abandono del consumo problemático que tanto daño les hace, porque es algo que ellos mismo sienten que les daña, que les perjudica, y no los deja ser y estar en la vida” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).**

Reconstruir y resignificar el proyecto de vida dentro de un contexto de crecimiento y desarrollo integral, armándose como ser humano en todos los sentidos y en distintas áreas, transformando las actitudes para resolver conflictos y enfrentar la cotidianidad para emprender las actividades de participación ciudadana con roles activos.

... **“un cambio significativo en las actitudes para resolver conflictos y enfrentar la cotidianidad... que signifique un juego de roles activo en términos de ser padre, de ser madre, de hijo, ser trabajador, ser estudiante, ser ciudadano, reconstruir y resignificar el proyecto de vida” (Patricia Canelo; Psicóloga).**

Construir la autonomía plena y el reconocimiento tanto personal como emocional, siendo un facilitador las dinámicas, talleres y distintas actividades para ir traspasando elementos y un lenguaje en común estableciendo el vínculo a través del afecto.

Recuperar al individuo como sujeto nuevo, pleno y con capacidades para que logre ser feliz, y logre un funcionamiento adecuado, con la abolición de rasgos de la personalidad patológicos y obtenga como objetivo último la sanación completa, recuperación, reparación y cambio a través de un proceso de aprendizaje, formación, apoyo, ayuda y acompañamiento.

EJE TEMÁTICO SISTEMA DE REGISTRO

Los registros utilizados en la primera etapa son:

- Pauta primera entrevista
- Contrato terapéutico
- Registro grupo terapéutico / Coloquio individual
- Registro de reuniones familiares
- Ficha Social
- Evaluación de compromiso
- Informe evaluación psicológica
- Informe evaluación psiquiátrica

En segunda fase, se suman a los registros señalados, las pautas de los grupos terapéuticos (Sentimientos y Recuerdos), además de la evaluación de compromisos que tienen lugar en esta segunda etapa.

En el encuentro de la mañana, se aplica una tabla de participación y sirve para las auto orientaciones registrando quién motiva o quien confronta, y se marca con una cruz los cuatro momentos donde se anotan los puntos más importantes y relevantes de la mañana.

Existe una síntesis del total de las intervenciones y de las prestaciones individuales, grupales, otras que tienen que ver con la recaudación de datos y que sirven para mejorar la intervención; se realizan registros institucionales formales que solicita CONACE, son los consolidados mensuales, semanales y diarios de las actividades realizadas como psicoterapia individual, psicoterapia grupal, y registro de aspectos importantes de cada intervención anotados en hojas que se incorporan a la carpeta de cada usuario para ser revisada por las terapeutas y miembros del equipo de profesionales; existe registro de coloquio de los diálogos individuales, registro para cada una de las actividades en términos del rescate del discurso (de todos los encuentros de la mañana con su estructura), para un posterior análisis y evaluación que permite observar cambios que se generan en el proceso, la construcción y significados que se va generando, forma de enfrentar situaciones problemas que finalmente permite ir manteniendo actualizado el plan de intervención individual.

El plan de intervención individual es un documento formal e institucional con los requerimientos de CONACE, se construye en conjunto con la persona en atención, las líneas de acción e intervención y logros que esperan de su tratamiento. (Se aterriza concretamente de acuerdo al compromiso y las posibilidades de sostener el cambio). Existe un registro de socio ocupacional que también tiene su propias pautas con un diagnóstico que lleva un instrumento que es aplicado.

EJE TEMÁTICO SISTEMA DE EVALUACIÓN

Las evaluaciones individuales, se van realizando de acuerdo a los avances que se observan en el proceso individual de acuerdo a registro diarios de las actividades que se van realizando y que permite intervenir en base a las necesidades y requerimientos de cada integrante; existen evaluaciones periódicas de este proceso en términos cualitativos y cuantitativos de acuerdo a los objetivos terapéuticos que permiten medir logros, avances, cambios, debilidades.

... **“La auto evaluación en términos terapéuticos se puede entender cómo se va desarrollando una lógica y un entender del avance en el proceso; si bien el tratamiento idealmente corresponde a una abstinencia y a una puntuación de logros alcanzados, en términos terapéuticos los logros se van midiendo en relación a cada sujeto” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).**

Las evaluaciones grupales, se conforman los grupos pequeños de cuatro personas más o menos, que no es al azar se intenciona de acuerdo a las dificultades personales entre sus compañeros; se divide en dos tipos de evaluaciones mencionadas en las actividades (evaluación del fin de semana, evaluación de la semana). Se considera una actividad porque las evaluaciones de los integrantes sirven a los profesionales como una herramienta para ver sus logros, avances, cambios, entre otros, aunque finamente la evaluación la realiza el equipo de terapeutas.

La evaluación individual y grupal que los usuarios hacen de sus procesos es realizada en la confrontación y son moduladas por los terapeutas para que sean constructivas y no destructivas.

... “es muy importante lo que dice cada individuo de si mismo y como se ve cada uno... pero esa no es una evaluación en términos de resultados del proceso terapéutico... los compañeros dicen -“estás haciendo las cosas bien, estás en un buen proceso”-, pero la evaluación ya sea subjetiva, cualitativa, cuantitativa la hacemos nosotros y no evaluamos entorno a lo que dice su compañero de su otro compañero, lo que si sacamos de ellos es como se evalúan a si mismos y a sus compañeros” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

Evaluación de Proceso, es un balance que se realiza en ciertos momentos de las fases, al ingreso de las mismas, ó en tercera fase al momento del egreso donde las personas tienen un espacio con el equipo para realizar una devolución de cómo está su proceso en ese momento, y los profesionales le devuelven en forma reciproca todo el proceso.

... “la persona que va ser egresada, la familia le va reconociendo los logros, realizando una devolución lo más completa posible, y finalmente él tiene la posibilidad por primera vez dentro del proceso de hacerle una devolución a los terapeutas” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Evaluaciones de Equipo, se realiza un itinerario de actividades de integración con el equipo de profesionales que permite generar espacios internos de auto-evaluación crítica, analítica y detenerse a planificar, discuten caso a caso para ir mejorando la intervención y establecer las áreas que hay que reforzar referente a lo terapéutico y farmacológico.

... “La evaluación de equipo, es un espacio informal y un ejercicio de mirarse, de cómo lo estamos haciendo, de ver logros; evaluamos la contingencia inmediata para ver como la podemos enfrentar, eso es bastante difícil pero nos vamos retroalimentando” (Patricia Canelo; Psicóloga).

Jornadas de Evaluación: han implementado estrategias e iniciativas para organizar y planificar rigurosamente el trabajo en jornadas de evaluación para abarcar el conjunto de dimensiones, objetivos, iniciativas y la metodología a implementar. Durante el 2008, se realizaron dos, la primera tuvo como finalidad ver el tema de los registros que se van modificando de acuerdo a los requerimientos institucionales, y la segunda jornada tuvo como finalidad ver el trabajo de redes que se estaba realizando.

... “Tuvimos una evaluación en el servicio de salud sur oriente, donde sacamos el 4° lugar, y fue una evaluación bastante positiva en varios ámbitos, que nos ha permitido sistematizar un poco nuestra experiencia” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Caleta Sur, presenta varios tipos de sistemas de evaluaciones que les permite medir logros y mejorar la intervención terapéutica en aspectos más vulnerables.

3. MATRIZ MIRADA EVALUATIVA (PRINCIPALES TRANSFORMACIONES)

EJE TEMÁTICO LOGROS EN EL PROCESO

A nivel de resultados dentro del proceso de intervención, existen distintos grados de complejidad y profundidad que se relacionan en primera escala con la adherencia y continuidad en el tratamiento, en segunda escala un paralelo al mantenimiento de la abstinencia, existiendo distintas expectativas para cada una de las etapas de tratamiento. Es evidenciado claramente un incremento en la adherencia expresada por dos razones; primero, incrementa el promedio de tiempo en la adherencia y permanencia que bordea los seis meses; segundo, están implementadas todas las fases de la metodología, y todas ellas están con personas, lo que va haciendo posible el cumplimiento de objetivos.

... “algo que nos ha producido especialmente este año, es que los niveles de adherencia se han ido incrementando bastante, de una adherencia que teníamos histórica de tres a cuatro meses, hoy día bordea los seis meses, y también tenemos egresos, graduaciones por así decirlo... tenemos hoy día una adherencia de seis meses aproximadamente; seis meses de trabajo constante y que ha permanecido con un grupo constante de 8 personas, y que pueden ser más porque tenemos una adhesión de 18 usuarios que pueden llegar a un trabajo constante” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Desde el punto de vista médico, es fundamental manejar el control de síntomas y desencadenantes de trastornos mentales, asociados o no al consumo de drogas (premorbilidad o comorbilidad), porque permite asegurar la permanencia, continuidad y adherencia a tratamiento y garantizar resultados en la abstinencia; y con la adherencia es posible abordar temas terapéuticos más profundos y otras áreas como la expresión emocional, el manejo de situaciones conflictivas, la reconstrucción de la personalidad, la reconstrucción de una historia de vida.

... **“un tipo que está deprimido, que está muy angustiado, muy desanimado, que no puede dormir, que tiene mucho descontrol de impulsos, obviamente no va a pasar los dos meses, se va a tener que ir, porque no le va a dar el soporte físicamente para estar acá. Si bien La Caleta es muy contenedora, hay un grupo que están todos en la misma, hay terapeutas que están ahí metidas en lo que trabajan, hay veces en que es necesario ayudar farmacológicamente a los chiquillos para que tengan un mejor performance por decirlo así, o mejor aprendizaje” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).**

Es visualizado como logro el alto nivel de control en la abstinencia que van teniendo las personas, y no solo logran la abstinencia el tiempo que dura el proceso, sino que logran significar la recaída y la construcción de un proyecto de vida que pueda ser sostenido en el tiempo, y si bien las recaídas están presentes, éstas no son recurrentes, ocurren de una a tres como máximo dentro del proceso completo considerándose como mínimo respecto al patrón de consumo y al estado en que llegan las personas.

Es comprendido que el tratamiento es bien logrado no solo cuando cumple con los objetivos concretos de tratamiento, también cuando obtienen pequeños logros y avances a nivel de reducción de daños como el caso de un sujeto, considera que la pasta base le hace mal y logra hacer un cambio de fumar marihuana una vez a la semana, para ir dejando el consumo paulatinamente y llegar a la abstinencia como ideal.

Keeney (**Op.cit**), basada en las ideas fuerzas propuestas por Marlatt en 1996, reconoce la abstinencia como resultado ideal, y acepta como método de tratamiento alternativas que reducen el daño; reconoce que la abstinencia es casi siempre requerida como condición previa al tratamiento (en su mayoría los programas de tratamiento rechazan a la personas que siguen con su consumo problemático). Y, aunque la reducción de daños no está en contra de la abstinencia (a pesar que en algunas expresiones más radicales aparece planteada como tal), entiende que los efectos perjudiciales del consumo de drogas puede situarse en una graduación continua, como se distribuyen los grados para medir la temperatura en un termómetro. Cuando las cosas se ponen muy riesgosas, la reducción del daño propone “bajar la temperatura” a niveles más moderados. Este enfoque gradual de “un paso menos” anima a los individuos, con conductas excesivas o de alta exposición a otros daños, a reducir las consecuencias adversas respecto de sus conductas “paso a paso”. La abstinencia, como objetivo final, reduce en gran parte o elimina completamente los riesgos de daños asociados a un consumo excesivo de drogas.

En este sentido, la abstinencia es entendida como una meta final (como un lugar a llegar) situada en una graduación continua que oscila entre consecuencias perjudiciales y beneficiosas.

Caleta Sur, plantea como otro resultado, el cambio en el nivel de subjetivación, observándose en las personas mayor emponderamiento respecto a su persona y un aumento en su autoestima, confirmación en su identidad, valoración de sus capacidades, surgimiento del respeto hacia si mismo y los demás. Asimismo, se manifiesta una elaboración distinta en el discurso y una réplica e instalación del mismo en la conducta, comenzando a fortalecerse internamente y logrando hacerse cargo de sus decisiones.

... “comienzan a tener un logro de control interno y no externo, ya que en general, ellos mantienen una visión hacia fuera de las cosas que ocurren, y eso es uno de los logros más significativos cuando efectivamente ellos comienzan a fortalecerse internamente y pueden hacerse cargo de sus decisiones” (Patricia Canelo; Psicóloga).

El desarrollo personal y el fortalecimiento en distintas áreas, es un resultado que experimenta el usuario, pese a las experiencias personales cargadas de dificultades, resultado que replica en los interventores como una acción gratificante.

... “cuando veo que están desarrollándose en distintos ámbitos como grupal, individual, comunitario e integrarse a las actividades tanto culturales como sociales; cuando son capaces de simbolizar el mundo a nivel interno y externo, de hacer un proceso individual que es muy complejo, muy difícil, muy doloroso, que lo hace muy valioso, en poder decir -“con todo lo difícil y con todas las lagrimas que he dejado acá, tengo esperanza, y si bien hay cosas que me apremian estoy viendo cambios”-. Cuando empiezan a vivenciar cambios en su familia, su trabajo y el medio en que se desenvuelven, eso es lo bonito de este trabajo que de repente parece tan duro y pasan tantas cosas difíciles, pero finalmente ves resultados” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Otro resultado a nivel de logros colectivos, es la conformación de Cabildo que es una organización autónoma, donde han adquirido capacidades de gestión, de cohesión y de sentido de pertenencia, el equipo de profesionales ha sido un acompañante y facilitador de forma externa, pero el trabajo realizado es merito de cada uno de los integrantes a quienes les corresponde un rol, una responsabilidad y actividades específicas.

... “nosotros trabajamos con una población muy dañada y bastante vulnerada, marginada, excluida... pero efectivamente ellos, tienen claro los valores intrínsecos de seres humanos y necesitan un espacio para poder desarrollarse, se han apropiado y han decidido salir adelante, y lo han hecho por todo el trabajo que han realizado” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Como propuesta lograda, es la estrategia hacia afuera reflejada en el trabajo de redes, en términos de una relación fluida con las distintas instituciones (CONACE, COSAM, SEFAN, Casa de la mujer de La Pintana, hospederías).

EJE TEMÁTICO CAMBIOS EN EL PROCESO

Las personas con consumo problemático, ingresan con una condición muy compleja y en general llegan con mucho daño en varios ámbitos como personales, emocionales, psíquicos y físicos. Los cambios que se observan más notoriamente son a nivel externo hay una mayor preocupación en la higiene y el aspecto físico, en la utilización del lenguaje.

... “el cambio en el aspecto físico, muchos vienen con daños personales y psíquicos, muy intoxicados, la desintoxicación es otro cambio importante que va puliendo muchas características que ellos mismos no sabían que tenían, los cambios en la utilización del lenguaje, en la manera de relacionarse consigo mismo y con los compañeros” (Patricia Canelo; Psicóloga).

En aspectos personales, es un común denominador las historias de vida ligada a la violencia como maltratos físicos y psicológicos, negligencia aparéntales y abusos de todo tipo incluyendo los sexuales. Estableciéndose un patrón conductual de ser o haber sido violentados, y de ellos ser muy violentadores con su entorno y sus familias, situación que logran visualizar haciéndose cargo de su conducta, nombrándose a si mismos como agresores y reparando la violencia de cual han sido objeto y están sujetos.

... “como el típico hombre que golpea y no reconoce esa actitud, y en el transcurso del tratamiento va trabajando el código de la violencia, lo reconoce y construye, reparando el daño del cual fueron objeto y generando una suerte de empatía -“fui víctima de violencia y también fui violento”-... históricamente y espero no equivocarme, el 100% de las mujeres que vienen acá, ha vivido abusos, de ellas ser abusadas, por ejemplo, se da el tema de abusos sexuales desde pequeñas, y después de haber sido abusadas sexualmente son objetos de relaciones con violencia y abusos por las parejas... entonces el tema de la violencia y el consumo está muy ligado” (3). (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

El resguardo de la abstinencia es muy importante porque ayuda a las personas a que logren un cambio a nivel emocional y a nivel de conductual, observados en la actitud hacia los demás como relaciones en base al respeto, adquirir compromisos, cambios en su desarrollo afectivo de evitar tener contacto y demostrar afecto, a ser capaces de establecer vínculo y demostrar empatía por otros.

... “cuando un sujeto muestra su molestia desde el respeto y no sabía decir otra cosa que no fueran garabatos y golpear porque no podía enfrentar su realidad de otra manera, es decir, cuando aprende a no frustrarse... cuando han decidido hacer algo y lo están haciendo bien y se sienten orgullosos de sí mismos, se creen y sienten capaces de lo que están haciendo” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Los usuarios van evolucionando al paso del tiempo en términos terapéuticos, en términos cognitivos, en términos dinámicos, en términos de personalidad, en términos de aprendizaje, en término de manejo de emociones. Al dejar el consumo se observan cambios en patrones de conductas que en general mejora general el estado de ánimo habiendo remisión de síntomas de enfermedades como depresión, crisis de ansiedad, descontrol de impulsos, tolerancia a la frustración.

... “en los primeros tres meses existe un manejo de las enfermedades y remisión de los síntomas, tenemos una adherencia que se va continuando, empieza haber una abstinencia, una conciencia de que vuelven a existir, una visión de su propia historia de vida... las personas cuando están muy metidas en la droga, están como en una pausa en la vida o no la están viviendo y cuando vuelven a la realidad empiezan a darse cuenta de todas las cosas que han vivido y empiezan a enfrentarse a cosas bastante complejas” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

Esta evolución y cambios significativos, se explica a través de dos procesos que el sujeto vivencia en forma interna, por un lado, estaría revelado cuando la persona logra realizar una profundización real sobre la problematización de su consumo, logra trabajar su subjetividad, logra establecer causas, logra bajar sus barreras y compartir sus problemas.

... “hay historias de vida que llevan eso por años y que cuesta hasta ponerle nombre a las cosas que vivieron; y después que las trabajan significa perdonar y perdonarse, después de eso viene la reparación y la sanación” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

El proceso de problematización del consumo, solo es posible si la persona entrega el material y el contenido necesario de los nudos en su historia de vida, a partir de ahí, se realiza un trabajo dirigido por el equipo de profesionales, por el grupo terapéutico y por la misma persona.

... “Tiene que entregar el contenido y el material... lo demás, va siendo dirigido por ti, por tus compañeros y por el equipo. Es una triangulación donde me voy guiando y me dejo guiar por los otros, como una forma distinta de dejarse guiar para recuperar el control de la vida” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

El otro proceso que explicaría los cambios más significativos que se producen en las personas a nivel terapéutico, es el **insight** (capacidad de auto-observación de las emociones y conducta) o grado de discernimiento claro respecto al sí mismo; los terapeutas son conductores y facilitadores en este proceso de redescubrimiento o “insight”, siendo capaces de realizar una lectura clara de la problemática porque la miran desde afuera, aunque deben tener mucho cuidado en la transferencia y en cómo abordar los temas para evitar errores.

... “por ejemplo, este chiquillo que ha enfrentado la calle, que a robado y que finalmente para no pasar hambre se drogaba, le preguntas ¿que crees tu, y que pasó contigo, y cómo llegaste ahí?; haces que reflexione sobre su problemática y visualice mucho mejor, produciéndose un punto de inflexión; y de repente te contestan -“donde cresta estoy, la calle es el único lugar donde puedo estar”-, y se da cuenta que ha perdido todo por la droga y se mira clarito a si mismo, tal cual lo haría un terapeuta desde afuera, y empieza a estar consciente del problema real y de si mismo” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

La reflexión y la inflexión o cambio de sentido es un proceso de internalización e introspección de cada individuo, produciéndose un proceso de desarrollo y de crecimiento interno que se va transformando en una conducta de auto cuidado.

... “Se ven enfrentados a situaciones que van produciendo en ellos una reflexión interna, cambian en la forma de expresarse y la de leerse... van desarrollando y fortaleciendo las capacidades de cuestionar, de decidir, de elegir, de exigir, de entregar... y saber lo que ellos están haciendo acá, de hacer un trabajo de introspección, de mirarse, de poder analizar y de hacer autocríticas para sacar de alguna forma lo que necesitan, el saber que ellos pueden ser alguien distinto y decidir que pueden ser” (Patricia Canelo; Psicóloga).

En términos terapéuticos el insight les permite salir de la evasión para darse cuenta y enfrentar su realidad para poder verse a si mismo con una visión crítica de sus defectos, cualidades, responsabilidades, atributos, ventajas, desventajas, equivocaciones y aciertos.

... “de ahí para delante empiezan haber cambios mucho más profundos, el insight es la primera puerta que hay que abrir, es la primera manera de poder verse a si mismo, los cambios en uno, no se pueden hacer desde afuera, y desde ahí empieza la reconstrucción simbólica de la propia historia de vida, la reparación de conflictos” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

Para el terapeuta es claro quienes no tienen nada de insight -“los que siempre le echan la culpa al resto”-, ese rasgo va cambiando por la dinámica que se experimenta en la confrontación, que permite que los compañeros se den cuenta y se digan las cosas, la convivencia en grupo ayuda que se generen conflictos que se generan en todo grupo humano, permitiendo aprendizajes de ellos mismos de acuerdo a la experiencia a través del discernimiento respecto a una serie de eventos que han marcado (abandono de hijos, abandono de pareja, culpabilidades paréntales, maltratos y abusos).

... “en la medida que vamos reparando toda la historia para atrás, se van reparado ciertos rasgos de personalidad que no son muy adaptativos que son un tanto patológicos y que no les permite adaptarse al medio ambiente o lo que les rodea; y reparando eso pueden ir saliendo adelante, y en la medida que adquieren rasgos más adaptativos, empiezan a resolver conflictos que tenían de antes, empiezan a conocerse más ellos mismos” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

El insight permite al sujeto ir reparando estos eventos que fueron marcando y desencadenando el tipo de conducta que adquirió e ir mejorando el tipo de persona que es en el presente. En términos concretos se construye como individuo con una personalidad más sólida, más digna, más autónoma, más adaptada, surgiendo la aceptación de sí mismo y -“una coherencia en lo que fueron, son y quieren ser”-, dejando de ser presa de su consumo, de sus conflictos previos, de su historia de vida, porque al liberarse de todas esas cargas, son capaces de crear un nuevo individuo, por los aprendizajes adquiridos se da un crecimiento y fortalecimiento personal que es por siempre de acuerdo a los tiempos de cada cual.

EJE TEMÁTICO AVANCES EN EL PROCESO

La mantención de la abstinencia trasciende como un avance muy valorado en los primeros meses y durante todo el proceso por la complejidad que la acompaña. Es observado que la motivación al ingreso cambia y realizan un giro, porque van trabajándose ellos mismos, y se transforman en objeto de tratamiento.

Los avances concretos a nivel interno y una transformación en ámbito personal que están claramente reflejados en la forma cómo va enfrentando los conflictos cotidianos, en la manera de relacionarse consigo mismo y con los compañeros, como va significando las relaciones con la familia, personales, afectivas, laborales.

... “nosotros visualizamos cambios en la elaboración del discurso y como ese discurso se instala en la conducta, desde la llegada hasta los avances que van teniendo en términos de cómo van enfrentando los conflictos cotidianos, como van significando las relaciones con la familia, personales, afectivas, laborales, es ver una transformación en ámbito personal” (Patricia Canelo; Psicóloga).

Surge un crecimiento y desarrollo personal, mejora la convivencia de grupo; el tema grupal y la interacción entre sus miembros, es fundamental, los conflictos que se generan en la interacción da un aporte genuino de fortalecimiento, conflictos que surgen de forma individual y que se comparten y se retroalimentan.

... **“los conflictos de grupo tienen que ver con uno, pero el aprender a vivir con esos conflictos de una manera guiada, es fundamental... hay varios momentos en que se permite confrontar un chico con otro, y eso genera apertura al diálogo, flexibilidad, poder escuchar al compañero, poder entender que uno a veces se equivoca, poder decirle al otro en que se equivoca sin maltratarlo, poder dialogar, poder ayudar al otro”** (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

Estos avances de cada persona se van evaluando a través del análisis de los encuentros, de las evaluaciones semanales que son dos las del día lunes y la del día viernes de las reuniones clínicas.

EJE TEMÁTICO RETROCESOS EN EL PROCESO

Un retroceso ocurre cuando a la persona le cuesta dejar el consumo problemático, y por decisión personal no logra traspasar el interés inicial, ni exigencias del tratamiento, y no logra entregar ni el material, ni el contenido suficiente para realizar un trabajo terapéutico más profundo y que implique poder reparar y sanar situaciones vivenciadas.

... **“lo complejo tiene que ver con cada paciente, porque hay pacientes que son complejos por sí solos, porque no tienen paño terapéutico, porque tienen poco insight, porque tienen rasgos muy patológicos; y cuando tenemos personalidades muy patológicas es muy difícil trabajar con ellas, son muy resistentes al proceso terapéutico y el que no logra entregar material termina abandonando el proceso porque no logra profundizar”** (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

Son factores axiales dentro del proceso terapéutico las características psicológicas y recursos personales, la capacidad de resiliencia desarrollada y la motivación por el cambio de conducta.

De acuerdo a las etapas descritas Prochaska y Diclemente (**Op.cit**), las personas que no logran entregar el material terapéutico o que no realizan una conexión entre su conducta adictiva y sus procesos internos, se encontrarían en la fase precontemplativa porque no consideran el cambio y no están conscientes de modificar su conducta.

... “vengo a dejar de consumir, pero no vengo a contarle mis cosas” y no hacen la conexión, y cuando trabajamos y le damos vuelta y no pasa ni se produce nada... le invitamos a que la persona salga del proceso y que vuelva a reingresar una vez que tenga clarito que es lo que le está pasando... y con esos casos, les decimos: -“sabes que no es hoy tu tiempo”-, porque creemos que las personas tienen su tiempo para el crecimiento personal, y tal vez tiene que vivir no se que cosa para que logre darse cuenta que ese es su tiempo, y ahí va a volver de nuevo y lo vamos a volver a recibir” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Otro retroceso tiene que ver con el desenvolvimiento de las personas en espacios y entornos fuera de la comunidad, relacionados con el manejo de problemas en la vida cotidiana, apareciendo situaciones complicadas como el hecho de ser responsables, por ejemplo, de maltrato y de negligencia con su familia e hijos; cuando visualizan éstas situaciones, el darse cuenta, les genera tensiones y cambios tanto emocionales como conductuales quedando en ocasiones estancados en problemáticas a nivel individual y/o familiar.

La cara inversa de esta situación, se relaciona con éstas situaciones complejas y que están ligadas a las actitudes asociadas al acto de consumir, como el desatar situaciones de violencia y agredir a la familia, sin que la persona sea capaz de comprender y reflexionar en forma autocrítica.

El problema que con más frecuencia se genera al quedar estancado en problemáticas a nivel individual y/o familiar, es la recaída que a veces se transforma en un retroceso cuando la persona se demora en procesarla porque es vista como un parámetro para evaluar el tratamiento, o cuando quedan anclados en el sentimiento de culpa y fracaso, o cuando implica un riesgo alto de deserción del proceso terapéutico.

... “en la medida que hay un aprendizaje de algún evento que sea conflictivo y que sea reciente, aunque sea una pelea, aunque sea una recaída, lo que sea; en la medida que haya una reconstrucción a partir de eso, no va haber un retroceso y un retroceso es quizás abandonar un proceso, ni eso, yo no lo considero un retroceso, porque tiene que ver con crecimiento, y el crecimiento personal, es personal y por siempre, es individual, tiene sus tiempos, tiene sus etapas, y a veces los chicos no están simplemente preparados” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

En relación al proceso terapéutico, no se habla de retrocesos a partir de un evento aislado como un conflicto o una recaída, porque la recaída es considerada normal y se espera que ocurra para que el usuario la enfrente y pueda transformarla en una oportunidad de aprendizaje. Se puede mirar como un evento positivo, siempre que pueda servir como aprendizajes que conduzcan a cambios significativos, cuando el sujeto se hace cargo de las emociones implicadas y las conductas desatadas para establecer estrategias que permitan reconstruir ese evento como un proceso importante dentro de su tratamiento, asumiendo y racionalizando los factores desencadenantes, protectores y de riesgo.

... “Existe un riesgo alto de recaída y deserción al presentarse la oportunidad de capacitación para los usuarios, porque se debe visualizar cómo son capaces de tomar ésta oportunidad asumiendo el riesgo; y esto debe ser abordado por el equipo a través de la comprensión de ciertos elementos, del tiempo de tratamiento, de las características y personalidades de los usuarios” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Las decisiones que implican asumir riesgos en la intervención son en base a criterios de intervención desde los distintos profesionales, que se van modificando de acuerdo a la contingencia de las situaciones.

... “es muy difícil, por ejemplo, cuando un chiquillo quiere trabajar y tiene que portar dinero, hay que confrontar bien la situación y tomar la decisión correcta, porque desde mi visión puede que él está bien, pero otro profesional logra ver una debilidad que yo no” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Esta situación se presenta como un retroceso y una debilidad cuando los criterios no están previamente establecidos, y al presentarse la contingencia se torna difícil, al momento de tomar directrices en forma objetiva cometiendo en ocasiones equivocaciones.

4. MATRIZ MIRADA EVALUATIVA (FACTORES CONDICIONANTES)

EJE TEMÁTICO FACILITADORES Y FORTALEZAS

Es una fortaleza fundamental el grupo terapéutico que facilita la intervención, porque el mismo grupo autorregula sus procesos por la interacción y conflictos que se generan en su dinámica interna, que sirven para el crecimiento y aprendizaje grupal.

... “el poder mirarse en los otros y reconocer como permanentemente estamos proyectando dificultades propias en otros, es algo que finalmente permite que haya una reflexión y una introspección que se traduce en cambios personales importantes... de cómo logran verse dentro de un grupo, participar en su grupo y retornar a partir del grupo una visión hacia el individuo en términos de reflexión” (Patricia Canelo; Psicóloga).

El grupo se da cuenta perfectamente quienes están para tratarse el tema del consumo problemático y quienes están por otros motivos, como en situaciones que un usuario entiende, -“el portarse bien haciendo conducta, solo dentro de la comunidad terapéutica”-, pero en otros espacios actúan en forma distinta, o en situaciones en que alguien “entra bajo la alfombra”, o cuándo la persona no logra “entregar material terapéutico” no conectándose con la dinámica terapéutica, porque levanta barreras hasta el cielo y termina desertando por presión del grupo que también va exigiendo a través de sus códigos internos, sus confrontaciones e interpelaciones, provocando un efecto de empuje y devolución constantemente.

La formación, constitución y dinámica de los grupos es cíclica, porque hay rotación y abandonos de personas, se estabilizan, van avanzando o pasan a otras fases; y lo que marca la dinámica que se va generando, son los ritmos personales de cada persona, que a veces es más simétrico porque el grupo ayuda a que avance más simétrico.

... “en el proceso de rehabilitación se va generando una vida en grupo terapéutico muy importante, el efecto que tiene la experiencia de grupo es vital, porque no se entienden los avances individuales sin el avance grupal... el grupo también ayuda avanzar, y ahí comienzan a pasar cosas porque el grupo va devolviéndole a la persona constantemente situaciones de cómo se desenvuelve acá” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Muñoz [(2008) (a)], concuerda que la base filosófica de la comunidad terapéutica, radica en “ayudar a los demás a ayudarse a sí mismos y ayudarse a sí mismos para ayudar a los demás”, teniendo como objetivo que el sujeto “actúe” su patología frente a sus pares, quienes le servirán “de espejo” para mostrar las consecuencias sociales de su conducta. Este ayudar para ayudarse queda claramente expresado a través del grupo de autoayuda, y pasa a ser un grupo de pares siendo capaces de ayudarse en la solución de problemas en un clima libre de temores, donde se establecen relaciones de confianza, entrega, apoyo y un fuerte vínculo afectivo, transformándose en el principal grupo de referencia personal, cultural y social.

Caleta Sur, postula que existe una dialéctica entre los cambios individuales con la visualización de la multiplicidad de aspectos y características que tiene la persona arrojada en la evaluación de cada cual; y la metodología basada en la etapificación porque permite un trabajo diferenciado e ir profundizando según los avances individuales, y los cambios colectivos, las dinámicas que se influncian y van permitiendo estímulos valiosos en distintas áreas como el fortalecimiento en la autogestión a través de la organización (Cabildo).

... **“Dentro de la comunidad terapéutica, es muy importante para el aprendizaje la convivencia humana y el perfil de auto ayuda que requiere el grupo que se potencia, porque tiene múltiples efectos de estímulo, tiene efectos comunicativos, tiene efectos terapéuticos, tiene efectos psicoeducativos, tiene efectos sociales” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).**

Picchi (Op.cit: 34), entiende que la comunidad terapéutica, debe identificar el trabajo y el proceso de crecimiento, de personas con conductas adictivas, a través de distintas fases, donde el trabajo refleje como “en un espejo su compromiso y también las dificultades, las inercias, las hipocresías, las resistencias que hay que cambiar”.

Caleta Sur, plantea como otra de sus fortalezas, la horizontalidad para establecer relaciones y vínculos, tanto a nivel de equipo de profesionales como a nivel de usuarios. Se intenta en términos de funcionamiento y de trabajo terapéutico la apertura y el establecimiento de una alianza de confianza en base a una interacción que permita compartir en cada momento “de igual a igual” para mantener una buena relación con cada uno de los integrantes de la comunidad terapéutica.

La organización del trabajo en equipo es fundamental, porque tiene un perfil auto-crítico, riguroso, dinámico e integrativo, tomando las decisiones en conjunto, siendo beneficioso porque se establece mucho dialogo y conversación en relación a los casos clínicos, buscándose distintos afrontamientos para un aporte distinto y flexible, implementando condiciones concretas de sistematización y de un seguimiento más acucioso.

... “es positivísimo el que aumente el equipo terapéutico con otros profesionales y aumenten horas, y es positivo el recambio del equipo... ahora hay seis personas conformando el equipo. Ha habido un transito que no ha sido fácil y también súper crítico, hemos tenido que enfrentarnos a un plan de contingencia con el CONACE, y eso nos sirvió para ver aquellas cosas que faltaban, y ahí se ha producido una serie de cambios, porque se evidencio y se hizo consciente reconocer las falencias que habían” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Es un facilitador importante el readecuar aspectos metodológicos y de estrategias en la intervención de acuerdo a elementos que son atingentes a la realidad de cada persona.

... “se tomó la decisión de hacer una intervención “PARADOJICA”, en el caso de un chiquillo, decidimos que después de un robo se quedará acá, pero con tareas extras, le dijimos: -“OK, robar es malo, no se debe hacer, pero te vas a quedar a trabajar en tu proceso terapéutico”-, verlo y decirle: -“porqué esa cara, con esto estas poniendo en juego tu proceso”-, él lo valoró mucho, y cuando pasan esas cosas, se debe ver desde donde tomas la intervención y decirles: -“que ahí no esta bien”-, y hay que ser crítico en eso y no hacer una reproducción de lo malo que es, o de lo mal que lo ésta haciendo, porque la idea es trabajarlo con él, que aprenda y se modele” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Otro aspecto de readecuación metodológica fue resignificar un aspecto del modelo tradicional de comunidad terapéutica donde el ingreso era casi imposible sin la compañía de un apoderado o de una persona significativa responsable en el acompañamiento del proceso, se aprendió en la práctica que siendo el apoyo importante, no era una condición de éxito en el proceso mismo.

... “No es un requisito para el ingreso el apoyo de un apoderado, lo que intentamos que ojala haya alguien que acompañe, que apoye, que sea un referente con quien hablar, pero si ese referente no esta, intentamos construirlo, y si no es posible construirlo, trabajamos con sus propias capacidades y eso es una posibilidad de logro, de éxito de tratamiento” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Esto se relaciona con reflexionar acerca del tema de la familia, que en la mayoría de los casos se presenta como un factor positivo en sí misma, dependiendo de las condiciones y dinámicas que se establezcan en ese espacio porque a veces la familia se presenta como un agente altamente vulnerador.

Otro cambio a nivel metodológico fue la incorporación de un médico psiquiatra al equipo de trabajo, como un requisito interpuesto por el CONACE para seguir con el financiamiento. En un principio hubo reticencia por algunos integrantes del equipo por pensar que la incorporación de lo biomédico cambiaría el enfoque de trabajo y se perdería el trabajo en equipo; pero se transitó hacia una comprensión y hacia una mirada más flexible que permitió ubicar ésta disciplina en el esquema de trabajo para mejorar la intervención con una comprensión integral de la problemática del consumo.

Con la incorporación del médico psiquiatra, se mantiene la disposición al trabajo en equipo, el diagnóstico de los usuarios es compartido como una dimensión que presenta la mirada conjunta que hace el equipo, se discute las situaciones y se intenta realizar una intervención que apunte hacia la terapia y no solo desde el remedio.

... “lo que a nosotros nos interesa que la inclusión de la perspectiva médica dentro de la intervención nuestra fuera un trabajo de equipo... he observado en otras experiencias, que el médico psiquiatra puede ser un aporte súper interesante en muchas dimensiones, pero a veces está súper limitado a la entrega de remedios, entonces eso es una autolimitación al aporte que este profesional puede entregar desde su saber a las experiencias... hoy día es un aporte y lo entendemos como una dimensión de tratamiento que es importante, que contribuye, pero que no es el factor desde el cual se explica y se gerencia la intervención sino que es una dimensión más que se incorpora a la experiencia” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

La evaluación psiquiátrica permite ver aspectos más cognitivo conductuales y establecer si una persona en proceso terapéutico requiere a parte de la psicoterapia y seguimiento de controles, el apoyo de medicamentos dependiendo de aspectos biológicos, del manejo conductual y control de impulsos a nivel neurobiológico.

Existen aspectos médicos en los usuarios que no es posible que otro profesional intervenga como el caso de una usuaria antigua con hipotiroidismo que no había sido diagnosticada en su momento (no contaban con un psiquiatra), y esa afección la hacía recaer permanentemente, o en enfermedades como patología dual, se ha logrado mantener a usuarios más estables hasta conseguir un lugar más adecuado hasta ser derivados, sin que deserten de tratamiento y/o traten su patología.

... “hay personas que han vuelto hoy, y que habían tenido recaídas importantes, un caso específico, de hipotiroidismo que no se detectó en su momento, que es un aspecto biológico necesario de considerar y no se había considerado; y por lo tanto, tenía una depresión asociada al hipotiroidismo que permanentemente le hacía volver a consumir y finalmente esas depresiones le desencadenaron crisis de pánico... hay factores externos que tienen que ver con un síndrome motivacional, con problemas desde la infancia, tiene que ver con la dificultad con el control de impulsos a nivel neurológico, que es más bien ambiental y requiere un tratamiento medicamentoso... hay un sujeto que llegó muy dañado, con un delirium tremens y un nivel de alucinaciones visuales, auditivas y alteraciones de la conducta muy marcadas, ahora él está en segunda fase, está muy estabilizado pero requiere de un apoyo medicamentoso” (Patricia Canelo; Psicóloga).

La visión integrada de distintos enfoques, teorías, estrategias y metodologías permite una mejor apertura en la intervención; y la visión integrada y multidisciplinaria del trabajo en equipo desde profesionales psicólogas, asistentes sociales, técnico en rehabilitación, médico.

... “acá todos trabajamos igual y tenemos el mismo valor, se genera una integración de distintas personas, escuelas, formaciones y disciplinas; son una herramienta que fortalecen y enriquecen el trabajo poniendo el conocimiento a beneficio de los chicos” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

Otra fortaleza es la metodología para la adherencia, ocurre que al ingreso de los usuarios, muchos entran no con el fin de hacerse un tratamiento por consumo de drogas, más bien ingresan por el tema de la hospedería y la alimentación. Esto es validado para el ingreso, porque se trabaja como estrategia la motivación por el cambio.

... “en el fondo no vienen por el tratamiento... es como estar bajo la alfombra, ahora nosotros lo validamos para el ingreso y lo cuestionamos, ponte tu, en invierno hay lista de espera por sobre demanda, porque la mayoría que viene acá está en condición de calle o están en la calle, y ahí hay una necesidad súper importante, el tema es cómo nosotros aprovechamos un poco eso... porque el sentido es que la persona se quede y haga proceso” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

La mayoría de las personas no entran por un tratamiento, sino por motivos de subsistencia, se válida como una estrategia y “un enganche” para que la persona se quede y haga un proceso, intentando dar un giro a la intervención.

EJE TEMÁTICO OBSTACULIZADORES Y DEBILIDADES

La patología dual, se visualiza como un obstaculizador, hay condiciones especiales, que no son severas y se van mostrando en el proceso que es posible mantener a un usuario más estabilizado con apoyo de medicamentos, pero cuando la patología es más severa (bipolaridad, esquizofrenia) y pone en riesgo el trabajo grupal se busca un lugar para realizar la derivación.

... “como acá la metodología grupal es muy importante, el trabajar, por ejemplo con alguien con un delirium tremens muy florido con un nivel de alucinaciones visuales, auditivas y alteraciones de la conducta muy marcadas, es muy limitado, complicado y problemático incorporarlo a las dinámicas, porque cómo lo haces, es riesgo para el y es riesgo para el grupo” (Patricia Canelo; Psicóloga).

Existen varias patologías mentales que están relacionadas con la dependencia a drogas, pero pueden ser enfermedades por si solas, sin estar relacionadas al consumo, pero en general se asocian al mismo; la dependencia a psicofármacos o drogas tiene una alta comorbilidad, se ha comprobado que la gran mayoría de las adicciones no son solo adicciones, existen depresiones por consumo, trastornos de personalidad premorbido o preconsumo.

... “en las entrevistas estructurales, hemos evidenciado que la patología psiquiátrica antecede al consumo; hay otros casos en que es casi imposible definir si son episodios sicóticos de corto plazo y que si tienen que ver con el consumo; entonces, vemos el tipo de consumo, el tiempo del consumo, cuando consumió la última vez y hay que esperar que se desintoxique y si se adecua y se integra” (Patricia Canelo; Psicóloga).

Existen esfuerzos por incrementar la respuesta en esta temática porque institucionalmente las condiciones son limitadas más aún cuando se presentan estas situaciones y se debe derivar; y en la derivación institucional, existen circunstancias que obstaculizan el procedimiento como la demora que significa en términos de tiempo en encontrar un lugar adecuado para dirigir al usuario; la otra circunstancia se relaciona con que el usuario logre adherir y adaptarse en el tránsito que experimentan al ser derivados a otra institución, de forma que se disponga a la intervención, beneficie y concrete su proceso.

... “cuando tenemos un chiquillo que lleva dos meses acá, que tiene consumo de alcohol, cocaína, pasta base y que requiere un tratamiento y que además tiene patología dual. Juan Pablo puede derivar pero cuesta, porque se demora y es bastante lento, entonces, tratamos de contenerlo hasta encontrar un lugar adecuado para él” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Otro obstaculizador es la familia que entorpece el proceso cuando se da en su interior consumo de drogas y/o microtráfico, o situaciones familiares y vinculares no resueltas que no logran sanar.

Una debilidad importante es el escaso tiempo que se ha contratado al médico psiquiatra para realizar sus distintas prestaciones, catalogadas a la vista y aprobación de todo el equipo como un gran aporte que está evidenciado a nivel de resultados. Si existiera un incremento en el horario de este profesional (más de cuatro horas y más de un día a la semana) el aporte sería mayor respecto a la intervención clínica y una participación más activa respecto a las fases en que se encuentran los sujetos, y en aumentar la frecuencia del trabajo grupal, pero el tiempo se vuelve insuficiente para mejorar las prestaciones porque debe dividirlas en entrevistas individuales para abordar las distintas temáticas, reuniones de equipo, prestaciones médicas como licencias, recetas y medicamentos.

El posicionamiento de este profesional respecto a las fases en que encuadra cada usuario es partir de las reuniones de equipo y el dialogo que se establece en torno a los casos, las etapas, los resultados.

... “ahí, quizá yo me posiciono con las fases porque me permite saber que cosas esperar de los pacientes, que cosas les corresponde trabajar y que cosas ir exigiéndoles; mi trabajo no es muy temporal con las fases, no puedo tener un trabajo temporal con los pacientes, sino que trabajo pinceladas con cada uno de ellos, no me puedo permitir trabajar con fases y no puedo tener fases claras con todos, porque no me da el tiempo, es imposible” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

Existe otra limitación respecto a los medicamentos, porque La Caleta no tiene un mecanismo para generar fármacos, el profesional se ingenia consiguiéndose muestras médicas en el consultorio donde trabaja. Se visualiza importante que la comunidad terapéutica gestionara recursos y/o auspicios, o que gestionara un convenio con el servicio de salud del sector para poder validar y retirar recetas.

... “no, solo basta con que tenga poco tiempo, sino que tengo que hacerme cargo de los medicamentos que me los consigo en un consultorio, la licencia en general a veces el centro médico las ha aportado o a veces la aporta el médico; entonces tengo que hacerme cargo de la licencia, de los remedios, de la receta... son responsabilidades que limitan un poco mi trabajo y resta tiempo al trabajo clínico” (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

Una debilidad importante y un dispositivo que no cuentan, es una inserción laboral oportuna y segura para los usuarios, considerada como una condición más estructural que institucional, pero que se debe incorporar como una condición social muy importante que no se puede perder de vista.

... “hoy día no tenemos un recurso para asegurar inserción laboral, nuestras redes en el tema laboral son muy insuficientes; generalmente la inserción laboral es algo que van trabajando ellos mismos, lo vamos trabajando juntos, pero en general quienes gestionan las oportunidades laborales son ellos mismos” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Otra debilidad que se reconoce es no contar con un sistema de seguimiento más riguroso después del egreso de los usuarios; el seguimiento que se efectúa ésta únicamente anclado en los acuerdos que se establecen con las personas para que acudan a la comunidad terapéutica post-egreso.

... “la verdad hoy día no tenemos algo que asegure un seguimiento, a no ser que se produzca espontáneamente, porque muchos vienen para acá, muchos de ellos llaman por teléfono o hay redes de información con las que tenemos contacto, y nos vamos informando de ellos... el seguimiento es informal, nos vienen a visitar porque en el fondo tienen una crisis; sin embargo no es algo sistematizado y elaborado con instrumentos” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Se manifiesta que esto se debería a que no cuentan con los profesionales necesarios para realizar ésta función, dado que la cobertura que atienden es mayor a la que debieran tener, cuentan con un financiamiento para trece cupos, pero tienen una cobertura de diecinueve cupos, dificultando el desarrollo y una estrategia en estas áreas.

EJE TEMÁTICO ÁMBITOS Y ÁREAS IMPORTANTES DE TRATAR

La evaluación individual es fundamental, porque para sostener un trabajo grupal integral es necesario partir de las necesidades particulares de cada una de las personas; a partir de ahí se trabaja el surgimiento del sí mismo en forma individual y la construcción del proyecto de vida, donde se utilizan los ejes transversales como el fortalecimiento de capacidades individuales, fortalecimiento de la identidad y la autoestima, entre otros.

Otro aspecto importante a nivel metodológico es el trabajo comunitario y vinculación a nivel de grupo, equipo, familia y comunidad; a nivel psicoterapéutico el trabajo grupal e individual, genera procesos de construcción e integración a partir de errores y es fuerte por la potencia terapéutica y el trabajo personalizado y estratificado. Es valorado que las sesiones sean realizadas y divididas por todos los integrantes del equipo de profesionales aportando miradas distintas.

Es importante trabajar el ámbito de la reducción de daño hacia la consecución de la abstinencia permanente, donde la persona debe ir reconociendo que existe la problemática para intervenir directamente y hacer una transformación. Respecto a los temas terapéuticos como tales, se incorpora como esencial trabajar y profundizar la subjetivación que les permita a las personas exponerse y encarar las situaciones y escenarios más adversos.

... “no trabajamos con el sujeto en el aire, hay un mundo concreto y muchas cosas que deben aprender a enfrentar, el tema es cómo se enfrentan es ese contexto sin frustrarse, en cómo se sitúan, en como se defienden, en cómo se enfrentan a un empleador abusador cómo sujeto de derecho” (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Contar con instrumentos que permitan realizar un plan de seguimiento formal, continuado y sistematizado al 100% de la población egresada, con una duración de cinco años para seguir su proceso con posterioridad al tratamiento, permitiendo vislumbrar si la persona efectivamente se ha mantenido abstinentes a largo plazo y lo ha adquirido como hábito y proyecto de vida.

... “ésta comprobado que una persona que sale de un proceso de tratamiento de consumo de drogas, es posible al 5° año una recaída, es necesario estar acompañándola y si viene la crisis, la viva y se recupere... en la intervención socio-ocupacional, ver las capacidades desde las motivaciones para que las personas se mantengan abstinentes, en un sistema, donde a veces no encuentran trabajo y no tienen que hacer con el tiempo libre... entonces, ahí hay un trabajo de sensibilización, de capacitación, de legislación” (María Elena Muñoz; Técnica en Rehabilitación).

Para un trabajo más integrado aumentar la cantidad de horas del psiquiatra y gestionar recursos para generar medicamentos, porque la intervención de éste especialista es transversal e independiente con respecto a las fases, no es tan temporal por la cantidad de horas que ésta contratado en la institución (1 vez a la semana, 4 horas) participa en todas las fases pero a nivel individual mas que a nivel grupal que es un manejo de las terapeutas; trabajando principalmente aspectos en los que se encuentran más vulnerables dependiendo de lo establecido en reuniones de equipo y las evaluaciones que se realizan de cada persona y saber que cosas se puede esperar, trabajar y exigir a cada uno dependiendo de sus necesidades que son distintas según su evolución individual.

Es importante mejorar los recursos económicos que alcancen a cubrir gastos básicos y gestiones pendientes como implementación de áreas, actividades e iniciativas que no es posible financiar.

... **“el tema es cómo gestionamos recursos para implementar estas áreas, hoy día no lo tenemos, no porque queramos, simplemente no podemos, es decir, el centro de tratamiento se consume todos los recursos que recibe de la subvención, en materiales para el trabajo, en la locomoción, en el tema de la alimentación, financiamiento para la implementación, para el funcionamiento de agua y luz, en recursos humanos, porque como están en situación de calle, no trabajan”** (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Es importante mejorar los recursos para implementar talleres deportivos para el manejo de energía, a través de un trabajo físico intenso (fútbol, kitboxer, karate); hacer meditación y reflexión que implique un mayor desarrollo espiritual y aporte de cosas distintas; integrar talleres de desarrollo artístico como curso de música y coro, creación de instrumentos, pintura, macramé, tejido.

... **“pero ahí uno queda un poco más cojo, porque los recursos, quizás no son los que uno quisiera y tienen que ver con tiempo, con recursos humanos como profesores de yoga, con clases de educación física, de tener un balón para jugar fútbol, de poder hacer deporte”** (Juan Pablo Ramírez; Psiquiatra).

Es imprescindible entregar herramientas que aseguren una inclusión social más sólida, más activa y más concreta, siendo importante mejorar los recursos, servicios y gestiones tendientes al fortalecimiento socio-ocupacional, con el mismo propósito se ha esclarecido al ministerio de educación, una propuesta educativa específica para los usuarios de la comunidad terapéutica, considerados como una población que no calza en los programas de educación para adultos que existienten hoy en día.

... **“tenemos como a tres chiquillos en Chile Califica, pero la generalidad en educación de adultos rebotan, desertan, y de estos chiquillos existe un porcentaje muy alto que tiene escolaridad incompleta, y para el tema laboral te exigen por lo menos 12 años de escolaridad. Entonces qué herramientas tenemos para mejorar este tema y también es importante implementar la capacitación laboral que nosotros no la tenemos”** (Mónica Bonnefoy; Asistente Social, Coordinadora).

Caleta Sur realiza un trabajo intenso en el fortalecimiento de capacidades y potencialidades del sujeto, del aprendizaje del si mismo, para enfrentarse críticamente al sistema y no frustrarse por faltas de expectativas (con el peligro de recaer en el consumo nuevamente). Pero es indispensable reforzar los ejes transversales de educación y de capacitación, para implementarlos en la etapa de comunidad, porque es un proceso importante que debe ser continuo después de terminar el proceso terapéutico, para que usuarios puedan reinsertarse en éstas áreas.

NOTAS DEL CAPITULO

(1) Conceptos claves que surgen a partir del concepto de drogas: Circuito de Consumo; Problematicación del Consumo; Surgimiento del si mismo (“Inside su interior o insight discernimiento claro” planteado por otros profesionales.

Claramente el concepto de droga está relacionado con la problematicación del consumo, y a su vez a la abstinencia y las recaídas están relacionadas con los circuitos de consumo.

En todas las entrevistas realizadas a profesionales de La Caleta, se ve el consumo como secundario, dado que hay otros problemas que existen detrás del consumo, que se relacionan con la historia de vida, y que los lleva al consumo “Factores asociados al consumo de drogas”.

(2) La fase precontemplativa, es la primera del modelo transteórico del cambio, donde las personas con conductas adictivas no consideran necesario el cambio porque no están conscientes de modificar su conducta, no hallan solución porque no pueden ver el problema que lo haga necesario; tampoco están informados acerca de su consumo de drogas o se resisten a ser informados respecto a el, y como resultado de esta “negación u omisión”, no son capaces de evaluarse a si mismos como teniendo un consumo problemático que debe cambiar.

(3) La díada consumo de droga y violencia, temática planteada también en el concepto de droga, los profesionales argumentan que el tema del consumo ésta asociado a situaciones familiares muy dolorosas vivenciadas como maltratos, abusos, abandonos; el consumo es un escape frente a éstas situaciones, y un punto de partida por el cual tomar la intervención y comprender una serie de procesos dañinos que tiene una persona desde una infancia compleja, un desarrollo alterado y una serie de factores desencadenantes.

CAPITULO VI

MATRICES CONCEPTUALES DE COMUNIDAD TERAPEUTICA CASA JOVEN

Las matrices conceptuales presentadas a continuación mencionan en primer lugar los **Perfiles Teóricos** que utiliza la comunidad terapéutica Casa Joven, con sus respectivos enfoques epistemológicos y premisas conceptuales que orientan y son aplicados en procesos terapéuticos a través de la estrategia metodológica que adscriben y que son el conjunto de etapas, áreas, actividades, objetivos y sistemas de registros empleados en la intervención terapéutica.

En segundo orden se encuentra la matriz de **Mirada Evaluativa** que despliega la revisión del valor e importancia de diversos aspectos y elementos que visualizan profesionales y/o monitores que inciden directamente durante el proceso terapéutico como son las transformaciones y los principales resultados (cambios, logros, avances, retrocesos de la intervención).

El tercer elemento sujeto a análisis dentro de las matrices son los **Factores Condicionantes** externos e internos que visualizan profesionales y/o monitores que han condicionado el proceso de intervención terapéutica e influyen en los resultados como facilitadores, fortalezas, obstaculizadores y debilidades.

1. MATRIZ PERFILES METODOLOGICOS (TEORICOS Y CONCEPTUALES)

EJE TEMÁTICO MODELOS TEÓRICOS

Utilizan el enfoque de salud pública orientado a la prevención del consumo de drogas, porque adjudican como problema muy visible el consumo de pasta base nivel comunal (La Granja); y el enfoque médico para realizar los diagnósticos y medición de patologías mentales, teniendo como base los manuales de psiquiatría clásica tradicionales el CIE 10 y el DSM IV.

En un encuadre terapéutico, es utilizado el enfoque psicoanalítico del austriaco Reich que escapa del psicoanálisis clásico más ortodoxo, porque en 1890 comenzaron a desarrollarse las primitivas teorías que evolucionaron hasta formar el cuerpo teórico del psicoanálisis, que han ido evolucionando y ramificándose en varias escuelas y técnicas de intervención que se distanciaron del psicoanálisis para desarrollar teorías alternativas como la de Reich.

La teoría conductista o “cognitivo conductuales” dependiendo de cada caso.

... **“creo que uno no puede tener una postura absoluta para atender a un paciente, depende de cada persona que necesite ayuda, porque no puedo trabajar con alguien psicoanálisis si tiene problemas de lenguaje por ejemplo, en ocasiones antes la desesperación de una persona tienes que recurrir a herramientas cognitivo conductuales” (Laura Fernández; Psicóloga).**

Es fundamental la carta diagnóstica para realizar un recorrido histórico y abordar temáticas familiares y desarrollar habilidades de comunicación.

... **“La Casa me pide un diagnóstico basado en el CIE 10, pero yo para trabajar con ellos, ocupo mi cartografía diagnóstica porque hay elementos importantes de incorporar... creo que los problemas de fondo tiene que ver con la historia del paciente y con los problemas relacionales, emocionales y las condiciones materiales de existencia” (Laura Fernández; Psicóloga).**

Incorporan el enfoque de reducción de daños, destinado al nuevo programa que se está implementando para consumidores de neopren que presentan daños orgánicos, como estrategia no se rigidiza la abstinencia, se permite que sigan consumiendo pero fuera de la institución.

... **“consiste no necesariamente que el chiquillo se rehabilite, porque llevan consumiendo entre 10 a 15 años inhalante o solvente como el neopren, y como llevan tantos años de consumo, vienen con daños orgánicos; entonces, se les pide que cuando estén acá no consuman, viene por cinco horas todos los días, y antes de venir acá, consumían todo el día, ahí se hace reducción de daño o si no inhalan todo el día, la idea es motivarlos para que dejen de consumir definitivamente... por lo tanto se les pide que acá no consuman, pero salen de acá y siguen consumiendo” (Patricia Jiménez; Monitora).**

El modelo de reducción de daños es aplicado pero no en su totalidad porque en términos legales en Chile, no se ha planteado como tal (Modelo de reducción de daños Canadiense).

... “a mi no me interesa si la persona consumió o no, no me interesa si consumió ayer o antes de ayer, lo que me interesa es trabajar sobre su responsabilidad, su honestidad a través del tiempo; por eso que es importante aplicar la reducción del daño, porque una persona que ha consumido 10 a 12 años, es difícil que logre dejar de consumir en dos meses; entonces es normal que consuma y como es normal para mi, el tema droga pasa a ser secundario, porque hay otros problemas que hacen que la persona consuma” (Juan Gallardo; Monitor).

Se fundamenta que el periodo prolongado de consumo de drogas en los usuarios, dificulta en gran medida la abstinencia, siendo normal que existan recaídas al inicio del proceso terapéutico, porque el consumo de drogas se transforma es una conducta arraigada difícil de sobrellevar, intentando como estrategia el fortalecimiento de capacidades y el desarrollo individual para que la persona vaya abandonando su conducta adictiva.

... “hay quienes están consumiendo, pero han logrado bajar el consumo, hay uno en particular que está trabajando y no ha dejado su trabajo, no está consumiendo todos los días, está consumiendo en forma esporádica, una vez al mes o de vez en cuando” (Laura Fernández; Psicóloga).

El modelo comunitario enfocado a las personas y las organizaciones sociales para generar vínculos a través de los distintos destinatarios.

EJE TEMÁTICO CONCEPTO DE TRATAMIENTO Y TERAPÉUTICO

El proceso psicoterapéutico es considerado como un camino, tal vez no para llegar a una cura, pero si para emprender un redescubrimiento, porque las personas que presentan algún tipo de problema no lo ven desde afuera, dificultando la conexión del individuo consigo mismo y desbordando sus problemáticas al no comprenderlas, lo que plantea la necesidad de una orientación externa que permita en terapia tratar en principio el síntoma como motivo de consulta para terminar en situaciones mucho más profundas.

... “La terapéutica es el camino que te lleva a la cura, etimológicamente hablando así se le define, pero desde mi punto de vista creo que es un proceso de redescubrimiento” (Laura Fernández; Psicóloga).

En el proceso terapéutico debe ser participativo desde el protagonismo de los sujetos y principalmente del grupo porque es el fuerte de la intervención; interpelan que es esencial establecer relaciones horizontales entre los interventores y los usuarios, en base a un vínculo y un acompañamiento para motivar e incentivar el cambio de conducta y una sanación del sujeto.

... “es hablar de iguales, es acompañarlos en el proceso pero la participación real es de ellos y es distinta, yo les doy protagonismo a ellos, como interventor actuó en la medida que se van presentando los problemas en la cotidianidad con los chiquillos... uno pasa a ser el que escucha, no necesariamente un amigo pero si un líder positivo, pero como terapeuta en si depende de la vocación, porque como interventor uno puede estudiar, se puede preparar, pero llega una persona sin tanto estudio y con pura vocación te hace todo, es decir, a medida que uno va interviniendo, va aprendiendo a hacer las cosas” (Juan Gallardo; Monitor).

En la cotidianidad de la intervención es necesario crear un clima de confianza y fortalecer lazos con el usuario para que vaya contando sus vivencias y desplegando el contenido del trabajo terapéutico al interventor quién se transformara en un apoyo constante.

... “aquí hago las visitas domiciliarias, a pesar que yo estoy a cargo del otro grupo, hay un vínculo, hay un lazo, trato de incentivarlos para que cambien de conducta, por ejemplo, cuando los chiquillos se van. Te dicen: “no quiero nada, déjeme tranquilo, déjeme solo”, pero una insiste y logra conversar y el chiquillo te dice: “el lunes voy a ir”.

... “entonces se intenta hacer una motivación por ejemplo en la primera entrevista una tiene que hacer una acogida que los motive y hay que ser afectuosa, cordial para establecer un buen vínculo afectivo... porque uno tiene que tratar de motivar el cambio en ellos... la idea es curarlo y fortalecerlo para enfrentar y que aprendan de la vida” (Patricia Jiménez; Monitora).

Carrasco (**Op.cit**), argumenta que las comunidades terapéuticas actualizan la antigua costumbre de reunirse para experimentar nuevas formas de convivencia con los demás, mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y resolver en conjunto los problemas tanto individuales como colectivos.

Duran (**Op.cit**: 179), plantea que la comunidad terapéutica presenta un modelo de organización similar al modelo familiar, en especial en relación a la cualidad afectiva que se desarrolla y que distingue a cada integrante por su compromiso afectivo, siendo una característica eminente y lo que lleva finalmente a una persona con conducta adictiva a aceptar el tratamiento, “es el encontrarse rodeado permanentemente de un potente colchón afectivo”, lo que sirve como contención y seducción para vencer las fuertes defensas que han creado durante años que lo vuelve prisionero de su conducta.

... “para mi la rehabilitación no tienen que ver con que el chiquillo deje de consumir drogas, sino que cuando anda consumiendo las deje y recupere sus conductas normales que no robe, que no mienta, que no manipule, porque es una habilidad que ellos adquieren... tratar que esa habilidad la conduzcan de otra manera tratar en transfórmula en algo bueno para ellos, que les sirva, y en la medida que van recuperando esas cosas se van afirmando en la vida” (Patricia Jiménez; Monitora).

Casa Joven anexa a este proceso global, y entienden como terapéutico todas las actividades realizadas en el centro, y que se orientan al aprendizaje de hábitos de higiene y de orden (aseo de la casa, aseo personal); normas de convivencia (sentarse y compartir en una mesa); e intentar recuperar proyectos de vida dejados atrás por el tema del consumo o “cosas que han perdido”; solucionar problemas como experiencias dolorosas marcadas por experiencias de maltratos, abusos y abandono; y que finalmente adquieran conductas más moduladas o “normales” que le permitan otorgarle un sentido a la vida “porque estos chiquillos andan perdidos”.

EJE TEMÁTICO CONCEPTO DE DROGA

El concepto droga adquiere por un lado, un perfil satanizado caracterizado como un fenómeno social complejo que conlleva a la delincuencia y al microtráfico.

... “La droga ha sobrepasado la adicción propiamente tal, es algo que tiene que ver con un tema económico, porque no estamos hablando solo de adicciones, sino que estamos hablando de microtráfico, estamos hablando de delincuencia, de conciencia social y política” (Laura Fernández; Psicóloga).

Vega (**Op.cit**), postula que el consumo de drogas retrasa o impide el pleno desarrollo de la persona, provocando un retraso y deterioro en el crecimiento quedando rezagado respecto al cumplimiento de logros y objetivos socialmente esperados, teniendo serias implicaciones sociales (escolares, familiares, laborales, etc.); llevándolo a una imagen negativa de si mismo, a una mala relación con otros individuos y al rechazo de muchos valores de la sociedad. Pero en un sentido álgido, la persona llegaría a la desadaptación del medio, provocado por el consumo de drogas, o en otras circunstancias la droga puede llevar a la desadaptación, siendo un síntoma de una problemática tanto individual como social, difícil de separar al momento de analizar dónde esta el origen de esta situación.

La conducta adictiva es atribuida y relacionada al perfil y/o características psicológicas e individuales de cada persona, existiendo ciertos factores como la capacidad de resiliencia que vuelve al individuo más vulnerable frente al consumo de drogas.

... “porque hay otras personas que las prueban y no les pasa lo mismo, yo creo que la dependencia tiene que ver con patologías y con una estructura general de cada persona, y que la hace y le permite estar libre o no de la dependencia de la droga” (Laura Fernández; Psicóloga).

Casa Joven tipifica la droga según uso, en el caso de la comunidad terapéutica la droga más utilizada es la pasta base, aunque éste programa se debió suspender, por razones de la falta de usuarios por rotación y deserción permanente; conforman un grupo compuesto de seis personas consumidoras de neopren que forman parte de un nuevo grupo terapéutico con otros objetivos de trabajo.

... “el caso de la pasta base es raro, porque te permite seguir funcionando, es como un enfermedad crónica donde el deterioro es más paulatino, en cambio, el neopren el deterioro es rápido y se puede evadir la realidad toda la vida, pero la pasta base tiene sus lapsos donde la persona se da cuenta que está sumergida en este hoyo y no puede salir, y sale un ratito pero su cuerpo de nuevo comienza a pedir la sustancia, y en el caso de la pasta base el deterioro cognitivo es más a largo plazo, por lo tanto es más agónico el tema” (Laura Fernández; Psicóloga).

El concepto droga, también adquiere otra visión, polarizándola como muy sobre expuesto, siendo algo material que está ahí, pero que no es el problema fundamental, “pasa a ser secundario, porque hay otros problemas que hacen que la persona consuma”, el ser humano no nace consumiendo la conducta adictiva se relaciona con conflictos manifiestos a partir de la infancia.

Terapéuticamente se aborda a partir de la conducta, acciones y el estilo de vida que la persona adquiere por decisión personal “lo que hace, más que lo que dice”, siendo importante no ser codependiente del consumo, no hablando de cantidad, “si consumió o no”, porque se busca que afloren otras temáticas existentes detrás del consumo, relacionadas con decisiones personales y actitudes, siendo fundamental trabajar durante el proceso la impulsividad, la tolerancia frente a la frustración, las recaídas, la responsabilidad y la honestidad para que la persona empiece a resolver la vida de una forma normal libre de drogas, y si no puede lidiar con una abstinencia absoluta que logre hacerse cargo de aspectos importantes como la familia y el trabajo.

La conducta adictiva es manifestada como una enfermedad, pero no vista desde la óptica figurativa del enfoque médico, sino desde una postura más mística y personal... **“tiene que ver con una enfermedad del alma, en su alma falta algo que no está solucionado, y que hace estar desolado, y esa falta es la que te hace llegar a la drogadicción” (Patricia Jiménez; Monitora).**

Poniendo el acento no en la enfermedad y tampoco en el síntoma, sino en situaciones mucho más profundas que van aflorando “que pueden ser experiencias de maltrato infantil, abusos, soledad”; se intenta que la persona “recupere cosas perdidas” y solucione problemas más de fondo enfrentándolos, para que sea capaz de asumir sus culpas y se perdone, y no reproduzca los mismos modelos o situaciones vivenciadas.

... **“para mi la rehabilitación no tienen que ver con que el chiquillo deje de consumir drogas... porque llegan destruidos, llegan sin nada, lo han perdido todo, están solos, llegan desesperanzados como que todo esta perdido; es muy importante de trabajar con ellos, el perdonarse, decirles que se tienen que perdonar, porque llegan con mucha culpa; y tratar de trabajar lo que los llevo a tener un consumo problemático, es decir, “que me llevo a mi hacer esto”, y reformar y enfrentar la problemática” (Patricia Jiménez; Monitora).**

Es fundamental que el sujeto se recupere a si mismo como ser humano, y esto es posible reparando procesos dolorosos y sanando aspectos emocionales que son en esencia la matriz del consumo de drogas, y que van generando en forma paralela una cadena de problemas que finalmente termina denigrando su ser.

... **“Por ejemplo en el caso, “si le robo a tu mamá para tener para el consumo y te prostituyo”, entonces no solo debe enfrentarse a que le robaste a tu mamá sino que también te prostituiste... ahora hay muchas problemáticas que están ligadas por ejemplo, el chiquillo que consume, cae a veces en la delincuencia y cae preso, y ahí le pasan otras cosas” (Juan Gallardo; Monitor).**

Cuando no se enfrentan los problemas en el momento oportuno, se deben enfrentan después pero con más repercusiones, siendo un trabajo doble, porque los problemas se van acrecentando, cargando la persona cada vez con un peso mayor.

... **es importante reforzar y aprehender de la vida, enfrentando la realidad y su vida y no otra; hay problemas que ya no se pueden solucionar, porque no depende de la persona solucionarlos, pero hay que enfrentarlos; por ejemplo un chiquillo que ha sido abusado cuando chico, no va poder borrar eso porque ya pasó, pero si va poder enfrentarlo, asumirlo y superarlo para que aprenda a vivir con ello y no sentirse culpable” (Patricia Jiménez; Monitora).**

Es evidencia trascendental el diagnóstico y las observaciones a cada persona para establecer que temáticas o áreas son más prioritarias de trabajar según las condiciones particulares, las necesidades y el daño que tenga, se empieza por pequeñas áreas para ir incorporando otras más complejas.

... **“hemos tenido personas que tienen un problema adictivo y un problema delictual, se puede trabajar el tema de la abstinencia, pero va seguir robando y teniendo problemas con la justicia, y viene aquí para ver su problema de adicción y nos encontramos con otros problemas, porque si llega a la etapa de comunidad se intenta que se integre a un trabajo, y nos encontramos con esa dificultad. Esto se debería trabajar en forma paralela, pero se trabaja solo una parte para que resuelva un área primero, porque si tiene cuatro problemáticas, con una que resuelva, las otras se resuelven automáticamente... porque si la persona no supera la primera es difícil que supere otras a medida que va respondiendo al tratamiento se le van incorporando otros temas” (Juan Gallardo; Monitor).**

Un eje articulador en la intervención es que el sujeto finalmente se de cuenta de su realidad, la experimente tal cual y aprenda a lidiar con sus problemas sin artificios como la droga, ni a buscar refugio o escape en el consumo.

EJE TEMÁTICO CONCEPTO DE RECAÍDA

Es argumentado que la recaída es normal que se reproduzca, que en las comunidades terapéuticas ambulatorias es casi imposible que no ocurran, siendo un tratamiento eficiente o más efectivo aquel realizado en comunidades terapéuticas con régimen residencial de mayor contención, para en forma posterior y como segundo paso en el tratamiento pasar a una ambulatoria.

... **“para mi idealmente, el chico que quiere rehabilitarse tendría que internarse en una residencial y ojala sin medicamentos, en una buena comunidad terapéutica donde el pueda estar ahí, pueda estar protegido y contenido día y noche... unos 9 meses por lo menos, y después de eso, ellos tendrían que acudir a este tratamiento ambulatorio como una continuidad del proceso” (Laura Fernández; Psicóloga).**

Las recaídas son interesantes de observar para realizar un recorrido y descubrir cuáles fueron las causales que la provocaron, aunque ocurren en contextos y situaciones distintas, existen factores desencadenantes que se cruzan entre una persona y otra como problemas emocionales y/o familiares; porque cada persona es distinta a otra “somos seres individuales”, existen situaciones similares que se repiten, siendo interesante conocer “no cuanto consumió, sino porque pasó”.

... **“hay que hacer todo un recorrido, es decir, si salió el fin de semana que pasó en esas 48 horas o que pasó la semana antes, porque el consumo se puede dar dentro de un proceso de abstinencia, pero lo otro puede ser por otras cosas, entonces hay que hacer el recorrido” (Juan Gallardo; Monitor).**

Se presenta cuando la persona no tolera situaciones vivenciadas de índole personal como problemas familiares o con el entorno más cercano, y no logra un control interno.

... **“Algunos dicen: “yo no puedo tener plata en las manos, no teniendo plata en las manos no voy a recaer”, no asumen que no es el tener la plata, sino el proyectarte con ese dinero, porque al estar metido en la droga se pierde el sentido de proyección porque se vive el momento; y cuando empieza a sentirse bien, empieza a proyectarse y empieza a trabajar, pero reciben el primer sueldo y recaen, claro uno dice -“que bueno que este trabajando”-, pero también es una dificultad porque tienen recaídas... hay quienes tienen una recaída y no los hemos visto más porque no quieren nada, por ejemplo, se mantienen trabajando pero también están consumiendo. A mi no me importa como monitora que ellos tengan una deserción, siempre y cuando estén bien, y siempre les digo a los chiquillos que las recaídas son parte del proceso” (Patricia Jiménez; Monitora).**

Terapéuticamente para abordar la desesperanza y la fuerte desvitalización que viene después de una recaída, es realizado un trabajo focalizado e individual para fortalecer la voluntad y otorgar mayor contención, tratando que la persona se sienta acogida, acompañada acunada y comprendida, porque es un tránsito difícil y doloroso, donde se presenta la culpa, frustración y desilusión, debiendo el interventor recurrir a la motivación para evitar el abandono del proceso. Se considera como un proceso gradual que se aborda de menor a mayor, siendo importante incorporar cambios paulatinamente en la persona para que idealmente cada vez le cueste menos enfrentarla y vaya disminuyendo la frecuencia en que ocurren.

... **“la recaída es normal que se produzca, pero que ojala que cada vez dure menos tiempo y les cueste menos parar, que no tengan esas recaídas que tenían antes de estar aquí, por ejemplo si antes una recaída les duraba un mes consumiendo, que ahora le dure cinco días o el fin de semana y el lunes puedan seguir con su vida normal... que no lleguen a lo mismo de quedar en la calle y pegados en el consumo... también que disminuyan el consumo, si fumaban pasta, que la dejen y fumen marihuana” (Patricia Jiménez; Monitora).**

Agregando que la recaída es un retroceso en la intervención, porque a la persona le cuesta desplegarla y/o hace abandono del proceso.

... “da temor que por el tema de las recaídas abandonan su proceso, y eso pasa, abandonan y después vuelven a pedir ayuda... la recaída yo la entiendo como un retroceso, es como una escalera, donde vas subiendo, a medida que ellos hacen un proceso de rehabilitación van subiendo los peldaños, cuando los chiquillos tienen una recaída, vuelve siempre a lo mismo, es como bajar y empezar de nuevo... ahora yo no sé si eso será normal, si sea bueno o malo para el proceso, para una como monitora es un atraso” (Patricia Jiménez; Monitora).

Es abordada con la prevención de recaídas, siendo vital para llegar a la abstinencia una vez que la persona adquiera conciencia, otro tipo de conducta, otro tipo de expresiones y producir un cambio.

... “porque puede ser, que una persona logre un tiempo de abstinencia pero no va a producir cambios... hay algunas personas que si van a lograr cambiar, el grupo es importante pero solo algunas personas van a lograr cambiar un 100%, porque aquí lo que se logra más es que la persona disminuya su consumo o se mantenga abstinente por un tiempo, pero no que logre un giro por completo... a veces lo podemos persuadir, no decirle que se vaya, pero si no le está sirviendo este espacio, mejor que recapacite y vuelva en otro momento” (Juan Gallardo; Monitor).

Es visualizado que los cambios depende de las necesidades cada persona y de las herramientas personales, cuando se observa que no se producen cambios en la persona se le pide que abandone el proceso y que vuelva cuando este preparada para enfrentar su consumo problemático.

EJE TEMÁTICO CONCEPTO DE ABSTINENCIA E IMPORTANCIA

La abstinencia es lograda alrededor de 2 a 3 meses desde el cese del consumo, siendo esencial para llegar a este umbral que sea protegida por parientes más próximos y/o con el apoyo de la hospedería padre Lavín que protege la abstinencia durante las dos primeras semanas. Se va trabajando durante las etapas intentado que se mantenga durante todo el proceso, siendo importante, significativa y valorada porque es el momento crucial que implica la posibilidad de realizar un proceso psicoterapéutico real que va generando en el sujeto “el darse cuenta” y tener mayor conciencia de todas las situaciones que han generado su consumo problemático, permitiéndole una serie de cambios y un redescubrimiento involutivo más que evolutivo, haciéndolos responsables de que dejan pasar las cosas por algo, comenzando a enfrentar los problemas de la vida y su realidad, porque nunca antes lo aprendieron y/o nadie se los enseñó.

... “comienzan a tomar mayor conciencia de lo que les ha pasado durante su vida porque están lucidos, surgen cosas que desconocían como problemas a nivel emocional y social; ven hacia atrás dándose cuenta de todo lo que han perdido y todo lo que les pasó antes de empezar a consumir, como el haber estado desde los 12 años consumiendo pasta base y dentro de su círculo vicioso de miseria, han dejado de lado a sus hijos. Esto no es muy alentador se deprimen mucho, porque al darse cuenta se torna molesto y eso en algún minuto les ha significado querer abandonar el proceso, y ahí hay otro tipo de trabajo” (Laura Fernández; Psicóloga).

El redescubrimiento del sujeto y el darse cuenta, permite distinguir en primer lugar lo que provoca el consumo, se intenta conocer el síntoma para atacar la enfermedad “busquemos el síntoma primero y después la abstinencia viene solita”, no como una panacea, porque va a depender del diagnóstico de cada persona.

La abstinencia, no es requisito para que la persona se mantenga en la comunidad, si alguien no puede lograrla al inicio del tratamiento, se va trabajando paulatinamente a través del manejo frente a posibles recaídas, reconociendo que la abstinencia provoca cambios físicos y psicológicos.

... “hay cambios que se producen en la abstinencia, hay cambios físicos porque dejas de consumir, hay aumento de apetito y mayor ansiedad, aumenta el sueño; y hay tener claro que durante estos cambios puede haber una recaída, y se debe abordar aclarando que tenga tolerancia frente a la reacciones que se producen” (Juan Gallardo; Monitor).

El manejo de la abstinencia por si sola, se torna un proceso muy complejo porque se produce el síndrome de la abstinencia donde se producen cambios a nivel neurovegetativos que gobierna el nivel funcional, y las personas en la comunidad no son medicadas para controlar estos cambios.

... “ellos no están siendo medicados, entonces, todo es empelota y es complicado porque los cambios son visibles... entonces, como lo haces con estos cabros que logran estar 2 o 3 meses en abstinencia pero suben de peso comienzan a comer y comer, si tienen una hija vuelcan toda su atención a ella y no la dejan hacer nada, surge una necesidad exacerbada por algo o por un objeto, es algo que no controlan y justamente eso es algo que trabajamos harto” (Laura Fernández; Psicóloga).

Son varios los factores que inciden en que la abstinencia, se torne un proceso complejo como es el tiempo de consumo de los usuarios (10 a 15 años), el policonsumo de drogas, la falta de herramientas personales que dificultan el cambio de conducta, es reconocido que es necesario el apoyo de antagonistas para enfrentar el síndrome de abstinencia, pero que la comunidad terapéutica no tiene como abordar el tema de los medicamentos, y en casos extremos ellos derivan.

2. MATRIZ PERFILES METODOLOGICOS (METODOLOGIAS DE INTERVENCIÓN)

EJE TEMATICO ETAPAS EN LA INTERVENCION

Es planteado que existe una diferenciación entre la duración ideal que es alrededor de ocho meses (que se cumple con mayor rigurosidad en las comunidades terapéuticas con régimen residencial), y la duración real en el tratamiento dentro de la intervención ambulatoria, donde hay mayor flexibilidad con respecto a la duración de cada etapa, y no hay una fecha límite de término del proceso o para pasar a una etapa siguiente, porque ésta sujeta a factores que dependen de la evolución de cada individuo, de los objetivos de cada etapa y el cumplimiento mínimos en los mismos que son decisiones que conciernen al equipo.

... “Son cuatro etapas y están preestablecidas de acuerdo al modelo clásico de comunidad terapéutica... las etapas son acogida, adaptación, compromiso y reinserción... en la comunidad se empieza a trabajar varias áreas dependiendo de los objetivos de cada etapa y si se cumplen o no, porque a veces están harto tiempo en la pre-acogida... ahora pasan por estas mismas etapas una y otra vez, porque hay momentos en que recaen y los tienes que volver a acoger; también lo que ha pasado acá, que se ha visto el abandono del proceso, deciden irse una vez que encuentran trabajo... la educación es muy importante, creo que todos estos cabros apenas llegaron a cuarto básico, sexto básico, y claro, uno le hace restas, sumas, pero eso no está considerado en un plan de tratamiento, porque forma parte de la etapa de reinserción y acá el proceso es como bien instantáneo, es decir, llevan dos meses de abstinencia e instantáneamente empiezan a buscar trabajo, y eso significa, que la presencia al programa es intermitente” (Laura Fernández; Psicóloga).

En la medida que todos los integrantes del grupo de autoayuda vayan alcanzando una etapa, se pasa a otra siguiente, quedando el proceso retenido y dependiente de los avances grupales, las personas que presentan mejores avances individuales, deben esperar a sus compañeros para seguir evolucionando en su proceso.

... “siempre esperamos, si uno llegó primero a alcanzar los objetivos de la primera fase, le pedimos que espere a sus otros compañeros que quedaron en una etapa anterior para que sea un proceso más parejo, no los avanzamos a la etapa que le corresponde , se trabaja en forma paralela con la de sus compañeros y debe esperar” (Laura Fernández; Psicóloga).

El programa de comunidad terapéutica clásica con la metodología por etapificación, estuvo vigente hasta principios del 2009, estaba destinado a personas con consumo problemático de pasta base y uno de los requisitos era mantener la abstinencia; y por diversos motivos no se ha logrado la adherencia de usuarios al programa, razón que motivo al equipo de profesionales e interventores, a elaborar un programa de contingencia denominado reducción de daños estableciéndose un programa de tratamiento con una duración más prolongada, y destinado a una población con un perfil distinto como el caso específico de consumidores de neopren con daños orgánicos y consumo crónico.

CONACE pide un mínimo de intervenciones para el financiamiento, se va intentar desplegar con el grupo nuevo de usuarios, la misma metodología con algunos cambios y en menor escala, usando las mismas etapas pero bastante más paulatino el proceso.

La metodología destinada a los usuarios con consumo problemático de pasta base, se encontraba etapificada según la metodología clásica de comunidad terapéutica dividida en la pre-acogida, la acogida y la comunidad.

La primera etapa es de acogida, tiene que ver con la contención dirigida a la persona con consumo problemático y las posibilidades de apoyo que pueda encontrar, restableciendo su confianza y esperanza frente al tratamiento.

Después viene el proceso de adaptación, que va junta a la etapa anterior pero las separa el tiempo o días que la persona se integra al centro -“si no hay acogida primero como la persona se va ir adaptando”-, esta etapa se va dando por si sola dentro del periodo de permanencia en la adherencia a tratamiento, y cumplimiento de objetivos terapéuticos. Se considera que la persona se encuentra adaptada, sabiendo que debe respetar las diez primeras normas, respetar los espacios de la comunidad, realizar las actividades terapéuticas (confrontación), en esta etapa se les va exigiendo más realizando reforzamiento en temáticas personales a través de un dialogo permanente.

... “se ha ido adaptando a la responsabilidad, de cumplir los horarios, esas son las primeras intervenciones que hacemos y son tanto individuales como grupales, es un tiempo corto puede ser de un mes o un mes y medio; después viene una etapa de comunidad y es cuando la persona ya esta adaptada” (Juan Gallardo; Monitor).

A través de la confrontación el grupo de autoayuda regula el paso de una etapa a la siguiente, dependiendo de los avances individuales observados por el mismo grupo.

... “porque si una persona de vez en cuando, no participa en el grupo y lleva un mes y quiere pasar a comunidad el mismo grupo le va decir que no -“No, porque viniste una vez a la semana, no participaste con nosotros, no cumpliste los horarios”-... Ahora en cada fase la persona pide ingresar a otra fase y si el grupo lo acepta, pasa, y si no tiene que esperar” (Juan Gallardo; Monitor).

El trabajo grupal es fundamental, transformándose en un eje articulador dentro del proceso individual, porque finalmente el grupo dispone si la persona está apta para pasar otra fase, lo que se discute en los círculos del día y en las dinámicas de confrontación que es una estrategia en que participan solo los usuarios que están en el programa de comunidad terapéutica dirigido a consumidores de pasta base.

... “En el otro grupo (consumidores de pasta base), en el otro programa habían 8 hasta la semana pasada, se hacían círculos donde compartían sus vivencias, pero con los chiquillos que consumen neopren y por el daño que tienen, no se puede hacer lo mismo, la intervención que se hace es distinta... de ese programa me encargo yo, tengo un grupo de seis chiquillos que vienen todos los días y hay dos que vienen de repente” (Patricia Jiménez; Monitora).

La etapa de comunidad, dura de tres meses a cuatro meses y se termina el proceso, en el tercer o cuarto mes hay un proceso de transición donde se da inicio a la elaboración y planificación de metas del proyecto de vida, que pretende un posterior desarrollo del mismo. Este proyecto de vida incorpora aspectos importantes que el sujeto debe recuperar como incorporarse a un trabajo, incorporarse a la familia, incorporarse a los estudios. Posteriormente, se preparan para pasar a un proceso de seguimiento bastante más ambulatorio asistiendo una vez a la semana una hora o por contacto telefónico, dependiendo la dificultad que requiera apoyo, haciendo un seguimiento que permita ver cómo va resolviendo el día a día fuera de la comunidad.

EJE TEMÁTICO ÁREAS DE INTERVENCIÓN

Dentro de las áreas de intervención, es importante el desarrollo personal de habilidades para enfrentar la vida como aprender el manejo en el plano emocional, la expresión de sentimientos, comunicación asertiva, autoestima y confianza; la incorporación de hábitos de alimentación e higiénicos relacionados con el cuidado personal y del cuerpo; la prevención y tolerancia frente a una recaída; el ámbito normativo y de responsabilidades como el tema de respetar el espacio y los horarios, no consumir dentro del centro, respetar las pertenencias de casa, respetar las pertenencias de los compañeros; participar en grupo y en los procesos terapéuticos, establecer buena convivencia.

... “se deben preocupar por su aseo personal, se ven normas como el tema de los horarios, de las responsabilidades... se empiezan a acostumbrar y soportar ciertas cargas que no estaban acostumbrados a soportar... y en el tema más individual está el desafío de resolver cosas que quedaron en el camino” (Laura Fernández; Psicóloga).

Picchi (**Op.cit**), sostiene que la comunidad terapéutica esta organizada por normas precisas como coordinadas que deben ser cumplidas por las personas en tratamiento, en un claro intento terapéutico para concentrar la atención y las fuerzas vitales de cada uno hacia un crecimiento consciente y responsable.

Casa Joven, fortalece el trabajo grupal, pero no ésta normado (no se obliga), va a depender si la persona quiere trabajar individualmente o en forma grupal -“si la persona no quiere compartir lo hacemos en forma individual”-, no se presiona al usuario para que forme parte del grupo de autoayuda, se refuerza para que participe. A nivel psicoeducativo se trabaja el tema de la voluntad para que aprendan a desplegar un mayor autocontrol en relación a vivencias personales, emocionales que replican en la conducta con distintas consecuencia para si mismo y para su entorno.

... “están acostumbrados a que se les sofoque su voluntad y por eso no tienen, por lo tanto, lo importante es que ellos aprendan a desplegarla, a reinventarla y en base a ello ver lo que quieren y ver lo que no, y eso es un proceso individual” (Laura Fernández; Psicóloga).

Se trabaja el área de redes sociales principalmente con las hospederías.

EJE TEMÁTICO ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN

Son incorporados dentro de las actividades, talleres corporales de psicomotricidad y de bioenergética, fundamentando que es un anclaje para la intervención, la incorporación del área corporal porque en los casos donde hay consumo de drogas el cuerpo es el más dañado.

Evaluación del fin de semana: cada integrante debe evaluar los acontecimientos vividos durante el fin de semana, de acuerdo a objetivos propuestos para ser cumplidos.

Evaluaciones semanales: cada integrante hace una evaluación de los acontecimientos vividos durante la semana, a partir de la elaboración de objetivos personales y abordan los objetivos grupales, durante la semana y el día viernes se evalúan logros y se registran.

... **“se planifican las actividades de la semana en base a el objetivo grupal, y las actividades son grupales, por ejemplo el objetivo de la semana era conocerse y todas las actividades de la semana eran para conocerse... ejemplo intentamos darle responsabilidades al grupo... si hacemos un encuentro, el objetivo del encuentro es que las personas se sientan parte de la casa y empiecen a tener una vida grupal, entonces se intenta trabajar como temática el reforzamiento grupal... y el día viernes lo evaluamos, si se conocieron, si sirvió o no” (Juan Gallardo; Monitor).**

Las evaluaciones de la semana y del fin de semana, es en base a objetivos grupales e individuales que se concretan a través del cumplimiento de distintas actividades evaluadas permanentemente.

... **“y si se cumplen, se van poniendo objetivos para la otra semana, grupales y personales... por ejemplo ellos hacen una planificación del fin de semana de lo que van hacer sábado y domingo... hay uno que dice: -“yo voy a tratar de ver a mi hijo, porque hace tiempo que no lo veo”-, y el lunes se evalúa si se cumplió el objetivo que ellos se propusieron para el fin de semana” (Patricia Jiménez; Monitora).**

El día se divide en las siguientes actividades (de acuerdo a la información entregada por los profesionales):

La jornada se inicia con el primer encuentro de la tarde, es la llegada del usuario al centro y se trabaja en círculo para saber como está cada integrante, a través del dialogo grupal se intenta desplegar la expresión de sentimientos dirigiendo a temáticas y aspectos emocionales, para que manifieste estado de ánimo y si está en condiciones para trabajar.

Se realizan actividades psicoterapéuticas, en caso que la persona lo necesite, y actividades más recreativas como arrendar películas, jugar a la pelota, los días miércoles se hacen actividades deportivas y los días jueves taller de amasandería, taller de manualidades para hacer velas.

Actividades grupales todos los días relacionadas con el cumplimiento de normas y responsabilidades, donde a cada integrante se le asigna una tarea que debe cumplir relacionadas con labores específicas del cuidado del espacio terapéutico como mantención del jardín, aseo, preparar once.

Se cierra con la once.

EJE TEMÁTICO OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN

Que la persona supere su consumo problemático y enfrente una vida que ha sido sufrida, a través del desarrollo de habilidades, adquiriendo diversos cambios y aprendizajes como manejo en el plano emocional y conductual (comunicar asertivamente, tolerar las frustraciones, manejo de la impulsividad).

Que la persona retome el curso normal de su vida, aprendiendo a resolver conflictos personales para que retome responsabilidades más inmediatas como trabajar y hacerse cargo de hijos.

Que adquieran conciencia y motivación para hacer un cambio que los conduzca a hacerse responsables de su vida.

EJE TEMÁTICO SISTEMA DE REGISTRO

Registro de la psicoterapia individual, de aspectos importantes de conversaciones más relacionadas con las emociones y los progresos que se van generando, anotados en hojas para incorporarlos a la ficha diagnóstica de cada integrante; fichas de registro diario de cada integrante para registrar los avances y las dificultades, se hacen observaciones del encuentro y las actividades, aunque no se ha aplicado mucho el sistema de registros, considerándose que sería normal que se tuviera un registro a diario para poder fundamentar cada actividad; Sistemas de registros usados: fichas, registro diario de la asistencia, la evaluación.

EJE TEMÁTICO SISTEMA DE EVALUACIÓN

La evaluación considera aspectos como la intervención psicosocial, el plan de intervención y las psicoterapias individuales; los objetivos terapéuticos planteados por el equipo y por cada usuario (semanales y de fin de semana).

... “nosotros en dos meses tenemos que alcanzar tal objetivo para tal persona, eso lo utilizamos como técnica y en dos meses tenemos que revisar, y revisamos para saber si vamos bien o estamos equivocados, todos decimos si sirvió nuestra forma de intervenir” (Juan Gallardo; Monitor).

En las reuniones de equipo, son evaluados, analizados y discutidos los progresos, fortalezas, logros, avances, y cambios de la intervención visualizados en el cumplimiento de metas que se van planteando, y de acuerdo a los objetivos de tratamiento que son establecidos por los interventores para cada usuario.

... “si un chiquillo me contó a mi, algo que Laura (psicóloga) no sabía, se van tomando todas las conversaciones y se registran aspectos importantes, porque a veces los chiquillos dicen alguna cosa que alguno de nosotros no sabe, sirviendo para mejorar las intervenciones y se va evaluando, los avances y las dificultades” (Patricia Jiménez; Monitora).

Se realiza un seguimiento y evaluación permanente de los usuarios en reuniones de equipo, donde se intercambia información de cada caso y se discuten los avances y/o retrocesos.

3. MATRIZ 3 MIRADA EVALUATIVA (PRINCIPALES TRANSFORMACIONES)

EJE TEMÁTICO LOGROS EN LA INTERVENCIÓN

Es establecido que los usuarios se vuelven más responsables surgiendo la necesidad de hacerse cargo de sus proyectos abandonados, toman conciencia de equivocaciones cometidas en el pasado a causa de su conducta adictiva, y de los daños hechos tanto a nivel personal como a sus seres queridos, adquiriendo una visión más nítida respecto a si mismos.

... **“Hay chiquillos que vendieron todo cuando estaban consumiendo, y cuando empiezan con su rehabilitación les pesa porque surge el tema de preocuparse por las deudas, uno dice: -“tengo que trabajar porque debo esto”- frustrándolos pero los hace tomar el sentido de la vida y de la responsabilidad... otro dice: -“veré a mi hijo, porque hace tiempo que no lo veo”-, los hace darse cuenta de lo que están viviendo y de las cosas que han perdido, y tratan de recuperarlas para ir encaminando la vida de nuevo” (Patricia Jiménez; Monitora).**

Los logros se visualizan por una parte, a través del trabajo grupal que va auto regulando la dinámica que se genera en su interior.

... **“En realidad uno hace una intervención, pero la intervención finalmente la hace el grupo, la dinámica grupal es la que va moviendo, regulando, confrontando. Entonces el logro en sí, se obtiene del grupo de apoyo; y un buen resultado en sí, es como el grupo modula el trabajo, porque la comunidad es grupal y lo fuerte es el trabajo grupal” (Juan Gallardo; Monitor).**

Existe por otra parte, una postura clara respecto a que los resultados depende de cada persona beneficiada del programa, de cómo va haciendo y sintiendo su proceso, esto se vincula a los aprendizajes adquiridos y al manejo de situaciones específicas como la abstinencia y recaída.

... **“estamos con dos recaídas, y la verdad que les pregunto a ellos, si se sienten parte de este proceso... tampoco te puedo dar una certeza al respecto, no se si estos cabros van a volver en algún minuto, no se si van volver a recaer” (Laura Fernández; Psicóloga).**

Entendiendo que es difícil medir logros en -“un sistema rotativo”-, donde las personas con consumo problemático logran una abstinencia de dos o tres meses, surgiendo distintas necesidades en el plano personal que se relacionan en general, con proyectos de vida abandonados, queriendo al sentirse mejor retomarlos y como resultado -“hacen abandono del proceso”-.

... “Actualmente estamos trabajando con seis personas, lo que ha pasado acá, que se ha visto el abandono del proceso, una vez que ellos encuentran trabajo deciden irse y unas personas se han ido porque han encontrado trabajo. Lamentable esto se contrapone al proceso de tratamiento porque una vez que tienen plata las necesidades se empiezan a evidenciar... Uno no puede ser tan pesimista y decir: -¡claro esto no funciona!-, estamos considerando que este sistema es rotativo, lo cabros logran cierta estabilidad, logran trabajar, pero eso a mí no me da ninguna seguridad de éxito o de decir acá las cosas funcionan así y estos son los resultados” (Laura Fernández; Psicóloga).

Otro aspecto que dificultaría la intervención y que se adjudica a la deserción o abandono del proceso, está anclado al factor del período de consumo de los usuarios (10 a 20 años como promedio), dificultando la abstinencia y la adherencia al tratamiento. Es argumentando que el usuario, al estar tanto años adormecido y anestesiado por el consumo de drogas, al mantenerse abstinentes se vuelven insostenible los cambios que van experimentando tanto a nivel físico como psicológico.

... “en estos dos casos que te digo, anteriormente han tenido muchas otras recaídas, y han pasado por otras comunidades, y por otros procesos de rehabilitación, porque son pacientes que están consumiendo pasta base desde los 12 años y son hombres de 35 y más años... hay cosas que ellos mismos desconocían y que al darse cuenta se tornan molestas ha significado el abandono del proceso, porque comienzan a tener mayor conciencia de lo que les ha pasado durante su vida, han estado desde los 12 años consumiendo drogas, y dentro de su círculo vicioso de miseria, han dejado de lado a sus hijos y eso en algún minuto les ha significado querer abandonar el proceso... la abstinencia para nosotros es importante justamente para que ellos realicen un proceso psicoterapéutico real y se den cuenta de los cambios que van teniendo... les cambia el ánimo, les cambia el físico, les cambia la piel, algunos engordan, les cambia los cuidados personales, la exigencia con ellos mismos, todo eso cambia, y hay muchos que se van por eso, porque han estado acostumbrados a estar anestesiados, adormecidos con la droga” (Laura Fernández; Psicóloga).

OMS (**Op.cit**), define el síndrome de abstinencia como un estado clínico (conjunto de signos y síntomas) que se manifiestan por la aparición de trastornos físicos y psicológicos de intensidad diversa (según diferentes modos y niveles de gravedad), cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico (síndrome de abstinencia precipitado).

Existen clasificaciones del síndrome de abstinencia: Agudo, relacionado con el inicio y evolución del estado de abstinencia limitados en el tiempo y relacionados con el tipo de sustancia y la dosis consumida (cada grupo de sustancias psicoactivas produce un síndrome de abstinencia agudo característico y fácilmente diferenciable de los demás grupos); Tardío, conjunto de desregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo período de tiempo, meses o años, después de conseguirse la abstinencia; este cuadro causa múltiples trastornos físicos y psíquicos en el individuo, dificultando el desarrollo de una vida saludable y autónoma, **contribuyendo a precipitar el proceso de recaída en el hábito de consumo**; Condicionado, es la aparición de sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo que ya no consume, al ser reexpuesto a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a través de un proceso de aprendizaje.

Casa Joven menciona como logros concretos, los casos de tres usuarios del programa correspondiente a consumidores de pasta base, que se encuentran trabajando, han reestablecido el vínculo familiar como volver a vivir o recuperar contacto con hijos, y el desarrollo de estrategias de consumo menos perjudiciales y/o cambio de droga. Estos usuarios van en forma esporádica a entrevistas con la psicóloga, quien realiza una intervención a fin de proteger la abstinencia, aunque se presentan recaídas han cambiado los patrones de consumo (menor cantidad, cambio de droga, solo los fines de semana).

... **“tenemos tres chicos que llevan tres meses pero asistiendo en forma intermitente, no vienen todos los días en el horario establecido acá, vienen a verme una vez a la semana manteniendo el tema psicoterapéutico, también mantenemos contacto telefónico para proteger la abstinencia... han logrado y han bajado el consumo, hay uno en particular que está trabajando y no ha dejado su trabajo, no está consumiendo todos los días, está consumiendo en forma esporádica, una vez al mes o de vez en cuando, está viviendo con la mamá y está viendo a sus hijos”** (Laura Fernández; Psicóloga).

La adherencia no supera los tres meses en contención, adjudicadas a razones y/o motivos laborales, necesidades y problemáticas no resueltas por parte de los usuarios; dejando de manifiesto que el proceso terapéutico como tal, no pasa de la primera etapa, son mencionadas las etapas de la metodología clásica de comunidades terapéuticas como incorporadas dentro de la metodología de trabajo (pero en el discurso de los profesionales prevalece y se acota la intervención a la primera etapa).

...“las etapas son acogida, adaptación, compromiso y reinserción, ahora los cabros pasan por estas mismas etapas una y otra vez, porque hay momentos en que recaen y los tienes que volver a acoger... la primera etapa tiene que ver con la contención que tu le puedes dar al paciente, con las posibilidades de apoyo que el pueda encontrar, en restablecer su confianza, esperanza... pero no hay una fecha límite de término del proceso, y eso puede estar determinado tanto por parte del paciente como por nosotros” (Laura Fernández; Psicóloga).

Las recaídas son recurrentes, son entendidas como parte del proceso y normales que se presenten, ocurriendo con mayor frecuencia dentro de los dos primeros meses de tratamiento, generándose como característica el abandono del mismo por las deserciones.

... “la educación es muy importante, todos estos cabros apenas llegaron a cuarto básico, sexto básico, y claro, uno les hace restas, sumas, pero eso no está considerado en un plan de tratamiento, porque eso forma parte de la etapa de reinserción y acá el proceso es como bien instantáneo, es decir, los cabros llevan dos meses de abstinencia e instantáneamente empiezan a buscar trabajo, y eso significa, que la presencia al programa es intermitente” (Laura Fernández; Psicóloga).

La frecuencia de las deserciones hace que la presencia de los usuarios sea intermitente, dificultando avanzar a otra fase como es la de reinserción, que es la última y que requiere que la persona alcance ciertos objetivos terapéuticos. Metodológicamente los interventores esperan que las etapas se pasen en conjunto (deben esperar a sus compañeros), lo que es una dificultad si hay una permanente rotación de usuarios.

EJE TEMÁTICO CAMBIOS EN EL PROCESO:

Los cambios más notorios se observan en la abstinencia donde el individuo logra visualizar más claramente su existencia, en términos de problemáticas reales no resueltas, comienzan a darse cuenta y a tener mayor conciencia de lo que le ha pasado durante su vida, y adquieren la noción de los cambios concretos y complejos que van experimentando, principalmente en el proceso de madurez, en el plano emocional, a nivel de comunicación y lenguaje (eliminan los garabato y jergas), en la forma de expresar emociones y sentimientos, en socializar con los demás, surge la autoestima y recuperan la confianza en si mismos y en los demás, mejora el estado de ánimo.

Hay cambios que son más visibles, se perciben a nivel de hábitos que no están instalados en las personas que tienen vida de calle, vuelven a adquirir hábitos de higiene que a causa del consumo se pierden, que se evidencian en los cuidados personales y un cambio en la apariencia y en el aspecto físico (matiz de piel, suben de peso).

... “nosotros los incentivamos a no hablar con tanto garabato y mejorar el vocabulario. Esos objetivos los ponen ellos mismos de ir mejorando aspectos que saben que están mal, y se empiezan a trabajar, uno los ve más contentos, ya no los ve decaídos, uno les ve en la mirada que están distinto” (Patricia Jiménez; Monitora).

A nivel de responsabilidad el denominador común es llegar a la hora, acatar normas y disciplina.

EJE TEMÁTICO AVANCES EN EL PROCESO

Los avances se manifiestan en tres usuarios, que al momento de la entrevista llevaban tres meses de abstinencia, acostumbrándose -“a soportar ciertas cargas que no estaban acostumbrados”-, que se relacionan principalmente con el tema de las responsabilidades, considerar los horarios y ciertas normas que los ha ayudado a encontrar trabajo y mantenerlo.

Los usuarios empiezan a cambiar su visión de la vida, dándole sentido, proyectándose y surgiendo la necesidad de resolver situaciones abandonadas por el tema del consumo, y el desafío de recuperar esos espacios como empezar a trabajar, estudiar, obtener un lugar donde vivir, resolver conflictos en la contingencia con la familia como acercarse a hijos que no veían hace tiempo.

... “el tratamiento les sirva para que adquieran sentido a la vida, ya no van a recuperar, por ejemplo, lo que perdieron en términos de la confianza, porque los familiares pierden la confianza completamente en ellos y no les creen nada, pero con el tiempo ellos la pueden volver a recuperar, alo mejor no van a poder recuperar a la esposa, pero van a recuperar a sus hijos” (Patricia Jiménez; Monitora).

Otro avance da cuenta de la constitución y el trabajo en equipo que se establece en base al respeto, comunicación, madurez para enfrentar desafíos, mayor exigencia manifiesta en el cumplimiento en base a objetivos, programa de actividades y normas establecidas.

... “por ejemplo, si decimos, -“en la semana tenemos tantas actividades, las vamos a dividir”-, que el equipo cumpla es un avance, y tenemos una coordinación, que entendemos para donde vamos remando... ir exigiéndonos más alo que hoy día estamos viviendo, no es lo mismo un equipo que se quedó en el 2002 a un equipo que está actualizado en el 2008, o sea si no te vas actualizando, no hay avances, y lo que tiene este equipo hoy día es la construcción y el abordaje de la visión” (Juan Gallardo; Monitor).

Los años de experiencia en la intervención es vista como un avance a nivel personal de los interventores, otorgando mayor énfasis al trabajo realizado en el 2008 que años anteriores.

EJE TEMÁTICO RETROCESOS EN EL PROCESO

Es recalcado un retroceso, cuando la persona al mantener la abstinencia empieza a darse cuenta y tener mayor conciencia de situaciones vivenciadas que no habían enfrentado con anterioridad y desconocían sus causas, tornándose molestas y los hace querer abandonar el proceso; y a nivel terapéutico cuesta sobre llevar, por la complejidad de cada persona y sus rasgos como alta impulsividad y escasa tolerancia a frustración que los transforma en sujetos más vulnerables para enfrentar sus vivencias, quedando estancados en problemáticas a nivel individual y/o familiar.

... “éstos cabros no son fáciles y no saben tampoco como enfrentarse a la vida, porque nunca aprendieron y este es el momento... están acostumbrados a que se les sofoque su voluntad y por eso no tienen, por lo tanto, lo importante es que aprendan a desplegarla, a reinventarla y en base a ello ver lo que quieren y ver lo que no, y eso es un proceso individual... y la abstinencia es importante justamente para que ellos realicen un proceso psicoterapéutico real y se den cuenta de los cambios que van teniendo... y hay muchos que se van por eso, porque han estado acostumbrados a estar anestesiados, adormecidos con la droga” (Laura Fernández; Psicóloga).

Es percibido como retroceso -“la confianza subjetiva”- que recupera el sujeto, y se relaciona con la visión introspectiva de si mismo en un corto tiempo de intervención (1 a 3 meses) de sentir que ésta bien, de recuperar la confianza en ganar espacios en su vida en distintos ámbitos. Pero al sentir que está bien, no termina su proceso, empieza con su conducta adictiva y a tener recaídas, siendo un fenómeno que se repite todo el tiempo y en todos los grupos intervenidos dificultando el proceso terapéutico y la adherencia al tratamiento.

... “a veces hemos tenido un grupo y a veces no hemos podido mantener al usuario cautivo para que pueda cumplir sus etapas, esto no lo vemos como que el equipo ha hecho algo malo, sino que se da por esto de la confianza subjetiva, o sea llevas años consumiendo y en tres meses quieres hacer todo lo que no hiciste en años, y nosotros retrocedimos y no hayamos como avanzar más... la persona lleva dos o tres meses acá, y se cree lo máximo dicen: -“yo estoy bien, tengo que ir a trabajar”-, y eso pasa en todos los grupos, se repite en unos y en otros... todos después de un mes creen que están bien, pero lamentablemente eso no es así... no terminan su proceso, y empiezan a repetir las mismas conductas una vez, dos veces, y vienen las recaídas” (Juan Gallardo; Monitor).

Esto también marca un retroceso en el trabajo de equipo a nivel de logros en la intervención con los usuarios, porque permanentemente los usuarios van rotando, la recuperación de la “Confianza subjetiva”, no es percibida por los profesionales de igual forma que los usuarios, porque éstos experimentan sensaciones de bienestar por un tiempo, pero muchas veces se dejan estar y surge la dificultad de sostener los logros.

Relacionado con lo anterior, y lo que más se repite es el abandono del proceso porque los usuarios deciden trabajar, es considerado positivo que sientan la necesidad de recuperar espacios perdidos proyectándose para cambiar su condición, pero se considera que los usuarios no están listos para dar este paso en tan corto tiempo, contraponiéndose al tratamiento y resultados más prolongados en el tiempo, porque este cambio es instantáneo y hace que los usuarios deserten y abandonen su proceso.

... “En el otro programa habían ocho hasta la semana pasada, porque andan unos recaídos y otros encontraron trabajo, y tuvieron deserción porque encontraron trabajo y ha habido abandonos por esta razón... los que consumen pasta base llevan dos mes acá, se sienten bien y no vienen más, les empieza a surgir un montón de cosas y aparecen otras necesidades como el requerimiento de querer trabajar, de ver a los hijos. Hay chiquillos que vienen de situación de calle y cuando comienzan a sentirse bien dicen: -“no puedo estar en la calle tengo que buscarme una pieza”-, en cierta forma es un logro pero también es una dificultad porque generalmente abandonan y no logran terminar su proceso y el problema ésta en que vienen las recaídas” (Patricia Jiménez; Monitora).

La recaída es vista como un retroceso, porque la persona vuelve una y otra vez a pasar por lo mismo generando mucha desilusión lo que puede germinar en un abandono del tratamiento.

... “claramente cuando el chiquillo tiene una recaída tiene un retroceso, porque se frustra, tiene menos tolerancia a la frustración, siente mucha rabia, pena, dolor y decepción cuando ocurren, es negativo dicen: -“no puede ser, porque avance todo esto y volví a recaer”- (Patricia Jiménez; Monitora).

Otra condición que es un retroceso, se debe al sistema asistencialista que se genera a nivel institucional, que implica que los usuarios se acerquen a la comunidad terapéutica más por los beneficios de alimentación y alojamiento que por tratamiento, o por problemas y/o presión familiar, por orden judicial, no siendo una decisión personal y necesidad de un cambio real, dificultando los avances.

... “estos programas tienden a repetir un poco la temática del hogar de cristo, o este sistema asistencialista de apoyo material, acá cerca existe el comedor, hay algunos que se aprovechan de eso, hay muchos que llegan acá, no por el tratamiento o por el ímpetu de querer salir de la adicción y de la dependencia” (Laura Fernández; Psicóloga).

Cuando no se observan cambios en la conducta del usuario, se les pide que abandonen el proceso, y que regresen cuando adquieran la conciencia de realizar un trabajo terapéutico real, sin buscar elementos de subsistencia.

... “llegan buscando una residencial, porque creen que la salvación está en alejarse del lugar donde viven, dicen: -“en mi población todos consumen, entonces me tengo que ir”-, y salen y tienen al tiro una recaída... y para que cambien tienen que estar adentro de su realidad, por ejemplo, hay casos que se les ha pedido que se vayan, porque no vienen porque quieren venir, sino por una presión, o lo obligan, por sus hijos, o porque el juzgado los mando; y el chiquillo que termina su proceso, es el que viene porque quiere y te dice: -“sabe yo quiero cambiar, estoy aburrido de la vida que llevo”-. (Patricia Jiménez; Monitora).

Otro retroceso y un fenómeno de la misma cara, se relaciona con la oferta institucional en el plano educativo donde se entregan aprendizajes más básicos.

... “no hay ninguna herramienta que posibilite potenciar el tema de la educación, y creo que es fundamental, deberían haber escuelas para esto, y no las hay; ellos quedan truncados en este proceso, o sea les haces terapia, les haces un par de talleres, les das once y para la casa, pero siguen consumiendo” (Laura Fernández; Psicóloga).

No cuentan con una estrategia que fortalezca el proceso de habilitación y estimule el desarrollo personal del usuario en áreas de educación y/o capacitación, (considerando que tienen la enseñanza básica incompleta). Adhiriendo el factor “rotación permanente” de usuarios que impide que lleguen a la etapa de comunidad donde se busca la reinserción en aspectos educacionales y/o laborales.

4. MATRIZ MIRADA EVALUATIVA (FACTORES CONDICIONANTES)

EJE TEMÁTICO FACILITADORES Y FORTALEZAS

En el plano metodológico es una fortaleza y un avance, eliminar como requisito para el ingreso del usuario el apoyo de un familiar. Se considera que al no existir una buena relación con la familia o con el núcleo más cercano (relacionado con historias que presentan vulneración de derechos desde la infancia), puede transformarse en un agente obstaculizador que dificulta cambios y logros en los usuarios.

... “si no existe una buena relación con la familia, a mi me parece que es mejor eliminarla por un tiempo y de ahí incorporarlos, después de conocer un poco más la historia... en los relatos de los pacientes siempre aparece el tema del maltrato; y en años anteriores era un requisito que la familia participara en los procesos con los chicos... la familia se debe trabajar a parte por los daños existentes” (Laura Fernández; Psicóloga).

La familia es involucrada durante el proceso, siempre que se presente como un agente facilitador y quiera apoyar el cambio de conducta, siendo una decisión voluntaria de cada usuario. Si la familia es un agente obstaculizador, y el usuario necesita del apoyo de una persona significativa que acompañe su tratamiento, no es necesario que sea del núcleo familiar, puede ser un agente vincular más próximo (amigas/os, pololas/os).

... “ellos vienen de lugares bien inhóspitos, sus casas y familias son poco acogedoras... existen daños y fracturas de toda una vida, y creo que si tu padre te maltrato toda una vida, no tienes porque tener como condición el hecho de estar rehabilitándote, y tener que arreglar tus problemas familiares, creo que eso es un tema personal y si en algún momento deciden incorporar a la familia, que lo hagan. Les pregunto todo a ellos, para mi lo más relevante es lo que ellos necesitan, lo que ellos quieren, y si la familia no tiene ningún tipo de apoyo, yo la salto, no es necesaria” (Laura Fernández; Psicóloga).

Otra fortaleza es a nivel organizativo en el plano del trabajo en equipo, y la capacidad para enfrentar contingencias como readecuar la metodología de intervención, formulando un nuevo programa de intervención, en razón de los resultados del programa de comunidad terapéutica ambulatoria, que presentaba como característica la rotación permanente e intermitente de los usuarios.

... “el equipo que tenemos acá es bastante sólido en ese sentido, claro que a veces hemos tenido que trabajar más de la cuenta para poder introducir cambios en este cuento, pero la verdad que es difícil porque a veces me voy con la sensación que uno está repitiendo lo mismo de siempre... ahora vamos a trabajar todos con el mismo grupo ya que incorporamos al programa consumidores de neopren” (Laura Fernández; Psicóloga).

Es una fortaleza el trabajo grupal a través de la participación, adquisición de responsabilidades, hábitos y normas; la autorregulación que se establece en la dinámica grupal y el reflejarse en otros sirve para el aprendizaje colectivo.

... “si una persona de vez en cuando, no participa en el grupo y lleva un mes y quiere pasar a comunidad el mismo grupo le va decir que no -“no viniste una vez a la semana, no participaste con nosotros, no cumpliste los horarios”-, esa persona en un momento dado va querer estar con otro grupo, pero el grupo le va a decir que no... la dinámica grupal es la que va moviendo, regulando, confrontando... un buen resultado en sí, es como el grupo modula el trabajo, porque la comunidad es grupal y lo fuerte es el trabajo grupal... la prevención de recaída la miramos grupalmente porque en la medida que se va abordando pasa a ser un espejo para él que tiene el problema y va ayudando a no equivocarse, a tomar conciencia de cómo prevenir la recaída... y cómo el grupo lo aborda también es importante, si uno empieza a contar la historia de porque recayó, el otro va aprendiendo, y el que empieza a narrar también aprende, es una herramienta tanto para el grupo como para la persona” (Juan Gallardo; Monitor).

Otra fortaleza es el desarrollo de capacidades individuales instaladas en usuarios que han pasado por tratamiento, que han abandonado y deciden retomar, sirviendo como herramientas para avanzar en su proceso, reflejado en usuarios que tienen capacitación en algún oficio y que han pasado a la etapa de comunidad más rápido, porque retoman lo que han dejado atrás, trabajado como protagonistas su proyecto de vida en base a sus objetivos y metas, sin imposición de los interventores.

... “ellos retoman y continúan lo que han dejado atrás, por ejemplo su etapa laboral, no tienen que aprender, porque hay personas que llevan acá cinco meses y después retoman el área laboral, y ese es como el gran objetivo que uno puede alcanzar, porque eso depende de los sueños que cada individuo tenga” (Juan Gallardo; Monitor).

Un facilitador es contar con el espacio para acoger a los usuarios, donde el interventor le debe otorgar la confianza necesaria para que se sientan contenidos y queridos; es importante el trabajo que se realiza con las redes, porque lo que no se genera en el centro, se obtiene de las redes como las hospederías del hogar de Cristo de San Bernardo y de Santiago centro, y el almuerzo otorgado por “El Comedor”.

... “llegó un chiquillo tan angustiado estuvo viniendo dos días, se le consiguió una hospedería, empezó hacer unos pololitos y ahora esa persona esta trabajando... primero los derivamos a la hospedería si es que ellos quieren porque algunos no quieren, porque la hospedería tiene reglas y normas, entonces si el chiquillo se va a la hospedería se levanta, después se va al comedor y del comedor se viene para acá” (Patricia Jiménez; Monitora).

El trabajo de redes es un facilitador que articula lazos, y significa realizar distintas gestiones que sirven como herramientas que van posibilitando cambios que fortalecen y apoyan al sujeto en distintas áreas más deficitarias y/o vulnerables en que se encuentre.

EJE TEMÁTICO OBSTACULIZADORES Y DEBILIDADES

Un obstaculizador y que ha sido una limitación en la intervención, es la rotación permanente de directores y profesionales en los últimos siete años, lo que ha generado un tránsito en la implementación de la metodología.

... “Son 4 etapas que están preestablecidas de acuerdo al modelo clásico de comunidad terapéutica, pero está el tema que en Casa Joven ha habido crisis y a habido cambios de directores y profesionales. Ahora estamos en un proceso de cambio más menos estructural de la metodología... con un trabajo más integral vamos a intervenir todos con el mismo grupo, incorporamos al programa, a consumidores de neopren, pero hasta que no se modificó la metodología, así se estructuró y así funcionó” (Laura Fernández; Psicóloga).

Un obstaculizador y debilidad a escalas, es la falta de recursos, porque no se alcanza a cubrir las necesidades de los usuarios en los distintos ámbitos... **“acá en esta comunidad terapéutica somos bien pobres, no tenemos recursos ni espacios acogedores, la idea es que esta comunidad los acoja y los haga sentir como en casa... o tener más alternativas que ofrecerle a los chiquillos, por ejemplo el decirles que hay lugares donde se pueden desarrollar; si quieren estudiar, decirle donde pueden estudiar” (Patricia Jiménez; Monitora).**

... “cuando la persona está en la calle se tiene que resolver el tema con una hospedería... hoy día no estamos financiando el tema de la locomoción para la hospedería... está el tema de poder mejorar la casa, de tener más herramientas, de realizar más talleres, de poder hacer jornadas recreativas afuera de la comunidad... si hubieran más recursos, se podría contratar más profesionales para el área formativa y realizar talleres, podríamos abordar mejor el tema comunitario y el trabajo de redes, y como no tenemos los recursos, estamos con un equipo reducido” (Juan Gallardo; Monitor).

Es considerado que las facultades son limitadas, deficientes e insuficientes en el proceso terapéutico en general, porque se cruza por un lado, con la disponibilidad y aportes de los agentes del Estado, y por otro lado, con el tema recursos en varios ámbitos: como el factor económico, infraestructura, tiempo y se considera gerencial para mejorar la intervención los recursos humanos y de profesionales para cubrir las necesidades de los usuarios, del equipo y de trabajo.

... “La falta de recursos, todo el rato la falta de plata... porque tenemos poco personal, hay pocos técnicos, hay un técnico en rehabilitación, hay una psicóloga, no tenemos terapeuta ocupacional... tenemos muy pocos recursos, en personal, en material, en infraestructura, en todo... recibimos ayuda de CONACE, pero hay cosas que juegan en contra, ponte tu nosotros no tenemos asistente social, y la asistente social es seca en términos de gestión, de elaborar proyectos y acá quedamos truncados en eso, a mi nadie me enseñó a hacer eso... hemos estado trabajando el tema de las redes, pero eso ha significado atrasarme con mi pega, además que esa es una pega que debiera hacer una asistente social... Siento que hacen falta más profesionales para mejorar la intervención, yo he tenido que hacer de todo, hacer de asistente social, y no lo hago bien porque no sé como se hace, funcionar como educadora en algunas ocasiones... ahora estamos incorporando el taller de manualidades y vamos a trabajar haciendo velas entre nosotros porque no tenemos terapeuta ocupacional... entonces, eso creo que hay una deficiencia en la constitución del equipo, pero no es por nosotros sino por los recursos que hay, porque con suerte nos pagan a nosotros” (Laura Fernández; Psicóloga).

En relación a lo expuesto, es constatado que el factor recursos humanos más específicamente de profesionales también afectaría el cumplimiento de la metodología clásica de comunidad terapéutica como el caso del cumplimiento de la etapificación, que si bien el paso a una etapa esta mediatizada por los logros y avances individuales y del cumplimiento mínimo de los objetivos terapéuticos, se pasa a una etapa siguiente, en la mediada que todos los sujetos vayan alcanzando la etapa y pasen juntos a otro momento, y esto es así debido a la falta de profesionales que apoyen más específicamente este proceso.

... “siempre esperamos si uno llego primero a alcanzar los objetivos de la primera fase, le pedimos que espere a sus otros compañeros que quedaron en una etapa anterior para que sea un proceso más parejo, no los avanzamos a la etapa que le corresponde no se trabaja en forma paralela con la de sus compañeros, sino que debe esperar, porque acá hay pocos técnicos, hay una psicóloga, hay un técnico en rehabilitación en estricto rigor, porque Juan es el que ha llevado la batuta en el tema” (Laura Fernández; Psicóloga).

Otro obstaculizador y que provoca mucha fractura es cuando el grupo no está bien constituido y ocurren fugas porque no hay confianza, no hay buen trato y no se logra entendimiento entre los integrantes.

Es expuesto que en las comunidades terapéuticas ambulatorias, las recaídas son más frecuentes y es más difícil manejar el consumo; no lográndose una contención, ni la adherencia, ni abstinencia necesaria de personas con consumo problemático; siendo un tratamiento ideal el de metodología de comunidad terapéutica residencial que más protegida y exige mayor contención.

... “idealmente el chico que quiere rehabilitarse, tendría que internarse en una residencial y ojala sin medicamentos, en una buena comunidad terapéutica donde pueda estar protegido y contenido durante el día y la noche, como mínimo unos 9 meses. Después de eso tendrían que acudir a este tratamiento ambulatorio como una continuidad del proceso... Eso es en términos ideales, porque en la realidad CONACE - FONASA tienen convenios con comunidades residenciales para persona con escasos recursos, pero los cupos son limitados, le otorga estos cupos a 5 o 6 personas de escasos recursos y es como una beca. Ahora el tratamiento o la rehabilitación residencial es muy costoso entre \$300.000 y \$120.000 mensuales, y lo que ocurre en las ambulatorias que las recaídas se dan con mayor frecuencia y es más difícil manejar el consumo” (Laura Fernández; Psicóloga).

Es presentado como un obstaculizador la demora para derivar a los usuarios a comunidades terapéuticas residenciales porque los cupos son limitados y se encuentran copadas, existiendo la necesidad de optar a una metodología con mayor contención (residencial), por factores individuales y de consumo presentes en la mayoría de los usuarios que los hace permanentemente tener recaídas, terminando por desertar del tratamiento.

... “y los chiquillos que vienen acá son de bajos recursos, ellos no tienen para pagar y los cupos que dan, que son FONASA - CONACE, son pocos y los chiquillos que quieren ingresar están en lista de espera” (Patricia Jiménez; Monitora).

Otro elemento que obstaculiza la intervención, se relaciona con derivar a los usuarios para entregarles el servicio más adecuado, presentándose como otra dificultad la patología dual debiendo derivar a un psiquiatra para que la persona sea diagnosticada y reciba el tratamiento pertinente.

... “han llegado chiquillos con esquizofrenia cuando están yendo a tratamiento y reciben medicamentos del psiquiatra, están compensados y se puede trabajar con ellos, porque cuando un chiquillo tiene esquizofrenia no lo puedes poner con uno que no tiene. Es una dificultad cuando hay que derivarlo a un psiquiatra y no hay hora, porque cuando se presenta este problema hay que tratar de derivar al tiro, hay que pedir hora y por lo general las horas no las dan al tiro... cuando llega un chiquillo acá con esas características, uno lo lleva al consultorio, en el consultorio lo tiene que ver un médico general, que le da una interconsulta para el psiquiatra del hospital, y ahí tiene que esperar uno o dos meses para que lo vea el psiquiatra. Entonces se aburre de esperar, no va nunca y deserta, y lo más grave es que se va enfermando” (Patricia Jiménez; Monitora).

La persona con patología dual debe ser atendida con un profesional especializado en éste campo como un psiquiatra que se encargue de hacerle un tratamiento con los medicamentos adecuados. Se presenta y visualiza como una dificultad la falta de recursos de personal calificado para tratar esta temática en forma interna, complejizándose aun más por la dificultad del apoyo externo de redes en este problema -“porque los hospitales y los sistema de salud mental público están copados”-.

... “y eso no quiere decir, que el chiquillo, no pueda hacerse un proceso de tratamiento para dejar de consumir, pero debe ser tratado con medicamentos; por lo tanto la falta de profesionales calificados para trabajar estos tema, también es una dificultad en la intervención” (Patricia Jiménez; Monitora).

Otro elemento que se visualiza como una debilidad, es el tema de la educación, debido a que una de las característica que presentan los usuarios es una escolaridad incompleta, y la comunidad no cuenta con ninguna herramienta que posibilite potenciar el tema de la educación y finalmente los usuarios quedan estancados en este proceso, porque la metodología de la comunidad terapéutica, ésta orientada a sanar procesos psicológicos, realizar talleres y darles once, y los usuarios que se encuentran trabajando tienen capacitación externa de un oficio (metalurgia, carpintería, gastronomía, panadería).

... “pero los otros que han llegado a segundo medio, son todos los casos de fracaso, no tienen ninguna posibilidad de desarrollarse en esta sociedad que es competitiva... la educación es muy importante, creo que todos apenas llegaron a cuarto básico, sexto básico, y claro, uno les hace restas, sumas, pero eso no está considerado en un plan de tratamiento, porque eso forma parte de la etapa de reinserción, y acá el proceso es como bien instantáneo, es decir, llevan dos meses de abstinencia e instantáneamente empiezan a buscar trabajo, y eso significa, que la presencia al programa sea intermitente” (Laura Fernández; Psicóloga).

Como se menciona en eje temático concepto de drogas, Vega (Op.cit) señala que entre los muchos factores que explican las conductas adictivas, se encuentra el retraso en el desarrollo personal como uno de los más importantes, que alude a la situación de la persona en comparación a sus pares “ha quedado rezagada con respecto a sus compañeros en el logro de uno o de varios de los objetivos socialmente esperados al pasar de la infancia a la edad adulta”.

Una persona para adquirir un desarrollo o crecimiento personal debería alcanzar una personalidad y un sentimiento de realización personal; realización personal de independencia y de propia estima; otorgar a la vida un sentido, una finalidad y un propósito; desarrollar aptitudes para relacionarse con los demás.

EJE TEMÁTICO ÁMBITOS Y ÁREAS IMPORTANTES DE TRATAR

Es fundamental y una herramienta a potenciar el tema de la educación e incorporar la capacitación laboral para que los sujetos adquieran la posibilidad de desarrollarse en esta sociedad que es competitiva.

Un pilar que es fundamental de abordar es una estrategia que involucre la participación familiar, en terapias distintas a la de los usuarios, y como un espacio exclusivo para padres, que trate temas como el de codependencia, que es muy frecuente cuando hay en la familia un integrante que consume drogas, intentando que se asuma, que la problemática del consumo tiene que ver con temas que están directamente relacionados con la familia y problemáticas no resueltas de procesos dañinos vividos durante la infancia (es una temática recurrente en el discurso de todos los profesionales y en ambas comunidades).

... “los diez primeros años de vida de un niño son los más importantes para su desarrollo, y todo lo que le pase durante esos primeros años, es como va a hacer después. Los padres hacen daños en forma inconsciente, por ejemplo, un papá que ha sido golpeador, y cuando el daño ya está hecho, hay que tratar que este niño que fue golpeado, no sea golpeador, la idea es curarlo y fortalecerlo para enfrentar la vida... y no se establece como -¡hazte cargo porque tu tienes la culpa!-, sino que en el discurso se van relativizando ciertos elementos, y aprendiendo de cómo educar a los hijos, detrás de cada adicto hay problemas familiares, pero hay que trabajarlo con tacto para que los padres no se resientan” (Laura Fernández; Psicóloga).

Un área muy vital es promover e incentivar en el usuario, el desarrollo personal entregando herramientas que le sirvan para el despliegue de capacidades pertinentes para su desarrollo mejorando la auto-percepción, recuperando su afectividad, mejorando su conducta y que implique una alternativa de cambio sostenido en el manejo de la abstinencia. En tanto, es consignada como un área importante la prevención de recaídas para que la persona tome conciencia de cómo prevenir, ayudándolo a no equivocarse y avanzar a través de un aprendizaje colectivo.

... “el tema de la prevención de recaídas, no se puede saltar porque una vez que se trabaja se puede llegar a la abstinencia; es importante que la persona logre hacer de la recaída un aprendizaje, que logre tomar conciencia de la recaída... que adquiera otro tipo de conducta, otro tipo de expresiones. Porque puede que una persona logre un tiempo de abstinencia, pero no va a producir cambios... hay algunas personas que si van a lograr cambiar, el grupo es importante pero solo algunas personas van a lograr cambiar, lo que se logra más es que la persona disminuya su consumo o se mantenga más abstinente por un tiempo, pero no que logre un giro por completo” (Juan Gallardo; Monitor).

La prevención de recaída es una herramienta que sirve para establecer factores de riesgo y factores protectores, ayudando al usuario que concientice aspectos que lo pueden llevar al consumo y aspectos que le van a servir para evitar el mismo. Es una estrategia que sirve para que el usuario tenga nuevos aprendizajes para enfrentar su conducta adictiva, mediando para lograr disminuir el consumo de drogas y en el mejor de los resultados alcance más tiempo en abstinencia.

CONCLUSIONES

Se percibe importante para presentar las conclusiones dirigir la atención a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los Perfiles Metodológicos utilizados por dos Comunidades Terapéuticas del Sector Sur de Santiago?.

La búsqueda de respuestas a ésta pregunta central, invita a considerar los objetivos e hipótesis de trabajo que otorgan respuestas a las demás preguntas de investigación surgidas en este estudio. Rescatando como primera consigna, capturar los discursos significativos de algunos fragmentos más reiterados en las entrevistas a profesionales y/o interventores, para otorgar un sentido interpretativo de la realidad contemplando la significación de significados, sirviendo como evidencia y fundamento en los planteamientos, formando parte de la reflexión teórica (todas las citas entre comillas corresponden a señalamientos, sentires, ideas y conceptos reiterados de los informantes). Como segunda consigna, se utilizan las hipótesis de trabajo, para encontrar aspectos relevantes a partir de la descripción en el análisis de datos, surgiendo premisas conceptuales que otorgan claridad a los contenidos planteados, quedando sujetas a reformulación, porque gala de importancia descubrir nuevas relaciones y conceptos más que verificar o refutar hipótesis predeterminadas y generalizar resultados.

Se consideran estos dos elementos mencionados (discursos significativos) e (hipótesis de trabajo), para realizar un planteamiento holístico de la realidad, implicando una concepción de cada realidad como un todo, distinguiendo la suma de las partes que componen el estudio.

Se descartan algunos ejes temáticos sujetos a estudio, para no repetir reiterativamente aspectos que se mencionan en el análisis de resultado, y que no ameritan mayor detención, porque en la práctica operativa de las comunidades terapéuticas funcionan sin mayor inconveniente (aspectos positivos en la intervención relacionados tanto con perfiles teóricos como metodológicos). Asimismo, las conclusiones no se elaboraron separadamente por caso sujeto a estudio (como se mostró en el análisis), se muestran a ambas comunidades terapéuticas para poder demostrar aspectos compasivos de diferencias y similitudes de los ejes temáticos más destacados, otorgando una mayor riqueza heurística a los contenidos planteados.

CONCEPTO DE MODELOS TEORICOS:

La similitud respecto a modelos teóricos utilizados en ambas comunidades terapéuticas, se ancla en el enfoque de reducción de daños, se considera la abstinencia dependiendo como los usuarios van manejando las situaciones de consumo durante el proceso, y comprendiendo que el tratamiento es logrado no solo cuando cumple con los objetivos concretos, también cuando los usuarios obtienen pequeños logros y avances a nivel de reducción de daños, como ir bajando el consumo paulatinamente cambiando el tipo de sustancia (pasta base de cocaína por marihuana), e ir bajando la frecuencia del consumo (pasar de un consumo diario, a un consumo de fin de semana, para llegar a la abstinencia como ideal).

Caleta Sur trabaja con varios modelos que fundamentan la intervención, como el enfoque de sujeto que es un pilar detrás de toda la racionalidad que organiza la metodología, las actividades, los criterios de decisión y las distintas disciplinas; centrándose exclusivamente en entregar las herramientas requeridas para que cada sujeto en tratamiento, sea capaz de problematizar reparando, sanando nudos en su historia de vida, adquiriendo nuevos aprendizajes para enfrentar la realidad, fortaleciendo logros y avances en el proceso.

El modelo de Prochaska y Diclemente (**Op.cit**) es una vanguardia para la intervención de personas con conductas adictivas permite conocer la fase en que se encuentra el sujeto e ir perfilando a través de la motivación la necesidad de sostener el cambio de conducta. Es complejo trabajar con las etapas del cambio, siendo un proceso en conductas adictivas que se va dando empíricamente por si solo, ayudando a los profesionales a medir logros en términos conductuales y, a evidenciar claramente la fase en que se encuentra el sujeto, indicándoles que aspectos deben reforzar para lograr avances en el tratamiento y distinguir los elementos que faltan para fortalecerlo exigiendo lo justo, necesario y que conduzca a generar un cambio, porque como generalidad los usuarios llegan con la motivación para realizar una transformación en sus vidas, pero explicativamente cada usuario estaría en etapas distintas del cambio (ejemplo precontemplativa), de acuerdo a su desarrollo personal, capacidades, mecanismos de defensa, resistencias al tratamiento, por mencionar algunos aspectos.

En Caleta Sur se trabaja mucho con conceptos como los -“circuitos de consumo, problematización del consumo e insight”-. Los que de una u otra forma están enlazados con los circuitos de consumo y tienen su explicación en bases biomédicas, los profesionales tienen incorporado en sus conocimientos estas premisas conceptuales aterrizando a los usuarios a una forma más comprensible y didáctica desde los sentidos o que -“factores de riesgo”- activan estos circuitos en ellos, y que -“factores son protectores”- sirven para evitar una recaída, debiendo trabajar la problematización del consumo para que tenga un “insight” o un discernimiento claro respecto al mismo.

Casa Joven visualiza que los sujetos están en distintas etapas y lo ideal es llegar a un cambio de conducta que perdure en el tiempo, pero el planteamiento es más ingenuo, no se interviene por ejemplo con el modelo del cambio o el enfoque de sujeto, la experiencia y práctica de trabajar como monitores de personas con conductas adictivas, les ha permitido elaborar operativamente el concepto, recalando que para un interventor el estudio no es tan importante, porque una persona con vocación puede aprender a realizar la intervención a través de la práctica diaria y teniendo como herramienta el vínculo afectivo para acoger al usuario en forma afectuosa y cordial, centrándose en motivar e incentivar el cambio de conducta para que abandone el consumo problemático.

CONCEPTO DE TRATAMIENTO Y TERAPÉUTICO

Ambas comunidades terapéuticas consideran que, en el trabajo terapéutico es esencial la función y rol que debe cumplir un terapeuta o interventor, quién debe ser en todo momento un facilitador para lograr avances en la intervención, siendo indispensable relaciones horizontales y un vínculo afectivo fuerte -“uno pasa a ser el que escucha, no necesariamente un amigo pero si un líder positivo”-; conduciendo las temáticas a un clima que introduzca al usuario en el desplazamiento de afectos y emociones de su proceso psicológico, debiendo motivar e incentivar el cambio de conducta para su sanación -“la idea es curarlo y fortalecerlo para que enfrenten y aprendan de la vida”-, entendiendo que el sentido de ese cambio es un proceso único y personal.

El proceso psicoterapéutico es considerado como el camino que lleva a la cura y la sanación, permitiendo la conexión del sujeto consigo mismo para emprender un redescubrimiento comprendiendo sus problemáticas como un proceso interno y no como algo que viene desde afuera. Para ésta conexión es requerida una orientación externa (terapeuta), permitiendo en terapia tratar al inicio el síntoma como motivo de consulta, para terminar en situaciones más complejas.

Es entendido como terapéutico todas las actividades orientadas al aprendizaje de hábitos de higiene y de orden, normas de convivencia e intentar recuperar proyectos de vida, solucionar problemas como experiencias dolorosas marcadas por experiencias de maltratos, abusos y abandono; y que finalmente adquieran conductas más moduladas que le permitan otorgarle un sentido a la vida.

CONCEPTO DE DROGA

En Casa Joven, la droga es visualiza con una tipificación más demonizada o como un síntoma de una enfermedad, dando énfasis a situaciones anexas al consumo como microtráfico, delincuencia, y conductas asociadas al mismo como la mentira, el engaño y la manipulación.

Caleta Sur, observa que externamente la interpretación de la droga estaría desacralizada, vacía de sentido, mercantilizada y cruzada por otros factores de carácter cultural, social y que el mismo sistema por su modelo de exclusión va reproduciendo patrones que deja más vulnerables a algunos sujetos. En razón a esto, no radicaliza la interpretación demonizada que es cognitivo de cada persona, porque la idea es remecer la consciencia del individuo para que tenga una visión introspectiva de si mismo y adquiera nuevos aprendizajes cambiando las conductas asociadas al consumo por otras que le sirvan para enfrentar y experimentar la vida en forma más saludable.

Ambas comunidades terapéuticas coinciden que el consumo de drogas, es secundario frente a situaciones profundas y una gama de conflictos personales, siendo la droga un factor que está presente pero no es central al momento de intervenir, porque detrás del consumo se esconden y/o existen otras problemáticas relacionadas con el individuo, con modelos familiares y son el contenido para un trabajo terapéutico.

Caleta Sur, incorpora dentro de su metodología la reconstrucción de la historia de vida, cómo resultado empírico los profesionales plantean que la droga es secundaria, porque el consumo está relacionado a una serie de factores desencadenantes relacionados con - "procesos dañinos"- de maltratos, abandonos y abusos, causando múltiples fracturas y huellas a nivel emocional y conductual. Y frente a esas experiencias, aprendizajes, códigos que han hecho de la vida -"es en esas circunstancias donde se vinculan con el consumo"-.

La construcción de la historia de vida personal, intenta como estrategia reconstruir esos - "procesos dañinos"- para que el sujeto aprenda internamente a reconocerlos, enfrentarlos, asumirlos, repararlos, y sanarlos, porque son situaciones que se no borran de los recuerdos -"pero debe aprender a vivir con ellos, perdonando y perdonándose para no sentirse culpable"- y no reproducir los mismos modelos o situaciones vivenciadas -"si fue golpeado, hay que tratar que él no sea golpeador, la idea es curarlo y fortalecerlo"- , reparando el daño de cual han sido objeto y están sujetos, reconociendo a través de la concientización los códigos que existen detrás de un elemento tan negativo y destructivo como es la violencia, generando una suerte de empatía con una visión introspectiva para que se descubra a si mismo.

Terapéuticamente este proceso de reaprendizaje que involucra aprender y aceptar tolerando -"procesos dañinos"- es denominado como -"principio de realidad"- y permite avanzar en el proceso de auto conocimiento visualizando sentimientos, emociones, y actitudes principalmente, otorgan un sentido y una comprensión para reconocer la situación, condición y conducta de adicción.

Casa Joven, no incorpora a la familia en procesos terapéuticos, por el tema de vínculos obstruidos que han dejado nudos en la historia personal de los usuarios, se intenta que cada persona pueda aprender entendiendo su experiencia, porque al no enfrentar los problemas en el momento oportuno van acrecentándose, adquiriendo a través del tiempo nuevas repercusiones y transformándose en una carga mayor. Como estrategia, se intenta la solución de problemas recuperando aspectos importantes, perdidos en razón a la conducta adictiva como la familia, o aspectos de la vida dejados de lado como trabajar y/o estudiar, para que a través del tiempo el usuario sostenga logros.

Surgen distintos enfoques y conceptos que respaldan el tratamiento terapéutico, Caleta Sur tiene como eje central el enfoque de sujeto y las etapas del cambio, gestándose a través de la experiencia práctica que se va ligando a los enfoques teóricos, surgiendo distintos conceptos como -“circuitos de consumo, problematización del consumo, insight y subjetivación”-.

A nivel conceptual los circuitos y problematización del consumo, están muy vinculados a la recaída y en cómo se interviene en este proceso; los circuitos de consumo tienen explicaciones biomédicas, haciéndolo más comprensible a los usuarios a través de los -“factores de riesgo”- que activan o encienden estos circuitos en el usuario, y que -“factores son protectores”- y sirven para evitar una recaída, debiendo trabajar la problematización del consumo para que tenga un -“insight”- o discernimiento claro respecto a si mismo, que se vincula a cómo se trabaja el concepto de droga y se relaciona con una reflexión más interna del porqué se consume, indagando en la historia de vida personal ligada a -“procesos dañinos”-.

CONCEPTO DE RECAÍDA

Ambas instituciones coinciden que la recaída es parte del tratamiento normal y/o frecuente que ocurra, y que es mejor que se produzcan para poder trabajarlas, no la castigan entendiendo que causa dolor, frustración y sufrimiento en la persona; Caleta Sur la enfrenta con un significado y relevancia realista otorgándole el peso por lo que es -“una recaída es una recaída”-, intentando realizar un aprendizaje profundizando respecto al evento mismo, y el sujeto se da cuenta del cómo y el porqué, trabajando -“la problematización del consumo, circuito de consumo, factores de riesgo, factores protectores e insight”-. A diferencia de Casa Joven no se menciona a los usuarios que las recaídas son parte del proceso, porque podría revertir el sentido terapéutico de la misma.

En Casa Joven la recaída es vista como un retroceso, porque cuando ocurren, el sujeto se frustra bajando su nivel de tolerancia a la frustración, generando mucha desilusión lo que puede germinar en un abandono del tratamiento volviendo a pasar por la misma situación reiterativamente.

Caleta Sur visualiza que el riesgo de la recaída es alto, pero -“hay que tomar el riesgo”-, los profesionales la perciben no como un retroceso, porque se pueden sacar elementos positivos de este evento para realizar un reaprendizaje -“no es tan malo, cuándo es con conciencia, pero para ellos es un retroceso”-, porque es entendida como un parámetro de éxito.

En Casa Joven la recaída es atribuida a factores interno de cada persona, que se relacionan con aprendizajes adquiridos de la conducta adictiva que anestesian la capacidad de proyección hacia el futuro por vivir el momento, y de como esos aprendizajes finalmente son encausados a un nivel conductual en la vida cotidiana, como ocurre en situaciones del manejo de dinero, aumentando la posibilidad de una eventual recaída, no asumiendo que el problema central no es el dinero, sino como utilizarlo, solo al existir un proceso de abstinencia el usuario empieza a proyectar una motivación al cambio, fijándose como objetivo recuperar situaciones perdidas aludiendo principalmente a la familia, estudios y trabajo.

Se repite reiteradamente en las entrevistas a los profesionales, que los usuarios alcanzando dos o tres meses de abstinencia empiezan a proyectarse y deciden trabajar, siendo un elemento positivo, pero es una dificultad porque tienen sus recaídas cuando reciben sueldo, habiendo usuarios que al tener una recaída abandonan su tratamiento, en algunos casos se mantienen trabajando pero siguen con un consumo de drogas y/o sustancias.

Esto muestra una gran diferencia en términos metodológicos en relación a Caleta Sur, quienes tienen normativas claras, y una es mantener un resguardo de la abstinencia en estricta coordinación con las hospederías donde alojan los usuarios, y dentro de esas reglas no está permitido trabajar y por tanto portar dinero, se prepara gradualmente al usuario para salir al mundo laboral a través de Cabildo donde trabajan y generan recursos pero manejados internamente.

Caleta Sur en la etapa de reinserción y de acuerdo a una evaluación de cada situación, se analiza si la persona está en condiciones de trabajar, de portar dinero o de capacitarse, asumen como alto riesgo estos factores porque pueden potenciar una recaída, pero se enfrentan críticamente para disminuir la posibilidad de una deserción, abordando en reuniones de equipo determinados aspectos y áreas más débiles en los usuarios como características personales, psicológicas y el tiempo de tratamiento (es frecuente la recaída en los primeros tres meses).

Esto muestra que existe un manejo terapéutico en aspectos psicoeducativos y socioeducativos, y como consecuencia, un manejo respecto a las decisiones de los usuarios. En las entrevistas a los profesionales de Caleta Sur, plantean que un elemento común en las personas con conducta adictiva, son las características más frecuentes como la impulsividad, el descontrol de impulsos, la baja tolerancia a la frustración y la casi inexistencia de límites, características resultado de las experiencia de vida, a raíz del propio consumo (premorbilidad-comorbilidad), o porque simplemente -“nadie les enseñó”- a modularse en términos cognitivos, emocionales y conductuales; entonces el tema de poner límites es importante para el resguardo de la abstinencia y es un tema clave en la metodología clásica de la comunidad terapéutica en establecer normas claras.

La postura de Casa Joven respecto a las normas y límites tiene un carácter más paternalista otorgando mayor libertad respecto a las decisiones de los usuarios, es frecuente en los relatos de los profesionales la libertad de decisión respecto a temas delicados como el laboral y el manejo de dinero, aludiendo que el abandono del tratamiento ocurre porque los usuarios encuentran trabajo; en el tema del trabajo grupal argumentan que depende del usuario, si desea realizar un trabajo grupal, se integra y fortalece en ésta área, pero si el usuario no desea compartir en grupo se interviene en forma individual (un aspecto importante en la metodología clásica de comunidad terapéutica es la intervención grupal definida conceptualmente como autoayuda); respecto al trabajo de redes más específicamente para derivarlos a hospederías y proteger la abstinencia, se realiza solo cuando el usuario lo requiere, argumentando que algunos no quieren, porque las hospedería tiene reglas y normas; en el tema del manejo de las recaídas fundamentan desde la reducción de daños que implica que el usuario tiene recaídas que terminen antes días o el fin de semana y no un mes.

Aspectos que se contraponen al discurso planteado por los profesionales respecto a los logros, avances y cambios en general, porque el tema de las normas, responsabilidad y hábitos son mencionados como transformaciones importantes en los sujetos, como acostumbrarse a soportar ciertas cargas que -“no estaban acostumbrados a soportar”-, que se relacionan principalmente con el tema de las responsabilidades, considerar los horarios y ciertas normas que los ha ayudado a encontrar trabajo y mantenerlo.

Otro aspecto a destacar, es que ambas comunidades terapéuticas coinciden que los usuarios visualizan la problemática de su consumo en forma externas o que la raíz viene desde afuera, como en algunas situaciones en que buscan un tratamiento de mayor contención (residencial), porque como idea en común se cree que la rehabilitación en el consumo problemático, se encuentra exclusivamente en alejarse del lugar y alrededores donde viven, porque son sectores donde existe mucho consumo de drogas y microtráfico, y como solución inmediata está alejarse para no activar la necesidad y el deseo por el consumo de drogas y/o sustancias.

La diferencia respecto a esta percepción está en como es abordada, Caleta Sur trabaja problematización del consumo y coinciden que al inicio del tratamiento las personas tienden a ver el consumo como un problema que viene -“desde afuera”-, a modo en general -“mantienen una visión hacia fuera de las cosas que ocurren”-, o culpa al resto, sin hacerse cargo -“porque no se trabaja a si mismo o no realiza un insight”-. Es categórico que la persona aprenda a resignificar el consumo a través de la historia de vida y descubrir aspectos traumáticos relacionados con vivencias personales, para que entienda y aprenda a reconocer factores internos que inciden en su conducta adictiva adquiriendo como herramienta el control de su conducta contemplando su realidad tan cual es y no escapando de ella.

A nivel terapéutico el profesional es capaz de visualizar en forma nítida -“desde afuera”- el consumo problemático del sujeto, quien no lo visualiza como un problema interno de cada cual, busca otras causales que no se relacionan consigo mismo, visión que cambia cuando trabaja los -“circuito de consumo”- ayudándolo a identificar y asociar situaciones particulares que activan la necesidad del consumo de drogas, contemplando factores internos que están vinculados a su persona, eliminando la idea que el riesgo de caer en conducta adictiva, está en situaciones externas a el o que vienen desde afuera.

Es aceptado que un sujeto con conducta adictiva debe evitar -“factores de riesgo”- que activen y/o potencien una recaída al encenderse el circuito, y que pueden ser externos a él (manejar dinero, juntarse con personas que consumen, evitar lugares de consumo). Es cierto que son factores externos al sujeto, pero el punto álgido está en que debe problematizar en torno a su conducta adictiva para identificar los factores que encienden su circuito de consumo que es único y personal, volviéndolo un proceso interno vivenciado -“desde adentro”- para realizar un proceso de reaprendizaje y enfrentarse a esa realidad una vez que ha resignificado comprendiendo su si mismo para fortalecerse en distintas áreas, respetando sus momentos personales, porque cada sujeto está en momentos de su vida distinto al de otros sujetos.

CONCEPTO DE ABSTINENCIA:

En Casa Joven el manejo de la abstinencia por si sola, se torna un proceso muy complejo porque se produce el síndrome de la abstinencia donde se producen cambios a nivel neurovegetativos que gobierna el nivel funcional, y las personas en la comunidad no son medicadas para controlar estos cambios que son bastante notorios, transformándose en un proceso altamente complicado.

Caleta Sur incorpora un médico psiquiatra, valorado justamente porque hay áreas como el control de impulsos, crisis de ansiedad, crisis de pánico, depresión y toda la gama de trastornos del ánimo que aparecen con el síndrome de abstinencia (control de síntomas y/o desencadenantes de trastornos mentales, asociados o no al consumo de drogas - premorbilidad o comorbilidad-). Requiriendo una intervención específica de este profesional y el apoyo con antagonistas (medicamentos) dependiendo de cada caso, para poder pasar -“esta crisis o transición”- que se encuentra la persona, y poder realizar -“un trabajo más limpio a nivel psicoterapéutico”-, lo que a su vez permite garantizar mantenimiento en la abstinencia, asegurar la continuidad en tratamiento, y lograr adherencia y contención de los usuarios.

La abstinencia y la adherencia son factores claves para abordar temas terapéuticos más profundos (una vez que están estabilizados) y otras áreas como la expresión emocional, el manejo de situaciones conflictivas, la reconstrucción de la personalidad, la reconstrucción de una historia de vida, y que en definitiva va ser el punto álgido que finalmente va a permitir que el sujeto se encante con el tratamiento o decida desertar, porque es planteado que el usuario que no consigue entregar el material terapéutico, termina abandonando el proceso terapéutico.

Existe un alto nivel de control en la abstinencia durante el tiempo que dura el proceso, logrando significar la recaída y la construcción de un proyecto de vida que pueda ser sostenido en el tiempo. Desde el punto de vista médico se plantea que si una persona está deprimida, angustiada, desanimada, no puede dormir, tiene mucho descontrol de impulsos, no es capaz de permanecer en tratamiento dos meses, -“porque no le va a dar el soporte físicamente”-, sosteniendo que en algunos casos es necesario la ayuda farmacológica para que tengan un transito más fácil para un -“mejor aprendizaje”-.

En Casa Joven, no visualizan el manejo de la abstinencia como un factor metodológico en relación a la adherencia a tratamiento, reconocen como logro la adherencia a tratamiento entre dos y tres meses, plantean que los resultados depende de cada persona beneficiada del programa, de cómo va haciendo y sintiendo su proceso, adjudicando la deserción a factores como el período de consumo de los usuarios (llevan desde los 12 años consumiendo pasta base, con un promedio de edad de 35 años, presentando un consumo de drogas entre 10 a 20 años); dificultando la abstinencia y la adherencia al tratamiento, porque el usuario al estar tantos años adormecido y anestesiado por el consumo de drogas, al mantenerse abstinentes los cambios que van experimentando tanto a nivel físico como psicológico se vuelven insostenibles.

Se observa que los cambios más notorios, ocurren en la abstinencia siendo necesaria para que los usuarios realicen un proceso psicoterapéutico real y se den cuenta de los cambios que van teniendo, porque logran visualizar más claramente su existencia en términos de problemáticas reales no resueltas, comienzan a darse cuenta y a tener mayor conciencia de lo que le ha pasado durante su vida, cambiando la visión y el sentido de la misma.

Surge la necesidad de resolver situaciones abandonadas por el tema del consumo, y el desafío de recuperar esos espacios como empezar a trabajar, estudiar, obtener un lugar donde vivir, resolver conflictos en la contingencia con la familia, proceso denominado como -“la confianza subjetiva”- que recupera el sujeto, y se relaciona con la visión introspectiva de si mismo en un corto tiempo de intervención (1 a 3 meses) de recuperar la confianza, sentir que ésta bien y ganar espacio en su vida en distintos ámbitos. Esto se considera como un retroceso, porque el sujeto al sentir que está bien, no termina su proceso, empieza con su conducta adictiva y a tener recaídas, es un fenómeno que se repite todo el tiempo y en todos los grupos intervenidos dificultando el proceso terapéutico y la adherencia al tratamiento.

Esto genera una tensión -“cómo una cara de la misma moneda”-, se fundamenta que la persona al mantener la abstinencia empieza a darse cuenta y tener mayor conciencia de situaciones vivenciadas que desconocían y/o no habían enfrentado con anterioridad, al darse cuenta se tornan molestas -“comienzan a tener mayor conciencia de lo que les ha pasado durante su vida”-, teniendo como consecuencia el abandono del proceso.

Se argumenta que a nivel terapéutico cuesta sobre llevar estos aspectos, por la complejidad de cada persona y sus rasgos como alta impulsividad y escasa tolerancia a frustración que los transforma en sujetos más vulnerables para enfrentar sus vivencias, quedando estancados en problemáticas a nivel individual y/o familiar; se observa un proceso de inmadurez en la forma de expresar emociones y sentimientos, otro dilema es que -“son incapaces de sostener logros”-, porque están acostumbrados a que se les diga que hacer, motivo por el cual no desarrollan la voluntad de emprender en la vida, transformándose de personas muy complejas y difíciles de tratar en los planos afectivos y psicológicos.

La -“Confianza Subjetiva”- por un lado, se considera positiva porque el usuario al estar abstinentes y al sentirse mejor desea retomar proyectos de vida abandonados, asumiendo distintas necesidades en el plano personal, permitiéndoles recuperar espacios perdidos y cambiar su condición pero en forma instantánea.

El problema más crucial, ésta centrado en que marca un retroceso porque se repite constantemente el abandono del tratamiento, volviéndose un -"sistema rotativo"-, donde los usuarios logran una abstinencia de dos o tres meses y no adhieren al tratamiento, no logrando mantener al usuario cautivo (en promedio de atención es de seis personas); contraponiéndose al tratamiento y resultados en la intervención porque los usuarios no están listos para realizar estos cambios en tan corto tiempo, por otro lado, tiene implicancias y retrocesos en el trabajo de equipo dificultando medir logros, porque en este sistema rotativo, los usuarios logran cierta estabilidad, logran trabajar y recuperar a su familia, pero no otorga ninguna seguridad de éxito en el tratamiento o que existan resultados a nivel de un cambio en la conducta adictiva.

Es evidenciado, que el proceso terapéutico, no supera la primera etapa, tienen incorporada la metodología clásicas de comunidades terapéuticas (acogida, adaptación, compromiso y reinserción), pero en el discurso de los profesionales prevalece y se acota a la primera, argumentando que los usuarios pasan una y otra vez por la acogida y adaptación; entregándoles algunas herramientas que les sirvan, pero el proceso es instantáneo y la presencia al programa es intermitente, dificultando medir logros y obtener resultados respecto al avance del proceso, mencionando que han tenido distintos grupos, y que a veces no han logrado mantener a nadie en tratamiento, o al usuario cautivo para que pueda cumplir sus etapas.

En Casa Joven no tienen adherentes teóricos tan marcados o que señale en el discurso que los resultados se deben a una forma determinada de intervenir. La adherencia y contención de los usuarios no supera los tres meses y es atribuido a factores externos que no se relacionan con la metodología implementada, como el surgimiento de la confianza subjetiva y recuperar espacios perdidos (trabajar y familia) abandonando el proceso, o la falta de recursos en materiales e infraestructura, o la falta de recursos en personal calificado (profesionales) para el tratamiento en conductas adictivas (sólo atienden entre seis a ocho usuarios, porque -"van rotando"-). Un dato importante es que ambas comunidades terapéuticas presentan un perfil de usuarios de características similares (tipo y tiempo de consumo, nivel socio económico, problemáticas con historias de vida similares).

Caleta Sur, presenta -“otra cara de la moneda”- visualizando en primera escala, la adherencia y continuidad en el tratamiento, en segunda escala un paralelo al mantenimiento de la abstinencia, existiendo distintas expectativas para cada una de las etapas. Un resultado significativo, es el incremento en la adherencia expresada por dos razones: primero, incrementa el promedio de tiempo en la adherencia y permanencia que bordea los seis meses; segundo, están implementadas todas las fases de la metodología, y todas ellas están con usuarios. Logrando mayor adherencia en tiempo, cantidad de usuarios, cumplimiento de objetivos, continuidad en el proceso, existiendo egresos después de tener un trabajo constante de seis meses (observado en un grupo conformado por ocho personas manifestando cambios notables a nivel terapéutico, destacando que es posible lograr estos resultados con otros usuarios porque tienen una adhesión de dieciocho personas en tratamiento).

SINTESIS DE MODELOS TEORICOS SUSTENTADOS EN INTERVENCIÓN TERAPEUTICA

En ambas comunidades terapéuticas, existen similitudes de conceptos teóricos, por ejemplo, definen la importancia de motivar un cambio de conducta para abandonar el consumo problemático, siendo fundamental un vínculo afectivo, el traspaso de emociones que genere confianza en el usuario, proceso denominado terapéutico del que surgen una serie de conceptos comunes, como aprender a enfrentar la realidad reparando y sanando aspectos negativos en la historia de vida (violencia, maltratos, abusos), eliminando de ésta forma las culpas.

Caleta Sur durante el proceso terapéutico trabaja principalmente conceptos como -“circuitos de consumo, problematización del consumo, insight, factores protectores, factores de riesgos”-; en Casa Joven el planteamiento teórico es más ingenuo, surgen conceptos de la práctica operativa de los interventores similares a los que operan en Caleta Sur, pero sin un respaldo teórico, siendo distintas incluso las metodologías en el tratamiento, por consiguiente se refuta la **hipótesis de trabajo Nº 1**: Los modelos teóricos y las estrategias metodológicas que sustentan ambas comunidades terapéuticas en estudio, son las mismas porque están enfocadas a intervenir con personas que presentan conductas adictivas.

Respecto a este supuesto existen algunas similitudes en aspectos en la intervención terapéutica, pero los adherentes teóricos utilizados por ambas comunidades terapéuticas presentan diferencias y/o ausencia respecto de un modelo determinado.

ESTRATEGIA METODOLOGICA EN LA PRÁCTICA OPERATIVA

Es importante destacar que los procesos metodológicos están definidos según la metodología clásica de comunidad terapéutica, pero cambian drásticamente en la implementación práctica, donde son notables las diferencias a nivel de resultados resaltando aspectos como adherencia y contención de los usuarios, enfoques teóricos y conceptos que sustentan la práctica operativa. En razonamiento a lo planteado queda validada la **hipótesis de trabajo N° 2**: Los modelos teóricos son importantes y sirven de apoyo para implementar las estrategias metodológicas, existiendo una estrecha relación entre ambos componentes y los resultados de la intervención.

Este razonamiento argumenta que la intervención destinada a personas con conductas adictivas, es un proceso que se establece de acuerdo a una estructura metodológica establecida, replicando según los resultados en la práctica operativa (estrategias implementadas), y en relación a los modelos teóricos preconcebidos que se validan de acuerdo al surgimiento de nuevas estrategias como la Metodología Grupal e Individual y el Enganche con los Usuarios.

La Metodología Grupal, tiene sus postulados teóricos en la metodología clásica de comunidad terapéutica (grupo de autoayuda) permaneciendo como un agente que facilita, fortalece y autorregula las dinámicas, dándose empíricamente como un proceso en si mismo. Esta investigación muestra que el trabajo individual y grupal son ejes temáticos que surgen a partir del análisis, como parte importante dentro de la metodología de intervención, de igual forma se encontró en el discurso la llegada o las razones por las que llega el usuario a tratamiento, o -"el enganche"- como lo denominan los profesionales.

Ambas Comunidades terapéuticas coinciden que el paso a las distintas fases, es un factor que va a depender de cada individuo, de las características personales, del cumplimiento de objetivos terapéuticos, capacidad de auto-conocimiento, capacidad de auto-reparación, de los aprendizajes entre otros componentes.

Una gran diferencia es que Caleta Sur, tiene como estrategia trabajar con los usuarios en forma individual y en forma grupal, destacando que la constitución de fases depende de los avances y logros personales, porque cada sujeto es un ser individual y sus procesos a nivel de cambios van a depender de los tiempos personales, resaltando que cada sujeto está en distintos momentos de su vida. De esta forma, en todas las etapas es vital el trabajo grupal, pero no se descarta el trabajo individual que se va realizando dependiendo de las necesidades de cada cual y conforme se establezcan logros, porque los usuarios pasan de etapas en forma individual, trabajando paralelamente el tema grupal o hay grupos -"más avanzados"- que están en -"otra etapa"-, durante el proceso se realizan actividades comunes para todo el grupo terapéutico, equilibrando la intervención individual con la grupal, trabajando en grupos paralelos, grupo de encuentro con todos los integrantes (confrontación), independientemente de la etapa que se encuentren, y grupos específicos (de sentimientos y de recuerdos) para los usuarios que están más avanzados.

En Caleta Sur, el trabajo grupal es esencial porque sirve -"como un espejo"- e implica poder mirarse en los otros, reconociendo las dificultades personales que permanentemente se proyectan en otras personas, para realizar finalmente una reflexión y una introspección que permita potenciar los procesos individuales.

Otro punto de diferenciación está, en que Caleta Sur considera importante dentro del espacio de la confrontación, el tema de la auto evaluación, pero no es considerada a la hora de pasar a una persona a una etapa siguiente, porque esa es una decisión que le compete exclusivamente al equipo de profesionales, pero se valida el discurso y en términos de conocer -"lo que dice su compañero de su otro compañero"-; en Casa Joven si es considerada la evaluación de los usuarios para ser pasados a otra fase y siempre que todos estén en las mismas condiciones -"si uno llego primero a alcanzar los objetivos de la primera fase, le pedimos que espere a sus otros compañeros que quedaron en una etapa anterior"-, como regla se pide a los usuarios que siempre deben esperar a sus compañeros trabajando en forma paralela para que sea un proceso más homogéneo.

Desde el punto de vista de Caleta Sur, esto sería imposible porque -“cada proceso es único e individual”-, y la formación, constitución, dinámica de los grupos es cíclica, debido a las rotaciones, abandonos y/o deserciones del proceso. En otros momentos la formación, constitución, dinámica de los grupos se estabiliza y va avanzando porque pasan a distintas fases. Como resultado lo que marca la dinámica son los ritmos personales, que a veces son más simétrico porque el grupo ayuda a que avance más simétrico, no entendiéndose los avances grupales sin los avances individuales.

La diferencia radical está, que en Casa Joven un usuario debe esperar a sus otros compañeros para pasar a otra etapa -“es como grupo curso”-; Caleta Sur, si bien lo fuerte es el trabajo grupal, dan prioridad a los procesos individuales para pasar a otra fase. Esto es un factor clave y otro fundamento de porqué hay mayor adherencia en tratamiento en Caleta Sur, hay una frase que dice un profesional -“que no sientan que están recibiendo más de lo mismo”-, sin lugar a dudas que es importante incorporar una metodología que seduzca o invite al usuario a permanecer en tratamiento para que sienta que no está recibiendo lo mismo.

Un fenómeno observado en ambas comunidades terapéuticas, es el enganche con los usuarios, ocurre reiteradamente que no ingresan con el fin de hacerse un tratamiento por consumo de drogas, se acercan más por los beneficios de alimentación y alojamiento, problemas y/o presión familiar, por orden judicial, no siendo una decisión personal y/o necesidad por un cambio real.

Esto se justificaría de acuerdo al modelo transteórico del proceso de cambio de conductas adictivas, postulando que un primer paso para iniciar el cambio de conducta respecto a las drogas, debe desplegar un proceso motivacional de cada sujeto, que es muy complejo y crucial para las posibilidades de éxito en un tratamiento, porque requiere de alta motivación personal debido a que esta condición, con mucha frecuencia no está presente en el momento del contacto con la persona con conducta adictiva.

Empíricamente queda demostrado que en la primera fase (precontemplativa), las personas con conductas adictivas, no consideran necesario el cambio porque no están conscientes de modificar su conducta, no hallan solución porque no pueden ver el problema que lo haga necesario, tampoco están informadas acerca del consumo de drogas o se resisten a ser informadas respecto a el, y como resultado se establece como característica conductual la negación u omisión que dificulta la capacidad de evaluarse a si mismo como teniendo un consumo problemático que debe cambiar. A nivel metodológico se establece como propuesta importante mantener contacto mostrando preocupación y empatía, realizando una intervención mínima respecto de los riesgos que enfrenta, dando la posibilidad de conversar sobre el problema y estableciendo un compromiso que permita evaluar su situación.

La diferencia en ambas comunidades terapéuticas respecto a este aspecto, se manifiesta en como se percibe este fenómeno; Caleta Sur tiene la impresión y la experiencia que la mayoría de las personas no entran por un tratamiento, sino por -“motivos de subsistencia”- o que entran -“camuflados o bajo la alfombra”-, teniendo claro que -“el enganche es asistencial”-, pero intentan dar un giro a la intervención y es validado para el ingreso sin cuestionamientos, porque el tema de fondo requiere -“que la persona se quede y haga proceso”-.

La estrategia es la motivación por el cambio, transformándose en una fortaleza metodológica con respecto a la adherencia, y una herramienta que implica un aprendizaje terapéutico en distintos ámbitos, intentando reparar la recomposición del si mismo y construir capacidades en el plano más personal, trabajando por ejemplo el eje socio ocupacional para adquirir capacidades que faciliten la incorporación a áreas educativas y laborales, ámbitos que finalmente involucren superación personal y un cambio en el estilo de vida.

En Casa Joven este mismo fenómeno se percibe como un retroceso, por el sistema asistencialista que se genera a nivel institucional, que implica que los usuarios se acerquen a la comunidad terapéutica más por los beneficios (alimentación y alojamiento, problemas y/o presión familiar, por orden judicial), lo que dificulta los avances individuales al no existir conciencia por un cambio real o el ímpetu de abandonar la dependencia de drogas.

Profesionales argumentan que se ha pedido a usuarios que abandonen su proceso terapéutico, porque no manifiestan deseos por cambiar. No se visualiza este fenómeno como una estrategia para que la persona se quede y termine su tratamiento, o como una oportunidad de -“enganche”-.

DIFICULTAD PARA DERIVAR A LOS USUARIOS

Ambas comunidades terapéuticas coinciden que la patología dual es un obstaculizador, es posible mantener a un usuario más estabilizado con apoyo de medicamentos pero cuando la patología es más severa (bipolaridad, esquizofrenia), incorporarlo a las dinámicas grupales es complicado y muy limitado, transformándose en una situación riesgosa para el usuario y el grupo.

La diferencia es que Caleta Sur, puede mantener -“estos casos especiales”- más estables mientras se encuentra un lugar para derivar, el médico psiquiatra aporta con medicamentos para contener al usuario en estas situaciones que son altamente complejas, porque no solo debe intervenir el consumo problemático, además surge la necesidad de tratar la patología dual y por lo tanto buscar un lugar para derivar que es un proceso lento.

Casa Joven no cuenta con un psiquiatra que pueda diagnosticar y/o medicar al usuario, debiendo recurrir al consultorio para una ínter consulta al hospital, procedimiento extenso y lento que termina con la deserción de la persona con patología dual, por ejemplo, han existido casos de esquizofrenia, que al recibir -“en forma externa”- tratamiento psiquiátrico, están compensados y es más factible trabajar con ellos, pero este procedimiento se presenta como una debilidad -“cuando hay que derivar a un psiquiatra y no hay hora”-.

Casa Joven expresa como dificultad la falta de recursos de personal calificado para tratar esta temática en forma interna, complejizándose aun más por la dificultad del apoyo externo de redes en este problema -“porque los hospitales y los sistema de salud mental público están copados”-.

De igual forma se visualiza la demora para derivar a los usuarios a comunidades terapéuticas residenciales caracterizadas por una metodología de mayor contención, presentando como dificultad el alto costo en el tratamiento para el consumo de drogas (una característica de los usuarios es la carencia económica y laboral), los cupos son limitados (otorgados por CONACE - FONASA) quedando algunos usuarios en lista de espera.

Caleta Sur pretende incrementar la respuesta en esta temática porque institucionalmente las condiciones son limitadas, debiendo derivar cuando se presentan estas situaciones, coincidiendo en que es obstaculizado el procedimiento por la demora en términos de tiempo para encontrar un lugar adecuado; otra circunstancia está relacionada con la adherencia y adaptación del usuario en el tránsito que experimenta al ser derivados a otra institución, de forma que se disponga a la intervención, beneficie y concrete su proceso.

Caleta Sur cuenta con un médico psiquiatra que apoya a las personas con patología dual, es visto como una debilidad el escaso tiempo contratado este profesional para realizar sus distintas prestaciones (cuatro horas y un día a la semana), catalogadas a la vista y aprobación de todo el equipo como un gran aporte que está evidenciado a nivel de resultados, pero el tiempo se vuelve insuficiente para mejorar las prestaciones porque debe dividirlos en entrevistas individuales para abordar las distintas temáticas, reuniones de equipo, prestaciones médicas como licencias, recetas y medicamentos, debiendo posicionarse de las fases en que encuadra cada usuario a partir de las reuniones de equipo y el diálogo que se establece en torno a los casos, las etapas, los resultados.

DIFICULTAD EN AREAS DE INSERCIÓN EDUCATIVA Y LABORAL

Otro elemento en común visualizado como una debilidad, es la oferta institucional en el plano educativo porque está limitada a entregar aprendizajes más básicos, y una característica general es el alto porcentaje de usuarios con escolaridad incompleta, y para el tema laboral se exige un mínimo de 12 años de escolaridad; Casa Joven plantea que no cuenta con ninguna herramienta que posibilite potenciar el tema de la educación y finalmente los usuarios quedan estancados en este proceso, porque la metodología de la comunidad terapéutica está orientada a sanar procesos psicológicos, realizar talleres y darles once.

Caleta Sur, plantea la necesidad de crear un sistema de educación especial para estos usuarios, y se han realizado gestiones con el Ministerio de Educación, para una propuesta educativa específica para los usuarios de la comunidad terapéutica, considerados como una población que no calza en los programas de educación para adultos que existen hoy en día, porque como generalidad desertan.

Ambas comunidades terapéuticas coinciden que es una debilidad el apoyo de redes para asegurar inserción laboral, siendo muy insuficientes y/o un dispositivo que no cuentan para asegurar una inserción oportuna porque -“en general quienes gestionan las oportunidades laborales son ellos mismos”-, otra área deficitaria es la capacitación laboral porque es un dispositivo con el que no cuentan, reconociendo que es necesario implementarla internamente, porque también está el riesgo de la recaída en los usuarios, cuando se logra derivar a una institución que los capacite (Chile Califica).

Otra área que se cruza con los aspectos antes mencionados, que no se puede perder de vista, es el seguimiento a los usuarios. No cuentan con un mecanismo que regule la salida de los usuarios post-egreso, que permita evaluar los resultados de la intervención a largo plazo o saber si el usuario se encuentra trabajando, si ha recibido capacitación, o si pudo mantener logros, o si finalmente bajando la tolerancia a la frustración, y como acto final volvió a su conducta adictiva. En ambas comunidades es un factor común, no contar con un sistema de seguimiento más riguroso después del egreso de los usuarios, porque el seguimiento que se efectúa, ésta únicamente anclado en los acuerdos que se establecen con las personas para que acudan a la comunidad terapéutica post-egreso y dependiendo de los requerimientos de los propios usuarios.

SISTEMAS DE REGISTRO Y SISTEMAS DE EVALUACIÓN

Los ejes temático sistemas de registro y sistemas de evaluación, no se separan en las conclusiones porque ambos son complementarios para medir resultados, los sistemas de registros sirven para una posterior evaluación y permiten visualizar cómo se ésta haciendo la intervención.

Caleta Sur presenta un sin fin de sistemas de registro para cada actividad, para cada fase, para cada encuentro grupal, para rescatar el discurso de los usuarios, y es algo que siempre van perfeccionando y/o cambiando de acuerdo a los requerimientos institucionales.

Los registros utilizados en la primera etapa son: pauta primera entrevista, contrato terapéutico, registro grupo terapéutico / Coloquio individual, registro de reuniones familiares, ficha Social, evaluación de compromiso, informe evaluación psicológica y psiquiátrica; en segunda etapa, se suman a los registros señalados, las pautas de los grupos terapéuticos (sentimientos y recuerdos), la evaluación de compromisos; en cada encuentro de la mañana, se aplica una tabla de participación y sirve para las auto orientaciones (motivación, confrontación). También existe otros registros que se relacionan con la síntesis de intervenciones y los consolidas que pide CONACE más detallados en el análisis de datos.

En relación a las evaluaciones se realizan en forma individual de acuerdo a los avances que se observan en cada proceso y al registro diarios de las actividades, cada usuario realiza una auto evaluación; están las evaluaciones de grupos pequeños que se dividen en dos tipos, mencionadas en las actividades (evaluación del fin de semana, evaluación de la semana); evaluación de proceso, es un balance que se realiza en ciertos momentos de las fases, al ingreso de las mismas, ó en tercera fase al momento del egreso; las evaluaciones de equipo permite generar espacios internos de auto evaluación crítica, analítica y planificar; jornadas de evaluación para abarcar el conjunto de dimensiones, objetivos, iniciativas y la metodología a implementar.

En Caleta Sur, es destacado que desde el nacimiento de la primera comunidad terapéutica hasta el año 2000, existió una apropiación específica del modelo de comunidad terapéutica contando con equipos que tenían experiencia en ésta metodología y que levantaron el programa, surgiendo una dinámica de resignificación, de adaptación de una respuesta frente al proceso de tratamiento, que sirvió para replantear herramientas y estructuras más adecuadas y que respondieran al tratamiento. Al pasar del tiempo fueron cambiando los equipos permaneciendo profesionales que hicieron una construcción más crítica a la mirada inicial.

Casa Joven no presenta un sistema de registro más estructurado, en el discurso es planteado que los sistemas de registros más usados son fichas con datos personales de los usuarios y registro diario de la asistencia; en psicoterapia individual y al igual que Caleta Sur, se anota en -"hojitas", aspectos importantes de conversaciones relacionadas con las emociones y los progresos que se van generando, para incorporarlos a la ficha diagnóstica de cada integrante; se pretende aplicar fichas de registro diario de cada integrante, para registrar los avances y las dificultades, se hacen observaciones de los encuentros y las actividades, aunque no se ha aplicado mucho el sistema de registros, considerándose que sería normal que se tuviera un registro a diario para poder fundamentar cada actividad.

La evaluación considera aspectos de intervención psicosocial, el plan de intervención y las psicoterapias individuales; los objetivos terapéuticos planteados por el equipo y por cada usuario (semanales y de fin de semana); en las reuniones de equipo, son evaluados, analizados y discutidos los progresos, fortalezas, logros, avances, y cambios de la intervención; es planteado que en reuniones de equipo (al igual que Caleta Sur), se evalúa caso a caso recogiendo la información expuesta por todos los interventores.

Es importante destacar que el estudio piloto realizado en el 2003 a ambas comunidades terapéuticas (sirvió para perfeccionar la presente investigación); en Casa Joven los sistemas de registro y de evaluación no estaban tan desarrollados, los registros eran fichas individuales que permitían observar la evolución del usuario, y cuando había ausentismo de éstos al programa, los monitores realizan visitas domiciliarias permitiendo -"ir evaluando como está su proceso y proyecto de vida"-.

La evaluación medía indicadores de logros cualitativos del proceso individual, que permitía claramente observar la evolución en términos conductuales adquirir y mostrar hábitos como la preocupación por higiene y aseo personal, cumplimiento de horarios y normas, que mostraban el logro de los objetivos de intervención como el desarrollo del respeto y responsabilidad, los indicadores utilizados median aspectos simples como observar lo logrado y no logrado, la asistencia y puntualidad.

Otros objetivos de intervención estaban dirigidos al desarrollar la confianza, honestidad, humildad, solidaridad, los indicadores estaban dirigidos a observar la forma de expresarse, establecer vínculos, capacidad de afecto, nivel de compromiso, nivel de participación en cada actividad.

Respecto a los registros como tales, se planteaba que cada usuario tenía su ficha, pero les dificultaba sentarse a traspasar la información.

Actualmente, en Casa Joven no han existido mayores cambios ni en los sistemas de registro y en los sistemas de evaluación, a diferencia de Caleta Sur, que cada vez han ido mejorando de acuerdo a los requerimientos y aspectos visualizados como deficiencias. Dentro de los factores condicionantes que surgieron de la práctica operativa de los profesionales e interventores, y que sirve para medir resultados, son los sistemas de registro y de evaluación, son un factor que facilita o dificulta la intervención de acuerdo al grado de implementación y estructura de los mismos, por consiguiente están condicionados para medir resultados.

Caleta Sur tiene sistemas más estructurados y en la aplicación de los mismos son más estrictos, adquiriendo connotaciones importantes el tema de las evaluaciones, es planteado que sirven -"para mirar como lo están haciendo"-, a la hora de enfrentar las falencias, siendo autocríticos al encontrar debilidades o retrocesos en la intervención, lo cual los ayuda a fortalecer y mejorar aquellos aspectos en que se encuentran más débiles; en Casa Joven no existe una mirada crítica de cómo lo están haciendo, no visualizan las deficiencias como problemas que se encuentran a nivel metodológico, por ejemplo, adjudican los problemas de adherencia y contención a causas externas.

Es importante destacar que la mirada evaluativa que tienen los profesionales e interventores respecto a factores condicionantes (facilitadores, fortalezas, obstaculizadores, debilidades), son indispensables para mejorar la intervención, porque van mostrando aspectos que son concluyentes para examinar cómo se esta realizando la intervención, y entregan las herramientas para realizar las principales transformaciones en relación a los (cambios, logros, avances y retrocesos).

Al existir sistemas de registro y de evaluación más estructurados, sirven como fortaleza en la intervención, porque facilita examinar las principales transformaciones que se dan en el proceso, ayudando a modificar en aspectos positivos, aquellos aspectos negativos (obstaculizadores, debilidades y retrocesos) observados en los perfiles metodológicos.

De esta forma, se valida la **hipótesis de trabajo Nº 3**: La mirada evaluativa de profesionales e interventores en procesos terapéuticos, sirve para visualizar los aspectos sobre la propuesta de trabajo que inciden en la calidad de la intervención.

DEBILIDAD EN PERSONAL CALIFICADO PARA INTERVENCIÓN TERAPEUTICA

La debilidad en personal calificado para la intervención terapéutica, se transforma en un obstaculizador, porque a nivel de resultados adquiere un peso notable, siendo además un elemento que se cruza con otras debilidades señaladas antes como en diferencias marcadas que se presentan en ambas instituciones en estrategias metodológicas más específicamente en derivar a los usuarios, en áreas de educación y laboral, en sistemas de registro y educación. Es cierto que sus causales son externas a las instituciones, pero las afecta internamente y obstruyen su desempeño.

A modo de síntesis se explicara cada una de éstas áreas:

Diferencias en la Estrategia Metodológica: en la metodología grupal e individual mencionadas anteriormente, Caleta Sur visualiza la importancia de trabajar los procesos individuales y la constitución de fases depende de los avances y logros personales (no se pide a los usuarios que esperen a sus compañeros) para que pasen todos a la misma fase, no son compactas porque -“no es grupo curso”-.

La intervención grupal se realiza paralelamente, existen grupos más avanzados que están en otra etapa, pero las actividades son comunes para todos los integrantes de la comunidad terapéutica [grupo de encuentro con todos los integrantes (confrontación), independientemente de la etapa que se encuentren, y grupos específicos (de sentimientos y de recuerdos) para los usuarios que están más avanzados]

Casa Joven como regla pide a los usuarios que esperen a sus compañeros siendo un proceso más homogéneo (estancando el proceso individual), no marca diferencias, logros y avances a nivel personal, terminando por ser un factor que influye en la adherencia y contención porque no seduce al usuario a permanecer en tratamiento. Esto no se visualiza en Casa Joven, por la rotación permanente de profesionales y la carencia de personal calificado que permita en rigor dilucidar este aspecto y otros relacionados con la metodología (etapas, adherencia, abstinencia), dado que el manejo de trabajo grupal y sus dinámicas son especialidades que conciernen a las disciplinas de trabajo social, psicología, psiquiatría y terapeutas ocupacionales principalmente. También está el factor falta de personal, Caleta Sur puede trabajar los procesos en forma individual y grupal paralelamente, porque existen más profesionales (calificados) que cubran ésta intervención.

Dificultad Para Derivar a los Usuarios: Ambas instituciones reconocen que el problema para derivar a los usuarios tiene causas externas, existiendo una diferencia crucial, y es que Caleta Sur finalmente logra concretizar las derivaciones de los usuarios (aunque el proceso sea lento y se demore), porque cuentan con el trabajo de redes como una metodología internalizada desde sus inicios y con personal calificado (asistente social) para realizar las gestiones, también ésta la contención de los usuarios antes de derivar cuando existe patología dual, porque cuenta con un médico psiquiatra que puede manejar esta situación, pero Casa Joven no cuenta con estas disciplinas.

Dificultad en Áreas de Inserción Educativa y Laboral: Es reconocido por ambas instituciones como un factor externo y que afecta internamente los resultados. La diferencia está en que Caleta Sur, si bien no cuentan con una inserción laboral oportuna, o educación para adulto y/o capacitaciones internas que enseñe oficios (existe pero externamente), cuentan con una técnico en rehabilitación que trabaja y se encarga del área socio-ocupacional para realizar diagnósticos y preparar al usuario; Casa Joven no cuenta con ninguna herramienta que les permita enfrentar ésta área.

Dificultad en los Sistemas de Registro y Evaluación: Como es mostrado anteriormente, los sistemas de registro y evaluación son relevantes a la hora de medir resultados del proceso en su conjunto o como un todo, y más específicamente para ver la evolución en las distintas etapas que muestran la adherencia y contención de los usuarios.

En el estudio piloto realizado en el 2003 a ambas comunidades terapéuticas, en el instrumento elaborado para la recogida de datos iba incorporada la pregunta sobre la etapas de intervención las que eran pasadas de acuerdo a objetivos cumplidos para cada etapa, en ese momento Casa Joven contaba con ocho usuarios, respecto a la metodología, objetivos y actividades se ajustaban al modelo clásico de comunidad terapéutica.

En ese momento el factor recurso humano también tenía un peso a nivel de resultados (el coordinador era un psicólogo, y había dos monitores para las intervenciones grupales); en ese entonces tampoco contaban con asistente social que trabajara el tema de las redes sociales, destacando que antes se realizaba esta intervención porque contaban con ésta disciplina manteniendo contacto con instituciones relacionadas con reinserción laboral y capacitación de los usuarios.

Está es una diferencia crucial a nivel de trabajo en equipo y de los soportes que puede entregar cada disciplina, un claro ejemplo, es que Caleta Sur desde sus inicios ha contado con asistente social y la coordinación de Caleta Sur de la Pintana y Caleta Sur de Lo Espejo están bajo la dirección de profesionales con ésta formación.

El factor falta de profesionales especializados en distintas áreas, no es menor, a modo de ejemplificar, el trabajo social por formación se especializa en la elaboración de proyectos para mejorar financiamiento, trabajar el tema de las redes sociales a nivel comunitario, maneja metodología de investigación para aplicarla a la práctica social, maneja la temática de sistemas de registro y evaluación a la perfección, maneja la intervención de caso, de grupo y comunidad (diagnóstico, tratamiento, evaluación).

Casa Joven en las entrevistas realizadas a profesionales e interventores durante el 2008, es reconocido que hace falta una asistente social, porque están estancados en la elaboración de proyectos y gestión, redes sociales, sistemas de registro y evaluación, argumentando que esa es una labor específica que concierne a ésta disciplina, y el intentar realizar esta intervención a implicado atrasos en la especificidad profesional de los demás interventores, porque dentro de su formación no se les enseñó y como consecuencia no obtienen buenos resultados. La profesional a cargo de ejercer el rol de psicóloga -"le jugaba en contra"- el no contar con el apoyo de un/a asistente social, porque debía intentar hacer de asistente social -"y no lo hago bien porque no sé como se hace"-.

En los obstaculizadores y una limitación, es la rotación permanente de directores y profesionales en los últimos siete años, generando un tránsito en la implementación de la metodología (cambiaron la metodología clásica de comunidad terapéutica por un programa de reducción de daños, cambiando también el perfil de los usuarios de consumidores de pasta base a consumidores de Neopren). Asimismo, el cambio permanente de profesionales no ha permitido dejar un proceso instalado o una metodología aplicable a la práctica operativa. Desde el año 2000 que no cuentan con una asistente social y nuestra profesión por formación siempre incorpora el tema de registros, la sistematización y/o la evaluación que son fundamentales para ver cómo se está haciendo. Esto da cuenta que no quedó un proyecto, planificación o metodología de intervención que pudiera dilucidar errores y aciertos en la intervención.

El factor recurso personal y/o personal calificado, es un elemento que fortalece la intervención, un claro ejemplo es que Caleta Sur, cuenta con más profesionales y más especialistas (2 psicólogas, 1 asistente social, 2 técnicos en rehabilitación, 1 terapeuta ocupacional, 1 médico psiquiatra, y alumnos en práctica de distintas carreras). Atienden a una población entre 18 a 22 usuarios y todas las etapas se encuentran con usuarios; Casa Joven cuenta con 1 psicóloga/o, 2 monitores en rehabilitación, y la coordinación se encuentra a cargo de un comunicador social, siendo reconocido que es necesaria una/o asistente social (causales ya mencionadas), una/o terapeuta ocupacional para que gestione el tema laboral, capacitaciones o talleres con los usuarios y se alude sobre la importancia de poder incorporar a un médico psiquiatra para el manejo de los síntomas de abstinencia y poder derivar en caso de patología dual.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación elaborada presenta hallazgos que se repiten en los distintos ejes temáticos planteados que inducen a mostrar las premisas elaboradas, destacando aquellos aspectos relacionados con perfiles metodológicos y evaluación de procesos en intervención terapéutica, que se enlazan con resultados como la adherencia y contención de los usuarios, que ha surgido como un hallazgo importante y que se cruza con varios aspectos.

EJE TEMÁTICO CONCEPTO DE DROGA VINCULADO AL TEMA DE VIOLENCIA

Reiteradamente es planteado como una evidencia y un común denominador, las historias de vida de los usuarios/as ligadas a la violencia, como situaciones muy dolorosas de maltratos físicos y psicológicos, negligencia paréntales y abusos de todo tipo incluyendo los sexuales, adquiriendo connotaciones personales de acuerdo a la experiencia individual, potenciando la vulnerabilidad del sujeto generando daños en la auto imagen en términos de rasgos subjetivos presentes en las personas que buscan un proceso de tratamiento, y transformándose en un factor muy potente a nivel biológico y psicológico por desencadenar trastornos de personalidad.

La violencia generada en las personas con conductas adictivas, es un factor que potencia el consumo de drogas, se advierte que el tema del consumo, a veces se presenta como escape frente a estos procesos dañinos, y genera una suerte de reproducción de violencia hacia ellos mismos y hacia su entorno más cercano, estableciéndose como un patrón conductual de haber sido víctima de violencia, y reproducir estos patrones con su entorno y familia. Esta comprobado y es frecuente un alto porcentaje de mujeres que está en tratamiento, que han sido violentadas y abusadas desde la infancia, y como una forma inconsciente de reproducir éstos patrones, tienden a buscar relaciones de pareja autodestructivas.

Es planteado que el abuso y/o dependencia de drogas, es solo el punto de partida para realizar un proceso terapéutico, sirviendo para comprender una serie de procesos dañinos producto de una infancia compleja, un desarrollo alterado y una serie de factores desencadenantes marcados por la historia de vida.

EJE TEMÁTICO MODELOS TEÓRICOS VINCULADO A LA MIRADA EVALUATIVA

En las conclusiones se muestra que los modelos teóricos y/o enfoques de intervención están estrechamente vinculados a los resultados. Casa Joven no tiene incorporado dentro de su staff a un/a asistente social que pueda aportar con conocimientos teóricos y prácticos propios de la disciplina, y en la mirada evaluativa desde los profesionales y/o interventores se visualiza esta falencia (personal calificado), afectando a nivel de resultados como un factor condicionante que puede fortalecer y/o facilitar la intervención, presentándose como un obstaculizador y/o debilidad en la práctica operativa, porque son elementos que sirven para examinar cómo se está realizando la intervención, y permiten entregar las herramientas para realizar las principales transformaciones en relación a los (cambios, logros, avances y retrocesos).

Es un hallazgo y una evidencia trascendental, contar con profesionales y personal calificado que permita un aporte desde cada disciplina y dilucidar que aspectos se deben fortalecer en la intervención para mostrar resultados satisfactorios que implique otorgar una atención integral al usuario (manejo de intervención individual, grupal, comunitario, trabajo de redes para derivar, sistemas de registro y evaluación que permitan ver la evolución en las distintas etapas). En el caso de Caleta Sur (desde sus inicios cuentan con asistentes sociales y no muestran debilidades en estas áreas), han incorporado otras disciplinas a la intervención como terapeuta ocupacional que posibilita cubrir áreas socio-ocupacionales, y enfoque biomédico con un profesional que cubre esta especialidad (psiquiatra), apoyando el resguardo de la abstinencia observándose mejores resultados en adherencia y contención en los últimos dos años.

EJE TEMÁTICO CONCEPTO DE ABSTINENCIA VINCULADO A ADHERENCIA EN TRATAMIENTO

La adherencia a tratamiento está estrechamente vinculada con el manejo de abstinencia, esta díada es un hallazgo que se cruza con varios aspectos en el tratamiento de personas con conductas adictivas, y es un factor condicionante que se cruza con los resultados de la intervención, este supuesto es validado en el análisis de resultado y conclusiones de este estudio, surgiendo como premisa la siguiente afirmación: metodológicamente la adherencia al tratamiento es un reflejo del manejo de la abstinencia.

De acuerdo a las evidencias presentadas y a lo expuesto con antelación, surge como supuesto que la capacidad de sostener logros en los usuarios, tiene su explicación en bases biomédicas que se relacionan con la importancia de mantener la abstinencia para la reparación de una serie de circuitos cerebrales afectados por el consumo de drogas, que es crucial, complejo y necesario para lograr un proceso terapéutico y establecer un cambio de conducta en el sujeto. Al mantener un consumo constante nunca se vive el síndrome de abstinencia que se produce en el organismo al suprimir una droga que provoca el craving o necesidad de consumo inmediato, la apetencia desde los sentidos y necesidad orgánica por consumir droga, provocando dependiendo del tipo de sustancia y tiempo de consumo síntomas como: temblor, sudoración, malestar, angustia, entre otros. Es necesario que durante las primeras semanas, el cuerpo pase por el tránsito difícil donde no está la sustancia que generaba placer, alterándose también el sistema dopaminérgico y la conducta (baja el ánimo, cuadros depresivos, estados ansiosos, cuadros sicóticos), cuadros que pueden durar meses hasta que el organismo se adapte.

Cuando no se mantiene una abstinencia prolongada, el individuo vive constantemente el síndrome de abstinencia, postergándola constantemente o reviviendo una y otra vez este tránsito que es desagradable por las consecuencias orgánicas que provoca, y un manejo en la abstinencia es un soporte crucial para que el organismo se adapte, porque es posible empezar con la intervención terapéutica, por la reparación y normalización de los niveles y tono de una serie de circuitos y núcleos cerebrales, principalmente el núcleo prefrontal del cerebro y núcleo accumbens (conceptos explicados en el marco teórico de la investigación).

Se deduce como premisa importante, que en Casa Joven la deficiencia a nivel de resultados estaría mediatizada por una falta de contención en el período de abstinencia (o mayor resguardo), es expresado por los profesionales que los usuarios experimentan sensaciones de bienestar por un tiempo, pero vuelven a recaer y es una situación que se repite todo el tiempo y con todos los grupos intervenidos, existiendo como común denominador que los usuarios presentan como dificultad sostener logros, y como resultado viene el abandono y deserción del tratamiento.

Clínicamente está comprobado que para producirse un proceso terapéutico real (realizado gracias al aporte específico de las disciplinas de trabajo social, terapeuta ocupacional, psicología) debe existir una abstinencia mínima de tres meses, porque el proceso se facilita cuando el individuo está más consciente de lo que está viviendo, siendo capaz de bajar barreras y entregar el material para la intervención terapéutica.

En Caleta Sur desde la acogida se trabaja la motivación para la reconstrucción de la subjetivación de la persona, que implica cambios y avances a través de dos procesos que el sujeto vivencia en forma interna, por un lado, estaría revelado cuando la persona logra realizar una profundización real sobre la problematización de su consumo, logra trabajar su subjetividad, logra establecer causas, logra bajar sus barreras y compartir sus problemas; y cuando la persona es capaz de problematizar en como está construido el circuito de consumo que conlleva hacia un estilo de cambio verdadero, sostenido, y una decisión de hacer algo distinto con su vida.

La subjetivación y el desarrollo de resiliencia, son consideradas como áreas importantes, que les permite a las personas exponerse y encarar las situaciones y escenarios más adversos a los cuales se tienen que enfrentar sin que se frustren, observándose en las personas mayor emponderamiento respecto a su persona y un aumento en su autoestima, confirmación en su identidad, valoración de sus capacidades, surgimiento del respeto hacia sí mismo y los demás.

El segundo proceso de cambios significativos que se produce en las personas a nivel terapéutico, es el insight o capacidad de auto-observación de las emociones y conducta, grado de redescubrimiento y/o discernimiento claro respecto al sí mismo, siendo capaces de realizar una lectura clara de la problemática con el objeto de reconstruirse internamente y salir de la evasión para darse cuenta y enfrentar su realidad con una visión crítica de sus defectos, cualidades, responsabilidades, atributos, ventajas, desventajas, equivocaciones y aciertos. El insight es la primera puerta que hay que abrir para que se produzca un proceso terapéutico real, porque los cambios en el individuo es un proceso interno y no es posible realizarlos desde afuera, sirviendo para realizar una reconstrucción simbólica de la historia de vida y reparación de una serie de conflictos que desencadenaron el tipo de conducta que adquirió, permitiendo fortalecer al individuo en su presente, construyéndolo con una personalidad más sólida, más digna, más autónoma.

APORTES AL TRABAJO SOCIAL

Esta investigación permitió conocer, comprender y dimensionar dos experiencias ancladas en el tratamiento de personas con conductas adictivas y las prácticas concretas que desarrollan las distintas disciplinas en el tema, asimismo conocer la dinámica que envuelve los procesos de intervención terapéutica.

Los hallazgos de este estudio empírico, nos invitan a hacer una reflexión más profunda respecto a los procesos metodológicos, quedando como evidencia una serie de circunstancias y aspectos que pueden ir mejorando en la práctica operativa de ambas experiencias sujetas a estudio, y/o que otorgue directrices sirviendo como un referente para mejorar las intervenciones en procesos terapéuticos en otras instituciones, porque solo a partir de las evidencias y hallazgos encontrados, es posible formular las propuestas y aportes desde el trabajo social.

Como se expuso en las conclusiones respecto a la adherencia y contención de usuarios en el tratamiento de conductas adictivas. Es un aspecto que está estrechamente vinculado al manejo de la abstinencia y/o resguardo de la misma, otorgando respuestas a cómo mantener a los usuarios en tratamiento, siendo un factor clave en los resultados de la intervención y que hace referencia a aspectos metodológicos, teóricos y prácticos.

En los procesos metodológicos es de suma trascendencia considerar la capacidad de recursos, entre los cuales destaca el tema de profesionales adecuados y la conformación de equipos multidisciplinarios, para el desempeño de funciones específicas pertinentes a cada profesión con el objeto de enriquecer los procesos terapéuticos.

A nivel de resultados quedó demostrado en Casa Joven, que la carencia de un cuerpo de profesionales como psiquiatra, terapeuta ocupacional y asistente social afectan la intervención. En los hallazgos encontrados en un estudio piloto realizado en el 2003 a ambas comunidades terapéuticas estudiadas actualmente, en ese momento se constató en Casa Joven que el factor recurso humano también tenía un peso a nivel de resultados (el coordinador era un psicólogo, y había dos monitores para las intervenciones grupales), presentando como debilidad el aporte desde otras disciplinas.

En relación a la intervención específica de un/a asistente social, el año 2000 Casa Joven incorporó por última vez esta disciplina al equipo de trabajo, en las entrevistas realizadas en el año 2003, se afirmó que no trabajaban el tema de las redes sociales, y el enlace con las redes se anclaba exclusivamente en la prevención en drogas, sosteniendo que antes había una asistente social, quién se encargaba de mantener contacto con organizaciones para derivar y/o ver la reinserción laboral y capacitación de los usuarios. En ese momento los sistemas de registro y de evaluación no estaban tan desarrollados, (debilidad que aun persiste) los registros eran fichas individuales que permitían observar la evolución del usuario, y cuando había ausentismo de éstos al programa, los monitores realizan visitas domiciliarias para evitar la deserción; realizaban mensualmente una evaluación cualitativa que medía indicadores de logros del proceso individual, y la observación de conducta como hábitos de higiene, responsabilidad (horarios, normas), honestidad, compañerismo, participación y compromiso en las actividades.

En las entrevistas realizadas a fines del 2008, no existía la incorporación de un asistente social al equipo, reconociendo que sería muy importante el aporte de esta disciplina para apoyar en temas de gestión, elaboración de proyectos, redes sociales, visitas domiciliarias y sistema de registros (actualmente no se ha incorporado el quehacer de nuestra disciplina).

Está es una diferencia crucial a nivel de trabajo en equipo, de los soportes que puede entregar cada disciplina, un claro ejemplo, es que Caleta Sur desde sus inicios ha contado con asistente social y la coordinación de Caleta Sur de la Pintana y Caleta Sur de Lo Espejo están bajo la dirección de asistentes sociales. Esto no es menor, porque el trabajo social por formación se especializa en la elaboración de proyectos para mejorar financiamiento, trabajar el tema de las redes sociales, maneja metodología de investigación para aplicarla a la práctica social, maneja la temática de sistemas de registro y evaluación a la perfección, maneja la intervención de caso, grupo y comunidad (diagnostico, tratamiento, evaluación). Aspectos que sirven para visualizar cómo se está realizando una intervención determinada, transformándose en una fortaleza y permitiendo examinar las principales transformaciones que ocurren en el proceso, ayudando a modificar en aspectos positivos aquellos aspectos negativos (obstaculizadores, debilidades y retrocesos), y realizar una propuesta de trabajo que incida efectivamente en la calidad de la intervención.

En la mirada evaluativa desde los profesionales y/o interventores se visualiza que la falta de personal calificado, es una falencia que repercute a nivel de resultados por un lado, en factores condicionantes (facilitadores, fortalezas, obstaculizadores, debilidades) de la práctica operativa y que sirven para examinar cómo se está realizando la intervención; y por otro lado, los factores condicionantes permiten entregar las herramientas para realizar las principales transformaciones en relación a los (cambios, logros, avances y retrocesos).

Casa Joven presenta como un gran obstaculizador y una limitación en la intervención, la rotación permanente en los últimos siete años de directores y profesionales, lo que ha generado un tránsito en la implementación de la metodología (cambiaron la metodología clásica de comunidad terapéutica por un programa de reducción de daños, cambiando también el perfil de los usuarios de consumidores de pasta base a consumidores de Neopren).

De acuerdo a las evidencias recolectadas el tema de cambio permanente de profesionales ha dificultado dejar un proceso instalado o dicho de otra forma una metodología aplicable a la práctica operativa, desde el año 2000 que no cuentan con una asistente social y nuestra profesión por formación siempre incorpora el tema de registros, la sistematización y/o la evaluación son fundamentales para ver cómo se está haciendo. Esto nos da cuenta que no quedó un proyecto, planificación o metodología de intervención que pudiera dilucidar errores y aciertos en la intervención.

A modo de sugerencia, sería pertinente y/o necesario que Casa Joven considerara como iniciativa, realizar procesos de sistematizaciones y evaluaciones periódicas, que permitieran abrir espacios de investigaciones relacionadas con las principales contingencias para la comprensión del proceso vivido, y elaborar estrategias adecuadas que mantengan una estructura metodológica en el tiempo como el programa destinado a personas con consumo problemático de pasta base de cocaína, implementando estrategias para la contención de usuarios, tal vez es importante considerar un diagnóstico y diversas técnicas de manejo grupal como un focus group, que invite a los profesionales a dilucidar que esperan las personas del tratamiento.

Centrándose en preguntas enfocadas a mejorar los procesos terapéuticos: ¿qué técnicas, herramientas o capacidades son entregadas a los usuarios?, ¿qué mecanismos pueden generar recursos para mejorar la intervención?. Es pertinente que los profesionales tengan la misión visualizando las estrategias y/o directrices para que el manejo de la abstinencia y la prevención de recaídas, como una herramienta que se transforme en un proceso que los usuarios absorban conscientemente y logren efectivamente abandonar el consumo problemático implicando un cambio de conducta y una vida sin drogas que dure en el tiempo, no volcándose hacia una intervención paliativa. Desde otra dimensión es ¿cómo lograr hacer cambios internos en las personas para que repliquen externamente como una conducta?, en un plano con mirar a la habilitación y reinserción plena.

Caleta Sur, ha tenido cambios de equipo, pero han quedado sistematizaciones, evaluaciones, planificaciones, proyectos y sistemas de registro almacenados en la institución. Esto ha servido para ir elaborando una estrategia e ir mejorando la intervención, y por consiguiente los distintos aspectos metodológicos, aunque la praxis les a mostrado dificultades que evidencian aspectos que obstaculizan, son debilidades y por tanto limitan la intervención, pero es cierto que en la práctica cuentan con un cuerpo de profesionales con aportes desde diversas disciplinas, y un mayor manejo técnico. Observándose que el factor incorporación de equipos multidisciplinarios y el ejercicio de cada profesión es un facilitador, porque desde sus albores han contado con asistentes sociales y psicólogos/os existiendo aprendizajes instalados desde éstas disciplinas de los errores y aciertos.

Caleta Sur, presenta resultados óptimos en la adherencia y contención de los usuarios, vinculados al manejo de abstinencia. Hace tres años incorporaron la especialidad de médico psiquiatra para apoyar en esta área, intervención que ha sido reconocida como un aporte importante por todo el equipo. En un principio existía resistencia de incorporar a un médico al staff de profesionales, pero el ejercicio práctico, las evaluaciones de reuniones de equipo y los resultados dan señal de la importancia de su incorporación.

Es interesante desde esta postura invitar al equipo Caleta Sur de la Pintana, a que mejore los recursos para las prestaciones médicas, porque es reconocido que la especialidad del médico psiquiatra se ha fortalecido y ha facilitado la intervención, dimensionado con claridad que la intervención social es un abordaje transdisciplinario, porque la misma complejidad de los fenómenos sociales, conlleva a que tanto los recursos teóricos como los recursos metodológicos que aportan las distintas disciplinas sean una caja de herramientas para un hacer un abordaje integral sin perder la visión de equipo ni gerenciar la intervención desde una disciplina en especial, porque las decisiones respecto a las intervenciones las realizan en conjunto todo el equipo, aunque en principio había temor de incorporar esta disciplina, pensando que se impusiera finalmente la mirada médica, considerada como reduccionista para intervenir en conductas adictivas, pero en el tránsito se comprendió que existía aporte desde lo terapéutico y no se limitaba solo a la entrega de medicamentos. Perdidos los temores profesionales y de acuerdo a lo que ha mostrado la experiencia, sería un aporte que este profesional pudiera estar más horas y/o más días en la institución, y teniendo total convicción que no es deseado que el tratamiento se tome desde el medicamento obviando lo terapéutico, sería un aporte que Caleta Sur, gestionara recursos y/o auspicios, como un convenio con el servicio de salud del sector para poder validar y retirar recetas, y gestionar fármacos para que se hiciera más expedito este procedimiento (el profesional a cargo de estas prestaciones, sustenta que el tiempo destinado a realizar su intervención es limitado, debiendo ingeniárselas para conseguir muestras médicas, la licencia, la receta, que finalmente son responsabilidades que limitan y resta tiempo al trabajo clínico).

En Caleta Sur, el psiquiatra no fue una decisión interna, fue interpuesto por el CONACE para seguir con el financiamiento, siendo su incorporación novedosa, en espacios de intervención en comunidades terapéuticas ambulatorias, destinada a población con alta vulnerabilidad social y financiamiento estatal. En comunidades terapéuticas privadas tanto ambulatorias como residenciales, han incorporado a este profesional, pero su costo es más alto y los cupos que otorgan CONACE-FONASA son limitados para la población con características como las que atiende Casa Joven y Caleta Sur, que reconocen cierto sesgo, porque existen cupos pero son insuficiente y/o hay que esperar demasiado tiempo para derivar al usuario, generado en algunos casos el abandono del proceso.

Desde este punto de vista, sería interesante conocer si este aspecto fue interpuesto en otras comunidades terapéuticas ambulatorias en la región metropolitana (destinadas a usuarios con alta vulnerabilidad social), para realizar un diagnóstico que permita conocer cómo ha sido ésta experiencia en otras instituciones, porque la incorporación de este profesional en Caleta Sur data desde el 2006, dando validación a su intervención. Este mismo diagnóstico podría aplicarse a comunidades terapéuticas ambulatorias de similares características que no cuentan dentro de su staff con asistentes sociales, porque de esta forma el financiamiento institucional debería incluir la obligatoriedad de incorporar como disciplina al trabajo social, por las características e importantes aportes de nuestra disciplina mencionadas anteriormente.

LOS ASPECTOS COMUNES PARA FORTALECER Y FACILITAR LOS PROCESOS TERAPEUTICOS

En el estudio piloto realizado en año 2003, existía la inquietud de estudiar acerca de los procesos de tratamiento destinado a personas con conductas adictivas, pero más acotado a procesos de habilitación en distintos aspectos para la reinserción (laboral, educacional, familiar, egresos, redes sociales, entre otros). Como metodología de investigación pretendía recoger la visión de los profesionales e interventores ocupando entrevistas semi-estructuradas, e incorporar la visión de los usuarios ocupando entrevistas en profundidad, focus group, observación participante.

En el transito de la investigación, surgió el supuesto que para llegar a conocer como era el proceso de habilitación para la reinserción, era preciso conocer aspectos metodológicos y teóricos utilizados en la práctica operativa, para tener un piso base y la apertura de las instituciones para un posterior estudio (que involucrara a los usuarios). Esta visión no estuvo errada, porque dentro de los resultados de la investigación y los hallazgos encontrados surgió el tema desde ambas comunidades, como una debilidad y un obstaculizador la deficiencia en recursos, servicios y gestiones tendientes a potenciar el tema de la educación, capacitación y/o inserción laboral oportuna y segura para los usuarios, por ejemplo, un dispositivo deficitario y una herramienta insuficiente son las redes en el tema laboral, siendo los mismos usuarios quienes gestionan su incorporación en ésta área.

Un tema relacionado con el anterior es la educación y la capacitación como herramientas que aseguren una inclusión social más sólida, más activa y más concreta, en una población que presenta como característica general la escolaridad incompleta (la inserción laboral exige un mínimo de 12 años de escolaridad), manifestándose que no calzan en los programas de educación para adultos que existentes hoy en día, teniendo como resultado la deserción, porque una vez que los usuarios están estabilizados, logran adherencia, logran entregar el contenido terapéutico, logran un cambio de conducta desde el punto álgido de la adicción. Surge la inquietud de cómo potenciar y fortalecer su habilitación social para que perdure en el tiempo, no se frustren por quedar estancados en estas áreas, asegurando de esta forma la inclusión social en una sociedad cada vez más exigente y competitiva.

A vistas de resultados, es pertinente (en la etapa de comunidad), proyectar el tema de educación y capacitación, presentando una propuesta clara que seduzca al usuario a dar continuidad al proceso, después de terminado su proceso terapéutico, para iniciar un proceso de habilitación específico en estas áreas. Es evidente que ocho meses de intervención para el tratamiento de personas con conductas adictivas, es lo justo para intervenir a nivel terapéutico, pero no es suficiente, para intervenir éstas áreas que no logran concretarse, así lo ven los profesionales, y así queda de manifiesto de acuerdo a los resultados, pero el financiamiento desde CONACE, así lo determina.

La propuesta estaría mediatizada en realizar un trabajo de seguimiento de los usuarios post-egreso de las comunidades terapéuticas, en estricta coordinación con redes sociales o instituciones preparadas para la habilitación social (educacional y laboral), destinada a ésta población que no calza en los programas de educación para adultos, y desde este aspecto hay que realizar una reestructuración a nivel de políticas y financiamiento gubernamental destinado exclusivamente a corregir ésta área.

En una de varias de las conversaciones en profundidad sostenidas con usuarios de Caleta Sur (preentrevista y postentrevista con profesionales), un usuario manifestó (Esteban) que -durante 12 años había consumido todo tipo de drogas (policonsumo) y no había tenido una buena infancia, viviendo todos esos años una infancia estancada, manifestando que parte de él, se encontraba atrapado en esa etapa, destacando que necesitaba dejar de ser niño para aprender a ser adulto y hacerse cargo de su vida-.

Esta expresión deja de manifiesto que es real y que sirven los procesos terapéuticos para que el ser humano logre armarse, reconstruirse para su cambio, también queda claro que la construcción de la subjetivación no es imposible así como tampoco ninguna metodología que apueste por el cambio del sujeto. Increíblemente resulta irónico no poder entregar las herramientas necesarias para que este individuo se realice plenamente y no quede abandonado a su suerte, donde puede encontrar la desesperación, la frustración y el retorno al consumo de drogas.

El proceso de rehabilitación y la recuperación del sujeto como tal, no concluye con el no consumo de drogas, es un proceso circular y un circuito que implica el análisis de variables sociales, educacionales y laborales; y toda iniciativa destinada a una habilitación real, debe ser un proceso incipiente y centrado en el ser humano, en su existencia, en su desarrollo, en sus capacidades, en su sentido de vida para que se planteé la necesidad de una reconstrucción para descubrirse a si mismo como ser pleno, integro, digno, particular y pueda otorgarle un sentido positivo a su vida, ayudándole en su progreso, crecimiento personal y comprensión de su conducta adictiva, porque la idea es no quedarse en el discurso, porque el repertorio está repleto (en todo ámbito en la intervención social) de supuestos que nunca logran concretarse y solo quedan en papel para obtener más financiamiento.

La premisa es elaborar efectivamente un sistema de seguimiento más riguroso después del egreso de los usuarios, y que éste no quede anclado en los acuerdos que se establecen con las personas post-egreso, de acuerdo si lo necesitan; este seguimiento debe responder a las preguntas: ¿qué pasa con la reinserción post-egreso?, ¿se concretiza o es efectivo el proceso de reinserción?, ¿cómo es este proceso en otras comunidades terapéuticas?; la idea es poder articularse con estas otras instituciones que aún no están, pero que por convicción es posible si se unen esfuerzos intelectuales, políticos y económicos sea una propuesta valedera, y de igual forma no se quede en la utopía.

Esta es una razón más para argumentar que es imprescindible realizar investigaciones enfocadas hacia la reinserción social y seguimiento post-egreso, ver las variables que se encuentran, analizar cómo se dan los procesos, que opinan los usuarios para que pasen de ser objetos de atención, a transformarse en sujetos de atención y acción con voz propia, y eso es solo posible con investigaciones que recojan su experiencia, desde ellos como primera persona, y un aporte y construcción desde el trabajo social es abrir un campo de investigación con visión y misión, con miras a una intervención constructiva y no paliativa.

El tema de la reinserción es un tema más acotado, en relación al análisis de toda la metodología, y es un área que está dentro de la integración socio-ocupacional, que CONACE como política intenta implementar, factor clave para financiamiento y la provisión de la asistencia necesaria, que otorgue respuestas coordinadas e integrales. Una habilitación social real, debe entregar herramientas que signifique adquirir competencias y/o cambios significativos para la inserción en la práctica diaria, fortaleciendo y compensando aquellas áreas más vulnerables del sujeto, facultándolo no solo como objeto de atención, sino como sujeto con derechos, partiendo de la base de su respeto como ser humano, permitiéndoles de esta forma una mejor calidad de vida que signifique humanizar y dignificar su permanencia en la sociedad, porque un sujeto que no es integrado socialmente o que no tiene las herramientas para participar activamente en la sociedad, queda abandonado a su proyecto de destrucción como es el consumo de drogas.

LA TERAPEUTICA UN ANCLAJE EN PROCESOS PSICOSOCIALES

La “theraperia” que proviene del griego significa curar o conseguir que las personas que sufren de alguna enfermedad o mal sanen, existiendo varias técnicas o formas para sanar, y las diferencias entre técnicas o formas están sujetas a la persona que las aplica, debiendo separar entre la terapia del sentido común y la terapia técnica; la terapia del sentido común es aquella realizada por un lego sin entrenamiento calificado (persona que no tiene conocimientos en el área), y la terapia técnica es realizada por un profesional con formación (aprendizaje de aspectos teórico-técnicos), y en áreas concernientes a procesos individuales, cognitivos, psicológicos y sociales de los sujetos.

Whiten, plantea que la persona que interviene en estos procesos debe contar con ciertos atributos especiales de personalidad: “madurez, experiencia de vida, simpatía, interés y tolerancia hacia la gente, insight (capacidad de auto observación de las emociones y conductas) y empatía”. (Citado en Gomberoff; (1981): 499).

El trabajo social, no ésta exento de intervenir en éstos procesos, el manejo en técnicas de entrevistas, coloca en directa interacción “cara a cara” con “el sujeto de atención”, provocando un efecto terapéutico que invita a una relación de confianza para el traspaso de emociones, interpretar conflictos, y la entrega de información necesaria para el planteamiento de objetivos y metas de tratamiento (contrato terapéutico); siendo fundamental no olvidar ciertos aspectos o “encuadre” que debe establecerse en la relación entre terapeuta-sujeto como el tipo de contacto, que el sujeto sienta el interés hacia él, estima, ayuda y confiabilidad; la aceptación hacia el sujeto que involucra una actitud positiva hacia él, tomando ideas y sentimientos dejando de lado las criticas y juicios de valor; abandonar relaciones de jerarquía (autoritaria, paternalista o permisiva); otorgar al sujeto el apoyo necesario para calmar sus ansiedades.

Es de suma trascendencia las herramientas técnicas en terapéutica (existiendo un abanico de posibilidades), desde la óptica del trabajo social se exponen 2 elementos importantísimos y que están en estrecha relación con teorías como la conductista y del aprendizaje social.

En primer lugar, ésta la reeducación que es una herramienta compleja, y es una orientación u adaptación de ciertos procesos internos (psicológicos, cognitivos, emocionales) que afectan al sujeto sobre su conducta y el medio que lo rodea, existiendo aspectos en que se educa por primera vez, y en otros se completa la adaptación, es importante hacerle ver al “sujeto de atención” las consecuencias de su conducta, en base al respeto sin caer en una actitud de reproche o excesiva tolerancia para tratar un tema determinado; en segundo lugar, ésta la interpretación que en terapéutica favorece a los procesos de insight, comprendiendo cuatro momentos: confrontación, aclaración, interpretación y elaboración.

La confrontación consiste en mostrar un fenómeno psíquico (síntoma, conducta, defensa, conflicto) preconsciente o inconsciente hasta que se haga explícito al yo consciente; la confrontación conduce a la aclaración, no se puede dar un proceso sin el otro, son continuados, siendo la aclaración un enfoque nítido del fenómeno, separado y aislado; la interpretación sirve para hacer consciente un fenómeno inconsciente o hacer consciente el significado, el origen, la historia, el modo o causa inconsciente de un suceso psíquico determinado; la elaboración es el proceso que a través del insight, conduce a un cambio dejando de lado las resistencias, eliminando síntomas y modificando la conducta.

Es cierto, que existen aspectos psicoterapéuticos que son de manejo exclusivo de psicólogas/os, pero es conveniente que el trabajador social tenga un manejo conceptual de estos procesos para que los pueda replicar en la intervención de caso (posturas más dogmáticas contemplan que la intervención de caso social debe o pretende ser objetiva), no está lejano a este fin, por ejemplo, el informe social es altamente valorado en equipos de salud mental, comunidades terapéuticas, consultorios y especialmente en hospitales psiquiátricos donde el único profesional idóneo para esta misión es un trabajador social.

Flores, argumenta que el trabajador social no puede separar los elementos con el propósito de conocerles mejor y poder diferenciarles, porque todos los elementos forman parte de la experiencia intrapsíquica e interpersonal de cada ser humano, "el caso social es un proceso psicosocial con factores internos y externos en interacción, donde cada uno de ellos es un acontecimiento viviente y en el cual coexisten elementos, físicos, mentales, emocionales, sociales y culturales de diferentes proporciones". (Citada en Gomberoff; (1981): 147).

Partiendo de esta premisa la intervención del trabajo social no debe restringirse a lo netamente social o ambiental del sujeto, no es pertinente menospreciar los procesos internos, emocionales y psicológicos, que son interpretativos por tanto subjetivos, que en síntesis son factores claves para que el trabajador social pueda intervenir en procesos terapéuticos, considerando los factores externos e internos en una situación determinada o realidad objetiva (sin separar persona y situación) que cobra significado psicológico para el ser humano que la vivencia.

Richmond (1917), autora del primer método racional y sistematizado, para el análisis de la realidad o situaciones sociales individuales, plantea que el propósito del trabajo social de caso, debe llegar a un diagnóstico, definición y comprensión del problema principal, identificando elementos que puedan dificultar el tratamiento, considerando como elementos básicos “persona y situación”. El diagnóstico iba dirigido tanto la situación como personalidad del “cliente”, pero el tratamiento apuntaba con mayor énfasis hacia “la situación” o problemas sociales, en esos años la preparación de los trabajadores sociales se centraba en lo objetivo y realizar un enfoque descriptivo del sujeto y la situación, por consiguiente las motivaciones de la conducta humana aún no eran parte del conocimiento y teoría del trabajo social.

Richmond fue prospectiva en el trabajo social de caso, en los objetivos, los instrumentos o técnicas para la recolección de información, así como los elementos básicos, porque son válidos hasta nuestros tiempos, siendo éstos últimos redefinidos de acuerdo a la incorporación de nuevos conocimientos (psicología dinámica, psicología social, sociología); en 1942, se reconceptualizó la unidad de atención como “persona y situación en una relación de inter-relación” y no como lo había sido anteriormente, en una dicotomía “persona y situación”. En el momento actual se toma la constelación “persona-en-la-situación (como una Gestalt)”. (**Ibid**: 148).

Los instrumentos o técnicas del trabajo social de caso y el manejo de las mismas permiten y facilitan establecer una interacción y una cercanía con el sujeto en procesos terapéuticos; si bien todas las técnicas son sublimes o de gran valor (observación, visita domiciliaria, entrevista, relación profesional), la entrevista y la relación profesional juegan un papel decisivo en estos procesos otorgando trascendencia e importancia a la dinámica de las relaciones humanas que por excelencia se basan intrínsecamente en procesos de comunicación, teniendo como fin conocer (diagnosticar) para intervenir (tratar).

En terapéutica estos procesos se establecen en la transferencia y la contra-transferencia, que pueden ser positivos o negativos de acuerdo a los conflictos internos del individuo, de su realidad interna y de su realidad objetiva.

En esta interrelación dinámica, se establece como un proceso psicosocial donde entran en juego factores internos y externos de los sujetos, como resultado el profesional debe comprender aspectos subjetivos del sujeto y el éxito en la intervención va a depender de las estrategias que utilice, adiestramientos, capacidades y características de personalidad y psicológicas del profesional en el manejo de situaciones, porque de lo contrario la transferencia-contratransferencia puede ser negativa, siendo necesario que la intervención sea supervisada.

En este sentido, y como un aporte desde el trabajo social y para el trabajo social, sería interesante que en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad (UAHC), se consideraran éstos aspectos en la formación profesional, porque respecto a la entrega de contenidos de la teoría social de caso, se tiene la visión de una “intervención objetiva”, lo que contrapone a la intervención práctica en procesos terapéuticos. Como experiencia personal, se realizó la práctica de trabajo social de caso, en el Departamento de Salud Mental del Hospital Barros Luco Trudeauaux, más específicamente en el Programa de Atención de Drogodependencias, que hasta ese momento se encontraba a cargo del Dr. Troncoso (psiquiatra). En ese momento surgió la dicotomía entre teoría y práctica, porque cómo tomar la intervención, cuando por formación se habla de “ser objetivo”, y la práctica presenta a 100 personas en un plenario donde los sujetos plantean abiertamente sus problemas que vienen de su experiencia de vida y cotidianidad, y que se manifiestan como un “acto comunicativo” que trasmite temores, sufrimientos, culpas que están arraigado en las emociones y en el “alma”, cómo ser objetivo en situaciones tan subjetivas.

La distancia establecida entre lo “objetivo” y “subjetivo”, es como el dilema que plantean algunos científicos sociales entre ser positivista o ser fenomenológico, surgiendo campos de discusiones eternas por la verdad absoluta. En otro campo de discusión, esta la envergadura de las problemáticas sociales, invitando en un claro auxilio a ser resueltas, y eliminar el dogma absoluto del conocimiento, porque éstos se encuentran al servicio para transformar la realidad, y deben contemplar aspectos objetivos y subjetivos, no parcelados sino unidos para transformar.

BIBLIOGRAFIA

- Ander - Egg, E. (1990) **Metodología y Práctica de la Animación Sociocultural**; Editorial Humanitas Buenos Aires, Argentina.
- Anguera, M. (1985) **Metodología de la Observación en las Ciencias Humanas**; Ediciones Cátedra; Madrid, España.
- Becerra, R. (1992) **Trabajo Social en Drogadicción**; Editorial Humanitas Buenos Aires, Argentina.
- Becoña, E; Salazar, I; Rodríguez, A. (1994) **Magíster en Drogodependencias I. Introducción**; Universidad de Santiago de Compostela; España.
- Besnard, P. (1991) **La Animación Sociocultural**; Ediciones Paídos; Barcelona, España.
- Berasain, N. (2003) **Sistematización Reducción de Daños: Fundamentos y Estrategias**; Ediciones Caleta Sur; Santiago de Chile.
- Briones, G. (1984) **Métodos y Técnicas de la Investigación para las Ciencias Sociales. La formulación de Problemas de la Investigación Social**; Ediciones Uniandes Bogota.
- Caleta Sur (1999) (a) **Análisis de Políticas de Drogas**; Ediciones Caleta Sur; Santiago de Chile.
- Caleta Sur (2008) (b) **Metodología y Programa de Rehabilitación, Modalidad Ambulatorio Intensivo Dirigido a Adultos con Consumo Problemático de Drogas**; Ediciones Caleta Sur; Santiago de Chile.
- Caplan, G. (1980) **Principios de Psiquiatría Preventiva**; Editorial Paídos; Buenos Aires, Argentina.

- Cerda, H. (2000) **Los Elementos de la Investigación: Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales**; Ediciones Búho; Santafé de Bogotá.
- CIE 10 (1998) **Décima Revisión de Clasificación Internacional de las Enfermedades; Trastornos Mentales y del Comportamiento**; Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico; Ediciones OMS; Ginebra.
- Delgado, J. M; Gutiérrez, J. (1995) **Métodos y Técnicas de Investigación Cualitativa**; Editorial Síntesis; Madrid, España.
- Díaz, C; Navarro, P. (1998) **“Análisis de Contenido”, en: Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales**; Editorial Síntesis; Madrid, España.
- DSM IV (1998) **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**; Ediciones Masson, SA; México.
- Duarte, K. (2001) (a) **“Creyéndole el Cuento a los Jóvenes de Esquina y de Pandillas”**; Programa Ciudadanía y Gestión Local: Espacios Locales Y de Desarrollo de la Ciudadanía: 30 Innovaciones Para Construir Democracia; Fundación Para la Superación de la Pobreza; LOM Ediciones; Santiago de Chile.

- Duarte, K. (2000) (b) **“Sectores Urbano Populares y su Mundo Juvenil: Acción Social Para Mejorar su Calidad de Vida”**; Programa Ciudadanía y Gestión Local: Los Caminos que Buscamos: 30 Innovaciones en el Fortalecimiento de Espacio Público Local; Fundación Para la Superación de la Pobreza; LOM Ediciones; Santiago de Chile.
- Duran, R. (1999) **“El Rol del Psicólogo en Comunidad Terapéutica: Una Alternativa de Solución Para las Toxicodependencias”**; **II Congreso Latinoamericano de Estudiante de Psicología**, Revista Tesis, año II, N° 3, Semestre de Primavera 1999, FLACSO, Santiago de Chile.
- Echeverría, G. (2004) **Análisis Cualitativo por Categoría**; Escuela de Psicología; Universidad Academia de Humanismo Cristiano; Santiago de Chile.
- Escohotado, A. (1995) **Historia de la Drogas, Vol. I, II, III**; Editorial Alianza; Madrid, España.
- Faleiros, V. (1992) **Metodología e Ideología del Trabajo Social**; Editorial Humanitas; Buenos Aires, Argentina.
- Fischman, P. (1995) **“Modelo Biopsicosocial-Evolutivo en Psiquiatría”**; Revista Boletín de la Escuela de Medicina, vol. 24, N° 2, 1995, Universidad Católica, Santiago de Chile.
- García, M; Ibáñez, J; Alvira, F. (2000) **El Análisis de la Realidad Social, Métodos y Técnicas de Investigación**; Editorial Alianza; Madrid, España.
- Gotí, M. (1990) **La Comunidad Terapéutica: Un desafío a la droga**; Ediciones Nueva Visión; Buenos Aires, Argentina.

- Gomberoff, J. (1981) **Manual de Psiquiatría**; Ediciones Medcom Ltda.; Santiago, Chile.
- Graña, J. (1994) **Conductas Adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento**; Ediciones Debate Madrid, España.
- Hernández, R; Fernández, C; Batista, P. (1998) **Metodología de la Investigación**; Ediciones Mc Graw-Hill; México.
- Keeney, G. (1998) **Reducción del Daño: Principios y Estrategias Básicas**; V Encuentro Nacional Sobre Drogodependencia y su Enfoque Comunitario; CPD de Cádiz.
- Latorres, A; González R. (1992) **El Maestro Investigador: “La Investigación en el Aula”**; Ediciones Grão; Barcelona, España.
- Mac Nally, M; Menéndez M; Rabetzky, N; Viale, C. (1998) **Etnografía de la droga. “Valores y creencias en los adolescentes y su articulación con el uso de la droga”**; Ediciones Espacio; Buenos Aires, Argentina.
- Mead, M. (1984) **Adolescencia y Cultura en Samoa**; Ediciones Paídos Buenos Aires, Argentina.
- Méndez, C. (2001) **Metodología guía para Elaborar diseños de investigación en Ciencias económicas, contables y administrativas**; Ediciones Mc Graw-Hill; México.
- Ministerio del Interior, CONACE (2006) (a) **Área de Evaluación y Estudios: Observatorio Chileno de Drogas: Informe Anual de la Situación de las Drogas**; Santiago de Chile.
- Ministerio del Interior, CONACE (2006) (b) **Área de Evaluación y Estudios: Séptimo Estudio Nacional En Población General de Drogas**; Santiago de Chile.

- Ministerio del Interior, CONACE (2004) (c) **Lineamientos Técnicos: Tratamiento Y Rehabilitación de Personas con Consumo Problemático de Drogas;** Santiago de Chile.
- Ministerio del Interior, CONACE (1993) (d) **Política y Plan Nacional de Salud Mental;** Santiago de Chile.
- Ministerio del Interior, CONACE (2003) (e) **Estrategia Nacional de Drogas 2003-2008,** Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación; Santiago de Chile.
- Ministerio del Interior, CONACE (1995) (f) **Manual Para el Control de Estupefacientes: Ley que Sanciona el Trafico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas;** Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud, Intendencia RM, CONACE (1995) **Manual de Orientación Para un Programa Comunal de Prevención y uso Indebido de Drogas y Alcohol;** Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud (2001) Unidad de Tratamiento: **“Modelo de Tratamiento en Salud Frente a la Fármaco Dependencia”;** Santiago de Chile.
- Moya, I. (1999) **Perfil Psico-Socio-Cultural del Educador de Calle;** Tesis para opta al grado de licenciatura de Trabajo Social; Escuela de Trabajo Social; Universidad Santo Tomás; Santiago de Chile.
- Musacchio, A; Ortiz, A; Rey, D; Pelicier, Y; Cassarino, E; Leonettí, M; García, J; Lazcano, R; Magcano, A; Molina, A; Perettí, M. (1994) **Drogadicción: Psiquiatría, Psicopatología y Psicósomática;** Editorial Paídos; Buenos Aires, Argentina.
- Naghi, M. (2005) **Metodología de la Investigación;** Ediciones Limaza; México.
- Pardinas, F. (1994) **Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales;** Editorial Siglo Veintiuno; México.

- Pérez Serrano, G. (2001) **Investigación Cualitativa: Retos e Interrogantes I, Métodos**; Editorial La Muralla; Madrid, España.
- Pérez Serrano, G. (2002) **Investigación Cualitativa: Retos e Interrogantes II, Técnicas y Análisis de Datos**; Editorial La Muralla; Madrid, España.
- Picchi, M. (1995) **Proyecto Hombre: Un Programa Terapéutico para Drogodependientes**; Ediciones Mensajero; España.
- Pinto, A. (2001) **Discurso Oficial Sobre las Drogas: Planteamiento, Imágenes y Estereotipos**; Tesis para opta al grado de licenciatura de sociología; Escuela de Sociología; Universidad Academia de Humanismo Cristiano; Santiago de Chile.
- Pourtois, J; Desmet, H. (1992) **Epistemología e Instrumentación en las Ciencias Humanas**; Editorial Herder; Barcelona, España.
- Rosas, C. (2001) **Huachos, Morenos y Vampiros, la Realidad Sobre el Consumo de Pasta Base de Cocaína**; Tesis para opta al grado de licenciatura de sociología; Escuela de Sociología; Universidad Academia de Humanismo Cristiano; Santiago.
- Ruíz, E; Tureuma, M. (1996) **Perfil Psicosocial de Niños “DE” y “EN” la Calle**; Tesis para opta al grado de licenciatura de Trabajo Social; Escuela de Trabajo Social; Universidad Santo Tomás; Santiago de Chile.
- Seijas, D. (1995) **“Tratamiento de las Dependencias de Sustancias”**, Revista Boletín de la Escuela de Medicina, vol. 24, Nº 2, 1995, Universidad Católica, Santiago de Chile.

- Silva, J. (2001) **“Prevenir en Porvenir de la Pasta Base al Crecimiento Desde la Base”**; Espacios Locales Y de Desarrollo de la Ciudadanía: 30 Innovaciones Para Construir Democracia; LOM Ediciones; Santiago.
- Taylor, J.S; Bogdan, R. (1996) **Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación: La Búsqueda de los Significados**; Editorial Paidós; Buenos, Aires, Argentina.
- Tsukame, A. (1999) **“El Consumo de Drogas en Busca del Sentido”**, Revista de la Academia, N° 4, Otoño 1999, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile.
- Torrealba, F; Valdés J. (2006) **“La Corteza Prefrontal Medial Controla el Alerta Conductual y Vegetativo: Implicancias en Desórdenes de la Conducta”**, Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, vol. 44, N° 3, septiembre del 2006, Sociedad de Neurología, psiquiatría y neurología, Santiago de Chile.
- Universidad Playa Ancha (1992) **Encuentro de Experiencias de Trabajo Juvenil**; Programa del Adolescente CIPPAL; Valparaíso.
- Valverde, J. (1988) **El proceso de la inadaptación social**; Ediciones Popular; Madrid, España.
- Vega, A. (1993) **La Acción Social Ante las Drogas: Propuestas de Acción Socioeducativas**; Ediciones Narcea S.A.; Madrid, España.

FUENTES ELECTRONICAS

- Comunidad Terapéutica (2008) **Historia de Comunidad Terapéutica**
(Consultada el 2 de julio 2008)
http://www.risolidaria.tdata.cl/Portada/Direccion/Home_Drogas
- CONACE (2008) **Convenio CONACE-FONASA: Programa de Apoyo a los Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas**
(Consultada el 21 de junio del 2008)
<http://www.conacedrogas.cl/inicio/noticias>
- Conde, I; Ustarroz, J; Landa, N; López, J. (2005) **“Deshabitación de Drogas y Funcionamiento Cerebral: Una Visión Integradora”**
(Consultada el 10 de diciembre del 2008)
<http://www.adicciones,2005-Zheta.com>
- Guiñe, M. (s/a) **Fundación Dar: Una Alternativa en Rehabilitación y Prevención de Trastornos Adictivos**
(5 de agosto 2008)
<http://www.hogaresdar.cl/>
- Muñoz, R. (2008) (a) **“La Comunidad Terapéutica”**
(Consultada el 5 de agosto 2008)
http://www.risolidaria.tdata.cl/Portada/Direccion/Home_Drogas
- Muñoz, R (2000) (b) **Comunidad Terapéutica Ambulatoria “Proyecto Ser ”**
(Consultada el 21 de junio del 2005)
<http://www.proyectoser.cl/programa.htm>
- Pellicier, F (2003) **“De la Nave de los Locos a los fármacos de la Razón”**
(Consultada el 10 de diciembre del 2008)
http://www.cerebro_dialogos.unam.mx

Universidad de Chile (2008)

Departamento de Pre-grado; **Curso:**

Drogas y alcohol: “Construir

Prevención Desde el Conocimiento

Integral” (Consultada el 2 de septiembre

2008) <http://www.plataforma.uchile.cl>

Plataforma Informativa (2009)

“Drogodependencias”

(Consultada el 16 de diciembre del 2009)

[http://www.plataformainformativa/saludme](http://www.plataformainformativa/saludmentalcv.webs.upv.es)

[ntalcv.webs.upv.es](http://www.plataformainformativa/saludmentalcv.webs.upv.es)

ANEXOS

I. VARIABLES

DEFINICIONES DE OPERALIZACIÓN

1.1 Perfiles Teóricos: Enfoque epistemológico y su aplicación práctica a través de una estrategia metodológica en la intervención terapéutica.

- **Modelo Teórico:** Enfoque epistemológico y premisas conceptuales que orientan y se adscriben en la intervención terapéutica.
- **Referentes Conceptuales:** Planteamientos, explicaciones y definiciones frente a un conjunto de ideas que orientan la intervención.

1.2 Estrategia Metodológica: Conjunto de etapas, áreas, actividades, objetivos y sistemas de registros empleados en la intervención terapéutica.

- **Etapas:** Fases sucesivas de acuerdo a su desarrollo y evolución.
- **Áreas:** Campo de acción o ámbitos específicos a tratar.
- **Actividades:** Diversas acciones destinadas a la intervención terapéutica.
- **Objetivos:** Metas definidas para un propósito determinado.
- **Sistema de Registros:** Conjunto de instrumentos para registrar datos.
- **Sistema de Evaluación:** Conjunto de instrumentos que permiten medir resultados.

1.3 Mirada Evaluativa: Revisión del valor e importancia de diversos aspectos y elementos que visualizan profesionales y/o monitores que inciden directamente durante el proceso terapéutico, las transformaciones y los principales resultados como cambios, logros, avances, retrocesos de la intervención.

- **Cambios y Logros:** Conjunto de acciones y evaluación de las mismas que permite identificar modificaciones y/o diferencias en la intervención, asimismo como las capacidades desarrolladas y los éxitos obtenidos del proceso.

- **Avances y Retrocesos:** Conjunto de acciones y evaluación de las mismas que permiten identificar progreso y adelanto en la intervención, asimismo como las limitaciones y empeoramiento del proceso.

1.4 Factores Condicionantes: Factores externos e internos que visualizan profesionales y/o monitores que han condicionado el proceso de intervención terapéutica e influyen en los resultados como facilitadores, fortalezas, obstaculizadores y debilidades.

- **Facilitadores y Fortalezas:** Factores internos y externos que se transforman en fortalezas dado que condicionan e influyen en los resultados de la intervención terapéutica.

- **Obstaculizadores y Debilidades:** Factores internos y externos que se transforman en debilidades dados que condicionan e influyen en los resultados de la intervención terapéutica.

1.5 Aspectos Comparativos: Conjunto de elementos de la intervención y hallazgos importantes a comparar a fin de distinguir la relación que existe entre ellos.

- **Diferencias:** Aspectos y características distintas del proceso y evaluación en la intervención terapéutica.

- **Similitudes:** Aspectos y características semejantes del proceso y evaluación de la intervención terapéutica.

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENCIONES	INDICADORES	PREGUNTAS ASOCIADAS
Perfiles Metodológicos de dos Comunidades Terapéuticas Ambulatorias con Planes Intensivos.	Modelos Teóricos		1. ¿Qué modelos teóricos sustentan la intervención terapéutica?, o ¿Cómo definirían la intervención desde un punto de vista más teórico? Respuestas Asociadas:
		Referentes Conceptuales de Tratamiento y Terapéutico	2. ¿Cómo podría definir el concepto de tratamiento? o ¿Cómo se entiende el concepto? Respuestas Asociadas:
			3. ¿Cómo podría definir el concepto de terapéutico? o ¿Cómo se entiende el concepto? Respuestas Asociadas:
		Referentes Conceptuales de Droga, Recaída y Abstinencia	4. ¿Cómo se trabaja el concepto de droga en la intervención?, o ¿Cómo es utilizado este concepto durante el proceso terapéutico? Respuestas Asociadas:
			5. ¿Cómo se maneja el tema de las recaídas durante el proceso?, o ¿Qué se hace cuando éstas ocurren en los usuarios? Respuestas Asociadas:

			<p>6. ¿Cómo se trabaja el concepto de abstinencia en la intervención?, o ¿Cómo es utilizado este concepto durante el proceso terapéutico?</p> <p>Respuestas Asociadas:</p>
			<p>7. ¿Es importante la abstinencia durante el proceso?</p> <p>Respuestas Asociadas:</p>
<p>Perfiles Metodológicos de dos Comunidades Terapéuticas Ambulatorias con Planes Intensivos.</p>	<p>Estrategias Metodológicas</p>	<p>Etapas</p>	<p>1. ¿En qué consiste el proceso de intervención terapéutica, a partir de las etapas que van desarrollando?.</p> <p>Respuestas Asociadas:</p>
			<p>2. ¿Existe una duración para cada etapa?</p> <p>Respuestas Asociadas:</p>
		<p>Áreas</p>	<p>3. ¿Cuáles son las áreas o temáticas que se trabajan?</p> <p>Respuestas Asociadas:</p>
		<p>Actividades</p>	<p>4. ¿Qué actividades se realiza durante la intervención?</p> <p>Respuestas Asociadas:</p>
		<p>Objetivos</p>	<p>5. ¿Qué objetivos se pretende alcanzar?</p> <p>Respuestas Asociadas:</p>
		<p>Sistema de Registro</p>	<p>6. ¿Qué técnicas o sistema de registro utilizan para hacer seguimiento del proceso?</p> <p>Respuestas Asociadas:</p>
		<p>Sistema de Evaluación</p>	<p>7. ¿Qué sistema de evaluación utilizan?</p> <p>Respuestas Asociadas:</p>

Mirada Evaluativa de los Procesos de Intervención en Ambas Comunidades Terapéuticas.	Principales Transformaciones	Cambios/ Logros	1. ¿Qué resultados se obtienen de las estrategias implementadas?, o ¿Cómo es la evaluación de éstas? (logros asociados a la intervención) Respuestas Asociadas:
			2. ¿Qué cambios importantes se observan en el proceso de intervención terapéutica? Respuestas Asociadas:
			3. ¿Qué ámbitos o áreas de intervención son importantes tratar? Respuestas Asociadas:
		Avances/ Retrocesos	4. ¿Qué avances se observan en el proceso de intervención terapéutica? Respuestas asociadas:
		5. ¿Qué retrocesos se observan en el proceso de intervención terapéutica? Respuestas Asociadas:	
	Factores Condicionantes	Facilitadores/ Fortalezas	6. ¿Qué elementos o aspectos han facilitado el proceso o han significado una fortaleza en la intervención?. Respuestas Asociadas:
Obstaculizadores/ Debilidades		7. ¿Qué elementos o aspectos han obstaculizado el proceso o han significado una debilidad en la intervención? Respuestas Asociadas:	

II. INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Pauta de Entrevista (guía de preguntas)

Para comenzar me gustaría que me dieran algunas características generales de la comunidad terapéutica

Construcción Teórica

1. ¿Qué modelos teóricos sustentan la intervención terapéutica?, o ¿Cómo definirían la intervención desde un punto de vista más teórico?.
2. ¿Cómo podría definir el concepto de tratamiento?, o ¿Cómo se entiende el concepto?.
3. ¿Cómo podría definir el concepto de terapéutico?, o ¿Cómo se entiende el concepto?.
4. ¿Cómo se trabaja el concepto de droga en la intervención?, o ¿Cómo es utilizado este concepto durante el proceso terapéutico?
5. ¿Cómo se maneja el tema de las recaídas durante el proceso?, o ¿Qué se hace cuando éstas ocurren en los usuarios?
6. ¿Cómo se trabaja el concepto de abstinencia en la intervención?, o ¿Cómo es utilizado este concepto durante el proceso terapéutico?
7. ¿Es importante la abstinencia durante el proceso?

Estrategia Metodológica

1. ¿En qué consiste el proceso de intervención terapéutica, a partir de las etapas que van desarrollando?.

2. ¿Existe una duración para cada etapa?
3. ¿Cuáles son las áreas o temáticas que se trabajan?
4. ¿Qué actividades se realiza durante la intervención?
5. ¿Qué objetivos se pretende alcanzar?
6. ¿Qué técnicas o sistema de registro utilizan para hacer seguimiento del proceso?
7. ¿Qué sistema de evaluación utilizan?

Mirada Evaluativa

1. ¿Qué resultados se obtienen de las estrategias implementadas?, o ¿Cómo es la evaluación de éstas?
2. ¿Qué cambios importantes se observan en el proceso de intervención terapéutica?.
3. ¿Qué avances se observan en el proceso de intervención terapéutica?
4. ¿Qué retrocesos se observan en el proceso de intervención terapéutica?
5. ¿Qué elementos o aspectos han facilitado el proceso o han significado una fortaleza en la intervención?
6. ¿Qué elementos o aspectos han obstaculizado el proceso o han significado una debilidad en la intervención?
7. ¿Qué ámbitos o áreas de intervención son importantes de reforzar según prioridad y por qué?.*

III. INSTRUMENTOS PARA EL ANALISIS

Tabla de Análisis Comparativo individualizado por Comunidad Terapéutica, Profesional y Eje Temático (El mismo Eje para cada entrevistado, hasta completar todos los Ejes sujetos al análisis)			
Comunidad Terapéutica X			
Profesional 1	Profesional 2	Profesional 3	Profesional 4
Eje Temático X	Eje Temático X	Eje Temático X	Eje Temático X

Tabla de Análisis Comparativo por Comunidad Terapéutica	
Comunidades Terapéuticas	Eje Temático X (El mismo Eje para ambos casos)
Caleta Sur	
Casa Joven	