



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE DERECHO Y CS. SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



UN ESTUDIO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN BEBER PROBLEMA EN EL HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF DE VIÑA DEL MAR

Seminario de Título para obtención del Grado Académico de Licenciado en Trabajo
Social y Título Profesional de Asistente Social

Institución Patrocinante:
Hospital Naval "Almirante Nef" de Viña del Mar

Profesora Guía:
Srta. Ketty Cazorla Becerra

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
BIBLIOTECA

Autores:
Nicol Andrea Madrid Arancibia
Iván David Navarro Mercado
Felipe Arnaldo Ramírez Cárcamo
Jorge Patricio Valencia Andonaegui

Noviembre, 2009



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



REF.: Informa evaluación y calificación seminario
de título alumnos que se indica.

VALPARAÍSO, 24 de noviembre del 2009.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesor Guía, cumpla con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: "**UN ESTUDIO SOBRE INTERVENCIÓN DEL BEBER PROBLEMA EN EL HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF DE VIÑA DEL MAR**", cursado durante el año 2009 por los alumnos de la Escuela de Trabajo Social Srta. NIKOL MADRID ARANCIBIA y los Sres. IVÁN NAVARRO MERCADO, FELIPE RAMÍREZ CÁRCAMO y JORGE VALENCIA ANDONAEGUI.

El Seminario de Título versa sobre un tema de salud mental que presenta gran prevalencia en los indicadores de salud pública actual, el que corresponde al *Beber Problema*; y su principal aporte sobreviene cuando intenta insertar esta temática en un marco institucional de características muy particulares en cuanto a jerarquía, estructura y líneas programáticas de salud mental.

Los autores y autora procuran construir un marco teórico que es calificado como completo, coherente y pertinente, ya que desde sus referentes conceptuales iniciales emergen las categorías de análisis que la investigación cualitativa lleva a cabo en todo momento. En este sentido, el tipo de investigación seleccionada es pertinente con el objetivo, que es definido como "Comprender y analizar comparativamente entre las y los usuarios, directivos y profesionales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Almirante Nef de Viña del Mar los significados que atribuyen y las prácticas que declaran en relación a la intervención en el consumo de alcohol". Ahora bien, el equipo es capaz de presentar una contundente fundamentación de sus decisiones metodológicas, entregando resultados que dan cuenta de las diferencias o semejanzas entre los tres actores convocados al estudio, tanto en el nivel del discurso como en la acción profesional.

En cuanto a los resultados, se destaca la capacidad de fundamentar el relato analítico con referentes conceptuales, diagramas o dibujos que subrayan las ideas fuerza de la investigación, lo que evidencia una capacidad de reflexión profesional de tipo complejo, competencia tan relevante en el quehacer profesional de hoy. Además, es necesario señalar que el Informe da cuenta del logro de la totalidad de los objetivos específicos propuestos, con adecuada integración teórica práctica, y basándose en técnicas como la entrevista y la observación en la institución patrocinante.

Pero sin duda, una de las mayores fortalezas del Informe es la Propuesta Programática que los autores y autora se atreven a sistematizar, llegando inclusive a exponerlo en una Jornada de Reflexión al equipo técnico del Hospital Almirante Nef, obteniendo como respuesta una posible proyección institucional de lo planteado. De esta propuesta, se destaca que se aborda el beber problema desde los niveles de Promoción hasta la Reintegración Social y seguimiento, siempre desde una perspectiva biopsicosocial como sugieren las actuales Políticas de Salud Pública. Por lo tanto, la validez y factibilidad del trabajo realizado está avalado por la propia institución, actores involucrados en la investigación y las tendencias teóricas vigentes en salud.

Ahora bien, en cuanto a los aspectos formales del documento, se declara que se responde a estándares adecuados y vigentes de presentación y cita bibliográfica.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **7.0** (siete punto cero).


KETTY CAZORLA BECERRA
PROFESORA GUÍA

AL SEÑOR
ALBERTO BALBONTÍN RETAMALES
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y CS. SOCIALES
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
PRESENTE
KCB/jpv.



REF.: Informa evaluación y calificación seminario
de título alumnos que se indica.

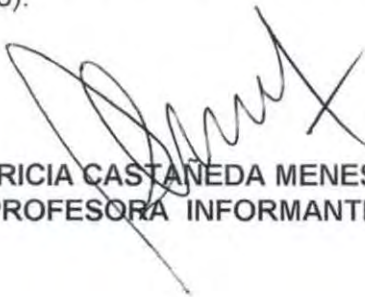
VALPARAÍSO, 23 de noviembre del 2009.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Informante, cumplo con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: **"UN ESTUDIO SOBRE INTERVENCIÓN DEL BEBER PROBLEMA EN EL HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF DE VIÑA DEL MAR"**, cursado durante año 2009 por los alumnos de la Escuela de Trabajo Social Srta. NIKOL MADRID ARANCIBIA y los Sres. IVÁN NAVARRO MERCADO, FELIPE RAMÍREZ CÁRCAMO y JORGE VALENCIA ANDONAEGUI.

Seminario de tesis sistematiza resultados de estudio sobre intervención del beber problema en el Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar. El documento presenta una estructura de trabajo coherente, que le permite resolver con pertinencia los objetivos previstos. No obstante, se observa un quiebre entre los ejes de análisis del proceso y la estructura de propuesta programática presentada. Asimismo, algunos pasajes del texto se resuelven en forma centralmente descriptiva.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **6.5** (seis punto cinco).



PATRICIA CASTAÑEDA MENESES
PROFESORA INFORMANTE

AL SEÑOR
ALBERTO BALBONTÍN RETAMALES
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y CS. SOCIALES
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
PRESENTE.
PCM/jpv.

“El camino del éxito nunca se recorre solitariamente. . . los corazones de todos aquellos que alguna vez nos amaron, creyeron en nosotros y nos alentaron, son nuestros constantes compañeros del camino. “

Gracias a Dios, a mis padres, a mi familia, amigas y amigos, compañeras y compañeros, profesores y a todas y cada una de las personas que me acompañaron en este proceso; gracias por las sonrisas, por el apoyo, por la confianza depositada, por la paciencia, por la preocupación, por las palabras de aliento, las oraciones, las mejoras, las sugerencias, en fin. . .

A todos ustedes muchas gracias, estarán presentes en mi corazón, mucha suerte y que Dios les bendiga y acompañe siempre.

Nikol Madrid

Hoy doy un gran paso en mi vida, no es el primero y sé que no será el último, pero debo detenerme aquí por un momento, a reconocer que no ha sido fácil y que sin su ayuda, las sendas hubieran sido más inclinadas, lóbregas o erradas.

A ustedes, dedico estas líneas... Padre y Madre, Hermano, Tíos, Abuelos, Primos, Profesores, Amigos, Compañeros y a todos aquellos y aquellas que aportaron, incluso sin darme cuenta, para lograr esta meta.

Es a ustedes a quienes me debo, pues así agradezco la oportunidad que me brindaron para ser Profesional. Es por eso, que acepto la responsabilidad de responder a sus esfuerzos, a retribuir con mi acciones en quién más lo necesite, y a no faltar a la confianza que han depositado en mí.

En el futuro se unirán a mí caminar nuevas y nuevos acompañantes, sin duda muchos de ustedes se mantendrán, y algunos deberán tomar otros rumbos. Sin embargo, jamás serán olvidados, siempre estarán conmigo porque han dejado una marca en vida, una huella que jamás se borrará.

Juán Navarro

Agradecimientos

Y ¡por fin logramos la meta!, esta que nos habíamos planteado hace cinco años atrás, la cual, era terminar nuestro proceso educativo, nuestra primera piedra, nuestro primer escollo. Pero ahora viéndolo desde fuera no quisiera haber llegado a término, ¿por qué? Pues, por que en Valparaíso están mis colegas, mis amigos, mis maestros, en Valparaíso desarrolle la labor de aprendiz.

Por eso agradezco a Valparaíso, a quienes me brindaron su apoyo...primeramente a Dios por acompañarme en este proceso, a mi hermano Eduardo y su familia por la compañía, el hospedaje, y el buen trato que me brindo durante tanto tiempo, a mi padre (Manolo), mi madre (Mela) por el tesón, la confianza, y sus oraciones que siempre me proveyeron; la Maribel que fue muchas veces mi mesena y compañía cuando mas la necesitaba...Prima Elizabeth no me olvido de ti ni de tu familia que me acogieron sin esperar nada a cambio durante cinco meses en tu Antofagasta querido; las tías y tíos, Silvy, que me diste trabajo todos los veranos haciendo en mi querer aun mas esta bendita profesión

Y es que debo agradecer tanto que faltaría hoja para nombrarlos a todos...si faltaría hablar de Antonio y su familia, de la familia de Iván y lo mismo de Jorge, su padre y su hermana, de Nikol y la mamá Miriam, de Felipe (Héctor) Silva, de la Pame Vera y la Sra. Mireya, y a todos los que en este momento recuerdo.

Quisiera finalizar mis agradecimientos con unas estrofas de un soneto español de Manuel de Sandoval que dice así:

*"Trabaja y persevera que en el mundo
Nada existe rebelde ni infecundo
Para el poder de Dios o de la idea.
¡Hasta la estéril y deforme roca
Es manantial cuando Moisés la toca
O estatua cuando Fideas la golpea!"*

Que ciertísimas son estas palabras, si bien estamos entrando a una nueva etapa, un nuevo mundo, somos lo que somos por como fuimos, por como nos moldearon, por como nos enseñaron. Nuestras maestras y maestros fueron unos tiernos Moisés y unas visionarias Fideas.

A todas y todos los tendré en mi corazón, en mis pensamientos y debo decirles gracias, gracias por ser como son...no cambien, o bien mejoren.

Felipe Arnaldo Ramírez Cárcamo

Agradecimientos:

A decir verdad, desde que llegue a la Universidad siempre me pareció que estaba viviendo un sueño, uno del cual pronto despertaría, y en estos momentos en que veo terminar mi recorrido académico no puedo dejar de estar extremadamente feliz por este logro. Creo que las personas que estuvieron, y aún están a mi lado, fueron siempre más confiadas en que realmente lograría este gran objetivo y son a ellas a las que deseo agradecer.

En primer lugar quiero agradecer a mi abuelita Nolvía Godoy, la mamá, la cual me entrego el regalo más hermoso que tengo, que es mi familia. A mi padre que junto a mi hermana son lo más importante en mi vida. Gracias papito por apostar y quedarte siempre junto a mi y mi hermana, espero el día de mañana poder ser tan buen padre con mis hijos como tú lo has sido con los tuyos, eres el mejor y no te cambio por nada. A mi hermana por ser mi alegría y mi esperanza en el futuro... tú puedes chukita, confía en tí como yo lo hago.

A mis tíos y tías Jorge, Julio, Juan Carlos, María Griselda y Patricia porque siempre confiaron en mí y me han apoyado desde siempre. Gracias tías por ser mis madres.

A mis primos Jorge Julio, Nelson, Juan, Ángel, Cristian y Juan Carlos ya que siempre he sabido que puedo contar con ellos y espero ellos también sepan lo mismo respecto de mí.

A mis compañeros Seminaristas, quienes tuvieron la paciencia y las ganas de emprender este trabajo a mi lado, más que equipo Seminarista somos un grupo de amigos, les deseo lo mejor.

A las familias Navarro Mercado, Sandoval Barrera y Gardaix Salazar por permitirme entrar a sus hogares y acogerme como uno más de ustedes, siempre se los agradeceré.

Para mis amigos Manuel, Miguel, Luis, Héctor, Cristian, Jaime, Pablo, María José y tantos otros que he tenido la suerte de conocer y poder llamar amigos.

También para ti Brujita, gracias por estar incondicionalmente apoyándome y cuidándome, espero tenerte siempre a mi lado.

Y por último sólo me queda agradecer a Dios el estar rodeado de todas estas maravillosas personas, y pedirle que nunca me aleje de ellas.

Gracias, Por aguantarme, por quererme y por estar siempre a mi lado... los amo.

Jorge Patricio Valencia Andonaegui.-

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| CONTENIDO | PÁGINA |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 01 |
| Presentación Capitulo | 03 |
| CAPITULO I CONTEXTOS DE LA PROBLEMÁTICA | |
| I.1 CONTEXTO INSTITUCIONAL | 04 |
| A. SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS ARMADAS | 04 |
| 1. Organización del Sistema de Salud Naval | 05 |
| B. HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF DE VIÑA DEL MAR" | 08 |
| 1. Reseña Histórica | 08 |
| 2. Ubicación Geográfica | 09 |
| 3. Misión del Hospital Naval "Almirante Nef" | 09 |
| 4. Dependencia | 09 |
| 5. Funciones | 09 |
| 6. Recursos Humanos | 09 |
| C. HOSPITAL "ALMIRANTE NEF" SERVICIO DE PSIQUIATRÍA | 12 |
| 1. Organización Atención Clínica Servicio de Psiquiatría | 12 |
| 2. Objetivo General | 12 |
| 3. Objetivo Específico | 12 |
| 4. Recursos Humanos Servicio de Psiquiatría | 16 |
| D. TRABAJO SOCIAL EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA | 18 |
| 1. Objetivo | 18 |
| 2. Funciones | 18 |
| 3. Acciones Profesionales | 18 |
| 4. Unidad De Intervención Psicosocial; Trabajo Social En El Área Clínica | 19 |
| I.2 REFERENTES SOCIO POLÍTICOS PARA EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL. | 20 |
| A. VISIÓN INTERNACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE ALCOHOL | 20 |
| 1. 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de Salud, 2005. | 20 |
| 2. Declaración de Brasilia sobre las Políticas Públicas en Alcohol | 20 |
| B. POLÍTICAS SOCIALES SOBRE ALCOHOL EN CHILE. | 21 |
| 1. Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010. | 21 |
| 2. Tratamiento de Alcohol y Drogodependencia | 23 |
| CAPITULO II MARCO DE REFERENCIA | |
| Presentación capitulo | 32 |
| 2.1. Contextualización Histórica del Consumo de Alcohol | 33 |
| 2.2. Consumo de alcohol a Nivel Mundial Regional y Local | 35 |
| 2.3. Referentes Teóricos y Conceptuales del Alcohol como Droga | 37 |
| 2.4. Consumo de Alcohol y su Abordaje como Problemática de Salud | 52 |

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---|-----------|
| Presentación Capitulo | 61 |
| 3.1 Fundamentación de la Investigación | 62 |
| 3.2 Formulación y Delimitación del Problema a Investigar | 64 |
| 3.3 Preguntas de Investigación | 65 |
| 3.4 Objetivos de Investigación | 66 |
| 3.5 Enfoque de Investigación | 66 |
| 3.6 Colectivo y Muestra | 67 |
| 3.7 Criterios de Inclusión Criterios de Segmentación: Perfiles de Entrevistados | 68 |
| 3.8 Técnica de Recogida de la Información | 68 |
| 3.9. Plan de Análisis | 70 |
| 3.10. Descripción Trabajo de Campo | 73 |

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|---|-----------|
| Presentación Capitulo | 77 |
| 4.1. Categoría de Análisis: Enfoque de Salud | 78 |
| 4.2. Categoría de Análisis: Modelos de Intervención en Consumo de Alcohol | 84 |
| 4.3. Categoría de Análisis: Niveles de Atención en Salud | 90 |
| 4.4. Categoría de Análisis: Actividades de Intervención | 100 |
| 4.5. Hallazgos del Proceso de Investigación | 109 |
| 4.6. Conclusiones sobre el Proceso de Investigación Desarrollado | 113 |

CAPITULO V PROPUESTA PROGRAMÁTICA

| | |
|--|------------|
| Presentación | 118 |
| 5.1 Justificación de las líneas programáticas para el Beber Problema | 119 |
| 5.2 Líneas programáticas para el Beber Problema | 124 |
| 5.3 Línea programática de Promoción de la Salud | 129 |
| 5.4 Línea programática de Prevención de la Enfermedad | 135 |
| 5.5 Línea programática de Tratamiento | 147 |
| 5.6 Línea programática de Reintegración y Seguimiento | 164 |
| 5.7 Anexos de Propuesta Programática | 167 |

CAPITULO VI CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

| | |
|--|-----|
| 6.1 Conclusiones Metodológicas | 169 |
| 6.2 Conclusiones En Torno a la Problemática Abordada | 170 |
| 6.3 Conclusiones Profesionales desde Trabajo Social | 170 |
| 6.4 Aportes de la Investigación y de la Propuesta Programática | 175 |
| 6.5 Quiebres, Limitaciones y Desafíos | 175 |

INDICE DE CUADROS Y TABLAS

| CONTENIDO | PÁGINA |
|--|--------|
| CAPITULO I CONTEXTOS DE LA PROBLEMÁTICA | |
| Tabla 1.1 Prestaciones del Sistema de Salud Naval | 05 |
| Tabla 1.2 Recursos Profesional Servicio de Psiquiatría | 21 |
| CAPITULO II MARCO TEÓRICO | |
| Tabla 2.1 Factores de riesgo y protectores asociados al consumo de alcohol | 43 |
| Tabla 2.2 Etapas del Consumo de Alcohol | 45 |
| Tabla 2.3 Consecuencias del Uso y Abuso del Consumo de Alcohol. | 49-50 |
| Tabla 2.4 Modelos de Salud | 52 |
| Tabla 2.5 Diferencias Modelo Biomédico-Modelo Biopsicosocial | 53 |
| CAPITULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | |
| Tabla 3.1 Criterios de Rigor | 69 |
| Tabla 3.2 Plan de Análisis | 72 |
| Tabla 3.3 Alcance Entrevistas semi-estructuradas | |
| Tabla 3.4 Alcance Análisis documental | 74 |
| Tabla 3.5 Alcance Observación no participante | 74 |
| CAPITULO IV RESULTADOS Y ANÁLISIS DE INVESTIGACIÓN | |
| Tabla 4.1 Resumen Objetivo Especifico Enfoques de Salud | 81 |
| Tabla 4.2 Resumen Categoría de Análisis Modelos de Tratamiento de Alcohol | 88 |
| Tabla 4.3 Resumen Categoría de Análisis Niveles de Intervención en Salud | 96 |
| Tabla 4.4 Sintesis Categor Categoría de Análisis Actividades de Intervención | 106 |
| CAPITULO V PROPUESTA PROGRAMÁTICA | |
| Tabla 5.1 Recurso Humano por Área Profesional | 130 |
| Tabla 5.2 Recurso Humano Línea Programática de Promoción de la Salud | 130 |
| Tabla 5.3 Actividad para línea Programática de Promoción de la Salud | 132 |
| Tabla 5.4 Actividad para línea Programática de Promoción de la Salud | 132 |
| Tabla 5.5 Actividad para línea Programática de Promoción de la Salud | 133 |
| Tabla 5.6 Recurso Humano por Área Profesional | 137 |
| Tabla 5.7 Recurso Humano Línea Prevención de la Enfermedad | 137 |
| Tabla 5.8 Actividad para línea Programática de Prevención de la Enfermedad | 139 |
| Tabla 5.9 Actividad para línea Programática de Prevención de la Enfermedad | 140 |
| Tabla 5.10 Actividad para línea Programática de Prevención de la Enfermedad | 141 |
| Tabla 5.11 Actividad para línea Programática de Prevención de la Enfermedad | 142 |
| Tabla 5.12 Actividad para línea Programática de Prevención de la Enfermedad | 143 |
| Tabla 5.13 Actividad para línea Programática de Prevención de la Enfermedad | 144 |
| Tabla 5.14 Actividad para línea Programática de Prevención de la Enfermedad | 145 |

| | |
|--|---------|
| Tabla 5.15 Recurso Humano por Área Profesional | 148 |
| Tabla 5.16 Recurso Humano Línea Programática de Tratamiento de la Enfermedad | 149-150 |
| Tabla 5.17 Horas Estimadas/Profesional Requeridos | 151 |
| Tabla 5.18 Actividades de Intervención | 159-161 |
| Tabla 5.19 Recurso Humano Línea Programática de Reintegración Social y Seguimiento | 165 |
| Tabla 5.20 Escala de Grado de Compromiso Biopsicosocial | 168-170 |
| Tabla 5.21 Test AUDIT | 173-174 |
| Tabla 5.22 Etapas del Consumo de Alcohol | 175 |
| Tabla 5.23 Factores de Riesgo y Protectores Asociados al Consumo de Alcohol | 178 |

INDICE ICONOGRAFÍA

CAPITULO I CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA

| | |
|--|----|
| Imagen 1.1 Cobertura Territorial por Centro de Salud Naval | 06 |
| Dibujo 1.1 Organigrama de la Armada de Chile | 07 |
| Dibujo 1.2 Organigrama Hospital Naval Almirante Nef | 11 |
| Dibujo 1.3 Flujograma de Atención | 15 |
| Dibujo 1.4 Organigrama Servicio de Psiquiatría | 17 |

CAPITULO II MARCO DE REFERENCIA

| | |
|--|----|
| Dibujo 2.0 Representación Grafica del Marco de Referencia | 32 |
| Dibujo 2.1 Factores Asociados al Consumo | 38 |
| Dibujo 2.2 Prevención de Recaídas y Situaciones de Alto Riesgo | 57 |

CAPITULO IV RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

| | |
|--|-----|
| Dibujo 4.1 Análisis Objetivo Especifico N°1 | 82 |
| Dibujo 4.2 Análisis Objetivo Especifico N°2 | 89 |
| Dibujo 4.3 Análisis Objetivo Especifico N° 3 | 97 |
| Dibujo 4.4 Análisis Objetivo Especifico N° 4 | 107 |
| Dibujo 4.5 Diagrama Conclusiones | 115 |

CAPITULO V PROPUESTA PROGRAMÁTICA

| | |
|---|-----|
| Dibujo 5.1 Diagrama Nivel de Promoción de la Salud | 124 |
| Dibujo 5.2 Diagrama Nivel de Prevención de la Enfermedad | 133 |
| Dibujo 5.3 Diagrama Líneas programáticas de Tratamiento, Reinserción Social y Seguimiento | 139 |
| Dibujo 5.4 Diagrama Etapas de Tratamiento para el Beber Problema | 140 |

ÍNDICE DE CUADROS

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|---|-----|
| Cuadro 4.1 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre prácticas médicas | 78 |
| Cuadro 4.2 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre la atención de pacientes | 79 |
| Cuadro 4.3 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre predominio disciplinar | 80 |
| Cuadro 4.4 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre objetivo de la intervención | 84 |
| Cuadro 4.5 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre decisiones de las y los usuarios en el tratamiento. | 85 |
| Cuadro 4.6 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre aspectos evaluados en las sesiones | 86 |
| Cuadro 4.7 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre Promoción de la Salud | 90 |
| Cuadro 4.8 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre Prevención de la Enfermedad | 91 |
| Cuadro 4.9 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre Tratamiento | 93 |
| Cuadro 4.10 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre tratamiento y rehabilitación | 94 |
| Cuadro 4.11 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre Actividades de Diagnóstico | 100 |
| Cuadro 4.12 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre Actividades de Intervención | 101 |
| Cuadro 4.13 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre Actividades de Orientación | 102 |
| Cuadro 4.14 Fragmentos de Colectivos de Investigación sobre Actividades de Derivación | 103 |

RESUMEN

El presente Seminario de Título se enmarcó en el cumplimiento del objetivo: comprender y analizar, el proceso de intervención en consumo de alcohol que se estaba llevando a cabo en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef, desde la mirada de los colectivos involucrados en dicho proceso. En relación a lo anterior, se logró determinar la falta de retroalimentación entre los actores involucrados, predominio de un enfoque de salud de carácter biomédico, la inexistencia de criterios técnicos claros que estructuraran la elección de modelos de tratamientos para las y los usuarios, desarrollo de un trabajo exclusivamente en el nivel de intervención de Tratamiento y el desarrollo de prácticas con marcado predominio en disciplinas biomédicas, tanto en su génesis como en su ejecución. Todo lo anterior abordado gracias a una propuesta programática que apunta a la resolución de las falencias antes descritas.

INTRODUCCION

Este presente documento da cuenta del proceso investigativo llevado a cabo por parte del Equipo Seminarista conformado por Nikol Madrid Arancibia, Iván Navarro Mercado, Felipe Ramírez Cárcamo y Jorge Valencia Andonaegui dentro del contexto de desarrollo del Seminario de Título de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.

El proceso se desarrolló bajo el alero institucional del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, siendo para éstos efectos la Académica Srta. Ketty Cazzorla la Profesora Guía del Proceso. En lo referente a la estructura del documento, éste se organiza en los siguientes seis capítulos:

El Primer Capítulo se denomina Contexto de la Experiencia, y en el se desarrollan básicamente dos grandes contextos. El primero es el Contexto Institucional en el cual se llevó a cabo el Seminario, abordando las características propias de la institución que oficio como patrocinante del ejercicio investigativo. En segundo lugar el Contexto Político, en el cual se desarrolla el marco de políticas a nivel mundial, regional y nacional que actualmente abordan la problemática de Beber Problema.

El Segundo Capítulo, es el denominado como Marco de Referencia, en el se expone la orientación de los principales referentes conceptuales y teóricos en torno a la problemática de Beber Problema que guiaron el proceso de desarrollo de Seminario de Título al Equipo Seminarista.

El Tercer Capítulo se designa como Marco Metodológico, y da cuenta del camino del diseño metodológico que asumió el equipo seminarista para el adecuado desarrollo del proceso investigativo. En el se observan, entre otros aspectos la formulación y delimitación del Problema de Investigación que, a su vez, permite la elaboración de los Objetivos de Investigaciones que finalmente guiaron el desarrollo del ejercicio de Seminario de Título.

El Cuarto Capítulo se denomina como Análisis de Resultados, en este apartado se desarrolla el plan de análisis previsto por el equipo seminarista y se exponen los principales logros investigativos. Además, se pueden observar hallazgos investigativos que el Equipo Seminarista descubrió y expone su importancia como posibles futuras investigaciones dentro de la institución.

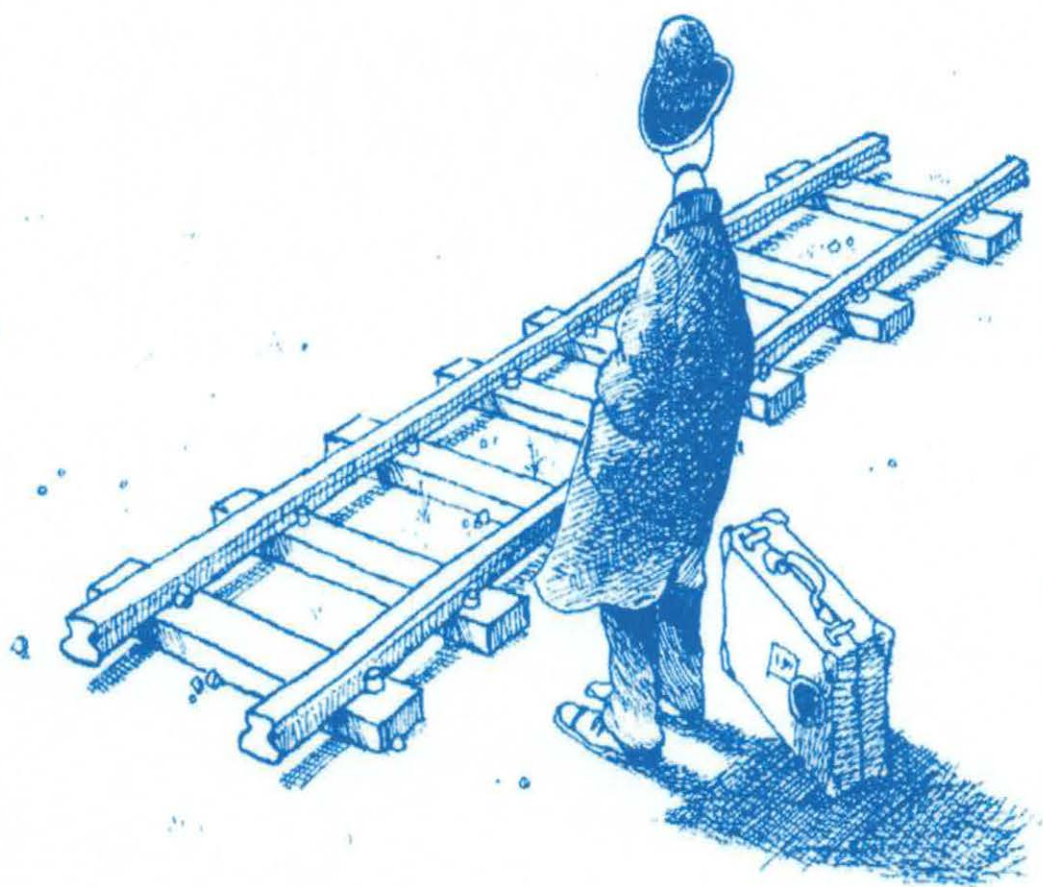
El Quinto Capítulo se denomina como Propuesta Programática, y en el se expone la elaboración de una Propuesta Programática para abordar el Beber Problema, desarrollada por el Equipo Seminarista, por lo que su construcción se sustenta en los principales resultados del análisis y aborda la Problemática delineando un proceso de intervención aportando una mirada integral y abarcativa para el abordaje de la problemática.

El Sexto y último Capítulo llamado Conclusiones y Reflexiones, y en el se permite evidenciar un logro de un nivel de abstracción y análisis significativo conseguido por el equipo seminarista en base a al trabajo realizado en sus distintas aristas.

Dada las consideraciones anteriores solo resta invitar al lector, a interiorizarse y retroalimentarse de la experiencia de trabajo realizado por el equipo seminarista suscribe el documento, en el marco de su Seminario de Título.

*"No se puede desatar un nudo sin saber cómo
está hecho"*

Aristóteles



CAPÍTULO I

CONTEXTOS DE LA PROBLEMÁTICA

PRESENTACIÓN DEL CAPÍTULO

El presente capítulo denominado "Contexto de la Experiencia" del Seminario de Título desarrollado presenta, en primer lugar, los antecedentes generales de la institución, referentes a la Armada de Chile, y específicamente al Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar. En este espacio se inserta el Equipo Seminarista, por consiguiente, se da cuenta del Servicio de Psiquiatría y sus aspectos generales, que es donde se desarrolla el presente Seminario de Título.

En este capítulo, se darán a conocer las principales particularidades de la Institución Patrocinante, desde un nivel más amplio, hasta la unidad específica en donde se desarrolla la presente experiencia. Para cada uno de los niveles, se especificarán aspectos como: misión, objetivos, cobertura, recursos, funciones, etc.; todo esto con el fin de otorgar una visión general del contexto donde se inserta la investigación que se llevará a cabo y el marco político que lo sustenta y que en definitiva motiva su realización.

En segundo lugar, se presentan los antecedentes relacionados con los referentes sociopolíticos para el abordaje del consumo de alcohol, el cual pretende presentar las principales acciones y lineamientos que permitan abordar el Beber Problema. Entre ellas se encuentran la visión y experiencias internacionales de políticas sobre alcohol, como también las principales políticas y estrategias desarrolladas en nuestro país y que definen el actuar sobre el Beber Problema en las distintas instituciones asociadas.

Con lo anteriormente declarado se pretende contextualizar institucional y políticamente el trabajo que se desarrolla por parte del Equipo Seminarista.

1.1 CONTEXTO INSTITUCIONAL

A. SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS ARMADAS

El 2 de agosto de 1996 se publicó en el Diario Oficial la ley N°19.465, que establece el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas, y posibilita el efectivo acceso de su personal a las acciones de salud en la forma y condiciones previstas en esta ley. De esta forma se integra en un sólo cuerpo legal la medicina curativa y preventiva para las y los activos, y se consolidan los conceptos de solidaridad, continuidad y eficiencia.

El Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas es por esencia única y uniforme, en cuanto a las prestaciones básicas que asegura a sus todas sus beneficiarias y beneficiarios. No obstante, su administración estará a cargo de cada institución.

La promulgación de ésta ley hace posible que las y los funcionarios navales y sus cargas familiares, al momento de pensionarse, puedan optar por continuar siendo beneficiarios y beneficiarias del Sistema de Salud Naval, dando así una continuidad previsional de por vida.

El Sistema de Salud Naval tiene por misión, "en tiempos de paz, otorgar las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud de todas sus beneficiarias y beneficiarios".

En tiempos de guerra, su misión es "volver en la forma más rápida posible el estado de eficacia física y/o mental al personal que se vea afectado por lesiones físicas o enfermedad." (DIRECSAN, 2009)

El sistema se funda en tres grandes pilares:

- **Solidaridad:** Considera que concurren todas las beneficiarias y beneficiarios al mismo sistema de atención de salud, con los mismos beneficios, no importando si está sano o enfermo, activo o pasivo, de rentas altas o bajas, con cargas familiares o sin ellas.
- **Continuidad:** Permite salud para toda la vida, garantizando la misma atención de salud desde el ingreso a la Institución hasta etapas avanzadas de la tercera edad, considerando sus afecciones críticas.
- **Medicina Integral:** Posibilita acciones conjuntas de prevención, fomento y rehabilitación de la salud en las y los adultos mayores por medio de programas de enfermedades de alto riesgo.

1. Organización del Sistema de Salud Naval

Para el cumplimiento de su misión el Sistema de Salud Naval está estructurado de la siguiente forma:

1) Nivel Directivo:

Dirección de Sanidad de la Armada:

La Misión de la DIRECSAN es:

“Ejercer la administración de los recursos humanos, materiales, financieros, y de información especializados del Servicio de Sanidad, con el propósito de posibilitar la incorporación y mantención en el servicio naval, de personas física y psíquicamente aptas para ello.

Adicionalmente, cumplirá idéntica misión con el fin de mantener la salud de las demás personas que contemple la reglamentación institucional”. (DIRECSAN, 2009)

La Ley 19.465, del 26 julio 1996, le agrega al Sistema de Salud Naval, a lo establecido en el Reglamento Orgánico, sumándose además, la siguiente misión:

“Administrar el Sistema de Salud Naval, responsabilizándose de la ejecución de las acciones que tiendan a la promoción, protección, y recuperación de la salud, y a la rehabilitación de los beneficiarios”.

La Dirección de Sanidad de la Armada está al mando de un Contraalmirante de Sanidad Naval, cargo que actualmente es ejercido por el Contraalmirante SN Sr. Felipe Huidobro Medel

2) Organismos Ejecutores:

Se consideran como tales los hospitales navales, consultorios periféricos y enfermerías de los buques y reparticiones de la institución. Además, las centrales, policlínicos y clínicas odontológicas.

a. Prestaciones del Sistema de Salud Naval:

El Sistema De Salud Naval está estructurado a nivel nacional para dar atención de salud integral a todas sus beneficiarias y beneficiarios en las siguientes instituciones.

Tabla 1.1 Prestaciones del Sistema de Salud Naval

| Área Médica | Área Odontológica |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| Hospital Naval de Viña del Mar. | Centro Odontológico de Valparaíso. |
| Hospital Naval de Talcahuano. | Centro Odontológico de Talcahuano. |
| Hospital FF.AA. de Punta Arenas. | Centro Odontológico de Punta Arenas. |
| Hospital Naval de Puerto Williams. | |

Fuente: Elaboración Equipo Seminarista, 2009.

- Policlínico de Quinta Normal
- Policlínico de Iquique
- Policlínico de Puerto Montt

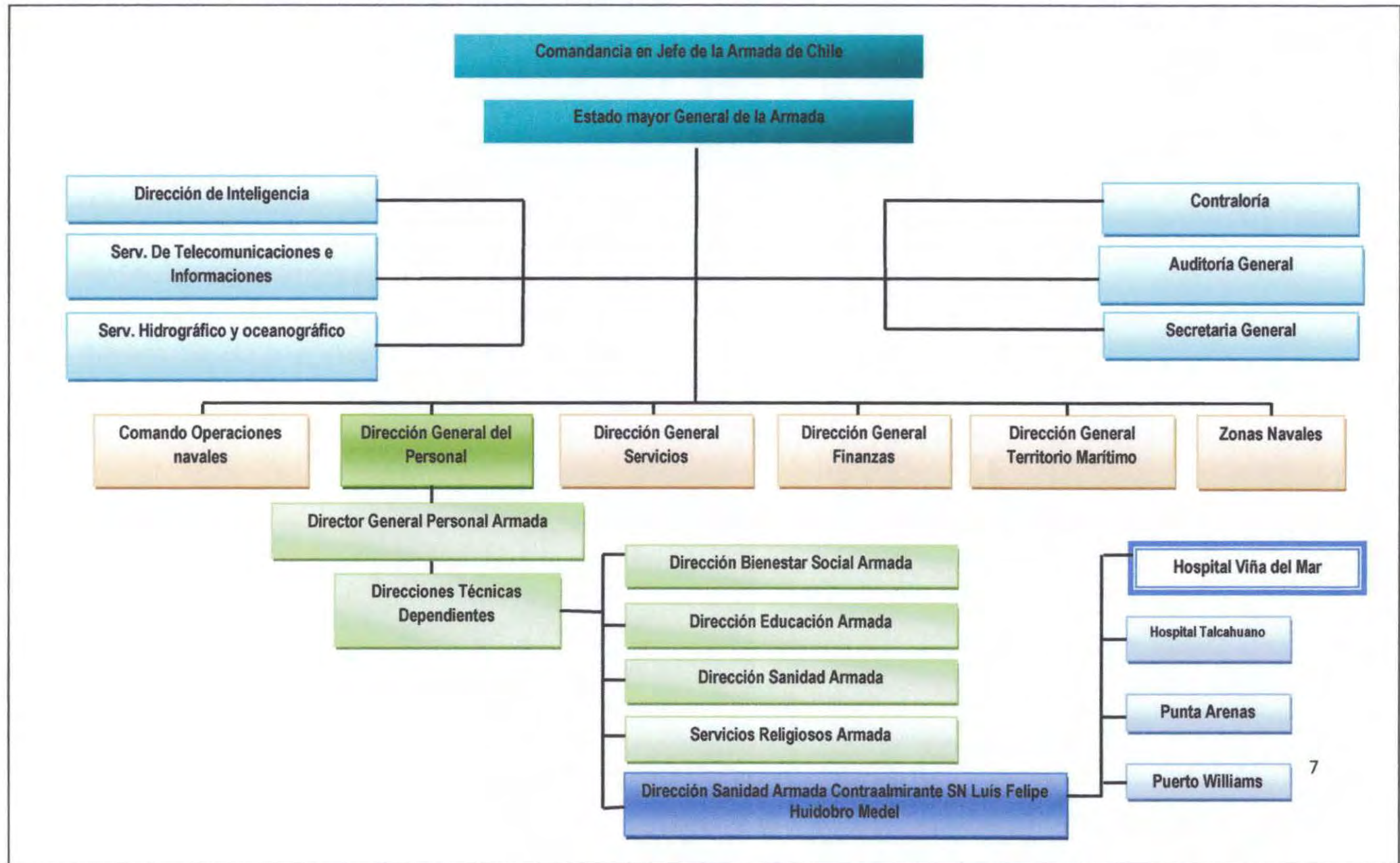
Imagen 1.1: Cobertura Territorial por Centro de Salud Naval



Fuente: <http://www.sanidadnaval.cl>

A continuación se presenta el Organigrama de la Armada de Chile, de manera de representar de manera gráfica, las distintas estructuras jerárquicas que posee, y sus distintas direcciones, mediante el cual se pretende obtener una visión general de la estructura de la Institución.

Dibujo 1.1 Organigrama de la Armada de Chile



Fuente: Intranet Armada de Chile

B. HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF DE VIÑA DEL MAR"

El Hospital Naval es el principal organismo ejecutor de que dispone la Dirección de Sanidad de la Armada, importante de la primera Zona Naval, para materializar su Sistema de Salud. Su objetivo primordial es la conservación y rehabilitación de la salud de sus usuarios.

El Hospital actualmente cuenta con 340 camas y consta de cuatro especialidades básicas, todas las subespecialidades médicas y quirúrgicas de adultos, niñas y niños, con atención materno-infantil.

Del Hospital Naval "Almirante Nef" dependen tres consultorios de medicina general ubicados en Villa Alemana, Viña del Mar y Valparaíso para el Servicio de Urgencia y Atención Primaria.

1. Reseña Histórica

El Hospital Naval comienza a edificarse en el año 1920, en un terreno ubicado en el sector de Playa Ancha donde estaba el antiguo Fuerte Ciudadela. El 21 de mayo de ese año se realizó la Ceremonia de Colocación de la Primera Piedra.

La construcción del nuevo establecimiento duró un extenso periodo de tiempo hasta que, finalmente, los pacientes de la sala asignada de la Armada en el Hospital San Juan de Dios, fueron trasladados a las nuevas instalaciones el 14 de diciembre de 1927.

Con este hecho terminaba un periodo de cincuenta años en que la Armada había dependido de las facilidades otorgadas por la junta de beneficencia de Valparaíso y pasaba a ocupar las instalaciones en el hospital público de la ciudad.

Este establecimiento tomó el nombre de "Almirante Nef" por resolución del Gobierno fechada el 9 de febrero de 1933. El Vicealmirante Francisco Nef Jara luchó incansablemente por el financiamiento de la construcción del Hospital Naval de Valparaíso y presidió el comité que se dedicó a este fin.

El 26 de febrero de 1952 se inaugura un moderno edificio contiguo al edificado los años veinte destinado al pensionado y maternidad.

En la década de los ochenta en una evaluación hecha por la Dirección de Sanidad de la Armada, quedó evidenciado que las instalaciones del Hospital Naval Almirante Nef, ubicado en Playa Ancha eran insuficientes y realizaron el proyecto del nuevo Hospital Naval.

El nuevo Sistema de Salud dio existencia a los Consultorios Médicos Navales de Villa Alemana, Viña del Mar y Valparaíso. Estos establecimientos son la puerta de entrada al Sistema y prestan Atención Primaria a adultos, madres y niños y niñas, contando dos de ellos (Valparaíso y Villa Alemana) con servicios de urgencia.

El Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar fue inaugurado el 14 de diciembre de 1990. La ceremonia fue presidida por el Ministro de Defensa Nacional, Patricio Rojas Saavedra y el Comandante en Jefe de la Armada, Almirante Jorge Martínez Bush.

En la concepción de diseño y arquitectura del nuevo Hospital para la Primera Zona Naval, se recogieron aspectos que son propios de un establecimiento específico para las Fuerzas Armadas.

A esto se debe su equipamiento y la capacidad para enfrentar situaciones de emergencia, guerra o de catástrofes naturales donde tienen alta incidencia las patologías traumáticas y quemados.

2. Ubicación Geográfica

Región de Valparaíso, Provincia de Valparaíso, Comuna de Viña del Mar Subida Alessandri s/n.

3. Misión del Hospital Naval "Almirante Nef"

La misión del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar es "Prevenir, fomentar, mantener, recuperar y rehabilitar en forma oportuna y eficiente la salud del personal en servicio activo de la armada y de sus cargas familiares legalmente reconocidas, con el propósito de alcanzar el más alto nivel psicofísico de este grupo de usuarios" (DIRECSAN, 2009)

Adicionalmente, realiza idénticas funciones respecto de las demás personas que contemple la reglamentación institucional.

4. Dependencia

El Hospital Naval depende militarmente de la Comandancia en Jefe de la Primera Zona Naval, en lo técnico administrativo de la Dirección de Sanidad de la Armada y en lo guarnicional de la Comandancia de Guarnición Naval.

5. Funciones

- Función Preventiva: comprende el dictamen de normas y fijación de procedimientos tendientes a fomentar la salud, prevenir y disminuir los riesgos de enfermedades y accidentes en la institución.
- Función Curativa: comprende el proceso de detectar y tratar las patologías que presente el personal en servicio activo e demás usuarias, usuarios y rehabilitarlos si hubiesen secuelas posteriores.
- Función Operativa: comprende la asesoría a los mandos operativos y la prestación de apoyo logístico de sanidad para el cumplimiento de tareas operativas en tiempo de paz, de guerra, catástrofe u otras situaciones de emergencia.
- Función de Investigación y Docencia: comprende el desarrollo de programas de investigación y docencia, con el objeto de mantener el más alto grado de eficacia académica, para lo cual se deberán establecer los convenios necesarios con universidades, sistema nacional de servicios de salud y centros de estudios nacionales o extranjeros, a través de la Dirección de Sanidad de la Armada.

6. Recursos Humanos

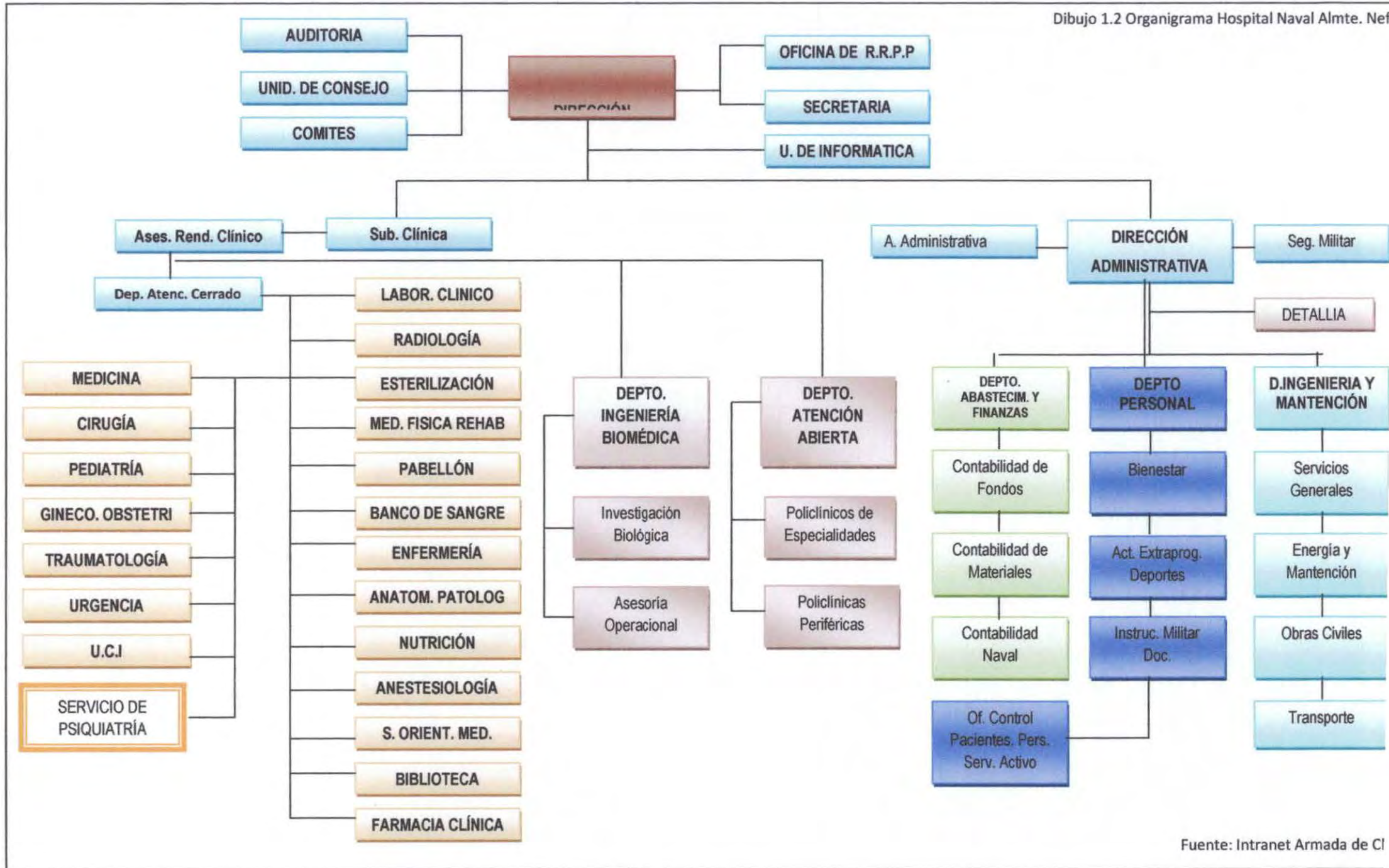
La planta de profesionales de la salud está dividida en:

- Oficiales de sanidad
- Oficiales de sanidad dental
- Médicos ley 15.076

- Empleados civiles
- Personal de gente de mar

El presente organigrama representa las distintas jerarquías, subdivisiones y áreas que comprende el Hospital Naval "Almirante Nef" de Viña del Mar. De esta manera, se pretende un primer acercamiento a la Institución en donde se sitúa el presente Seminario de Título.

Dibujo 1.2 Organigrama Hospital Naval Almt. Ne



C. HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF": SERVICIO DE PSIQUIATRÍA**Organización Atención Clínica del Servicio de Psiquiatría:**

La política del Servicio de Psiquiatría es actualmente "Satisfacer la necesidad de salud mental de la institución a través del cumplimiento de los programas vigentes". (Aguirre y Valenzuela, 2003)

1. Objetivo General:

El Objetivo General del Servicio de Psiquiatría es "Proporcionar atención clínica especializada oportuna y del más alto nivel técnico a los miembros de la comunidad naval y beneficiarios que la requieran".

2. Objetivo Específico:

- Diagnosticar y tratar precozmente patologías del área de la salud mental
- Desarrollar programas clínicos específicos para determinadas patologías
- Proporcionar una atención coordinada y continua en consultorio externo y servicio de hospitalización psiquiátrica
- Mantener un sistema de coordinación con los otros servicios clínicos, con apoyo oportuno del recurso psiquiátrico
- Mantener una evaluación permanente del rendimiento técnico en relación a los elementos y recursos disponibles

La Unidad de Psiquiatría consta de dos formas de atención:

1) Atención de Policlínico:

En el policlínico de psiquiatría son atendidos todas las beneficiarias y beneficiarios del Sistema de Salud Naval, que puedan certificar su condición de tales. Pacientes del Servicio de Salud Naval y beneficiarios de otras ramas de las Fuerzas Armadas.

Se dará preferencia de atención a las y los siguientes pacientes anteriormente enumerados en el siguiente orden de prioridad:

- i) Personal en Servicio Activo de la Armada
- ii) Familiares directos de las y los Funcionarios/as Navales
- iii) Personal activo de otras ramas de las Fuerzas Armadas
- iv) Familiares directos de funcionarios de otras ramas de las Fuerzas Armadas

La atención para las beneficiarias y beneficiarios de las prioridades i y ii, incluirá todos los recursos profesionales especificados en el programa del servicio.

Las y los beneficiarios de las opciones iii y iv, recibirán atenciones de urgencia con derivación a sus centros de salud institucional.

Los pacientes son derivados por médicos ya sea del servicio de urgencia o de cualquiera de los policlínicos de atención del Sistema Naval.

El otorgamiento de horas será efectuado por dos sistemas:

- Inscripción en pantalla, siguiendo las normas que cumplen las y los otros pacientes del Hospital Naval.
- Inscripción en el mismo servicio, en especial para pacientes en control de enfermedad aguda y pacientes de atención impostergable.

La asignación de médico tratante para la primera consulta es de acuerdo a la disponibilidad de la atención, una vez que el paciente haya consultado se efectuará, si es necesario, derivaciones entre las y los profesionales del servicio de acuerdo a estrategias técnicas.

El registro clínico de las atenciones va a una historia clínica propia del servicio que por razones de confidencialidad de las atenciones psiquiátricas dichos registros quedan clasificados en el servicio.

2) Atención Unidad de Hospitalización:

La unidad de hospitalización dispone de once camas para aquellos pacientes que requieran observación conductual y sintomática, psicofarmacología y psicoterapia compleja y terapia física en régimen de internado.

➤ Criterio de Hospitalización:

- Paciente de ambos sexos beneficiarios del sistema que presentan patología mental cuya resolución sintomática no puede efectuarse en forma ambulatoria.
- Los tratamientos de la Unidad de Hospitalización estarán dirigidos a sintomatología aguda, incluyéndose las patologías psiquiátricas crónicas y exceptuando enfermedades mentales crónicas que requieran tratamiento asilar.
- La determinación de ingreso a esta Unidad de Hospitalización es de responsabilidad de una o un médico psiquiatra del servicio.
- Todo ingreso constará de un examen que descarte la existencia de patología física que no pueda ser tratada en el servicio.
- El ingreso del paciente quedará consignada en la Ficha Clínica interna del servicio y la del Hospital Naval y constará de: examen mental, examen físico, hipótesis diagnóstica, propósito de hospitalización, plan de tratamiento e indicaciones médicas.

➤ Opciones Terapéuticas:

- Psicoterapia compleja por médico o psicólogo/a
- Tratamiento farmacológico
- Electroshock
- Manejo ambiental
- Tratamiento antialcohólico

- Cura de vigilia
- Reflejos psicogalvánico
- Psicoterapia de grupo
- Actividad terapéutica de grupo

➤ Marco Operacional:

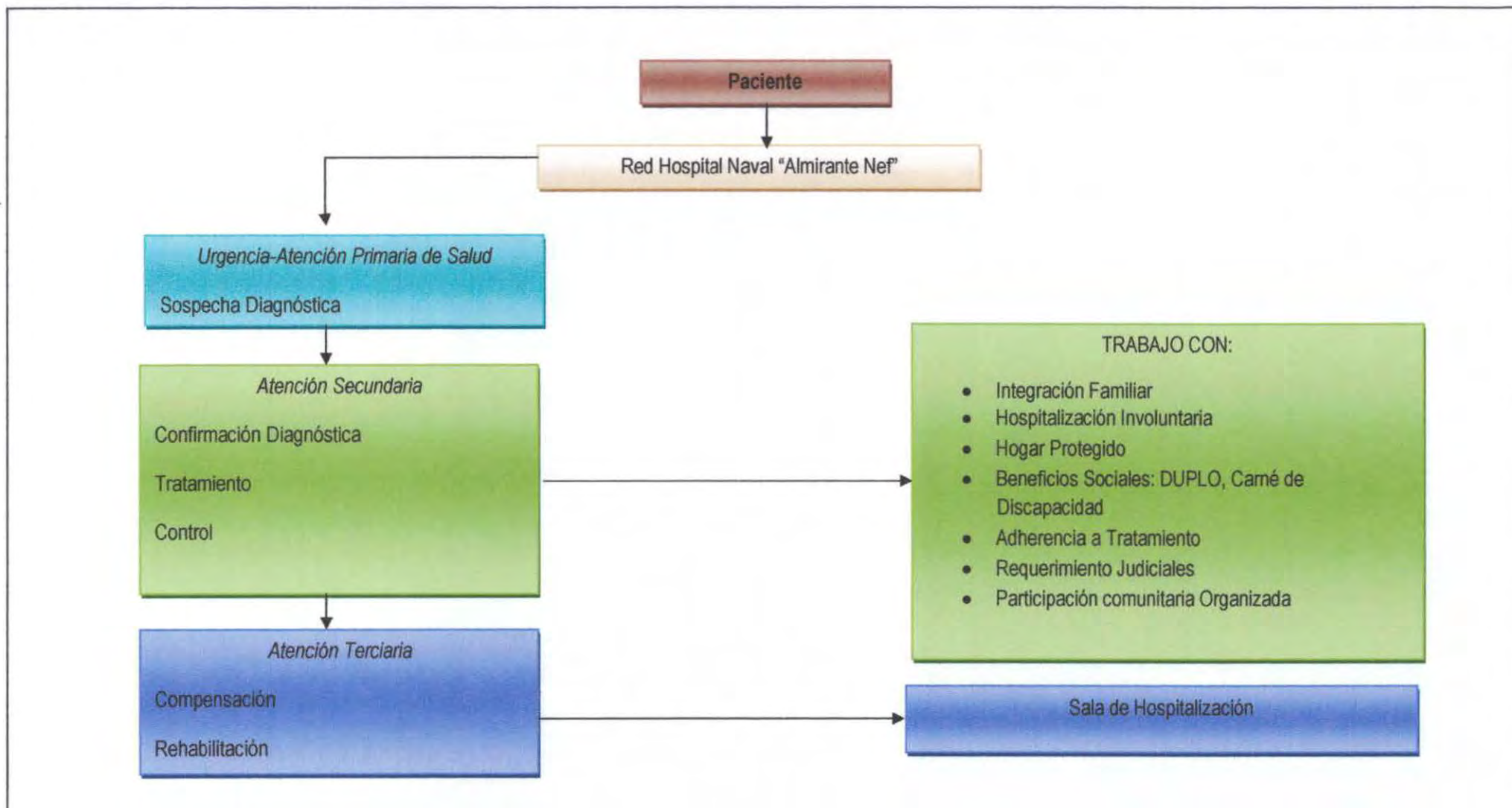
Las y los enfermos a hospitalizar en esta unidad podrán provenir de:

- Consultorio externo a psiquiatría
- Servicio de Urgencia del Hospital
- Otros servicios del Hospital

Al cumplir cuatro semanas de tratamiento, la o el paciente deberá ser dado/a de alta, o su médico tratante deberá justificar la prolongación de la hospitalización.

El siguiente flujograma de atención, permite apreciar las principales atenciones que se realizan en los distintos niveles de la red del Hospital Naval, y las consiguientes actividades relacionadas a cada una de ellos.

Dibujo 1.3 Flujoograma de Atención del Servicio de Psiquiatría



Fuente: Servicio de Psiquiatría Hospital Naval Almirante Nef.

3. Recursos Humanos Servicio de Psiquiatría

El Servicio de Psiquiatría cuenta con un amplio espectro de profesionales, referentes a las distintas disciplinas, como también confluyen empleados públicos con aquellos pertenecientes a La Armada de Chile, que pretenden, con lo que se pretende complementar el trabajo desarrollado por el Servicio. A continuación, se presenta la dotación profesional de la Unidad, dando cuenta de cada una de las especialidades.

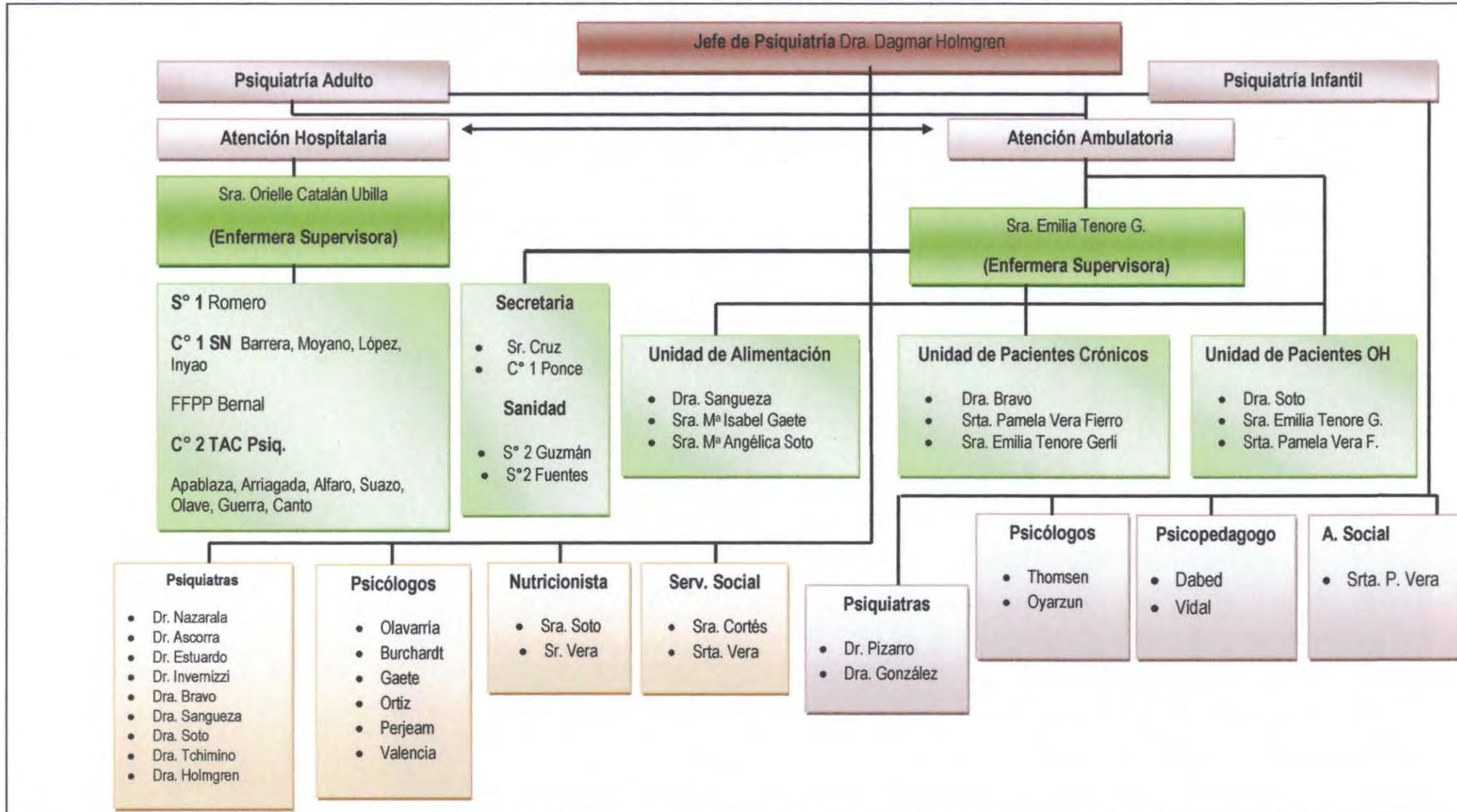
Tabla 1.2 Recurso Profesional Servicio de Psiquiatría

| Jefe Servicio de Psiquiatría: Dra. Dagmar Holmgren Grynzstejn | |
|--|--|
| Médicos Psiquiatras EE.CC. DR. Iván Nazarala Rodríguez FF.PP. Dra. Cecilia Soto Peña FF.PP. Dra. Mónica Sangüesa Moraga FF.PP. Dra. Verónica Bravo Strobel FF.PP. Dr. Francisco Acorra Villanueva FF.PP. Dr. Claudio Stuardo Escobar FF.PP. Dr. Mauricio Invernizzi Rojas FF.PP. Dr. Héctor Tapia Carrere HOM. Dra. Claudia Tchimino Nahmías | Psicólogos/as: FF.PP. Carolina Burckhardt Cantuarias EE.CC. Carolina Ortiz Codina FF.PP. Rodrigo Olavaria Wiegand FF.PP. María Isabel Gaete Celis FF.PP. Marianela Valencia Sánchez FF.PP. Alejandra Pemjean Castro |
| | Psicólogos/as Infantiles: FF.PP. Marcela Thomsen Queirolo FF.PP. Juan Oyarzún Muñoz |
| Médicos Psiquiatras Infantiles: T1° SN Dra. Claudia González Larenas FF.PP. Dr. Cristian Pizarro Gatica | Psicopedagogas: FF.PP. Victoria Dabed Portillo FF.PP. Teresa Vidal González |
| Enfermeras Supervisoras: EE.CC. Orielle Catalán Ubilla FF.PP. Emilia Tenore Gerli | Asistentes Sociales: EE.CC. Clara Cortés Villaseca FF.PP. Pamela Vera Fierro |
| Nutricionistas: FF.PP. María Angélica Soto Garay - FF.PP. Francis Vera Gromiles | |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista

A continuación se expone un esquema del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval "Almirante Nef" de Viña del Mar, en donde se presentan las diferentes relaciones que se establecen, así como también, los nombres de las personas que dirigen las distintas subdivisiones, explicitar las diferentes jerarquías y competencias asociadas.

Dibujo 1.4 Organigrama Servicio de Psiquiatría.



Fuente: Intranet Armada de Chile

D. TRABAJO SOCIAL EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

1. Objetivo

El objetivo al cual responden las y los Trabajadores Sociales en el Servicio de Psiquiatría es "Colaborar con el equipo médico psiquiátrico, en el diagnóstico, tratamiento, y control de los pacientes con el fin de modificar los factores socio-económicos que interfieren en su recuperación y adaptación al medio".

2. Funciones

➤ *Trabajo Psicosocial con el paciente y a su familia.*

Se reflejará en intervenciones psicosociales las que consisten en orientar y educar al enfermo/a y a su familia a objeto de lograr su colaboración frente al tratamiento médico.

➤ *Orientación:*

Está referida a la entrega de información, tanto a el/la paciente como a su familia, relativa a diversos aspectos jurídico, económico, habitacionales, sanitarios, previsión social etc.

➤ *Coordinación:*

Está dirigida a relacionar a el/la paciente y a su familia con los servicios sociales de la institución, otras organizaciones de la comunidad, específicamente cuando los primeros presentan necesidades cuya satisfacción depende del Servicio de Psiquiatría.

➤ *Coordinación Interdisciplinaria*

Se refiere a la labor realizada por un equipo de profesionales con pacientes psiquiátricos crónicos, en el cual se trabaja con una intervención de caso y grupo a través de sesiones psicoeducativas para pacientes y familiares.

3. Acciones Profesionales

Las principales acciones profesionales llevadas a cabo en el Servicio de Psiquiatría son:

- Intervención Psicosocial Ambulatoria
- Intervención Psicosocial Hospitalización
- Intervención Psicosocial a familiares
- Entrevista de Orientación
- Entrevista de Coordinación
- Terapia de pareja y/o familia como con-terapeuta
- Visita Domiciliaria
- Coordinación con otras instituciones o reparticiones

4. Unidad de Intervención Psicosocial; Trabajo Social en el Área Clínica.

1) Objetivo

- Atender a las y los beneficiarios/as del Sistema de Salud Naval (Serv. Activo, Retirados/as y/o Cargas Familiares) derivados/as a través de Interconsulta otorgada por un/una Médico Psiquiatra y/o Psicólogo del Hospital Naval o desde los C.A.P.S.

2) Funciones

- Evaluación Psicosocial del/la paciente Servicio Activo, en especial aquel o aquella que se encuentra en COSAN. Incluye entrevista individual y/o familiar, visita domiciliaria con fines de evaluación y control.
- Intervención Psicosocial en Disfunciones Familiares, Disfunciones de Pareja, Duelo.
- Evaluación y Apoyo Psicosocial al paciente alcohólico y su grupo familiar, mediante entrevistas de psicoeducación y apoyo efectuado en Policlínico y Visitas Domiciliarias de control.
- Integración a la Unidad de Terapia Familiar del Servicio de Psiquiatría como co-terapeuta, función que implica supervisión de casos en sala Gessel y reuniones multidisciplinarias de análisis casuístico.
- Co-terapeuta en Terapia Grupal dirigida a mujeres que sufren algún Trastorno Adaptativo – Depresivo.
- Atención de pacientes derivados a Psicorelajación, utilizando la Técnica de Jackobson, Relajación Curativa o ambas.

3) Atención Cerrada

Unidad de Psiquiatría Adultos

- Evaluación Social (Situación Económica, Habitacional, Familiar, Judicial, etc.)
- Visitas Domiciliarias.
- Psi coeducación con pacientes y familiares.
- Coordinación con programas de integración comunitaria.
- Coordinación con Tribunales de Familia, Garantía.
- Coordinación con Hogares Protegidos y otros dispositivos de la red.

Servicio de Pediatría – Policlínico de Psiquiatría Infantil

Se trabaja en Modalidad de Enlace.

Principales Acciones:

- Psi coeducación con Adultos Responsables.
- Regularización Judicial de Cuidado Personal de los Niños/as.
- Regularización de Medidas de Protección en situaciones de vulneración de derechos grave (Abuso Sexual – Violencia Intrafamiliar).
- Visitas Domiciliarias.
- Abordaje Interdisciplinario.

1.2. REFERENTES SOCIO POLÍTICOS PARA EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL.

A. VISIÓN INTERNACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE ALCOHOL

El alcohol está firmemente enraizado en muchas sociedades. Según la Asociación Médica Mundial, en general, 4% del total mundial de las enfermedades se pueden atribuir al alcohol, lo que representa casi tanto en muertes y discapacidades en el mundo como el tabaco y la hipertensión. Habitualmente, existe una relación causal entre el consumo de alcohol y más de 60 tipos de enfermedades y lesiones, incluidas las muertes por accidentes de tránsito. El consumo de alcohol es el primer factor de riesgo para enfermedades en los países en desarrollo con baja mortalidad y el tercer factor de riesgo más importante en los países en desarrollo. Aparte de los numerosos efectos agudos y crónicos para la salud, el uso de alcohol está asociado a consecuencias sociales, mentales y emocionales generalizadas. El impacto mundial relacionado con el consumo de alcohol, tanto en morbilidad como en mortalidad, es considerable.

De acuerdo a lo anterior, se han elaborado distintos trabajos, convenciones, tratados y declaraciones entre otros, los cuales recogen las experiencias acumuladas mundialmente sobre la lucha contra el alcoholismo.

1. 58ª Asamblea Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2005.

El uso nocivo de alcohol es uno de los principales riesgos de la salud a nivel mundial, en respuesta a ello, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución en la que se ordena a la OMS que examine los problemas de salud pública causados por el consumo nocivo del alcohol.

Pide a los Estados Miembros:

- 1) que elaboren, apliquen y evalúen estrategias y programas eficaces para reducir las consecuencias sanitarias y sociales negativas del consumo nocivo de alcohol;
- 2) que alienten la movilización y la participación activa y apropiada de todos los grupos sociales y económicos interesados, en particular las asociaciones científicas, profesionales, industriales, no gubernamentales, y benéficas, del sector privado y de la sociedad civil, en la reducción del consumo nocivo de alcohol (OMS, 2005)

2. Declaración de Brasilia sobre las Políticas Públicas en Alcohol

En la presente declaración se recomienda que:

- 1) La prevención y reducción de los daños relacionados con el consumo de alcohol sean considerados una prioridad para la acción en la salud pública en todos los países de las Américas.
- 2) Las estrategias regionales y nacionales sean desarrolladas incorporando enfoques basados en evidencias culturalmente apropiadas para reducir el daño relacionado con el consumo de alcohol.

- 3) Estas estrategias deben apoyarse en mejores sistemas de información y en estudios científicos adicionales sobre el impacto del alcohol y de los efectos de las políticas en los contextos nacionales y culturales de los países de las Américas.
- 4) Se establezca una red regional de contrapartes nacionales, nominada por los Estados Miembros de las Américas, con la cooperación técnica y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, para trabajar en la reducción del consumo de alcohol y de los daños relacionados.
- 5) Las políticas de alcohol cuya efectividad han sido comprobadas por la investigación científica sean implementadas y evaluadas en todos los países de las Américas.
- 6) Las áreas prioritarias de acción necesitan incluir: las ocasiones de consumo excesivo, el consumo de alcohol en la población general, las mujeres (incluyendo las mujeres embarazadas), los indígenas, los jóvenes, otros grupos vulnerables, la violencia, las lesiones intencionales y no intencionales, el consumo por menores de edad y los trastornos por el uso del alcohol.

B. POLÍTICAS SOCIALES SOBRE ALCOHOL EN CHILE.

1. Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010. (MINSAL, 2002)

En enero de 2002 el Ministerio de Salud comprometió con el Presidente de la República los "Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010", instrumento que orientan las políticas, estrategias, planes y programas del sector. Tiene como propósito:

- Mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad.
- Reducir las desigualdades en salud, mejorándola en los grupos más desfavorecidos de la sociedad.

Los objetivos para Chile recogen la experiencia internacional y entregan una visión de país, como elemento orientador, requiriendo la adaptación a las realidades locales. Definen metas concretas a alcanzar en áreas prioritarias, señalando las estrategias generales para el logro de cada objetivo, incluyendo intervenciones de eficacia comprobada en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, en un contexto de eficiencia en la entrega de servicios y de satisfacción de los ciudadanos.

A partir de la experiencia internacional recogida por Chile, se generan las líneas de acción para cada una de las áreas de salud específicas, desde las cuales se elaboran objetivos, metas y estrategias a partir de las espacios prioritarias según la situación del país.

Prioridades de Salud Mental: Abuso y Tratamiento de Alcohol y Drogas (MINSAL, 2002)

- Objetivo de Impacto: Detener el ascenso del consumo de drogas y bajar la dependencia de alcohol en personas mayores de 12 años.
- Meta Beber Problema: Reducir tasa de prevalencia de beber problema en 10%.

Las prioridades de atención en salud mental se han definido sobre la base de criterios como la magnitud del problema, su epidemiología, su impacto social, su costo económico (AVISA)¹, la eficacia de las intervenciones posibles y disponibilidad real de recursos humanos con las capacidades necesarias para realizarlos, según estos criterios se ha priorizado, entre otros:

Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas

Las personas que dependen o abusan del alcohol y drogas generan, en forma encubierta, consultas más frecuentes en atención primaria y servicios de urgencia, así como exámenes y consultas a otras especialidades, en las que muchas veces no se detecta el problema de abuso o dependencia y no se realiza el tratamiento específico.

1) **Algunas consideraciones de la situación del País:** Los problemas asociados al uso de alcohol y otras drogas constituyen la mayor causa de mortalidad en hombres menores de 45 años en nuestro país, y la dependencia a estas sustancias es una de las 10 principales causas de Años de Vida Saludable Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en toda la población.

El abuso de Alcohol afecta al 16% general mayor de 15 años (Minsal, 2000) y cerca de 1/3 de ellos presenta dependencia. Entre un 30% y 40% de hombres consultantes al nivel primario de atención son bebedores problema. El 3% de la población general mayor de 15 años, declara haber consumido drogas ilícitas en el último mes, y el 42.5 de ellos presenta dependencia a estas sustancias. El consumo de alcohol y drogas es tres veces más fuerte en hombre que en mujeres, y se presenta con mayor prevalencia entre los 12 y 45 años. La pérdida económica por el abuso de alcohol en Chile es superior a los US \$3.000 millones al año.

2) **Estrategias que contemplan los objetivos sanitarios:** El tratamiento de abuso de alcohol se orienta a reducir la cantidad y frecuencia del consumo, y el de la dependencia a lograr la abstinencia indefinida. En el caso de las drogas ilícitas, el tratamiento siempre se orienta a alcanzar la abstinencia. El tratamiento también debe incluir el manejo de la comorbilidad psiquiátrica (patología dual), la que se encuentra presente en más del 40% de los casos (especialmente en trastornos depresivos y ansiosos).

Para ambos tipos de sustancias en objetivo de la rehabilitación es reestablecer el equilibrio biológico, optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona y minimizar la probabilidad de recaídas. Para tal efecto, existe evidencia suficiente a acerca de algunas intervenciones psicológicas, farmacológicas y de programas grupales de autoayuda.

¹ Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura

La participación de la familia y otras redes de apoyo, optimiza la efectividad del tratamiento. Las actividades con la familia y con la red, se orientan a mejorar la comprensión del abuso y dependencia, y a potenciar recursos personales y sociales que contribuyan a contener las conductas adictivas.

2. Tratamiento de Alcohol y Drogodependencia

1) Principios orientadores de los programas de tratamiento y rehabilitación de las drogodependencias (CONACE, 2004)

De acuerdo a la OMS, salud no es sólo ausencia de enfermedad, sino que se define como “el estado de bienestar biopsicosocial que puede ser alterado, entre otras causas, por un consumo problemático de sustancias”. En tanto la salud es un derecho, el Estado debe garantizar las condiciones necesarias y las oportunidades suficientes para que los individuos alcancen una situación de bienestar general y desarrollen un estilo de vida saludable. El actuar congrega todas las intervenciones, acciones y orientaciones cuyo principal objetivo sea promover la salud de las personas.

Sobre la base de lo anterior, CONACE ha definido ocho principios orientadores para el trabajo en tratamiento en las drogodependencias:

- Se enmarca en el propósito del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que es “Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”;
- Considera el consumo problemático de drogas un fenómeno multicausal y multifactorial;
- Aspira a que las personas con consumo problemático de drogas suspendan el consumo y logren el propósito de salud mental enunciado;
- Adhiere a la desestigmatización de la persona con consumo problemático de drogas, en cuanto es un sujeto de derecho;
- Valora y considera las mejorías parciales y el camino al bienestar;
- Apuesta por el acompañamiento terapéutico a las personas con problemas de consumo de drogas con un enfoque biopsicosocial de intervención y comprensión del fenómeno;
- El tratamiento es ofrecido a través de planes, ajustados al más adecuado perfil de la persona y su problemática;
- Considera básico para el trabajo con personas con problemas derivados del consumo de drogas la existencia de una red asistencial coordinada y capaz de responder a las necesidades locales.

El compromiso institucional con estos ocho principios permite incorporar en la Estrategia Nacional de Drogas 2004-2008 (vigente también para el año 2009) un objetivo estratégico para el ámbito de tratamiento,

rehabilitación y reinserción social: "Rehabilitar y reinsertar socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas, mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción".

2) Lineamientos Técnicos de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Problemático de Drogas (CONACE, 2008)

El tratamiento en drogodependencias puede definirse como una gama de intervenciones, estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole, causados por el abuso y/o dependencia de drogas, y aumentar u optimizar el desempeño personal y social.

Según el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS, el término "tratamiento" se aplica al proceso que comienza cuando las personas usuarias de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud, o de otro servicio comunitario, y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas, hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible.

El tratamiento también tiene por objeto suspender y reducir el uso de sustancias y mitigar las consecuencias negativas para la salud, la vida familiar y social. El carácter de las intervenciones terapéuticas, entre ellas, los servicios médicos y psicosociales, las prácticas curativas tradicionales y demás servicios de rehabilitación, puede variar de un país a otro. Lejos de ser estáticas, esas intervenciones se ven afectadas por diversos factores políticos, culturales, religiosos y económicos, entre otros, que influyen en la forma en que se organizan, se ejecutan y evolucionan con el tiempo.

Un proceso de tratamiento pretende no sólo favorecer el abandono del consumo, sino también, alcanzar éxitos parciales en el desarrollo de un funcionamiento general más armónico, tanto para la persona como para su entorno social.

Los tratamientos están orientados hacia varios niveles: a las personas, a las familias, al contexto comunitario inmediato y al entorno social más amplio. La eficacia de una intervención terapéutica se funda en ciertos principios básicos, tales como la necesidad de fomentar el apoyo y la participación de personas, familias, comunidades y entidades proveedoras de servicios, y en la existencia de políticas y entornos propicios.

En el tratamiento coexisten los planos biológico, psicológico y social. A pesar de que cada profesional debe estar especializado en un área determinada, se constata la necesidad de intervenir desde una perspectiva multidisciplinaria, complementaria y sinérgica.

Siguiendo el análisis de varios autores, el proceso de intervención terapéutica debe ser semejante al proceso científico de comprensión de un fenómeno:

- Evaluación, delimitación y surgimiento del problema.
- Formulación y control de las hipótesis.
- Selección de objetivos.
- Especificación de variables.

- Tratamiento (comparación con la realidad).
- Evaluación del proceso y del resultado.
- Seguimiento de los resultados alcanzados.

Además, se debe insistir en que este modelo de intervención debe tener una concepción:

- **Multidimensional:** eliminando observaciones reductoras, aceptando que la enorme complejidad del problema admite niveles interrelacionados y planteamientos complementarios.
- **Multidisciplinaria:** buscando necesariamente la integración de diferentes disciplinas.
- **Multiparadigmática:** contribuyendo a las soluciones desde diferentes teorías y análisis.

3) **Normas y Orientaciones Técnico Administrativo de los planes de tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de alcohol. (Convenio Ministerio del Interior CONACE- Ministerio de Salud – FONASA, 2008)**

Para el 2006, (continuando hasta el año 2009), el objetivo es avanzar hacia el desarrollo e implementación de modalidades diferenciadas de intervención de acuerdo a las características y necesidades de las personas que consultan por problemas de drogas, para aumentar la eficacia e impacto terapéutico.

Con el fin de orientar las intervenciones, se ha definido una norma técnica diferenciada por cada programa de tratamiento específico, que se detalla en adelante.

Planes de Tratamiento para la población general

a. Plan de Tratamiento Ambulatorio Básico

Constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, de carácter resolutivo que se ofrecen a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado, donde resalta la existencia de una actividad ocupacional (laboral o educacional) parcial o total y, soporte familiar.

El carácter resolutivo del Plan Ambulatorio Básico está dado porque cumple los objetivos de:

- Realizar diagnóstico clínico y evaluación del grado de compromiso biopsicosocial;
- Definir un plan de intervención de acuerdo al diagnóstico y realizar intervenciones terapéuticas y educativas, dirigidas a la persona afectada como a sus familiares;
- Intervenir y acompañar en proceso de motivación al cambio;
- Intervenir en los factores que facilitan y mantienen el consumo;
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio;

- Intervenir en estrategias de prevención de recaídas;
- Reeducción en habilidades sociales;
- Orientar y fomentar la reinserción social;
- Reestructuración de estilo de vida;
- Derivar a otros establecimientos que provean de planes de tratamiento más complejos, según corresponda;
- Seguimiento a corto plazo posterior al egreso;

➤ **Centros para su Implementación.**

- **Establecimientos Públicos de Salud:** Centro Comunitario de Salud Mental Familia, Centro de Reinserción Social, Centros de Tránsito y Distribución, Centro de Salud Familiar, con infraestructura necesaria para el desarrollo de las intervenciones que contempla el plan, con superficie suficiente para el trabajo individual y grupal; con adecuada, ventilación, iluminación, aislación, climatización y sistemas de seguridad.

- **Establecimientos privados asociados a la red de salud:** Organizaciones no gubernamentales, fundaciones, consultorios parroquiales u otros, debidamente acreditados por la autoridad Sanitaria Regional correspondiente, con infraestructura necesaria para el desarrollo de las intervenciones que contempla el plan, con superficie suficiente para el trabajo individual y grupal; con adecuada, ventilación, iluminación, aislación, climatización y sistemas de seguridad.

- **Recurso Humano:** con capacitación de acuerdo a la complejidad propia del plan de tratamiento, a la intervención de acuerdo al tipo de población a atender, con asignación horaria necesaria para dar cumplimiento a las prestaciones requeridas por el plan.
- **Prestaciones:** incluye un conjunto de prestaciones e intervenciones, que no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta de salud mental, consulta psicológica, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicodiagnóstico (incluye aplicación de test psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

Los exámenes y medicamentos que se requiera indicar a las personas beneficiarias de acuerdo a su estado y necesidades de salud, están incluidos en los planes correspondientes.

- **Duración del Plan:** el tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento, corresponde a la necesidad de cada persona.
- **Etapas del plan:** se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento, que abordan una progresión de objetivos terapéuticos específicos. Cada etapa tiene una duración estimada.

1º etapa: contempla el diagnóstico integral del problema que incluye los aspectos clínicos del consumo, estado de salud mental y psiquiátrico junto con la valoración del compromiso biopsicosocial de la persona afectada directamente por el consumo, abordaje del proceso de desintoxicación inmediato; contención emocional y apoyo a profundización de la motivación al cambio.

2º etapa: etapa intermedia abocada principalmente al abordaje de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, prevención de recaídas; junto con la evaluación de intereses, habilidades y competencias socio ocupacionales y apoyo al desarrollo de ellas.

3º etapa: es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al período denominado integración socio ocupacional, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

4º etapa: corresponde a un período post tratamiento o de seguimiento de a lo menos tres meses posterior al egreso del plan, en el cual se realizan entrevistas con una frecuencia mensual para evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados al egreso, y se ofrecen estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades. Durante este período el equipo terapéutico procederá a una vinculación estrecha con el programa de integración socio ocupacional.

b. Plan de Tratamiento Ambulatorio Intensivo

Constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, destinado a personas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado o severo, (especialmente con comorbilidad psiquiátrica o somática leve, sin actividad ocupacional y con soporte familiar).

- Los objetivos terapéuticos del Plan Ambulatorio Intensivo son los siguientes:
- Realizar diagnóstico integral
- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio
- Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio
- Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas
- Apoyar el desarrollo de habilidades sociales
- Orientar y apoyar r el proceso de integración social
- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida
- Derivar a otros centros que provean planes de tratamientos de mayor complejidad, cuando corresponda
- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos

- Realizar acciones de seguimiento posterior al egreso del plan

➤ **Centros para su implementación**

- **Establecimientos de salud de nivel secundario** COSAM, CRS, CDT, Hospital de Día. Con infraestructura suficiente que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares, grupales, tanto en la atención directa (como en espacios separados para atención simultánea de hombres y mujeres) espacios para la espera, descanso y recreación. Además de contar con iluminación, ventilación, privacidad, climatización, vías de escape

- **Comunidades Terapéuticas Ambulatorias**, debidamente autorizadas por la autoridad de salud regional, con infraestructura necesaria que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales tanto en superficie como en lugares de espera, descanso y recreación. Con espacios que posibiliten la atención simultánea de hombres y mujeres, si el programa es mixto, con vías de escape, iluminación, ventilación, privacidad y climatización.

➤ **Recurso Humano:** con capacitación y competencias clínicas de acuerdo a la complejidad del plan de tratamiento, de acuerdo a la población a atender, con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones requeridas por el plan.

➤ **Prestaciones:** incluye un conjunto de prestaciones e intervenciones que técnicamente, no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consulta de salud mental consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta psicológica, intervención psicosocial de grupo, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicodiagnóstico, visita domiciliaria, exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

Los exámenes y medicamentos que se requiera indicar a las pertenecieran beneficiarias de acuerdo a su estado y necesidades de salud, están incluidos en los aranceles de los planes correspondientes.

➤ **Duración del Plan:** El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento, corresponde a la necesidad de cada persona. Un grupo de expertos sugiere una duración aproximada de 8 meses, con una frecuencia de asistencia de 5 días a la semana, entre 4 a 6 horas de permanencia diaria, y una concentración de 3 a 4 prestaciones por día.

➤ **Etapas del Plan:** Se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento, que abordan una progresión de objetivos terapéuticos específicos. Cada etapa tiene una duración estimada.

1ª etapa: contempla el diagnóstico integral del problema que incluye los aspectos clínicos del consumo, estado de salud mental y psiquiátrico junto con la valoración del compromiso biopsicosocial de la persona afectada directamente por el consumo; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato; contención emocional y apoyo a profundización de la motivación al cambio

2ª etapa: etapa abocada principalmente al abordaje de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, evaluación y apoyo al desarrollo de intereses, habilidades, y competencias socio ocupacionales, además de estrategias de prevención de recaídas.

3ª etapa: es la preparación para el egreso del plan. y corresponde principalmente al periodo denominado de integración socio ocupacional, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

4ª etapa: corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con un frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de una año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

c. Plan de Tratamiento Residencial

Este plan constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, el cual está destinado a personas con dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial severo, (múltiples tratamientos previos, consumo en miembros de la familia, red de apoyo familiar y social inexistente o con gran deterioro, con trastorno psiquiátrico severo compensado y una percepción de autoeficacia disminuida o ausente).

- Los objetivos terapéuticos del Plan Residencial son los siguientes:
- Realizar diagnóstico integral
- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio
- Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio
- Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas
- Apoyar el desarrollo de habilidades sociales
- Orientar y apoyar r el proceso de integración social
- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida
- Derivar a otros centros que provean planes de tratamientos alternativos o complementarios a la complejidad, cuando corresponda
- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos
- Realizar acciones de seguimiento posterior al egreso del plan

➤ **Centros para su implementación:**

- **Establecimientos público:** con infraestructura necesaria que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales, tanto en metros cuadrados de superficie de salas de trabajo terapéutico como de espacios de descanso, recreación, y hotelería; que considere la implementación de una sala de procedimientos médicos y/o de enfermería, cuando corresponda. Con hotelería adecuada a las necesidades para una adecuada permanencia, (tamaño y superficie de las salas, dormitorios, comedor, espacios de descanso y recreación). Si el programa es mixto, contar con espacios de dormitorio, baños y salas de estar, diferenciados para hombres y mujeres.

- **Establecimientos Privados:** Comunidades Terapéuticas u otros autorizados por la Autoridad Regional Sanitaria correspondiente, con infraestructura necesaria que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales, tanto en metros cuadrados de superficie de salas de trabajo terapéutico como de espacios de descanso, recreación, y hotelería; que considere la implementación de una sala de procedimientos médicos y/o de enfermería, cuando corresponda. Con hotelería adecuada a las necesidades para una adecuada permanencia, (tamaño y superficie de las salas, dormitorios, comedor, espacios de descanso y recreación). Si el programa es mixto, contar con espacios de dormitorio, baños y salas de estar, diferenciados para hombres y mujeres

➤ **Recurso Humano:** capacitado y con competencias técnicas de acuerdo a la complejidad de la atención del plan y a la intervención terapéutica de acuerdo a la población a atender, con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones requeridas por el plan.

➤ **Prestaciones:** incluye un conjunto de prestaciones que técnicamente no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consulta de salud mental, consulta médica, consulta psiquiátrica, intervención psicosocial de grupo, consulta psicológica, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicodiagnóstico, visita domiciliaria, exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos según corresponda.

Los exámenes y medicamentos que se requiera indicar a las personas beneficiarias de acuerdo a su estado y necesidades de salud, están incluidos en los aranceles de los planes correspondientes.

➤ **Duración del Plan:** El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento, corresponde a la necesidad de cada persona. Un grupo de expertos sugiere una duración aproximada de 12 meses (estimado), con permanencia de 7 días, con una jornada terapéutica de 5 a 7 horas cada día, y una concentración de intervenciones diarias no menor a 5. (Incorpora permisos fines de semana u otros similares).

➤ **Etapas del Plan:** Se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento, que abordan una progresión de objetivos terapéuticos específicos. Cada etapa tiene una duración estimada.

1ª etapa: contempla la acogida, contención emocional, diagnóstico integral del problema en los aspectos clínicos del consumo, estado de salud mental y psiquiátrico junto con la valoración del compromiso biopsicosocial; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato; y profundización de la motivación al cambio.

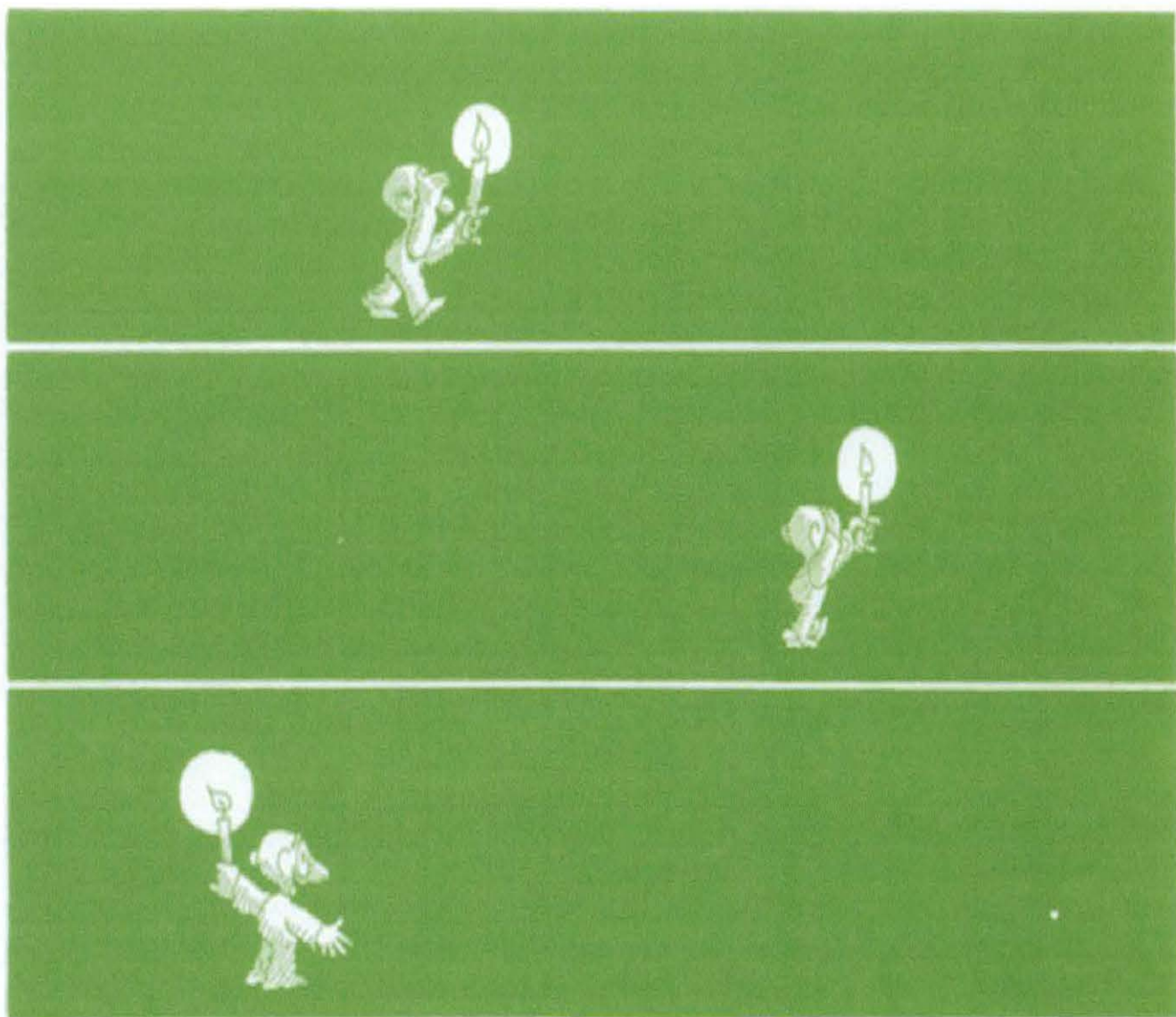
2ª etapa: abocada principalmente al abordaje de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, prevención de recaídas; restablecimiento de vínculos saludables. Reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles e identidad de género; fortalecimiento de factores protectores, evaluación de intereses, habilidades, y competencias socio ocupacionales y apoyo al desarrollo de ellas.

3ª etapa: es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al periodo denominado de reinserción socio ocupacional, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional. y competencias ocupacionales para la integración social junto.

4ª etapa: corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con un frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

El conocimiento nos hace responsables

Ernesto "Che" Guevara de la Serna



CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIA

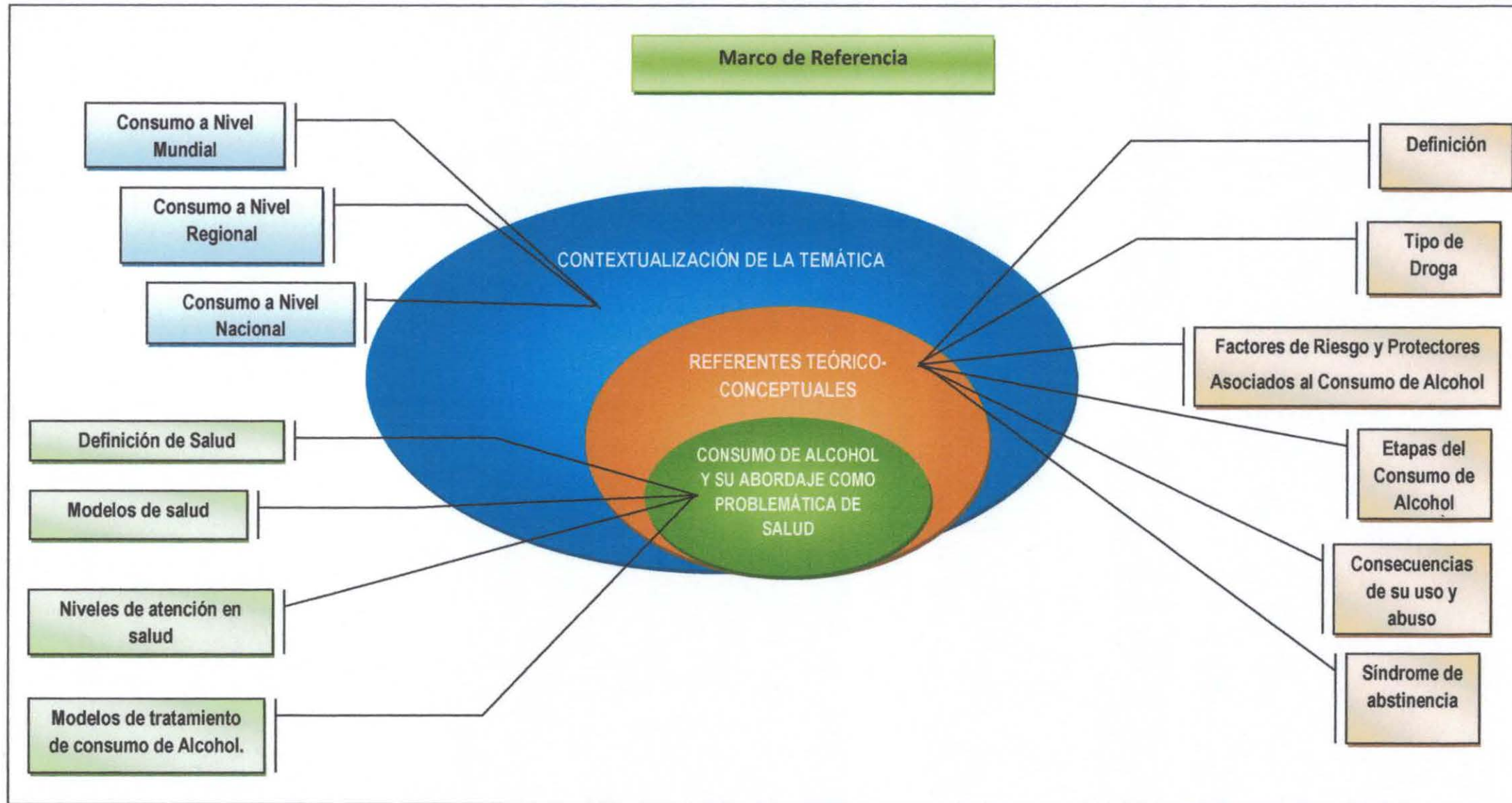
PRESENTACIÓN DEL CAPÍTULO

El presente capítulo pretende exponer los referentes conceptuales y teóricos de la temática de Beber Problema, los cuales son relevantes para otorgar validez al trabajo que se desarrolla, ya que sin estos se carecería de fuerza teórico conceptual. Se busca de esta forma dar una mirada amplia en torno a la problemática, para sustentar los capítulos posteriores.

Los referentes integrados se relacionan con la contextualización sobre el consumo de alcohol tanto en términos globales, como regionales y locales, etapas de consumo; los factores de riesgo y protectores que se encuentran asociados con esta droga; los modelos que se aplican actualmente para el tratamiento del Beber Problema entre otros los enfoques de salud y los modelos que se aplican actualmente para el tratamiento del Beber Problema, entre otros.

Estos referentes conceptuales entregarán los cimientos fundamentales para el análisis e interpretación de la información obtenida, para posteriormente contrastar lo que se logró recopilar con los referentes bibliográficos presentados en este capítulo.

Dibujo 5.1 Representación Gráfica del Marco de Referencia



Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Al hacer el ejercicio de cerrar los ojos y pensar una celebración con amistades, una tertulia, verá lo que cuesta el imaginar esta festividad sin que esté presente algún tipo de droga o psicotrópico alterador del Sistema Nervioso Central. Las celebraciones aunque no han cambiado en su fondo, si lo han hecho en su forma. Si en la cultura Victoriana, regente en las sociedades pasadas se gustaba de la hora del té junto a las amistades, ahora es preferido el atiborrar la mesa de líquidos alcohólicos y otras sustancias, para así amenizar las conversaciones y profundizar las amistades.

Es así como se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que las drogas han acompañado a la humanidad desde sus orígenes, evidenciándose este fenómeno desde la prehistoria hasta los tiempos actuales. Desde siempre los seres humanos han tenido la intención de obtener sustancias capaces de producir cambios en sus estados anímicos de alerta; de percepción del mundo y de lo real. El ser humano busca así crear estados de satisfacción y escapar, aunque sea por un instante, de sus obligaciones terrenas que lo agobian.

El uso de las drogas se da primeramente en el continente asiático, en las regiones de China e India, para luego extenderse al resto de Asia y el mundo conocido. Existe evidencia arqueológica del uso de vasijas de barro para el almacenamiento de miel (5000 A.C). De ahí se deduce que la miel fermentada y diluida con agua (*aguamiel*) diese paso al primer alcohol para el consumo humano (Escohotado, 1996). También existen relatos en la Biblia, el libro sagrado de la cristiandad, sobre la embriaguez, siendo el primer caso Noé, quien al salir del arca plantó una viña y bebió de sus frutos.

En el continente americano también existe evidencia de uso de diversas drogas, siendo una de las más importantes la coca en la región andina de Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia, donde existen hallazgos de la existencia de esta práctica desde el siglo.III D.C.

En las diversas sociedades, las drogas han sido ocupadas para diversos actos o ceremonias, siendo reservado, en la mayoría de las civilizaciones para ciertas castas. Lo interesante de estos primeros ritos dados a las drogas, recaen en que su uso estaba rigurosamente restringido para ciertas ceremonias y personajes y empleado por curanderos, chamanes y clases sacerdotales para fines espirituales de conexión con los entes divinos a los cuales adoraban.

Con el correr de los siglos y la masificación de las drogas a la población general, ésta se separa paulatina y firmemente de las acciones meramente religiosas, marcando así el cambio de ruta desde lo espiritual-religioso a lo banal-colectivo. En este tenor es interesante señalar que en Egipto fue encontrado un papiro, datado de 2000 A.C. que decía: "Yo, tu superior, te prohíbo acudir a tabernas. Estás degradado como las bestias". En otro papiro un padre advierte a su hijo: "Me dicen que abandonas el estudio, que vagas de calleja en calleja. La cerveza es la perdición de tu alma" (Escohotado A, 1996, p 79.). Lo declarado anteriormente en los papiros egipcios evidencia claramente la preocupación de la sociedad adulta por el consumo excesivo de alcohol, y por ende es abarcativo a los otros tipos de drogas, preocupación que sigue patente hasta estos días. Mas aun, ya que con los inicios de la Revolución Industrial en el S. XIX, se produce la tecnologización de los procesos, avances de la química, la

mercantilización, el consumismo, y la búsqueda de sensaciones placenteras, las cuales han posibilitado el consumo de alcohol masivo, con los consiguientes problemas que esto puede traer.

Estos problemas y temores de la sociedad antigua y actual no han perdido relevancia, más aún es un tema latente y de enorme preocupación, no sólo para el entorno cercano del consumidor, si no que de toda la sociedad en su conjunto, tanto en lo local, nacional y regional, los que buscan el aunar sus esfuerzos en pro de una mejora sustancial de esta problemática en todos los niveles sociales que repercute. Si bien, es cierto que la cuestión de fondo no es el consumo, sino que el modo en que las personas beben, siendo este indicador el que predice si el consumo es positivo o negativo.

Con esta revisión rápida de las drogas a través de los tiempos, es posible observar que las pautas comportamentales han variado, pero que las drogas, en menor o mayor medida siguen latentes en estas sociedades; y que el alcohol, aunque en muchos países es una droga lícita, genera tanto a nivel macro social, como a nivel micro social ,preocupación tanto de las autoridades como el círculo cercano del o la consumidora, por lo cual, cobra importancia el trabajar con esta problemática en forma amplia en conjunto con las y los actores involucrados.

2.2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL A NIVEL MUNDIAL, REGIONAL Y NACIONAL.

Consumo de Alcohol a Nivel Mundial.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) son cerca de dos mil millones de personas de todo el mundo los que consumen bebidas alcohólicas. Por lo cual el alcohol puede ser perjudicial para la salud y para las relaciones sociales, pero la naturaleza y la gravedad de sus efectos depende de la cantidad de alcohol consumido tanto a corto como a largo plazo, y de los hábitos de su consumo.

Los accidentes, la dependencia del alcohol y las enfermedades crónicas ocasionadas por el consumo de alcohol pueden suponer un empeoramiento de la calidad de vida familiar, laboral e incluso la afección de enfermedades como así también la muerte prematura.

Según la OMS el consumo de alcohol es uno de los factores que en forma principal causa la mortalidad prematura y la carga de morbilidad evitable en todo el mundo, influyendo en sobremanera en la salud pública. En este tenor se calcula que en 2002 el uso nocivo del alcohol causó unos 2,3 millones de muertes prematuras en el mundo (lo que equivale a un 3,7% de la mortalidad mundial) y generó un 4,4% de la carga mundial de morbilidad.

El uso nocivo del alcohol genera problemas de salud pública considerables en países con muy distintos niveles de desarrollo y con sistemas de salud de eficacia muy variable. A escala mundial, entre 20 factores de riesgo para la salud, el uso nocivo del alcohol es la primera causa de muerte y discapacidad en los países en desarrollo con bajos índices de mortalidad; la tercera entre los principales factores de riesgo en los países desarrollados, después del tabaquismo y la hipertensión arterial; y la undécima en países desarrollados con altos índices de mortalidad.

El uso nocivo del alcohol viene asociado a gran número de fenómenos sociales tales como delitos, violencia, desempleo o ausentismo, y genera costos sanitarios y para la sociedad. Con independencia de los problemas metodológicos que plantea su cuantificación, constituye sin duda una enorme carga social y económica; se ha calculado que en 2002 los costos mundiales del uso nocivo del alcohol se situaron entre los US\$ 210.000 millones y US\$ 665.000 millones. Las consecuencias sanitarias y sociales tienden a golpear con mayor dureza a los grupos sociales menos favorecidos y a contribuir así a las disparidades sanitarias dentro de los países y entre ellos (OMS, 2004).

A. Consumo de Alcohol en las Américas

Según la Organización Panamericana de la Salud, (OPS) (OPS, 2007 p. 1) en el año 2002 en Latinoamérica el alcohol fue responsable de la muerte de una persona por cada dos minutos, lo cual en términos numéricos fueron alrededor de 323.000 muertos, lo que representa un 5,4% de todas las muertes en las Américas, este porcentaje es ostensiblemente mayor comparado con la cifra de nivel mundial, que alcanzó en la misma fecha sólo un 3,7%.

En el año 2000, el análisis comparativo de la OMS de 26 factores de riesgo distintos y su impacto sobre la carga de morbilidad demostró que el alcohol era el principal factor de riesgo en las Américas, en tanto que, a nivel mundial el alcohol ocupaba el cuarto lugar.

A nivel de consumo, las Américas presentan un 50% más de consumo que el promedio mundial; en 2002 el consumo en las Américas era de 8,5 litros, mientras que el promedio mundiales de solo 6,2 litros per cápita. Lo que hace distinto a las Américas de otras regiones del mundo es que el alcohol supera al tabaquismo como el factor de riesgo más importante para la carga de morbilidad.

A nivel laboral las lesiones intencionales y no intencionales representan aproximadamente el 60% de todas las muertes relacionadas con el alcohol y casi el 40% de la carga de morbilidad asociada. La mayor parte de la carga de morbilidad afecta a varones (83.3%) y 77.4% de la carga proviene de la población de entre 15 y 44 años de edad, y por consiguiente afecta en su mayor parte a jóvenes y adultos jóvenes en sus años de vida más productivos, lo que trae serias complicaciones a las organizaciones de seguridad social de los países americanos.

B. Consumo de Alcohol en Chile

Según los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 del Ministerio de Salud, es factible declarar que los problemas asociados al uso de alcohol y otras drogas constituyen la principal causa de mortalidad y discapacidad en hombres menores de 45 años, y la dependencia a estas sustancias es una de las 10 principales causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en toda la población. De los casi 5 millones de personas estimadas como usuarias actuales de alcohol, cerca de 600 mil personas, un 12% de la población entre 12 y 64 años de edad, presenta dependencia alcohólica, esto es, serios trastornos en su vida personal y social a causa del consumo abusivo de bebidas alcohólicas, que incluso puede llevar a un nivel de alcoholismo crónico.

En los hombres, es tres veces más frecuente el consumo que en las mujeres, presentándose con mayor frecuencia en el rango de edades que va desde los 12 a 45 años de edad. Según el MINSAL (2002) "El problema del abuso de alcohol se asocia significativamente con enfermedades físicas y mentales, accidentes y conductas violentas, deterioro de la calidad de vida de las familias, y disminución de la productividad laboral, causando una pérdida económica al país superior a los US \$ 3.000 millones".

Según cifras de la OPS (2007) se estima que en Chile en la actualidad 20% de las personas pueden ser clasificadas como bebedores problema, 15% sin dependencia y 5% con dependencia alcohólica. El alcoholismo es más frecuente en los hombres y entre los que están cesantes o sólo disponen de un empleo ocasional. Así también constituye la octava causa de años de vida perdidos ajustados por discapacidad. El alcoholismo se asocia con 38% de los egresos hospitalarios; 7% de las muertes como causa principal y de 25% de las muertes como causa asociada. Se encuentra una alcoholemia positiva en 48,6% de los homicidios, 38,6% de los suicidios y 50% de los accidentes de tránsito con vehículos de motor.

CONACE con sus Estudios Nacionales de Drogas en la Población General de Chile efectuados desde 1994 hasta 2008 nos permite entender el desarrollo y proceso del consumo de alcohol durante respectivos periodos de estudio. Uno de los acápites más relevantes en relación al Beber Problema, está dado por la declaración de consumo de alcohol de las y los participante en dichos estudios. Es así que, de acuerdo a la prevalencia de consumo del último mes, se alcanzó para 2004 un 56,8%, que si se compara con el 59,11% que se obtuvo en el estudio de 2002, evidencia una variación de casi 2 puntos porcentuales entre ambos estudios en cuestión, es decir, la prevalencia de consumo, aunque a descendido, estadísticamente no es relevante. Es

importante declarar que en 2008 se produce una fuerte baja en la prevalencia de consumo, cayendo este a un 50% en el último mes, lo cual se considera significativo. Ahora bien, comparando los periodos de 1994, 2004 y 2008 la declaración de consumo ha aumentado desde un 40,0% a un 56,8% en el decenio, para descender casi 8% en el cuatrienio 2004-2008, lo que significa un aumento de 18 puntos porcentuales en el decenio estudiado, y una importante baja en el último período analizado lo que en sí es un dato bastante clarificador de la situación en dicha materia.

Al desglosar el estudio por impactos sociales podemos apreciar que en el 2002 un 5,5% de las y los encuestados que declararon haber consumido alcohol en los últimos 30 días reconocieron el haberse expuesto a daños en su integridad física. Este porcentaje aumenta para 2004 a un 6,4%, lo que numéricamente equivale a unas 320.000 personas.

En el estudio efectuado en el año 2007 por la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) muestra que en comparación con el mismo estudio efectuado en 2003, el porcentaje de consumo de alcohol disminuyó de un 83,6% a un 74,1%, siendo los sectores donde se presenta mayor porcentaje en servicios con un 72,9% y la minería con un 78,6%; no obstante esto, las y los bebedores problemas ascendieron de un 26,3% a un 30,8%, presentándose en la minería con un 47% y la agricultura y sector forestal con un 31,7%.

La ACHS en su estudio efectuado en 2008 muestra que el consumo, en comparación con 2007, tuvo un leve descenso de 74,1% en 2007 a 73,5% en 2008. No obstante lo anterior existe un aumento significativo en el sector agrícola-forestal desde un 52,4% a un 66,4% para el período respectivo de análisis.

Siguiendo lo anteriormente planeado, las y los bebedores problemas también evidencian un aumento desde un 30,8% (2007) a un 34,0% (2008), siendo el mayor aumento en el sector de servicio desde un 23,1% a un 34,3%. Es así, que si se efectúa un análisis de las y los bebedores problemas en los años 2003, 2007 y 2008 se evidencia claramente el aumento sostenido. Las cifras para los años respectivos son las siguientes: 26,3% (2003), 30,8% (2007), 43,0% (2008).

2.3. REFERENTES TEÓRICOS Y CONCEPTUALES DEL ALCOHOL COMO DROGA

A. Definición Alcohol

El alcohol es la droga más usada en Chile, y por lo tanto es señalado como uno de los problemas de salud pública más importantes en Chile. Existen diferentes clases de alcoholes, así como formas de consumo y pueden incluir distintos componentes. Desde esta perspectiva el alcohol, se entenderá y conceptualizará en términos amplios como "Aquellas bebidas de consumo humano compuestas de alcohol etílico o etanol" (Alcoholismo mal nacional, Liga Contra El Alcoholismo de Valparaíso, S.F).

B. Tipo de Droga

Para comprender las principales características del alcohol, este será clasificado según criterios presentados por CONACE (1996).

1) Según sus Efectos: Permite clasificar a las drogas en depresores o estimulantes (CONACE, 1996, p. 19); algunos autores distinguen también los alucinógenos y los estupefacientes. El alcohol, según los efectos

que contrae su consumo, puede distinguirse como una droga de carácter "depresora", debido a que el etanol (componente activo de todas las bebidas alcohólicas), tiene en su estructura el poder químico de inhibir la acción del sistema nervioso central; de ahí que, tiene un efecto calmante al igual que los tranquilizantes.

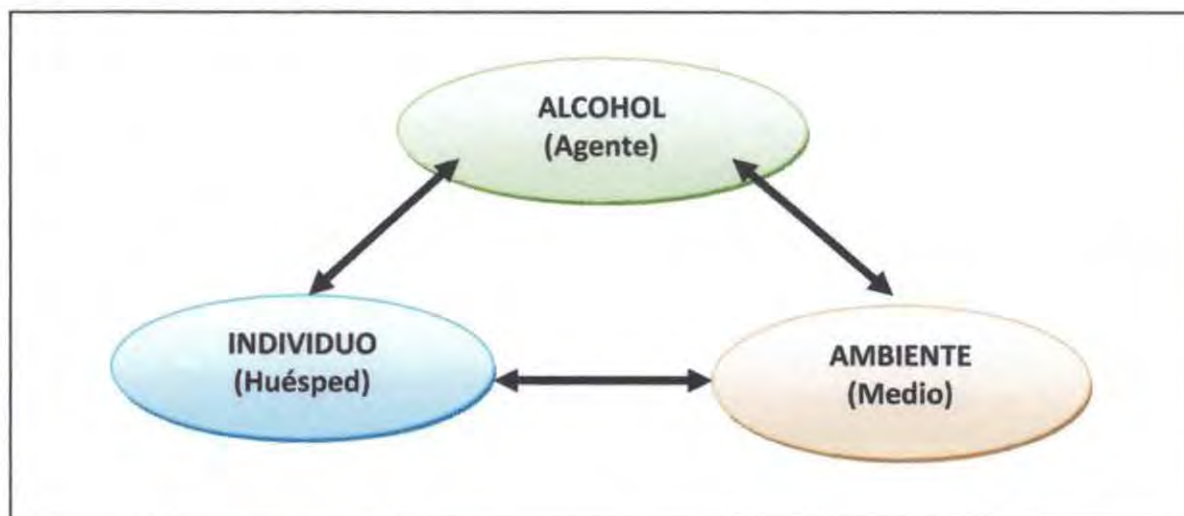
2) Según su Status legal y Aceptación Social: El alcohol es clasificado en nuestro país como una "droga legal", ya que existe una normativa legislativa que regula su producción, comercialización y consumo. Por otra parte, es una droga "aceptada socialmente" (CONACE, 1996, p. 19), debido a la confluencia de factores económicos, sociales y culturales, que configuran una visión generalizada de la sociedad tendiente a la legitimidad sobre su utilización.

3) Según su Potencial de Adicción: La distinción más gruesa las clasifica en drogas blandas o drogas duras (CONACE, 1996, p. 19). La diferencia entre éstas, es que el primer término, a diferencia del segundo, por lo general, se aplica a sustancias cuyo consumo no conlleva patrones de comportamiento social desadaptativos. Curiosamente, algunas drogas blandas están prohibidas en la mayoría de los países, mientras que drogas duras pueden ser adquiridas (aunque con restricciones) en la mayor parte del mundo. Es el caso del alcohol, el cual se caracteriza por ser una "droga dura".

C. Factores Asociados al Consumo de Alcohol

La OMS a partir de un estudio de diferentes enfermedades de tipo contagiosas, propone un esquema para comprender el fenómeno de las drogas, y por lo tanto del consumo de alcohol. En este caso, el consumo de alcohol se produciría por la interacción de tres elementos. El individuo (huésped), el ambiente (medio) y el alcohol (agente). Este modelo permite tener una visión integral del problema. Considerando cada uno de sus componentes y, especialmente, la interacción dinámica entre ellos. A continuación se presenta el esquema mencionado.

Dibujo 2.1 Factores Asociados al Consumo



Fuente: Prevención del Consumo de Drogas (CONACE, 2006)

En el siguiente apartado se presentan los distintos factores asociados al consumo de alcohol, tanto a nivel individual, interpersonal y social, desarrollados por el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia/OPS, OMS del 2004.

1) Factores Individuales

El individuo es un todo complejo, una unidad integrada por un cuerpo y mente, en el cual confluyen lo racional, lo fisiológico y lo emocional. En consecuencia, los factores individuales se pueden dividir en dos subfactores, los biológicos y los psicológicos.

a. Factores Biológicos:

- **Constitución física:** cada persona posee diversas capacidades desde el punto de vista físico que inciden en como actúa y como afecta el alcohol a su organismo y su comportamiento. Existe evidencia en tal sentido, puesto que algunas personas poseen una predisposición genética a desarrollar la adicción. Son importantes en este punto, la edad y el sexo de quien consume alcohol.
- **Estado de salud:** las consecuencias y los efectos del consumo de alcohol están relacionados también con el estado de salud físico y mental del o la consumidora; entre otros se pueden mencionar afecciones cardíacas, de circulación, desajustes emocionales, etc.

b. Factores Psicológicos:

- **Necesidades emocionales básicas:** son rasgos primarios, comunes a todos los individuos de cuya satisfacción depende fuertemente el desarrollo de éste como persona, ya que ellas mediatizan la interacción con otros y su posible influencia en el consumo de alcohol en el mismo. Entre estas necesidades emocionales básicas se pueden destacar la "Necesidad de Afecto", la "Necesidad de Aceptación y Pertenencia" y la "Necesidad de Reconocimiento". En este sentido, al existir carencias para satisfacer estas necesidades, el individuo a través del consumo de alcohol y la asociación con otras personas que consumen, lograría satisfacer sus necesidades emocionales de afecto, aceptación, pertenencia, reconocimiento, entre otras.
- **Autoimagen y Autoestima:** Es uno de los factores más importantes que intervienen en la conducta de consumo problemático de alcohol. La autoimagen se refiere al "conjunto de percepciones conscientes que el individuo tiene de sí mismo" (RAE. 2009), a su vez, la autoestima se entiende como "la valoración que el individuo hace de sus características". Las personas de las cuales se rodea el individuo son el espejo social y moldean las percepciones que se tienen sobre sí mismo, en especial son influyentes aquellas personas consideradas significativas. De allí que las características de la personalidad, especialmente la autoestima como parte de la identidad social, determinen las posibilidades de interacción del individuo con su medio social. De acuerdo con ello, el individuo tiene más o menos posibilidades de ser aceptado a un grupo u otro y, también, de moldear la forma en que el grupo y los otros lo pueden influir. En consecuencia, una persona con baja autoestima es más permeable a la influencia de otros, a las influencias externas, como por ejemplo, a la presión de grupo. Ello hace al individuo más vulnerable al consumo problemático de alcohol, conducta que puede generarse también como una compensación a la baja autovaloración.

La baja autoestima se manifiesta a través de retraimiento, descuido en la imagen personal, inseguridad, bajas expectativas, auto descalificación, insatisfacción personal, pesimismo, desinterés e inconstancia y desánimo.

- **Habilidades Sociales:** se incluyen, especialmente, habilidades relacionadas con la comunicación, donde destacan la empatía y asertividad. Estas permiten a la persona sentirse confiada y autorespetada, produciendo en los demás la misma sensación.
- **Motivación:** es un componente central en la comprensión de la conducta de consumo de drogas. Las motivaciones son entendidas como los impulsos, necesidades y razones por las cuales el sujeto actúa (consume alcohol). Entre las motivaciones que inciden en el consumo excesivo de alcohol inciden la necesidad de aceptación, identificación con el grupo, rebellón contra figuras de autoridad, evasión de problemas, aliviar sufrimientos, expresar sentimientos, liberar tensiones y angustias, búsqueda de placer, entre otras.

2) Factores Interpersonales

En relación a los grupos del ambiente que son relevantes para determinar la conducta de consumo de alcohol, es necesario distinguir al menos dos niveles; el de la interacción denominada factores interpersonales y el de las influencias macrosociales o factores sociales, a continuación se presentarán los componentes de la primera.

- a. **Grupos de Referencia y otros significativos:** los grupos de referencia pueden ser aquellos grupos a los cuales pertenece el individuo (o grupos de pertenencia), o grupos con los que se identifica, pero a los cuales no pertenece (grupos de referencia). Estos incluyen la familia, grupo de pares y otros grupos. El grupo de referencia puede influir sólo como modelo; en cambio, el grupo de pertenencia puede actuar como modelo y a su vez como agente normativo. Otras fuentes de influencia pueden ser personas individuales, con los cuales el individuo se identifica o con las cuales interactúa; estos son los otros significativos, principalmente los padres, familiares, compañeros, amigos, entre otros.
- b. **Grupo Familiar:** La familia proporciona los primeros modelos y constituye el primer grupo de referencia para el individuo, esto es, ejemplificando conductas, formas de ser, valores, actitudes, estilos de vida. Esta forma de influencia se produce porque los padres, familiares o, el grupo familiar como un todo son significativos para él o ella, porque hay una identificación con ellos. En este contexto, la familia ejemplifica tanto conductas positivas, como negativas, entre ellas la conducta respecto al alcohol. Ante esto, la familia puede actuar como agente normativo, definiendo a través de sus expectativas de conductas, es decir, expresando a través de actitudes, verbalizaciones y conductas, el comportamiento esperado en cada situación, creándose así pautas de comportamientos normativas. Para el cumplimiento de éstas normas y conductas, se enlazan distintos elementos al interior de un grupo familiar así como lo son el refuerzo y el estímulo o premio a conductas apropiadas, el uso y manejo de sanciones cuando no se cumplen con las expectativas familiares o se considera que una conducta es inapropiada, lo cual se da principalmente a través de la autoridad de los padres. También es importante la calidad de las relaciones familiares, ya que de esta dependerá el grado de

influencia familiar en el individuo las cuales a su vez dependerá de factores como la afectividad al interior de la familia, el grado de integración familiar, la comunicación familiar efectiva expresado en cantidad y calidad de tiempo compartido y en el grado de libertad para expresar sentimientos, emociones, ideas, etc.

- c. **Grupo de Pares:** Lo dicho respecto de la familia es válido para el grupo de pares, como grupo de referencia en relación a la influencia de este sobre la conducta del individuo. La pertenencia a un grupo y la interacción con otros implican que la persona debe responder a ciertas expectativas de comportamiento, implícitas o explícitas, que los otros definen como "adecuadas" en cada situación. Por lo tanto, su aceptación implica un cierto grado de obligatoriedad para las y los miembros del grupo, en el caso de la conducta de consumo de alcohol, las definiciones que establece el grupo respecto a ello y los significados que se asocian, produciéndose una presión social del grupo sobre sus miembros para consumir. La presión de grupo se expresa a través de diversos mecanismos que también operan para el caso del consumo de alcohol, entre otros se pueden mencionar.

- Invitaciones: simplemente significa ofrecer, probar
- Estímulo: se emplean palabras y gestos para incitar el consumo
- Justificaciones: se dan razones del porque debe probar
- Descalificaciones: se reprueba con gestos, palabras, etc., la negatividad o resistencia a consumir
- Rechazo o Aislamiento: se margina del grupo a quien no acepta consumir

3) Factores Sociales:

En otro nivel de análisis es necesario considerar los factores que intervienen en la manifestación social del problema tales como la prevalencia e incidencia de consumo indebido, las pautas y modalidades que este adquiere en los diversos grupos sociales, etc. Debe reconocerse, entonces, que en la relación individuo-ambiente, se da otro tipo de influencias, diferente de las que proporcionan el nivel de la interacción directa con los otros y los grupos. La sociedad como un todo también determina la conducta de los individuos y grupos, principalmente a través de sus normas, sus valores, de la opinión pública, de los estilos de vida que promueven, de los modelos representados por los líderes de opinión y de la propia cultura.

- a) **Normas de Uso:** a través de diversos mecanismos la sociedad define que conductas son apropiadas e inapropiadas para diferentes situaciones y personas. De este modo, cada sociedad, y dentro de ella, cada grupo social, determina cuales son las bebidas alcohólicas que pueden ser usadas, por quienes, en qué situaciones y en qué cantidades. Se incluyen aquí las leyes, las pautas de uso social, y los mecanismos de control a través de los cuales estas se expresan (reglamentos, normativas, etc.)

Nuestra sociedad reconoce como adecuado el consumo de alcohol moderado en ciertas situaciones como ritos, celebraciones y con fines médicos-terapéuticos.

- b) Producción y Comercio:** la sociedad establece también, quienes están autorizados para producir y comercializar bebidas alcohólicas, con que restricciones, etc. En resumen, cada sociedad establece respecto a las bebidas alcohólicas:
- Quiénes: que personas pueden usar, producir o comerciar legítimamente bebidas alcohólicas
 - Situaciones: en que situaciones específicas pueden ser utilizadas o consumidas ciertas bebidas alcohólicas
 - Cantidad: en que cantidades es adecuado utilizar o consumir ciertos tipos de bebidas alcohólicas
 - Frecuencia: cuantas veces pueden ser consumidas. Esto, relacionado principalmente con el potencial daño que el uso del alcohol puede involucrar
- c) Control Social:** los mecanismos de control pueden ser formales o informales (leyes, usos, costumbres, modas, estilos de vida, etc.) y su manejo puede estar radicado en organismos especializados o en individuos investidos de autoridad para ello (policial, tribunales, consejos de ancianos, etc.) o estar difusos en todos los miembros de la sociedad o del grupo.
- d) Disponibilidad:** como se señaló, la sociedad y el medio, influye respecto a cómo la o el individuo toma contacto con el alcohol. De ahí, que se pueda postular que si el alcohol está disponible físicamente en el medio ello posibilitara el acceso y contacto con ello. La disponibilidad de alcohol en el medio social, el acceso a éste y el riesgo de abuso asociado a ello, se relaciona estrechamente a diversos factores, entre otros, las leyes que rigen para esa sociedad y los mecanismos de control que se emplean para asegurar su aplicación, la cercanía a centros de producción y comercialización de bebidas alcohólicas, políticas de gobierno en aplicación, programas de prevención, etc.

D. Factores de Riesgo y Protectores Asociados al Consumo de Alcohol: la presente tabla refiere los factores protectores y de riesgo asociados al consumo de alcohol, sus características y los predisponentes para el consumo a nivel individual, de entorno y sociocultural.

Tabla 2.1 Factores de riesgo y protectores asociados al consumo de alcohol.

| CONSUMO DE ALCOHOL | PREDIS | CARACTERÍSTICAS | | FACTORES | FACTORE |
|--------------------|---|---|---|---|--|
| | PONENTES | | | PROTECTORES | S DE RIESGO |
| | DEL | | | | |
| | CONSUMO | | | | |
| INDIVIDUALES | <ul style="list-style-type: none"> • Factores genéticos • Características de personalidad • Habilidades comunicacionales | <ul style="list-style-type: none"> • Grado de impulsividad • Creencias y actitudes • Habilidades sociales • Situaciones particulares de vida. | <ul style="list-style-type: none"> • Percepción de las drogas como peligrosas • Existencia de espacios comunicativos. • Salud psicológica y psiquiátrica | <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Genética • Vulnerabilidad psicológica • Trastornos psiquiátricos | |
| | DEL ENTORNO | <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones significativas • Relaciones del grupo familiar | <ul style="list-style-type: none"> • Relación con grupo de pares • Relación con amigos/as | <ul style="list-style-type: none"> • Padres presentes • Prevención en edades tempranas • Grupo de pares • Amistades cercanas | <ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar • Grupo de pares • Amistades cercanas |
| | SOCIOCULTURALES | <ul style="list-style-type: none"> • Influencias culturales • Estilos de Vida | <ul style="list-style-type: none"> • Influencias sociales • Influencias económicas • Influencias comunicacionales | <ul style="list-style-type: none"> • Estilos de vida saludables • Clima laboral y/o educacional saludable • Políticas de prevención de alcohol | <ul style="list-style-type: none"> • Cultura • Exigencias laborales y/o educacionales • Disponibilidad de alcohol |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009, en base a Texto Detección Precoz en el ámbito Comunitario 2005 CONACE

E. Etapas del Consumo de Alcohol

Para una mayor comprensión del proceso de consumo de alcohol, se hace necesario conocer una sistematización por etapas del mismo, la cual nace desde las primeras experiencias y acercamientos hacia el consumo de alcohol, avanzando linealmente hacia estados de mayor consumo y dependencia alcohólica, aumentando los riesgos que esto conlleva para la persona.

Cabe destacar que para la presente se utilizará como conceptualización el "Bebedor Problema" entendiéndose por este a "todas las personas que al ingerir alcohol, directa o indirectamente producen consecuencias negativas para el individuo o terceras personas, en el área de salud, armonía familiar, rendimiento laboral o escolar, seguridad personal o funcionamiento social" Por lo tanto, este concepto engloba a una o más etapas del consumo alcohol (CONACE, 2006).

A continuación se presenta un esquema que clasifica y caracteriza a las distintas etapas del consumo de alcohol. Se incluyen algunos indicadores que permiten identificar con mayor precisión los tipos de consumos en los que se encuentran los bebedores problema

Tabla 2.2 Etapas del Consumo de Alcohol

| ETAPAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL | | | | |
|---|--|--|---|--|
| Consumo Experimental | Consumo Ocasional | Consumo Habitual | Consumo Abusivo y/o Perjudicial | Consumo Dependiente |
| Indicadores | Indicadores | Indicadores | Indicadores | Indicadores |
| <ul style="list-style-type: none"> • La persona desconoce los efectos del alcohol • Consume para experimentar y saber que se siente • Generalmente consume en el marco de un grupo que invita a probarlo • Consume los fines de semana o en las fiestas | <ul style="list-style-type: none"> • La persona continua usando el alcohol en grupo • Es capaz de llevar a cabo las mismas actividades sin la necesidad del consumo de alcohol • Conoce los efectos del alcohol en su organismo y por eso lo consume • La persona aprovecha la ocasión, no la busca directamente • Se relaciona con grupos de personas que pueden proveerlo | <ul style="list-style-type: none"> • La persona consume en diversas situaciones • Consume tanto en grupo como en forma individual • Conoce el precio, los efectos y la calidad del alcohol (solo o combinado) • Establece un habito de consumo | <ul style="list-style-type: none"> • La persona consume en situaciones grupales o individuales concertadamente • Consume en forma selectiva una o más drogas • La persona pierde la capacidad para detener o abstenerse del consumo • El Consumo le genera cambios en su conducta y relaciones interpersonales • Conoce la calidad y busca impulsivamente los efectos del alcohol tanto físicos como psicológicos • Consume en situaciones de riesgo o peligro para sí mismo o para otros y no mediatiza las consecuencias de sus conductas • Por su forma de consumo empieza a tener problemas con su familia y/o trabajo | <ul style="list-style-type: none"> • El consumidor utiliza mayor cantidad de alcohol, por un periodo de tiempo más largo de lo que pretendía • Toma conciencia sobre la dificultad para controlar el uso de drogas • Tiene dificultad para controlarse en el uso de alcohol • Realiza actividades relacionadas con la obtención de consumo de alcohol. Presenta intoxicación frecuente y síndrome de abstinencia • Reduce considerablemente o reduce las visitas sociales, laborales, educacionales o recreativas. • Recurre al alcohol para aliviar el malestar provocado por su falta • Tiene incapacidad de detenerse o abstenerse • Presenta problemas físicos asociados |

Fuente: Conceptualización de Etapas de Consumo de Alcohol, en base a Tipos de Consumo de Drogas y sus Indicadores (CONACE. S.F)

F. Síndrome de Abstinencia

Según el glosario de términos del (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994), es posible entender el Síndrome de Abstinencia como "El conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un periodo prolongado y/o en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico".

El Síndrome de Abstinencia ha sido dividido en dos fases

1) **Síndrome de Abstinencia Aguda:** con duración de 3 a 10 días después del cese del consumo; presenta distintos síntomas, según las distintas sustancias psicoactivas. A continuación se describen esos síntomas para el Síndrome de Abstinencia por Alcohol (DSM-IV, 1995):

1.1 Cese o reducción en el uso del alcohol que ha sido intenso y prolongado.

1.2 Dos o más de los siguientes rasgos desarrollados en varias horas a pocos días después del criterio 1.1:

- Hiperactividad autonómica (sudoración o incremento del pulso más allá de 100/min)
- Temblor de manos intenso
- Insomnio
- Nauseas o vómitos
- Ilusiones o alucinaciones transitorias, visuales, táctiles o auditivas
- Agitación psicomotora
- Ansiedad
- Convulsiones generalizadas

Los síntomas en el criterio 1.2 causan alteración significativa en varias áreas del funcionamiento como la social u ocupacional. Estos síntomas no son debidos a una condición médica general o a otro trastorno mental.

2) **El Síndrome de Abstinencia Post Aguda:** (con una duración entre 120 días y un tiempo indefinido).

El síndrome de abstinencia Post-Agudo o Síndrome Retardado seguiría al Síndrome de Abstinencia Agudo y estaría caracterizado por una desregulación de diferentes procesos homeostáticos regulados por el sistema nervioso autónomo, y se supone que es la consecuencia del daño neurológico ocasionado por las sustancias adictivas y el estrés psicosocial de enfrentarse a una vida sin alcohol. La recuperación en sí misma ocasiona estrés y este afecta a la disfunción cerebral, dando lugar a una serie de síntomas cuya intensidad máxima se da entre los 3 a 6 meses de iniciada la abstinencia.

Gorsky y Miller (Tejero, Trujols y Casas, 1993, p.306) han descrito los siguientes síntomas de este Síndrome de Abstinencia Post Agudo:

- Incapacidad de pensar con claridad
- Problemas de la memoria
- Hiper-reactividad emocional
- Trastornos del sueño
- Problemas de coordinación física
- Aumento de la sensibilidad al estrés

Se debe señalar que el Síndrome de Abstinencia es un indicador del Síndrome de Dependencia, este último entendido como "Un conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que pueden desarrollarse tras el consumo repetido de una sustancia. Normalmente, estos fenómenos comprenden: un poderoso deseo de tomar la droga, el deterioro del control de su consumo, el consumo persistente a pesar de las consecuencias perjudiciales, la asignación de mayor prioridad al consumo de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia y una reacción de abstinencia física cuando se deja de consumir la droga" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994).

La condición de dependencia sigue un curso de progresión que puede representarse en 3 niveles (CONACE, 2005, p. 13):

- **Nivel Primario:** aumento de la tolerancia y dependencia de la misma
- **Nivel Medio:** pérdida progresiva del control
- **Nivel Crónico:** deterioro biopsicosocial y espiritual

Esta progresión en el desarrollo de la dependencia también se conoce como "Ciclo Adictivo" (CONACE, 2005, p. 13), en el cual se han descrito varias etapas:

- 1) **Gratificación a corto plazo:** quien consume se siente bien, existe una fuerte gratificación en poco tiempo que le hace creer que el comportamiento adictivo es bueno para él.
- 2) **Dolor a largo plazo:** es la etapa que sigue a la gratificación a corto plazo, y parte de este dolor es la supresión física y la incapacidad para enfrentarse psicológica y socialmente a la vida sin el alcohol.
- 3) **Pensamiento adictivo:** El dolor a largo plazo y la disfunción biopsicosocial provocan el pensamiento adictivo. El pensamiento adictivo comienza con la obsesión y compulsión por el alcohol. La obsesión es un pensamiento continuo sobre los efectos positivos de usar alcohol. Mientras que la compulsión es una urgencia o necesidad irracional de consumirlo para obtener el efecto positivo aunque sepa que le dañarán a largo plazo. Esto acarrea la negación de los efectos negativos que la sustancia pueda causar en el organismo, sin una adecuada racionalización de la problemática, exculpándose y culpando a los otros.
- 4) **Aumento de la tolerancia:** quien consume no esta consiente de lo que esta sucediendo y requiere mayor consumo para causar las mismas satisfacciones.

- 5) Pérdida de control: la obsesión y compulsión acarrearán que quien consume no pueda optar por más opciones, distorsionando su capacidad de lógica, sentimientos, y emociones. La urgencia por el consumo es tan fuerte que debe volver a reiniciar el ciclo adictivo.
- 6) Daño biopsicosocial y espiritual: Existe un daño biológico, psicológico, social y espiritual, dándose en todas las áreas del individuo de manera progresiva. Se necesita de la sustancia adictiva para sentirse bien, aunque produzca un daño en el orden biopsicosocial. Este daño aumenta su sufrimiento incrementando el uso de la sustancia para producir estadios placenteros.

2.4 ETAPAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA CONSUMIDORES DE ALCOHOL Y DROGAS

El área de Tratamiento y Rehabilitación de CONACE (2004), ha definido del siguiente modo las etapas de los tratamientos para consumidores problemáticos de alcohol y drogas¹:

a. Desintoxicación: Etapa de Estabilización

Esta es la etapa inicial e intensiva del tratamiento, ya que la interrupción del consumo llevará a la aparición del síndrome de abstinencia (el cual varía según la sustancia usada), el o la consumidora podría requerir ayuda médica especialmente en el consumo de alcohol.

Esta etapa no constituye por sí misma un tratamiento de rehabilitación y no es suficiente para el logro de una abstinencia duradera.

Dependiendo del tipo de contención que requiera la o el usuario, este plan de desintoxicación se lleva a cabo en forma ambulatoria o en un programa de desintoxicación a corto plazo en un régimen de interacción.

b. Rehabilitación: Etapa de Prevención de Recaídas

Esta etapa cuya duración es variable según el grado de compromiso biopsicosocial que presente el o la usuaria, tiene como objetivo la prevención de recaídas y promover cambios en el usuario/a para que pueda frenar a su deseo de consumir sustancias.

CONACE (2005, p. 14) cita a Saunders (1993), quien desde su punto de vista declara que esta es la etapa para la implementación de un programa de tratamiento que aborde los aspectos psicológicos, conductuales, sociales y espirituales a largo plazo.

G. Consecuencias del Uso y Abuso de alcohol

El uso y abuso de alcohol tiene consecuencias en distintos ámbitos, que van más allá de los efectos inmediatos. Esto se relaciona con la cantidad de alcohol consumida, la frecuencia de uso, las características de la

¹ Aunque los programas de tratamiento poseen diferente intensidad de contención y estructura (modalidad ambulatoria y residencial), y se diferencian en su grado de contención, la progresión del tratamiento debe considerar las mismas etapas.

personalidad del individuo, su estado de salud previo, motivaciones, el contexto familiar, situación familiar, redes de apoyo, características culturales del medio social inmediato, etc. Con esta base se presentan a continuación las principales consecuencias que produce el consumo de alcohol, ya sea en su uso potencial y en su abuso.

Tabla 2.3 Consecuencias del Uso y Abuso del Consumo de Alcohol.

| CONSECUENCIAS DEL USO Y ABUSO DE ALCOHOL | | | |
|--|---|--|---------------------------|
| FÍSICAS | ECONÓMICAS | <ul style="list-style-type: none"> - Inestabilidad económica por venta de pertenencias propias y otras robadas a su propia familia - Utilización de medios ilícitos para conseguir ingresos económicos, tales como robo, tráfico de drogas, prostitución, entre otros - Desempleo - Baja estabilidad laboral - Daños a la propiedad pública y privada | FAMILIARES Y PSICOLÓGICOS |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Imagen deteriorada de sí mismo - Percepción desvalorizada que afectan la forma de enfrentar y responder a las demandas familiares - Pérdida del valor personal - Pérdida de confianza en sí mismo - Pérdida de su identidad - Pérdida de valores - Pérdida de motivaciones - Pérdida de control sobre sus propios actos - Desviación del proceso de desarrollo y madures psicosocial - Pérdida de grupos de referencia y pertenencia - Auto marginación - Alteración de la vida familiar, al no responder a las expectativas y roles familiares - Alteración del estado de ánimo y de la conducta - Deterioro en la relación de pareja - En estudiantes se genera una baja en el rendimiento, dificultades de atención y concentración, no cumplimiento de tareas, alto nivel de agresividad, etc. | |
| | LABORALES | <ul style="list-style-type: none"> - Fallas y errores en el desempeño - Aumento de riesgo de accidentes personales, daños a terceros o siniestros (por ejemplo, en transporte aéreo o terrestre) - Deterioro de la productividad - Ausentismo laboral - Incidencia negativa directa sobre el ambiente laboral | |
| FÍSICAS | LABORALES | <ul style="list-style-type: none"> - Descuido de imagen personal e incursión en conductas antisociales - Marginación social - Estigmatización - Aislamiento | FAMILIARES Y PSICOLÓGICOS |
| | | SOCIALES | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - In inflamación y várices en el esófago - Gastritis - Úlcera y hemorragia digestiva - Disfunción del hígado (por ejemplo hepatitis alcohólica) - Inflamación del páncreas - Diarrea - Mayor riesgo de cáncer a la boca, faringe y esófago - Alteraciones del ritmo cardiaco - Cardiopatía alcohólica - Insuficiencia cardiaca - Hipertensión arterial - Enfermedades en las arterias coronarias - Neumonías y tuberculosis - Laringitis crónica - Mayor incidencia de cáncer bronquial - Inadecuada absorción de los alimentos - Deficiencia de minerales (hierro, calcio, etc.) - Deficiencia de vitaminas (A, B, D, etc.) - Alteración del nivel de azúcar en la sangre - Aumento de Colesterol - Anorexia - Desnutrición - Anemia - Fallas en el sistema inmunológico - Infecciones repetidas - Dificultades para la | <ul style="list-style-type: none"> - Inestabilidad económica por venta de pertenencias propias y otras robadas a su propia familia - Utilización de medios ilícitos para conseguir ingresos económicos, tales como robo, tráfico de drogas, prostitución, entre otros - Desempleo - Baja estabilidad laboral - Daños a la propiedad pública y privada - Fallas y errores en el desempeño - Aumento de riesgo de accidentes personales, daños a terceros o siniestros (por ejemplo, en transporte aéreo o terrestre) - Deterioro de la productividad - Ausentismo laboral - Incidencia negativa directa sobre el ambiente laboral - Descuido de imagen personal e incursión en conductas antisociales - Marginación social - Estigmatización - Aislamiento - Costo social en salud relacionado con procesos de atención, tratamiento y rehabilitación de consumidores. | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| coagulación sanguínea | | | | |
| - Intoxicación alcohólica | | | | |
| - Ansiedad, depresión, psicosis | | | | |
| - Trastornos de la conciencia | | | | |
| - Deterioro cerebral | | | | |
| - Infertilidad | | | | |
| - Impotencia | | | | |
| - Se acentúan rasgos femeninos en los hombres y masculinos en las mujeres. | | | | |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009, en base a: (Guía Informativa Drogas licitas: Alcohol. 2004); Sociedad española de patología digestiva; OMS (2004), OPS (2007)

2.4. CONSUMO DE ALCOHOL Y SU ABORDAJE COMO PROBLEMÁTICA DE SALUD

Definición de Salud

Según Milton Terris salud puede ser definida como: " Un estado de bienestar físico, mental y social, y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad" (Lopategui, 2008).

En la conferencia mundial de atención primaria en salud Alma-ata (1978), se hace alusión a que este estado de bienestar incluye a la familia y la sociedad en su conjunto, constituyéndose también en un bien social, un derecho de la humanidad y componente esencial de la calidad de vida, del crecimiento y desarrollo integral de un país (OMS, 1978).

1. Modelos de Salud

Es posible reconocer en la historia del país el desarrollo de tres modelos de atención en salud, implementados con el objeto de dar respuesta a las demandas y expectativas de la población. Estos modelos se detallan en el cuadro que se presenta a continuación Cubillos (2006 p. 18) cita a Castañeda (2001).

Tabla 2.4 Modelos de Salud

| Década | Etapas | Modelo | Característica Central |
|--------|-----------------------------------|-----------------------|--|
| 1910 | Científico natural | Modelo biomédico | Medicina como ciencia |
| 1940 | Científico social | Modelo biopsicosocial | Ciencias socio médicas (Creación OMS) |
| 1970 | Promoción de la salud bioética | Modelo humanista | Medicina familiar comunitaria |

Fuente: Cubillos (2006 p. 18) cita a Castañeda (2001)

Modelo Biomédico caracterizado por centrarse en la enfermedad fue implementado en Chile durante varias décadas, contribuyendo a mejorar los indicadores de salud. Su contribución se debe en gran medida a que se constituyó en un modelo adecuado a la situación epidemiológica frente a la que debió actuar, pues las enfermedades que mayores y más precoces muertes provocaban, fueron vulnerables al tipo de estrategia utilizada. Sin embargo, este modelo, sustentado en una concepción biomédica de la salud se ha hecho insuficiente para hacer frente a los actuales desafíos en salud (MINSAL, 1993).

En el contexto anteriormente señalado emerge el modelo biopsicosocial, el cual posee una perspectiva más amplia, al considerar variables no sólo de índole biológica; son también de carácter psíquico, social, cultural y ambiental. La aplicación de una concepción biopsicosocial de la salud exige considerar a la persona integralmente e inserta en su medio ecológico: la familia, barrio, trabajo, escuela, medio ambiente. También exige considerarla a través de todo su ciclo vital, lo que significa adecuar la oferta asistencial a las diferentes etapas de la vida (MINSAL, 1993). En el modelo biopsicosocial los y las profesionales del sector salud dejan de ser los únicos expertos capaces de hacer aportes en el área, reconociendo que otros sectores y personas se encuentran habilitados para adquirir aplicar y enseñar salud: el saber se comparte haciéndose más democrático. Emerge de

esta forma la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo como una necesidad no sólo como una alternativa deseable desde el punto de vista organizacional (MINSAL, 1993).

En la lógica del modelo biopsicosocial la complejidad de los problemas de salud, obliga a reconocer a la intersectorialidad como una manera lógica de afrontarlos. Corresponde entonces, buscar la participación de todos los sectores que son parte del desarrollo social, político, técnico y económico de los diferentes niveles de gestión, para en conjunto actuar en forma eficaz (MINSAL, 1993). En el cuadro comparativo en que Cubillos (2006, p 19) cita a Castañeda (2001), se grafican las principales diferencias entre los modelos Biomédicos y Biopsicosocial.

Tabla 2.5 Diferencias Modelo Biomédico-Modelo Biopsicosocial.

| Características Modelo Biomédico | Características Modelo Biopsicosocial |
|---|---|
| Predominio disciplinas biomédicas | Enfoque transdisciplinario |
| Atención de pacientes | Atención de la dimensión individual en el marco familiar y social |
| Especialización | Integralidad |
| Enfermedad/curación | Salud/prevención |
| Anamnesis de alteraciones somáticas. Historia natural de la enfermedad | Percepción subjetiva. Historia sociocultural/biográfica |
| Comunidad como receptor pasivo de las acciones del equipo de salud | Comunidad como agente activa co-responsable de su estado de salud |

Fuente: Cubillos (2006, p.19) cita a Castañeda (2001)

2.5 NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

1) Promoción de La Salud:

La promoción de la salud puede ser entendida como una estrategia para facilitar el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Se define como "el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer una mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla" (OMS, 1997). Se propone desarrollar la promoción mediante la implementación de cinco campos de acción.

- Elaboración de políticas públicas favorables a la salud
- Reforzamiento de la acción comunitaria
- Desarrollo de las habilidades personales

- Creación de entornos propicios a la salud
- Reorientación de los servicios de salud

La promoción en alcohol y drogas, se centra en programas generales de la salud, alternativas de ocio y tiempo libre, fomento de los servicios sociales, de la asociación, actuaciones relacionadas con la educación socio-afectiva como, por ejemplo, educación en valores o habilidades interpersonales, entre otros. Es decir, no se trata de manera directa el tema referente al alcohol y otras drogas, sino que, a través de diferentes propuestas, se intentan potenciar actividades que son positivas en sí mismas y de las que se puede esperar que ayuden a disminuir las conductas destructivas respecto al consumo de drogas (CONACE, 2006. P. 30).

La promoción de la salud se construye a partir de tres pilares fundamentales que permiten su implementación (MINSAL, 1993).

- a. **Participación social:** es entendida como el derecho y la capacidad real que poseen las personas, para plantear sus propios cambios de vista sobre aquellos asuntos que le incumbe. Implica también la intervención en la identificación de necesidades y problemas de salud, además de fomentar parte del diseño e implementación de soluciones. Alude igualmente a la democratización del saber, lo que conlleva el intercambio entre el conocimiento técnico y el popular, promoviendo la mismo tiempo, un proceso de concientización respecto de las causas y condicionantes de la situación de salud.
- b. **Acción comunitaria:** la participación social plantea como tarea impulsar y fortalecer la acción comunitaria en todos los niveles del sistema de salud. Se promueve el compromiso y adhesión de las personas y de las organizaciones sociales, con el propósito que estos actores sociales tomen parte e influyan en las decisiones sobre los asuntos de salud que les afectan. Igualmente, se espera que estos actores se integren al análisis, planificación y promoción de la salud, junto a los equipos técnicos de diversos sectores y disciplinas que pueden aportar recursos (humanos, financieros y materiales) en esta área.
- c. **Intersectorialidad:** la acción intersectorial es el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales, quienes efectúan intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

El trabajo intersectorial demanda al sector salud no sólo la iniciativa; sino también, la receptividad, por lo cual es necesario responder a convocatorias de otros sectores y/o contribuir a la creación de instancias de acción intersectorial en los que se aborden los problemas de la población, a través de acciones que se basen en un pensamiento intersectorial (ser capaz de ver los problemas de diferentes ámbitos) para así lograr una coordinación (intercambio efectivo de la población, recursos, propuestas, etc.), que se concrete en la implementación de proyectos intersectoriales.

2) Concepto de Prevención de la Enfermedad

Se entiende por prevención de salud todas las estrategias y acciones específicas destinadas a impedir que una enfermedad aparezca, deje secuelas u ocasiones muertas (CONACE, 2006).

Niveles de prevención

Desde la planificación sanitaria se desarrollan tres niveles en los programas de prevención, los cuales son los son la prevención Primaria, Secundaria y Terciaria

- a. **Prevención Primaria o inhibición de la enfermedad antes de su aparición:** tiene como población destinataria a las personas no consumidoras de drogas, y su objetivo es que se inicien en estos consumos.
- b. **Prevención secundaria o detección temprana y tratamiento de la enfermedad:** se dirige a consumidores de drogas en fases iniciales, donde todavía no están consolidados los problemas de abuso, y su objetivo es el de lograr una detección precoz y el de prestar una atención temprana a estas personas.
- c. **Prevención terciaria o rehabilitación/recuperación del funcionamiento adecuado:** se dirige a las personas que ya presentan problemas de abuso o dependencias de las drogas, y su objetivo es prestar atención a estas personas y reducir posibles daños asociados al consumo (alude a la rehabilitación y reinserción social).

Niveles en Función del Riesgo del Uso de Drogas:

Tradicionalmente se diferencian tres tipos de niveles en el desarrollo de los programas en prevención, los cuales fueron aclarados en el punto anterior. Sin embargo, estos proceden del ámbito de la planificación sanitaria, construyéndose en función de las poblaciones a las cuales estaba dirigida. Ahora bien, se articula otra nueva definición en base a los niveles de riesgo del uso de drogas a los que esta sometida la población, los cuales son estrategias Universales, Selectivas e Indicadas o Particulares. (CONACE 2006, p 25, 26)

- a. **Estrategias Universales:** son todas aquellas dirigidas al conjunto de la población, con independencia de los niveles de riesgos al que esté sometido. Estas estrategias inciden sobre una serie de factores de riesgo y protección identificados con carácter general.
- b. **Estrategias Selectivas:** Son aquellas que se dirigen a grupos de riesgo previamente identificados, de los que se conoce que están sometidos a niveles de riesgo superiores a los de la media.
- c. **Estrategias Indicadas o Particulares:** Son aquellas que se dirigen en forma específica a una serie de sujetos o individuos de los que se sabe están sometidos a situaciones de alto riesgo.

3) Concepto de Recuperación o Tratamiento

Para personas consumidoras de alto riesgo que han desarrollado problemas serios. Las estrategias de tratamiento buscan dirigir a estas personas a un servicio apropiado, estabilizar su situación, y ayudarles a reducir el riesgo de que continúen los problemas, o que sigan aumentando. La intervención se lleva a cabo cuando el daño está instalado en la persona, evitando que el proceso de enfermedad avance (SEREMI de Salud, 2005).

En lo que se refiere específicamente al tratamiento de alcohol y drogas los principales Modelos de Tratamiento que orientan la intervención de los y las profesionales son:

a. Modelo de Prevención de Recaídas

Según el modelo teórico de Prevención de Recaídas propuesto por Marlatt y Gordon (1980, 1985), la recaída se produce al exponerse el sujeto a una situación de riesgo, sin ser capaz de responder con las estrategias de afrontamiento pertinentes para garantizar el mantenimiento de su abstinencia.

En este tenor Secades V. (1997, p 262) cita a Marlatt y Gordon (1985) quienes reflejan que "si ante una situación de riesgo el sujeto puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada, la probabilidad de recaída disminuirá significativamente, ya que el afrontamiento satisfactorio a la situación de riesgo se percibe por el sujeto como una sensación de control que, además se asocia con la expectativa positiva de ser capaz de superar con éxito el próximo acontecimiento conflictivo que se le presente, por lo que se produce un considerable aumento de la percepción de autoeficacia. A medida que aumente la duración de la abstinencia y el individuo pueda afrontar eficazmente cada vez más situaciones de riesgo, la percepción de control se incrementará de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuirá. Pero, si por el contrario, el sujeto no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará, por una parte, porque disminuirá su percepción de autoeficacia; y, por otra, porque le será mucho más sencillo por su experiencia previa y por su patrón de conducta habitual, el anticipar la expectativa positiva derivada del consumo de la sustancia, que el anticipar, por el contrario, las consecuencias negativas derivadas de la conducta de consumo".

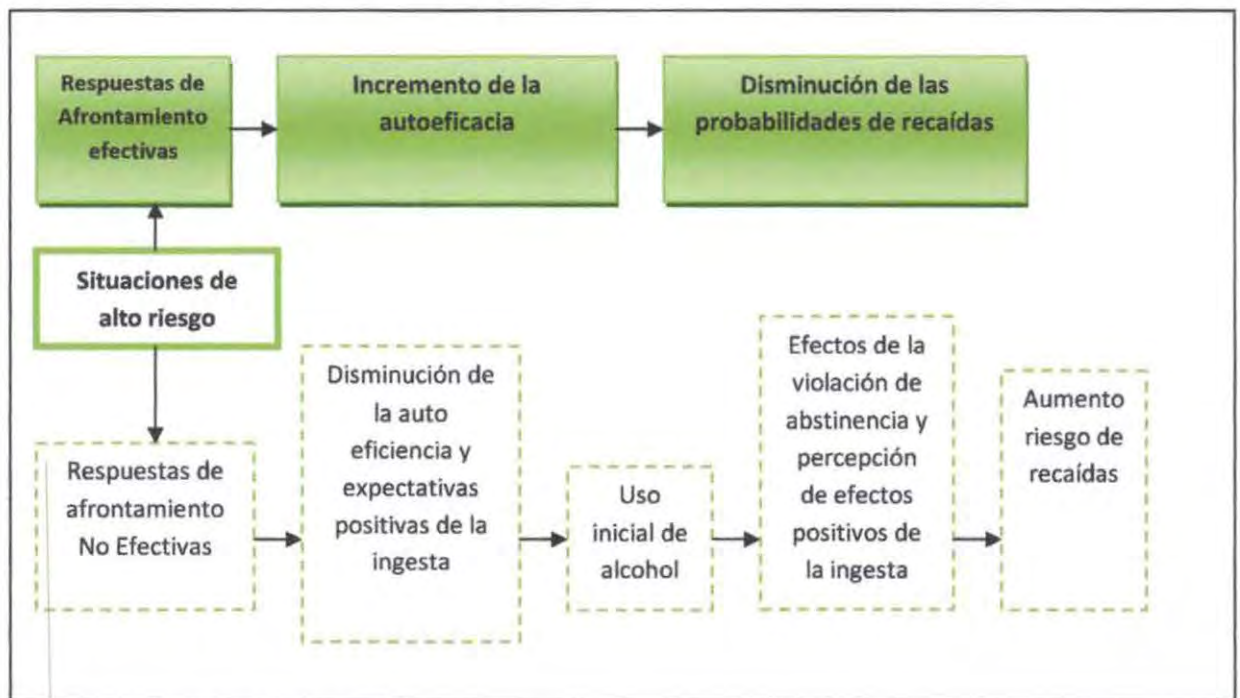
Un aspecto central del modelo de Prevención de Recaídas es la clasificación detallada de los factores o situaciones que pueden precipitar o contribuir a la recaída. En general este modelo ubica a estos factores en dos categorías:

- Determinantes inmediatos: son situaciones de alto riesgo, mecanismos de afrontamiento, expectativas y el efecto de la violación de la abstinencia
- Antecedentes encubiertos: como problemas en la situación vital del sujeto o la apetencia por el consumo.

Lo que torna importante el Modelo de Prevención de recaídas es que "presta especial atención en las áreas deficitarias del paciente, con el fin de definir los aspectos prioritarios del proceso terapéutico y planifica el programa de entrenamiento en habilidades específicas" (Secades V., 1997 p. 269).

De ahí que las situaciones de alto riesgo son importantes en las recaídas, tal como lo explica el siguiente esquema (Marlat A, 1993).

Dibujo 2.2 las situaciones de alto riesgo son importantes en las Recaídas y Situaciones de Alto Riesgo.



Fuente: Marlat Allan, 1999

De esta forma y tal como muestra el esquema, lo decisivo de este modelo es la forma en que se da respuesta al afrontamiento de situaciones de alto riesgo ya que esto depende del individuo y sus relaciones con el medio, en el sentido más amplio, tanto en lo económico, relacional y comportamental, por lo que se tornan importantes los entes significativos que pueda poseer.

b. Modelo de Reducción de Daños

La Reducción de Daños (Palacios J. 2003) es un nuevo modelo o paradigma que trata de las cuestiones asociadas al consumo de drogas lícitas e ilícitas en sus diversos aspectos, inclusive la prevención, tratamiento, represión y elaboración de políticas y estrategias para poder enfrentar los problemas provenientes del uso y del abuso del alcohol y otras drogas. En este contexto, la reducción del daño, tiene como objetivo disminuir las consecuencias negativas del uso de alcohol y drogas. Este abordaje se coloca como antagónico con la abstinencia, política considerada predominante en el mundo, que enfatiza la supresión del consumo de alcohol y drogas.

El modelo realiza una clara distinción entre el uso indebido y el uso controlado de drogas. La Reducción de Daños no es un sinónimo de legalización, sino que reconoce y acepta que el uso de drogas siempre existió y siempre existirá.

En este sentido, la reducción de daños reconoce que contextos de pobreza, clase social, racismo, traumas pasados, discriminación sexual y otras desigualdades sociales, afectan a la persona tanto en su vulnerabilidad como en su capacidad de enfrentar efectivamente los daños ocasionados por el consumo del alcohol y otras drogas. No se trata de reducir o ignorar la enorme cantidad de daños y peligros, reales y trágicos, provenientes del uso/consumo.

El modelo representa un cambio de una estrategia de prevención de consumo para una estrategia de prevención de abuso. Moviliza esfuerzos para disminuir los riesgos potenciales del consumo de drogas en lugar del consumo en sí. Su objetivo es reducir las consecuencias adversas de esta práctica, ya sea desde el punto de vista de la salud como de los aspectos sociales y económicos, sin que eso implique necesariamente en la reducción de su uso.

Para este modelo, el uso de drogas es tratado como un fenómeno complejo y de múltiples facetas, que engloba diferentes comportamientos que va desde el uso grave a la total abstinencia. La Reducción de Daños reconoce que algunas formas de uso de droga son más seguras que otras. Se establece que la calidad de vida y el bienestar individual y comunitario son los criterios que deben seguirse para que las intervenciones y políticas inherentes tengan éxito.

4) Concepto de Rehabilitación

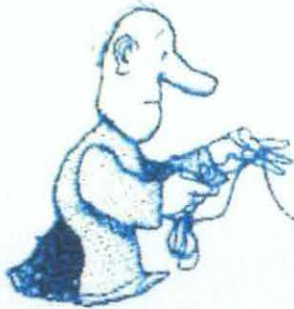
Las estrategias de rehabilitación se diseñan para restablecer su salud y ayudarles a retomar el control sobre sus vidas. La intervención se desarrolla cuando el daño ha generado secuelas en el paciente, y este debe ser reinsertado nuevamente al funcionamiento y/o equilibrio (SEREMI de Salud, 2005)

Se define como rehabilitación al conjunto coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales destinadas a favorecer la recuperación funcional del paciente y a reintegrarlo a sus actividades de la vida diaria con la mayor capacidad e independencia posible. En este sentido, los objetivos de la medicina de rehabilitación son por una parte combatir la incapacidad, y por otra, desarrollar o mantener la máxima movilidad posible, retrasar el deterioro, evitar las complicaciones, y preservar la dignidad de las personas (OMS, 1968).

5) Concepto de Cuidados Paliativos

Los Cuidados Paliativos se aplican en aquellos casos en que los usuarios se encuentran en la etapa terminal del proceso de enfermedad, y que deben ser intervenidos de manera integral, en conjunto con su grupo familiar, con el propósito de aliviar su dolor, al otorgarles conocimientos y herramientas para sobrellevar dicho proceso (SEREMI de Salud, 2005)

Los cuidados paliativos, se entienden como el conjunto de acciones continuas, armónicas y complementarias acordadas entre el paciente, el equipo multiprofesional y la familia, abordando las necesidades biopsicosociales y espirituales para asegurar la máxima calidad de vida posible, tanto para el paciente como para la familia de la que es miembro (SEREMI de Salud, 2005)



*“Es mejor saber después de haber pensado y discutido que
aceptar los saberes que nadie discute para no tener que pensar.”*

Fernando Sabater

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

PRESENTACIÓN DEL CAPÍTULO

Este capítulo da cuenta del trabajo de Diseño y Metodología ocupado por el Equipo Seminarista que permitió sustentar y orientar el presente desarrollo investigativo.

Del mismo se desprende las fundamentaciones, desde distintas perspectivas, que muestran los sustentos que sostienen el desarrollo del presente trabajo. Además, se presentan la formulación y delimitación del Problema de Investigación que a su vez permite la elaboración de los Objetivos de Investigaciones que finalmente guiaron el desarrollo del ejercicio de Seminario de Título.

Sumado a lo anteriormente planteado se presentan las características generales que tomó la investigación como su justificación que permite sustentar la toma de decisiones metodológicas tomadas por el equipo seminarista en aspectos tales como tipo de investigación, colectivos de investigación, tipo de muestra, técnicas de recolección de datos y el desarrollo del Plan de Análisis y la debida descripción del trabajo de campo.

Finalmente se presentan los Criterios de Rigor que sustentan la seriedad y validación proceso investigativo desarrollado.

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Fundamentación de la Investigación

A. Perspectiva Institucional

La importancia que recibe desde el Hospital Naval la realización de un Seminario de Título enfocado a la problemática del "Beber Problema" es crucial. Esto fundamentado en dos aristas básicas:

La primera se refiere a la demanda que existe desde las y los usuarios del Hospital por un programa enfocado en esta problemática¹, que permita dar una respuesta integrada a la demanda; ya que si bien existe un recurso humano, financiero y material importante en la Institución, éste no está establecido, ordenado ni traducido en un programa que permita la coordinación de éstos para dar una respuesta oportuna, eficiente y eficaz ante la problemática.

El segundo aspecto, está ligado al ámbito organizacional, en cuanto al cumplimiento de objetivos. Esto apunta a que la respuesta a esta problemática debe ser, por fuerza, articulada desde el Sistema de Sanidad Naval; ya que debido a la estructura legal y administrativa bajo la cual se rige, ésta² imposibilita la comparecencia a un programa para el combate del Beber Problema en la oferta programática existente en el país; ya que la puerta de entrada a este tipo de tratamiento son casi exclusivamente dos:

El primero ligada a los cupos que provienen de instituciones que reciben subvención; no obstante, las y los funcionarios navales y sus cargas, están imposibilitados de acudir porque su dependencia administrativa en salud es ajena a la pública.

La segunda opción es un tratamiento en un centro financiado de manera particular; no obstante los costos emanados de estos tratamientos son muy elevados, llegando a rangos superiores incluso a los \$200.000 mensuales³.

B. Perspectiva Política y Técnica

En nuestro país, al igual que en el resto del mundo, el consumo de alcohol cruza todos los niveles sociales y está presente en mayor o menor medida en todos los grupos etéreos.

La preocupación sobre ésta problemática, se hace manifiesta a través de las configuraciones de distintas políticas y programas que pretenden abordarla. Una de las muestras más importantes respecto de lo anteriormente enunciado, se viene a materializar por medio de las Prioridades de Salud Mental: Abuso y Tratamiento de Alcohol y Drogas (Ministerio de Salud, 2002) en donde se plantea como objetivo el detener el ascenso del consumo de drogas y bajar la dependencia de alcohol en personas mayores de 12 años y como meta en la problemática de Beber Problema, el reducir tasa de prevalencia en 10%.

¹ Revisión de fichas realizadas en Abril de 2009, son 230 las personas que están registradas como "OH" (denominación que se establece al personas que consultan por consumo problemático de alcohol) en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar.

² Ley N° 19.465 publicada el 2 de agosto de 1996 que establece el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas

³ Fabiola Gaete, Asistente Social, Encargada Programa Tratamiento Ambulatorio Básico de Alcohol, Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez, Quillota.

Las distintas estrategias para el abordaje de la problemática delineadas por el Consejo Nacional de Estupefacientes (CONACE) (Centros Ambulatorios Básicos, Intensivos y Residenciales) (Gobierno de Chile, Ministerio del Interior, CONACE, (2008) "Anexo N° 1 del Protocolo" Operativo norma y orientaciones técnico-administrativas de los planes de tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de drogas, no sólo vienen a reconocer lo trascendental de la problemática; sino además, la complejidad en su abordaje y la importancia que posee para la misma de delimitación de un perfil claro de consumo en las y los usuarios.

C. Perspectiva Profesional

Desde una mirada profesional en Trabajo Social, se puede argumentar que es de gran coherencia la asunción de esta problemática como un área de desarrollo e incumbencia profesional. Esto fundado en que el Beber Problema involucra aspectos no tan sólo biológicos e individuales; sino que además psicosociales y familiares.

En este aspecto, el desarrollo del rol profesional de creador y articulador de Política Sociales resulta trascendental para un adecuado cumplimiento de la labor trazada. El aporte que se pueda desprender y distinguir en la configuración de un programa de alcohol diseñado desde nuestra profesión, resulta tremendamente ambicioso, ya que se puede esperar una mirada Bliopsicosocial de la problemática, enriquecida por un aporte y énfasis en aspectos sociales de la misma, propios de nuestro quehacer profesional.

Otro aspecto que se fundamenta, desde el área profesional, es la labor realizada por el Equipo Seminarista y está dado en los Principios Básicos de Trabajo Social ya que éstos son "fundamentos filosóficos de los valores claves que tradicionalmente se consideran el sostén del Trabajo Social" (Banks, 1997, p.39) y que por tanto, al verse reflejados en el espíritu del trabajo de Seminario de Título, explican la relevancia del mismo. Los principios del Trabajo Social que aparecen mayormente desarrollados son:

El principio de Individualización que se desarrolla en tanto se busca "el reconocimiento de las causalidades únicas de cada usuario" (Banks, 1997, p.40), esto ya que se hace una debida caracterización de los Colectivos de Investigación y permite reconocer dentro de su homogeneidad, las particularidades que permitirán dar debida respuesta a su problemática común.

El principio de Aceptación, que se respeta en la medida que apunta a percibir y "tratar a los usuarios tal como son, incluyendo sus virtudes y sus defectos... manteniendo el sentido de su dignidad innata y su valía personal" (Banks, 1997, p.40), logrando a través del Seminario de Título, instaurar un proceso que permitirá la integración de los tres colectivos de investigación, y en especial de las y los usuarios, en una visión conjunta de la problemática identificada para su completa solución.

El principio de Actitud No Enjuiciadora, ya que se propiciará con el ejercicio de Seminario, que tanto los otros Colectivos de Investigación como los propios usuarios y usuarias, entiendan que "no se juzga a los usuarios en sí, sino su conducta" (Banks, 1997, p.40), permitiendo diferenciar claramente entre la problemática y las personas que son afectadas por la misma.

Y por último, el principio de Confidencialidad que es "la preservación de información secreta concerniente al usuario, derribada de la relación profesional" (Banks, 1997, p.40), y que se conjuga al lograr crear instancias, derivadas del ejercicio de Seminario de Título, que propicie una relación profesional que permita el adecuado traspaso de información entre las y los usuarios y la institución.

D. Perspectiva Personal

Desde una perspectiva personal, para el Equipo Seminarista resulta motivador abordar la problemática; debido a que si bien, la piedra angular está dada por el "Beber Problema", se reconoce que la presente investigación permitirá desarrollar aspectos significativos de tolerancia y respeto en el trabajo de áreas tan relevantes y complejas como ésta. Aspectos y experiencias, que en la futura vida profesional enriquecerán y permitirán poseer un mejor cimiento y una gama de experiencias profesionales que se pueden extrapolar en las próximas prácticas laborales. Además, el Equipo Seminarista confía en que el ejercicio, aporte al adecuado desarrollo de las Competencias Profesionales, es decir, que permita disponer de "conocimientos, destrezas y actitudes necesarias para ejercer su propia actividad laboral, resolver los problemas de forma autónoma y creativa y estar capacitados para colaborar en su entorno laboral y en la organización del trabajo" (Bunk 1994 en Carrera 2003, p. 58), en tanto representa el primer ladrillo para consolidar la experticia del equipo, no solamente ante los ojos de los colegas profesionales; sino que además, frente a los propios ojos de los integrantes del seminario, que observan el desarrollo del ejercicio de Seminario de Título como una instancia de crecimiento profesional y por sobre todo personal.

3.2. Formulación y Delimitación del Problema a Investigar

El consumo de drogas, ya sean de carácter lícito o ilícito, es un fenómeno que aqueja en forma conjunta a la sociedad, no encontrándose la Armada de Chile ajena a esta situación.

Bajo esta premisa, el Equipo Seminarista inserto en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, abordarán la problemática del Beber Problema, para la formulación de un programa integral, interdisciplinario y abarcativo, desde una mirada biopsicosocial de esta problemática. Para este cometido, se trabajará con las actuales usuarias y usuarios de este Servicio de Psiquiatría que son atendidos bajo tratamiento de alcohol; las y los profesionales que llevan a cabo tal labor y/o aquellos profesionales que posean experticia en tal área y, finalmente, las y los directivos y responsables del Servicio de Psiquiatría y del buen funcionamiento del mismo.

Como ya se esbozó en la estrofa anterior, los tres colectivos seleccionados son:

a. Usuarías y Usuarios: este colectivo representa una fuente de información trascendental; pues muestra como se percibe la recepción misma del actual tratamiento; desde una mirada menos técnica, pero más ligada a la significación receptiva del proceso de intervención. Además, al considerar a este colectivo se cierra efectivamente el proceso de retroalimentación de información en cuanto a los tres colectivos involucrados en la intervención.

b. Profesionales: este colectivo fue considerado debido a la directa o indirecta implicancia que posee en la implementación del programa y en los lineamientos u orientaciones del mismo. Esto otorgará una perspectiva de opiniones más técnicas, teóricas y especializadas en el fenómeno de alcohol y en su actual forma de abordaje.

c. Directivas y Directivos: este colectivo representa la oportunidad de recoger la visión institucional; tanto del fenómeno de alcohol como de la forma de abordaje que actualmente se le da al mismo. Esto permitirá no sólo reconocer lo anteriormente señalado, sino además, reconocer las implicancias y significados a un abordaje futuro del fenómeno por parte de la institución.

En síntesis, se busca que los tres colectivos de investigación anteriormente delimitados contribuyan a la conformación de una mirada general del actual proceso de intervención del que son parte. Se pretende lograr, de esta forma, absorber sus conocimientos configurados desde lo vivencial para así configurar una mirada global de la problemática, es decir, se busca deconstruir para construir nuevos conocimientos constantemente, o sea, se busca desestabilizar el orden actual, para así generar un nuevo conocimiento.

Visto bajo esta premisa, es que la delimitación del problema a investigar está dada de la siguiente forma:

“El desconocimiento de los significados y prácticas que reconocen las y los, usuarios, profesionales y directivos del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef, acerca del tratamiento y rehabilitación en consumo de alcohol del que forman parte”.

La importancia del abordamiento de ésta problemática radica en la incapacidad del actual proceso de intervención llevado a cabo en el Servicio de Psiquiatría para dar adecuado cumplimiento a las necesidades de las y los usuarios que demandan atención debido a las consecuencias acontecidas por la problemática del "Beber Problema", y la consecuente búsqueda de la institución para mejorar esta situación y dar adecuado abordamiento a la actual situación.

Es preciso destacar que en el desarrollo de este proceso, no se abordará otro tipo de drogas, pues, el consumo de cualquier sustancia ilícita, se encuentra sancionada por los reglamentos de la Institución, además de que el público destinatario podría ser mayormente reticente a la participación en el programa, ya que su fuente laboral se vería fuertemente peligrada.

3.3. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son los significados que le atribuyen comparativamente las y los usuarios, directivos y profesionales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, con respecto a los modelos de intervención en consumo de alcohol de los que son parte?
- ¿Cuáles son los significados que le atribuyen comparativamente las y los usuarios, directivos y profesionales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar a los niveles de intervención profesional en salud respecto al consumo de alcohol de los que son parte?
- ¿Cuáles son los significados que le atribuyen comparativamente las y los usuarios, directivos y profesionales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar a las actividades de Intervención en el consumo de alcohol de los que son parte?
- ¿Cuáles son las prácticas que declaran comparativamente las y los usuarios, directivos y profesionales de servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, con respecto del enfoque de salud?

3.4. Objetivos de Investigación

Objetivo General

➤ Comprender y analizar comparativamente entre las y los usuarios, directivos y profesionales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar los significados que atribuyen y las prácticas que declaran en relación a la intervención en consumo de alcohol del que son parte.

Objetivos Específicos

➤ Identificar y analizar las prácticas que declaran las y los usuarios, directivos y profesionales del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, con respecto del enfoque en salud del que son parte.

➤ Comprender y analizar los significados que le atribuyen comparativamente las y los usuarios, directivos y profesionales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar a los modelos de intervención en consumo de alcohol del que son parte.

➤ Comprender y analizar los significados que le atribuyen comparativamente las y los usuarios, directivos y profesionales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar a los niveles de intervención en el consumo de alcohol del que son parte.

➤ Comprender y analizar los significados que le atribuyen comparativamente las y los usuarios, directivos y profesionales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar a las actividades de Intervención en el consumo de alcohol del que son parte.

3.5. Enfoque de Investigación

La investigación realizada se define como cualitativa ya que busca conocer y comprender los significados que le atribuyen los actores involucrados al programa de alcohol del Servicio de Psiquiatría, desde su subjetividad, utilizando técnicas de recolección de datos sin medición numérica, y que permita dar cuenta de una visión integral y global del estudio. Se pretende entender los fenómenos en estudio desde la perspectiva de los distintos actores (en este caso Colectivos de Investigación) involucrados, es decir, lo que las personas describen como importantes y significativos.

En profundidad se procurará estudiar la experiencia, en torno a la temática, que expresan tanto las y los usuarios, directivos como profesionales involucrados, en base a sus distintos perfiles y también en su aporte como conjunto, ya que se entiende que éstos, como parte de la organización seleccionada, pertenecen y adoptan patrones de una cultura o sistema social que tiene un modo único y particular para entender cosas y eventos. (Colby, 1996), estos modelos culturales funcionan como marcos que guían y afectan la conducta humana.

El estudio será además Exploratorio y Comparativo Normativo, ya que el fin es lograr familiarizar fenómenos relativamente desconocidos, por cuanto no existe otra investigación, en la región, que aborde el colectivo en estudio en la temática seleccionada, indagando en la opinión y experiencia que los actores tienen respecto del problema (Baptista, Fernández, Hernández 2003). Además será Comparativo, puesto que el método comparativo suele ser utilizado en un estadio temprano de la evolución de un campo de investigación, cuando se intenta salir del nivel inicial de los estudios de caso exploratorios a un nivel más avanzado de estructuras teóricas generales o leyes, como invariantes, causalidad o evolución. Sumado a lo anteriormente planteado también será Normativo, puesto que en el análisis normativo se apunta a que uno de los criterios

principales de carácter evaluativo sean aspectos como la "satisfacción", la "utilidad" etc. Conjuntamente, el objetivo final es encontrar no sólo el mejor objeto existente, sino también mejorar los similares más tarde. Es decir, se espera que el análisis comparativo de argumentos para el planeamiento de mejoras en circunstancias o productos existentes. (Routio, 2007).

3.6. Colectivo y Muestra

➤ Colectivo y Tipo de Muestra

El colectivo que estará sujeto a la investigación está dado por las y los usuarios, directivos y profesionales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar. Para esto se idearon diferentes criterios y perfiles de inclusión para cada uno de los colectivos que se señalaran posteriormente.

Para la selección de los informantes-claves de la investigación, se basará en el caso ideal típico, el cual se define como "un procedimiento en el que el investigador idea el perfil de caso mejor, más eficaz o más deseable de una población y, posteriormente, encuentra un caso del mundo real que se ajusta a aquél de manera óptima" (Goetz y LeCompte, 1988, p.102). De acuerdo a lo anterior, se establece una serie de criterios o características de los sujetos, que sean relevantes para el problema en estudio, que poseen claramente el conocimiento, la experiencia o las situaciones que se analizarán y estudiarán, en fin, que apunten a la consecución de los objetivos de la investigación.

➤ Representatividad de la Muestra Cualitativa

En concordancia al enfoque cualitativo de la investigación, la muestra será seleccionada según los criterios de muestra cualitativa o teórico, cuya representatividad está dada por la Saturación, para el colectivo de los Usuarios, la cual viene a significar "la imposibilidad para encontrar nuevos datos que añadan nuevas propiedades a una categoría" (Rodríguez, Gil y García 1996, p.142), por tanto, se delimita el número de entrevistas de acuerdo a la información que proporcionen hasta que se produzca la saturación en el discurso. Ahora bien, en los colectivos de las y los Profesionales y Directivos, la representatividad será Socioestructural, por cuanto posibilita a la muestra cualitativa reproducir las características principales del universo, es decir, ser un reflejo del mismo, de tal modo que estudie, describa y explique al objeto de estudio. El concepto de representatividad es de orden estructural, es decir, en la muestra cualitativa deben estar representadas las relaciones que configuran socialmente el objeto de estudio (Navarrete, 2000). Cada unidad seleccionada expresa la posición diferencial que ocupa en la estructura social del objeto de estudio, y todas juntas reproducen en su composición y dinámica las situaciones sociales del objeto. El acceso se manifiesta desde la comprensión de las relaciones sociales relevantes (Bertaux y Bertaux-Wiame, 1993).

3.7. Criterios de Inclusión Criterios de Segmentación: Perfiles de Entrevistados

En la presente investigación se reconocen tres actores básicos, los cuales se identifican y describen a continuación:

Perfil Usuarías y Usuarios:

- Mayor de 18 años.
- Que sea activa o activo de las Fuerzas Armadas o de Orden y Seguridad, o en defecto una carga del mismo
- Que haya sido atendida o atendido en el Servicio de Psiquiatría a causa de alcohol, dentro de los últimos 12 meses
- Que declare voluntariamente su intención de participar en la investigación.

A. Perfil de Profesionales:

- Que sea profesional del médica, psicológica y/o social.
- Que a lo menos posea un año de ejercicio de su profesión en dependencias del Hospital Naval
- Que dentro de su quehacer profesional, dentro del Hospital Naval, esté involucrado/a en la atención (directa o indirecta) de las y los pacientes de alcohol.
- Que declare voluntariamente su intención de participar en la investigación.

B. Perfil Directivas y Directivos:

- Que su labor profesional en el Hospital Naval sea con una experiencia de a lo menos un año.
- Que sea directiva o directivo del Servicio de Psiquiatría, o en su defecto un superior directo del mismo.
- Que declare voluntariamente su intención de participar en la investigación

3.8. Criterios de Rigor

Los criterios de rigor establecidos, y los procedimientos por medio de los cuales se harán efectivos los mismos, se declaran en la presente tabla:

Tabla 3.1 Criterios de Rigor

| ASPECTO/ VALOR | CRITERIO DE RIGOR | DEFINICIÓN | PROCEDIMIENTO |
|----------------------|-------------------|--|--|
| Verdad | Credibilidad | Valor de verdad de la investigación, en términos de que sea creíble. | -Trabajo prolongado en el mismo lugar. -Triangulación de Fuentes Con red Institucional de la temática de alcohol; con profesionales, directivos y usuarios del programa de la intervención Psiquiatría del Hospital Naval |
| Aplicabilidad | Transferibilidad | Grado en que pueden aplicarse los descubrimientos de la investigación a otros sujetos y contextos. | -Muestreo teórico; se refiere al esquema conceptual sobre el cual se construyen perfiles que se esperan discursos diferentes dentro de la población o contexto de estudio. |
| Consistencia | Dependencia | También se denomina consistencia, y trata de la estabilidad de los datos. | -Répica paso a paso. -Juicio de Expertos |
| Neutralidad | Confirmabilidad | Hace referencia a la neutralidad. | -Ejercicio de reflexión |

Fuente: Castañeda (2006)

3.8. Técnica de Recogida de la Información

Las siguientes técnicas e instrumentos, permitirán levantar información relevante, en cuanto a los significados que poseen los diferentes colectivos de investigación, de acuerdo a los procesos de intervención desarrollados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef en torno a la temática de alcohol y, posteriormente, analizar y describir éstos significados de acuerdo a los diferentes discursos emitidos por los colectivos de investigación.

Las técnicas e instrumentos definidos, para la recolección de datos, en concordancia al tipo de investigación, serán:

A. Entrevista Semiestructurada:

En esta técnica, Contreras (2007, p. 23) cita a Carrasco y Morales (2003) "El/la entrevistador/a queda libre para adoptar el orden y la forma de las preguntas, lo que facilitaría contar con información homogénea y comparable. Asimismo, está permitido anticipar y cerrar brechas lógicas en la información. Por esta razón, es posible adaptar la fraseología de las preguntas, adaptándola a los contextos en que se realiza una entrevista" Por medio de esta técnica se pretende identificar, en los diferentes colectivos de investigación, (las y los directivos, profesionales y usuarios del servicio de Psiquiatría), las prácticas que identifican y los significados que otorgan de acuerdo a diferentes temas establecidos y profundizar en ellos, de acuerdo a lo que se va manifestando en su discurso particular.

B. Análisis de Documentos

Esta técnica consiste en la revisión de las fichas clínicas de las y los pacientes atendidos por problemas de alcohol, y de las estadísticas de las y los profesionales, por pacientes ingresados por consumo de alcohol. Este ejercicio, permite establecer perfiles de las y los usuarios, en cuanto a diferentes categorías, como edad, sexo, actividad, como también, algunas apreciaciones sobre la atención que se desarrolla en el Servicio de Psiquiatría, en cuanto a la atención otorgada, la frecuencia, y la continuación de ésta.

C. Observación no Participante

Consiste en la toma de contacto del observador con la comunidad, el hecho o grupo que se va a estudiar, pero permaneciendo ajena a la situación que observa (Baptista, Fernández, Hernández, 2003). El carácter externo y no participante de este tipo de observación no quita que ella sea consciente, dirigida y ordenada hacia la finalidad propuesta, de lo contrario. Esta observación será realizada en las diversas instancias que contempla el Programa de Alcohol del Servicio de Psiquiatría y algunas actividades que desarrolla la red institucional, relacionadas con la problemática.

3.9. Plan de Análisis

A. Procedimiento de Análisis de la Información

El procedimiento de estudio de la información es guiado por el proceso de análisis cualitativo, que comprende las siguientes fases:

- Segmentación de los datos en unidades relevantes y significativas
- Reducción de los datos en sistemas de categorías.
- Disposición de los datos en gráficas descriptivas.

- **Identificación de Prácticas en cuanto al Enfoque de Salud:** se entiende por los procedimientos desarrollados por las y los profesionales a cargo del programa de Beber Problema, y que dan cuenta de intervención en salud bajo algunos de los enfoques.

- **Significado de los Modelos de Intervención:** entendido como la apreciación que tienen las y los directivos, profesionales y usuarios del Servicio de Psiquiatría acerca de los modelos establecidos para la intervención en la problemática de Beber Problema.
- **Significados de las Niveles de Intervención Profesional en Salud:** se refiere a apreciación que tienen las y los directivos, profesionales y usuarios del Servicio de Psiquiatría respecto a los distintos niveles del accionar profesional, entendiéndose por estos, los niveles de prevención y promoción, tratamiento, y rehabilitación ejecutados en torno a la problemática del Beber Problema.
- **Significados de las Actividades de Intervención:** se refiere a las tareas que realizan las y los profesionales y directivos del Servicio de Psiquiatría para abordar el Beber Problema.

Tabla 3.2 Plan de Análisis

| VARIABLE | CATEGORÍA | SUBCATEGORÍA |
|-------------------------------|----------------------------------|---|
| ENFOQUES DE ATENCIÓN EN SALUD | Modelo Biomédico | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Predominio disciplinar. ➤ Atención de pacientes de manera aislada ➤ Se basa en la enfermedad y busca la curación de la misma |
| | Modelo Biopsicosocial | |
| MODELO DE INTERVENCIÓN | Modelo de Prevención de Recaídas | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivos de Intervención. ➤ Rol de las usuarias y los usuarios frente al tratamiento ➤ Evaluación y consideración de las situaciones personales y de riesgo. |
| | Modelo de Reducción de Daño | |
| INTERVENCIÓN EN SALUD | Niveles de Intervención en Salud | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoción de la salud ➤ Prevención de la enfermedad ➤ Tratamiento de la enfermedad ➤ Rehabilitación y seguimiento ➤ Cuidados paliativos |
| ACTIVIDADES | Atención Biomédica | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar diagnóstico clínico y evaluación del grado de compromiso biopsicosocial. ➤ Definir y realizar intervenciones terapéuticas y educativas. ➤ Orientación y fomento de reinserción social ➤ Derivar a otros establecimientos que provean de planes de tratamiento más complejos, según corresponda. |
| | Atención Biopsicosocial | |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009

3.10. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

A. Lugar y Fecha de Ejecución del Trabajo de Campo e Implementación de Técnicas:

El trabajo de campo se realizará entre los meses de Junio y Julio del año 2009. Se realizará un número indefinido de Entrevistas Semi-estructuradas, el cual se determinará por la saturación de la información recolectada por éstas. Además se realizará paralelamente, durante el tiempo que perdure el trabajo de campo, Observación no Participante sobre las acciones que se lleven a cabo por los colectivos de investigación involucrados. De forma complementaria se utilizará la técnica de Análisis Documental, dirigida al estudio de Fichas Clínicas del Servicio de Psiquiatría donde se registran datos, historias y comportamientos de las y los usuarios tratados por la problemática de Beber Problema. El lugar bajo el cual se desarrollará el trabajo de campo está dado por las dependencias del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef; no obstante lo anterior, en función de la disponibilidad de tiempo y comodidad de los sujetos, también se considera la posibilidad de ejecutar ciertas técnicas en los domicilios particulares de éstos, por ejemplo en el caso de las y los usuarios.

➤ Alcances Entrevistas Semi Estructuradas

Tabla 3.3 Alcance entrevista semiestructurada

| ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS | | |
|----------------------------------|---|---|
| Nivel Directivo | <ul style="list-style-type: none"> - Directora Servicio de Psiquiatría. - Enfermera Supervisora de Policlínico Psiquiatría - Enfermera Supervisora de unidad de atención Psiquiátrica Hospital Naval | <p>Las entrevistas se elaborarán apuntando a lograr recoger información sobre la experiencia y opinión, ante de las acciones llevadas a cabo en el Servicio, para enfrentar las demandas de atención por Beber Problema, desde el rol directivo, y reconocer así la factibilidad que sienten sobre crear instancias para mejorar el actual proceso de atención.</p> |
| Nivel Profesional | <ul style="list-style-type: none"> - Asistente Social - Psiquiatra | <p>Se busca recoger información acerca de su experiencia personal con la temática, el tratamiento del mismo, y conocer su opinión profesional sobre ésta, según la experticia de los mismos.</p> |
| Nivel Usuarios y usuarios | <ul style="list-style-type: none"> - Las y los Funcionarios Activos - Familiares de funcionarias y/o funcionarios que se atiendan en el Servicio de Psiquiatría. | <p>Las entrevistas se orientarán a conocer los significados que le otorgan a la atención de consumo de alcohol en el servicio, y lo que esperan del mismo.</p> |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009

➤ Alcances de Análisis Documental

Tabla 3.4 Alcances Análisis Documental

| ANÁLISIS DOCUMENTAL | | |
|------------------------|---|---|
| Fichas Clínicas | <ul style="list-style-type: none"> - Las y los Funcionarios Activos - Familiares de las y los funcionarios que se atiendan en el servicio de Psiquiatría. | Se realizará un análisis de todas las fichas clínicas existentes en el Servicio de Psiquiatría, en donde se haya realizado algún tipo de atención a causa de Beber Problema, con la finalidad de generar perfiles de usuarias y usuarios en base a sus propios tipos , ordenando la información disponible para lograr generar una identificación de las principales características de éstos |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009.

➤ Alcances Observación no participante

Tabla 3.4 Alcances Observación no participante.

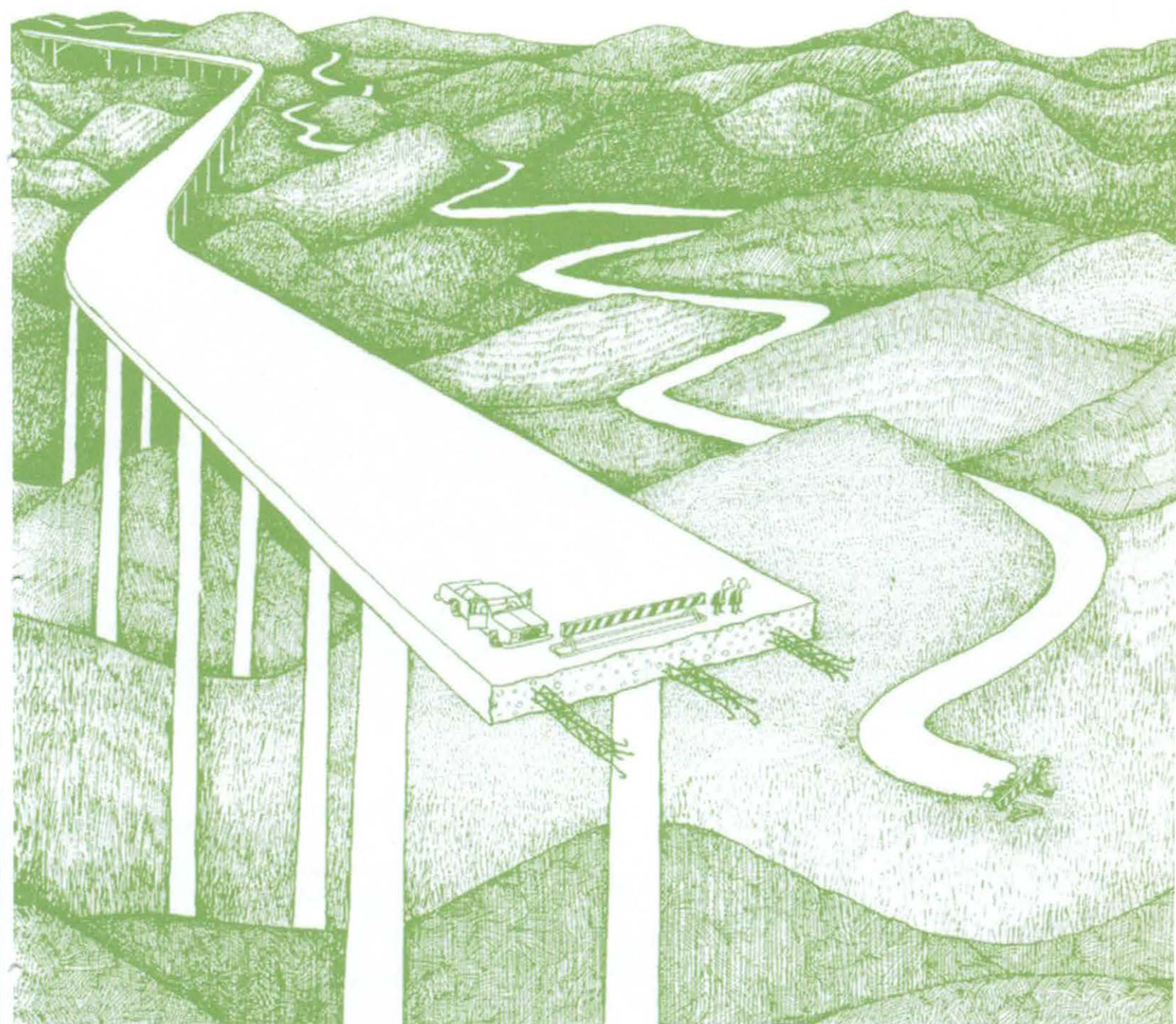
| OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE | | |
|---|---|--|
| Atenciones Clínicas | <ul style="list-style-type: none"> - Asistente Social - Psiquiatra - Usuarías y Usuarios | Se observaran las atenciones individualizadas o familiares que se realicen con las y los paciente en el Servicio de Psiquiatría, bajo el Programa de Alcohol, ya sea desarrolladas por las y/o los distintos profesionales. |
| Visitas Domiciliarias | <ul style="list-style-type: none"> - Asistente Social - Usuarías y /Usuarios | Se realizará una observación a las visitas domiciliarias que desarrolla la Asistente Social del Servicio a las y los diferentes usuarios según corresponda en el proceso de intervención. |
| Reunión de Equipo de Servicio de Psiquiatría. | <ul style="list-style-type: none"> - Profesionales del Servicio de Psiquiatría. | Se observará las reuniones de equipo clínico que se desarrollan semanalmente en el Servicio a nivel general para observar como interactúan los profesionales entre ellos mismos y éstos últimos para con las y los directivos. |
| Actividades Desarrolladas por la Red Institucional en Torno a la Problemática. | <ul style="list-style-type: none"> - Instituciones Viña del Mar- Valparaíso | Se realizarán observaciones a las distintas actividades que desarrollan éstas instituciones y a los procesos de intervención que se llevan a cabo. |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009.

B. IMPLICANCIAS ÉTICAS

A fin de proteger la confidencialidad de la información, y de las propias fuentes que la entreguen, cada participante será identificado/a con un código que permita hacer reserva de su identidad, aspecto que será declarado antes de la aplicación de los instrumentos a todos los colectivos involucrados en los mismos. Sumado a lo anteriormente declarado, y como ya se hizo manifiesto en los Criterios de Inclusión, la participación en la investigación será de carácter totalmente voluntaria, respetando ante todo la subjetividad e individualidad de los y las participantes.

"Lo que sería excelente es combinar el conocimiento de los profesionales con nuestra experiencia" (H-1)



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

PRESENTACIÓN DEL CAPÍTULO

El capítulo que a continuación se desarrolla, detalla los resultados obtenidos a consecuencia de la investigación realizada y sus objetivos propuestos.

En este apartado se desarrolla el plan de análisis previsto por el equipo seminarista y que da cuenta de los procesos de intervención desarrollados por el Servicio de Psiquiatría para el abordaje del Beber Problema.

De igual manera también se exponen los principales hallazgos de la investigación que no se encontraban considerados dentro de la estructura investigativa, pero que fueron dados con la aplicación de los instrumentos utilizados, los cuales dan una mirada más amplia de la situación abordada.

Por último este capítulo y la información que contiene da pie para la conformación de una propuesta programática que pretende mejorar las intervenciones actualmente desarrolladas, atendiendo las necesidades reflejadas en la investigación.

4.1. CATEGORÍA DE ANÁLISIS: ENFOQUE DE SALUD

A. Sub-categoría de Análisis: Predominio Disciplinar

Cuadro 4.1 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre predominio disciplinar

| DIRECTIVOS/AS | PROFESIONALES | USUARIAS/OS |
|---|--|--|
| <i>"Una vez que se desintoxicó, que el médico le mejoró los parámetros generales de la parte de médica y una vez que el paciente está preparado, partimos con tratamiento de Antabus" (D-3)</i> | <i>"El enfoque mío es netamente biológico, centrado en la farmacología, mi labor es la parte diagnóstica, la evaluación física, pedirle los exámenes de sangre y ver la parte farmacológica" (P-1)</i> | <i>"Me preguntó cómo me había sentido, si había tomado o no, obvio que no, si llevaba un par de días de hospitalizado, si me sentía bien, algún problema, ah y me dijo 'esto es pa' largo', y me dio unos remedios que me tenía que tomar" (U-2)</i> |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

Por medio de los anteriores fragmentos significativos, se evidencia una clara concordancia entre los tres colectivos de investigación. Éstos dan cuenta de un predominio de enfoques biomédicos por sobre biopsicosociales, principalmente en cuanto al entendimiento como al abordaje del fenómeno de alcohol.

En el caso del Colectivo de Directivos Y Directivas, las prácticas se ligan a una estabilización de signos vitales, evaluación de los mismos y régimen farmacológico; dando cuenta, además, del abordaje de la problemática sólo al momento de ocurrencia de un hecho grave como una intoxicación o el desencadenamiento de problemas sociofamiliares a consecuencia del abuso del consumo de alcohol. Estas prácticas concuerdan plenamente con lo declarado por las y los Usuarios, quienes no visualizan una atención integrada e interdisciplinaria de la problemática que los aqueja.

Desde las y los profesionales, se reconoce este predominio y además, la práctica de suministrar un tratamiento farmacológico y de evaluación física, son consideradas como herramientas centrales en el tratamiento. Si bien es cierto, y como queda en constancia en las Pautas de Observación Simple (POS) P.2.1 y P.2.2, si se realizan prácticas de corte más psicosocial como la visita domiciliaria, éstas siempre se realizan principalmente como métodos de apoyo al trabajo biomédico, lo cual es reconocido por los tres colectivos.

En relación a lo anterior, se puede inferir la idea de concebir al Beber Problema como una patología de carácter biológico, desestimando sus causas y consecuencias en ámbitos no sólo referentes a la tradicional concepción de salud (Enfoque biomédico), sino también a aspectos ligados a la vida familiar y social de los individuos, sin una mirada ecológica del fenómeno. Las prácticas desarrolladas en la Institución, se ligan a una idea que se aleja de los objetivos planteados por las políticas nacionales e internacionales de la problemática, puestos que éstas, plantean plasmar en el tratamiento la coexistencia de los planos biológico, psicológico y social. Todo lo anterior se traduce en un desaprovechamiento de parte del capital profesional con que cuenta el Servicio de Psiquiatría (de tipo psicosocial), por lo que se ve afectada la capacidad de respuesta y una sobrecarga para los profesionales de tipo biológico, no produciéndose una mirada más amplia desde lo disciplinario, visualizando al aporte de otras disciplinas como perimetrales y complementarias al tratamiento farmacológico.

A pesar de que cada profesional debe estar especializado en un área determinada, se reconoce en la actualidad la necesidad de intervenir desde una perspectiva interdisciplinaria, complementaria y sinérgica. Esto,

ya que permite una complementariedad profesional que contribuya a comprender y abordar a la problemática de consumo de alcohol desde todas sus aristas (biológico, psicológico, social, familiar, etc.) permitiendo un mejor pronóstico de cada usuaria y usuario; además, la complementariedad permitirá desarrollar desde el quehacer disciplinario de cada profesional, diagnósticos y tratamientos más cabales; y desde el trabajo mancomunado configurar un trabajo que vaya más allá del sólo trabajo de profesionales, sino que estos mismos configuren un trabajo propio, desde su labor integrativa y apoyados en la interdisciplinariedad durante todo el proceso de atención de las y los usuarios.

Lo anterior tiene cobra sentido, pues permite el reconocimiento de los factores asociados al consumo (características personales e interpersonales), factores de riesgo asociados al mismo, factores protectores y consecuencias acarreadas por esta problemática (físicas, económicas, laborales, etc.); además, la naturaleza multidimensional de la problemática de alcohol, no contribuyendo así a un pensamiento que de cuenta de una mayor democratización en el saber de distintas disciplinas que pueden aportan en el abordaje de la misma.

Todos los anteriores aspectos no son reconocidos en las prácticas evidenciadas por los colectivos de investigación y se condicen con la experiencia internacional que aboga por la utilización de un enfoque biopsicosocial de intervención y comprensión del fenómeno, sino más bien, las prácticas se ligan a un aislamiento disciplinario, desde lo netamente biológico, asumiendo a otras disciplinas sólo como complemento del primero.

B. Sub-categoría de Análisis: Tipo de atención a pacientes

Cuadro 4.2 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre la atención de pacientes

| DIRECTIVOS/AS | PROFESIONALES | USUARIAS/OS |
|---|---|--|
| <i>"Me siento ahí como un poco en desmedro porque no te podría decir lo que hace la doctora, te podría decir, yo supongo que maneja la psicopatología del paciente, la ansiedad, un poco la depresión, no te puedo decir exactamente" (D-3)</i> | <i>"La Asistente Social, ella es quien hace algunas veces algunas charlas, hace reuniones con los pacientes, tengo entendido que alguna, alguna vez con alguna enfermera que hemos tenido, han hecho visitas también a Alcohólicos Anónimos." (P-1)</i> | <i>"Es que nunca más me citaron, nunca más me citaron con la Asistente Social..." "...pienso ahora que tal vez para el profesional o para la doctora tratante digamos, era suficiente que yo siguiera mi tratamiento no más, sin el apoyo de terceros" (U-5)</i> |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

Por medio de los anteriores fragmentos, se puede observar una plena concordancia entre los colectivos de investigación, puesto que todos identifican prácticas ligadas a una atención aislada. En primera instancia, aparece un desconocimiento parcial, tanto en los niveles Directivos como Profesional, acerca de las labores realizadas por el equipo que trabaja el tema de beber problema en Psiquiatría; lo cual se evidencia y concuerda posteriormente en las y los usuarios, en tanto no reconocen la o las razones por las cuales sólo son vistos con la Psiquiatra correspondiente, sin el complemento de los otros profesionales como, por ejemplo, la Asistente Social.

Esto viene a ratificar, además, el indicador anterior que plantea la predominancia de una mirada ligada a disciplinas biomédicas por sobre otra más integradora y ecológica del tema. En relación a las posibles causas para este trabajo tan poco integrado del equipo profesional, se podría inferir que la insuficiencia de reuniones del equipo de profesionales que posibiliten una acción más coordinada, integrada y complementaria de sus labores, explicaría las actuales condiciones de trabajo desde un parcial aislamiento profesional. La inexistencia de estas

instancias de retroalimentación profesional y disciplinario claramente viene a contribuir al desconocimiento de las acciones profesionales llevadas a cabo por los otros integrantes del equipo de salud; además, de la falta de una adecuada derivación hacia todos los profesionales que conforman el equipo, centrando el accionar del actual programa solamente en la acción biomédica de la Psiquiatra y mirando el aporte profesional del resto del equipo sólo como un complemento no necesariamente indispensable.

Todo lo anterior, claramente está en desmedro del tipo de atención profesional que se debiese llevar a cabo dentro de un programa para bebedores problema, el cual debiese ligarse a una atención que si bien apuntará a la dimensión individual de la problemática, esta dimensión no debiese desconectarse del marco familiar y social de los individuos que la padecen.

C. Sub-categoría de Análisis: Objetivo trabajo profesional

Cuadro 4.3 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre objetivo de la atención.

| DIRECTIVAS/OS | PROFESIONALES | USUARIAS/OS |
|--|---|--|
| <i>"Ahora ya es evidente que se trata de mantener funcionalmente al individuo ya...y que ese hábito de beber no desestabilice o se vuelva a re estabilizar de alguna manera el sistema familiar" (D-1)</i> | <i>"Desde la perspectiva de Trabajo Social eh... mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno inmediato, familia o ambiente laboral, y... desde la perspectiva médica aspirar a la abstinencia." (P-2)</i> | <i>"Mira... el programa esta bueno... pero resulta que a una la mantienen con puras pastillas po... y si a una la sacan del alcohol... y la manejan con pastillas... para dormir, llevo catorce años con el famoso ravotril y la fluoxetina para darme ánimo"(U-7)</i> |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

En una primera instancia, todos los colectivos plantean que las prácticas se centran claramente en el tratamiento de una enfermedad ya instalada o declarada, y no otorgan prácticas actuales ligadas a la prevención ni a la promoción. No obstante, los Colectivos de las y los Profesionales y Directivos, plantean tratar de abordar esta problemática, desde una mirada más integradora y sistémica, reconociendo un primer momento que se debe trabajar no sólo con el paciente, sino además, con su familia. Sumado a lo anterior, plantean claramente un trabajo (desde lo profesional) biopsicosocial, puesto que se intentaría avanzar más allá de la mera abstinencia, sino que también en el entorno y ámbito familiar del paciente.

A pesar de lo anterior, el Colectivo de las y los Usuarios sólo reconoce prácticas ligadas a un tratamiento farmacológico y con severas consecuencias acarreadas por el mismo, desconociendo los trabajos más integrales planteados por los otros dos colectivos.

Si bien es cierto, se entiende que el quehacer u objetivos de las actuales labores profesionales están dirigidas al tratamiento en sí de la problemática ya instalada, tanto en un nivel de recuperación como de rehabilitación, no entrelazándose con la promoción y prevención; también se debe plantear esta tendencia a tratar esta situación y no prevenirla como una muestra más de predominio de prácticas basadas en el enfoque biomédico por sobre otros como el biopsicosocial.

En razón de lo anterior, resulta contraproducente la dualidad de discursos entre los colectivos de investigación, lo cual puede estar ligado principalmente a dos premisas. La primera a que sí, efectivamente, se trabaje con el paciente y su familia y desde diferentes aportes disciplinarios, pero que el trabajo sea tan descoordinado y poco constante que no a todos los pacientes efectivamente sean atendidos bajo ésta

perspectiva; o la segunda premisa, que el reconocimiento de prácticas ligadas a un trabajo familiar y con el entorno se da sólo en el discurso, no llegándose a realizar efectivamente el trabajo en estos términos; es decir, que exista una intención de trabajo integral, pero que finalmente no se lleve a cabo en esos términos.

La falta de un mayor énfasis en los niveles promocionales y preventivos, no sólo en la recuperación y rehabilitación, contribuye al poco dinamismo del quehacer profesional, limitándose además, las prácticas profesionales llevadas a cabo para el abordaje de la problemática.

D. Síntesis Categoría de Análisis: Enfoque de Salud

Tabla 4.1 Síntesis Categoría de Análisis Enfoque Salud

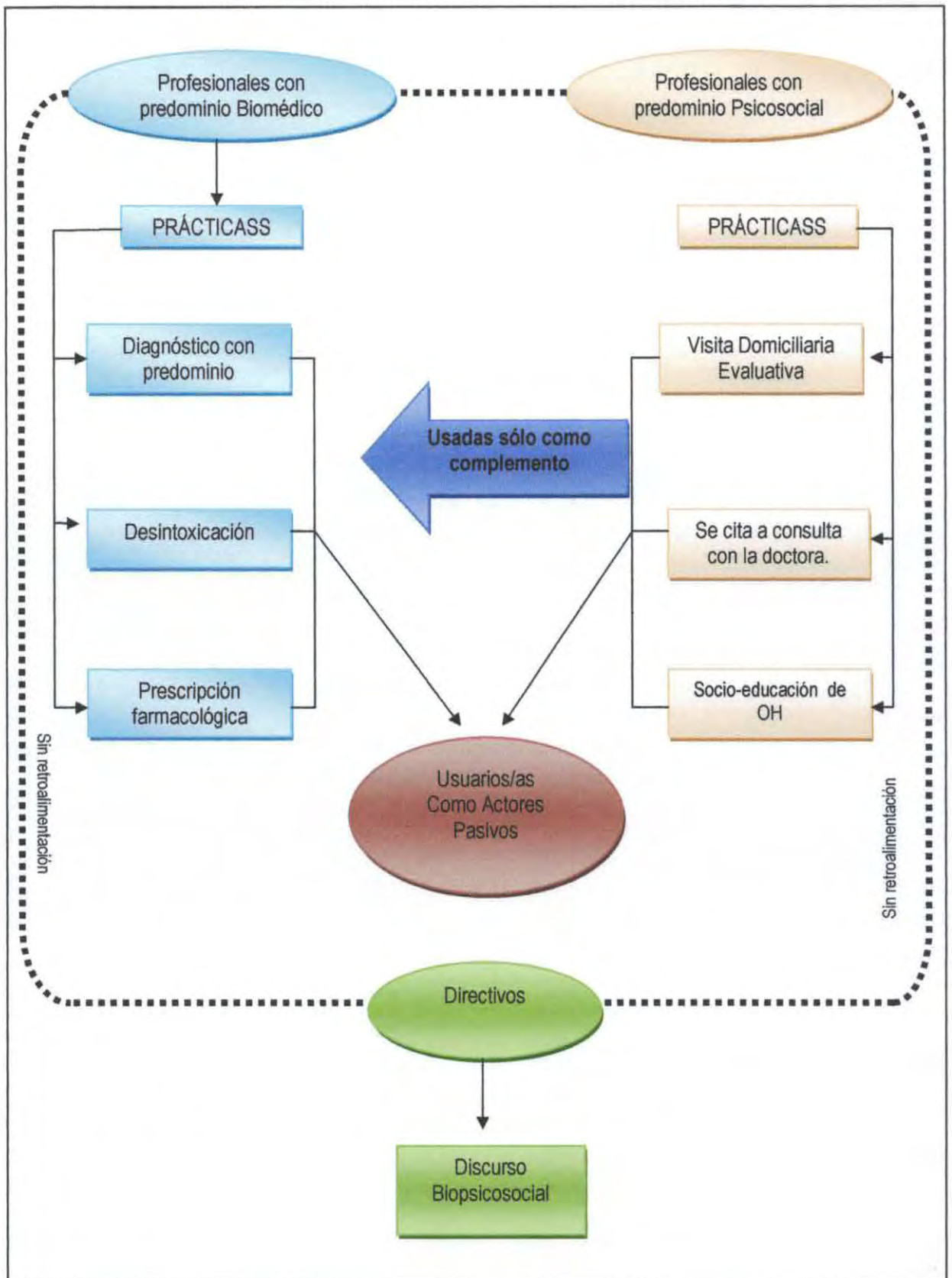
Obj. N°1. "Identificar las prácticas que declaran las y los usuarios, profesionales y directivos/os del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar que den cuenta del enfoque en salud del que son parte."

| INDICADORES | DIRECTIVAS | PROFESIONALES | USUARIO/AS | CONCLUSIÓN |
|--|--|---|--|---|
| Predominio disciplinar | Reconocen sólo prácticas ligadas a disciplinas biomédicas | Centrados en su quehacer, en la estabilización por medio de tratamiento farmacológico y estabilización de indicadores biomédicos. | Reconocen sólo haber sido sometidos a prácticas ligadas a disciplinas biomédicas | Los tres colectivos de investigación declaran prácticas que se ligan a la tradición Biomédica, sin embargo, si se desarrollan actividades de carácter psicosocial, pero éstas son consideradas como apoyo al tratamiento médico y no obtienen mayor relevancia en el tratamiento. |
| Atención de pacientes de manera aislada | Sólo intuyen las prácticas que desarrollan cada profesional | No reconocen con certeza las prácticas que realizan el resto del equipo profesional | Sólo reconocen al tratamiento biomédico; el apoyo del resto del equipo profesional es sólo complemento del primero. | No existe integralidad profesional ni disciplinaria, se intuye desde los profesionales y directivos las prácticas del equipo profesional, pero no están claramente estandarizadas ni interiorizadas por el conjunto. Los usuarios son beneficiarios pasivos del accionar profesional. |
| Se basa en la Enfermedad y busca la curación de la misma | Se reconocen prácticas que apuntan a lograr la funcionalidad del individuo | Se plantea la existencia de dos miradas; según el acervo profesional. | Reconocen que las prácticas buscan la curación de la enfermedad, pero plantean la existencia de importantes consecuencias. | |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

Por medio la presente representación grafica se puede observar las principales resoluciones del objetivo:

Dibujo 4.1 Análisis Objetivo Especifico N°1



Estas prácticas de trabajo aislado por parte de las y los profesionales, sin una mirada integradora y complementaria, resulta contraproducente en relación a las actuales políticas nacionales e internacionales que abogan, no sólo por el reconocimiento de la problemática del alcohol como un tema multicausal, y con variadas consecuencias en relación a su uso y abuso; sino que también, a la imperiosa integralidad disciplinaria para un fenómeno tan amplio y significativo para la realidad epidemiológica nacional y mundial.

Se puede identificar como una de las principales razones por las cuales se da una mirada limitada, desde la perspectiva del aporte de otras disciplinas para el abordaje de la problemática, la falta de un programa que estructure claramente tanto al equipo profesional como las funciones del mismo, y además la estructuración de diagnósticos y tratamientos elaborados desde la complementariedad.

La propuesta debe apuntar a solucionar necesariamente la no existencia de un programa que determine claramente un modelo de atención conocido y reconocido por el equipo profesional, e incluso por el equipo directivo. Es necesarios además, que plasme, en el accionar profesional, un trabajo interdisciplinario y que considere las reuniones de equipo de trabajo como una instancia para aunar criterios y estrategias profesionales en torno a un enfoque de atención que se ligue con la realidad Biopsicosocial, modelo que en la actualidad guía las intervenciones de salud en la gran mayoría de programas de salud a nivel mundial.

Actualmente prácticas como la realización de un diagnóstico clínico con evaluación del grado de compromiso biopsicosocial, la definición de un plan de intervención de acuerdo al diagnóstico, la realización de intervenciones terapéuticas y educativas dirigidas tanto a la persona afectada como a sus familiares, entre otras, permiten la configuración de una perspectiva más amplia, pues considera variables no sólo de índole biológica; sino también de carácter psíquico, social, cultural y ambiental; o sea, una mirada fundada en el enfoque biopsicosocial.

Sumado a lo anterior, la configuración de actividades que apunten al abordamiento de la problemática desde los niveles de Promoción de la Salud y Prevención, enfocados en la temática de alcohol, permitiría avanzar hacia los necesarios pasos que apunten al cambio de perspectiva desde lo Biomédico hacia lo Biopsicosocial.

4.2. CATEGORÍA DE ANÁLISIS: MODELOS DE INTERVENCIÓN EN CONSUMO DE ALCOHOL

A. Sub-categoría de Análisis: Objetivo de la intervención

Cuadro 4. 4 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre objetivo de la intervención.

| DIRECTIVAS/OS | PROFESIONALES | USUARIAS/OS |
|--|---|---|
| <p><i>"Lo ideal sería lograr la abstinencia, pero en el fondo lo que...lo que se consigue y lo...y lo... y también lo ideal puede verse lo que se acuerde con el paciente de conseguir...ha ese es el trabajo..." (D-1)</i></p> <p><i>"Yo te digo "que no tomen", le hace mal, le hace pésimo para las neuronas para la neurogénesis, pa' todo, pa' la memoria, etc., ojala lograran la abstinencia ya..." (D-1)</i></p> | <p><i>"A ver, lo que buscamos es que en el paciente alcohólico, ojala poder mantener la abstinencia..." (P-1)</i></p> <p><i>... yo diría que en más de un noventa por ciento no es la abstinencia...sino beber con menos daño, quieren beber sin causarle dolor a la persona que quieren, sin ser un problema para la persona que quieren... quieren pasaría bien con un poco de trago sin que necesariamente lleguen a estar curados... jeso el lo que ellos quieren!" (P-2)</i></p> | <p><i>"...inculcarle al paciente que no bebe, que no beba, le ha buscado por todos lados para que yo no beba" (U-2)</i></p> |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

De acuerdo a lo anterior, se visualiza un preponderancia en los discursos de los colectivos, acerca de la abstinencia como objetivo de la intervención, sin embargo, de acuerdo a los relatos de los profesionales, se hace manifiesta una descoordinación en cuanto a los objetivos estratégicos del tratamiento, pues el objetivo depende del actuar disciplinario. Por último, las y los Usuarios perciben el tratamiento enfocado únicamente a la suspensión total del consumo, sin que exista una instancia de conversación en donde se plantean los objetivos y expectativas del tratamiento

Los objetivos de intervención desarrollados en el Servicio de Psiquiatría, del Beber Problema, se puede encasillar en dos modelos preponderantes. En primer lugar, el Modelo de Prevención de Recaidas, el cual pretende la suspensión total del consumo, para lo cual desarrolla estrategias de afrontamiento que permitan garantizar la abstinencia del sujeto frente a situaciones de riesgo. En segundo lugar, el Modelo de Reducción de daños, tiene como objetivo, disminuir las consecuencias negativas del uso de alcohol,

Ahora bien, de acuerdo a lo descrito anteriormente, se desprende la existencia de elementos, que por una parte pertenecen al Modelo de Prevención de Recaidas, como también, dependiendo de el o la profesional, al Modelo de Reducción de Daños. Sin embargo, se puede aseverar que sólo se presentan elementos de los modelos mencionados, puesto que no existen, explícitamente líneas de acción, objetivos, ni alguna instancia que permita establecer e igualar los procedimientos a utilizar y que permitan equiparar y/o complementar la intervención.

De acuerdo a lo anterior, el Modelo de Prevención de Recaidas, se encuentra presente en la medida que se consideran objetivos principales de la intervención, la suspensión total del consumo y el manejo médico de la abstinencia. Sin embargo, se excluyen otros elementos necesarios para la intervención bajo este modelo, como lo son la integración de un tratamiento psicoterapéutico, en el cual se generen estrategias de afrontamiento que garantice la mantención de la abstinencia, pues es un objetivo, que se desplieguen estrategias en el individuo que permitan afrontar las situaciones de alto riesgo que lo induzcan al consumo de alcohol. De igual manera, es

preciso que se evalúe en contexto en el que se desenvuelve la persona, lo que indica el desarrollo de un trabajo interdisciplinario, en el que se vuelve necesaria la incorporación coordinada de profesionales como Asistente Social, Psicólogo/a, entre otros, y que entre éstos, se elabore un plan de trabajo de acuerdo a cada paciente, considerando sus necesidades e incorporando sus entes más significativos. De esta manera, se puede hablar de la instauración del Modelo de Prevención de Recaídas como guía para el tratamiento de Beber Problema.

Por otra parte, si bien, se instaura de manera preponderante la utilización de la abstinencia como objetivo regidor de la intervención, se plantea que "no significa que los abordajes de reducción de daños no consideren la abstinencia, sino solamente una aceptación del hecho de que existen varios abordajes o estrategias posibles que pueden utilizarse para dirigirse a los problemas relacionados con las drogas, siendo los objetivos parciales de la reducción de daños y la abstención dos de aquéllas. El abordaje de reducción de daños del uso de drogas no puede excluir la abstinencia como meta a largo plazo." (Palacios, 2003, p.17). Se cita lo anterior, pues se considera que las y los usuarios que presentan consumo de alcohol de manera perjudicial, y si bien la causalidad de la problemática es múltiples, se pueden identificar ciertos aspectos que son propios de ambiente en donde éstos se desarrollan, como por ejemplo: creencias, mitos y costumbres que favorecen el consumo de alcohol; facilidad para adquirir alcohol; aceptación social, laboral y familiar del consumo de alcohol, factores que facilitan su consumo.

Es por lo anterior, que se precisa la utilización del Modelo de Reducción de Daños, en la medida que permite la integración de elementos como la prevención, tratamiento, elaboración de políticas y estrategias para poder enfrentar los problemas provenientes del uso y del abuso del alcohol; y de esta manera, integrar el ambiente en donde se desarrollan las y los usuarios. Así también, es posible establecer objetivos jerarquizados, que pretendan en un principio, alcanzar metas inmediatas y a corto plazo, que se relacionen con la reducción de daños, y que esta metodología de trabajo procure como meta de intervención final, la abstinencia.

B. Sub-categoría de análisis: Rol de los y las usuarias frente al objetivo del tratamiento

Cuadro 4.5 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre decisiones de las y los usuarios en el tratamiento

| DIRECTIVAS/OS | PROFESIONALES | USUARIAS/OS |
|--|---|---|
| <p><i>"...pero muchas veces uno tiene que acordar con el paciente"</i> (D-1)</p> | <p><i>"...la evaluación va orientada a definir como... bueno, un poco los objetivos y el contrato terapéutico... que es lo que pretenden, que es lo que quieren, que es lo que van a considerar un logro o un éxito, o con que van a considerar que ellos quedan conformes con lo obtenido. Porque de pronto no tienen nada que ver con lo que nosotros creemos como lo bueno para ellos..."</i>(P-2)</p> | <p><i>"...no hubo una instancia en que pudieran compartir tanto doctores como usuarios, era como más jerárquica, más jerárquica total, o sea usted es la doctora, usted es la que manda, usted me da las recetas, yo voy a la farmacia, la compro, me las tomo"</i> (U-1)</p> |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

De lo anterior se desprende una incongruencia entre los relatos de los distintos colectivos, pues, las y los Directivos plantean participación de las y los Usuarios como no estandarizada, si no que se da de acuerdo a ciertas situaciones; en segundo lugar, el colectivo Profesionales plantea la existencia de esta instancia y su

objetivo; y por último, los Usuarios y Usuarías declaran la no presencia de una instancia de conversación entre ellos y los profesionales destinadas a establecer los objetivos del tratamiento.

El fragmento de Usuarios y Usuarías, plantea la relación jerárquica que existe entre ellos/as y las y los profesionales, en donde no se producen instancias que permitan elaborar objetivos de intervención comunes, de acuerdo a ambas perspectivas y en donde el paciente, tome decisiones importantes frente a este proceso que se desarrollará para el abordaje de su problemática. Si embargo, en POS P-2.3, se destaca la conversación existente entre la Asistente Social, quien le pregunta al Usuario sobre las expectativas que tiene de este tratamiento, por lo que se vislumbra, nuevamente, una discordancia entre los Profesionales y los procedimientos y prácticas desarrolladas, entonces, se hace necesario el trabajo interdisciplinarios que instaure un mismo objetivo común, lo que a la vez, beneficia el proceso de intervención desarrollado, pues permite la integración de diferentes disciplinas, perspectivas y también, abordar a la problemática en sus diferentes aristas.

Involucrar al usuario y usuaria como un componente activo de este proceso, se vuelve un objetivo y un procedimiento que no puede ser variable, si no que se precisa la incorporación de las expectativas y los objetivos que poseen las y los principales involucrados, acerca de este proceso de intervención pues son los protagonistas, por lo cual es necesaria la implementación de un plan de intervención individual en donde se plasmen los objetivos y metas comunes, acordados en una instancia de participación, discusión y reflexión, lo cual le otorga una mayor validez por parte de las y los usuarios, permite empoderarlos frente a su propio tratamiento, lo que puede atribuirle una mayor integración, participación y éxito a este proceso.

C. Sub-categoría de análisis: Evaluación y consideración de las situaciones de riesgo, ambientales y personales del usuario y de la usuaria.

Cuadro 4.6 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre aspectos evaluados en las sesiones

| DIRECTIVAS/OS | PROFESIONALES | USUARIAS/OS |
|---|---|--|
| <i>"Tú tienes que lograr un equilibrio con la conducta tanto en su quehacer, ya sea oficio, de profesión o de actividad fuera de la casa del paciente o de la paciente, como también dentro de la casa" (D-1)</i> | <i>"Mi aspiración o objeto de trabajo es él, su familia, en cuanto a los vínculos y las relaciones que tiene; a mejorar la calidad de eso... que no sean pacientes tan diferentes o disruptivos... si el paciente disminuye su consumo de alcohol y eso se refleja en que sus relaciones interpersonales mejoran para mí es un éxito" (P-2)</i> | <i>"El propósito del servicio, de otorgar al paciente las armas para poder enfrentar el día a día con su entorno, con la gente que realmente se comunica más, con los que más participan con uno, me refiero a la familia, amistades, en fin, amigos, en general yo creo q ha sido siempre el propósito y esa es la idea que yo tengo" (U-5)</i> |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

Considerando lo anteriormente expuesto, se desprende la coincidencia en el relato de los colectivos de investigación frente al abordaje de situaciones ambientales y familiares de las y los Usuarios en el proceso de tratamiento.

Al respecto, se considera de suma importancia el que en el proceso de tratamiento, se enfrenten u traten las diversas aristas del consumo Beber Problema, en donde más allá de los aspectos biológicos, se integren y valoricen aquellos ligados a los componentes psicosociales del individuo. Se considera significativo en las normas técnicas que dirigen el tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de drogas, el

abordaje de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, como también la generación de estrategias para afrontar las recaídas. La evaluación y consideración de los distintos elementos que abarca y/o afecta el Beber Problema, permite además conocer cuáles son las características del individuo como también de su consumo. De igual manera, es preciso que se evalúen las habilidades y competencias socio-ocupacionales, entre otras.

Entonces, la consideración de los distintos aspectos, y que el problema de consumo de alcohol sea abarcativo, permite una mayor pertinencia del proceso, como también del modelo de tratamiento a utilizar, pues da cuenta de los factores de protectores y de riesgo que incidirán en la intervención, en el individuo y en cierta manera, incurrirán en delimitación como también en la consecución de objetivos.

D. Síntesis Categoría de Análisis Modelos de Intervención en Consumo de Alcohol

Tabla 4.2 Resumen Categoría de Análisis Modelos de Intervención en Consumo de Alcohol

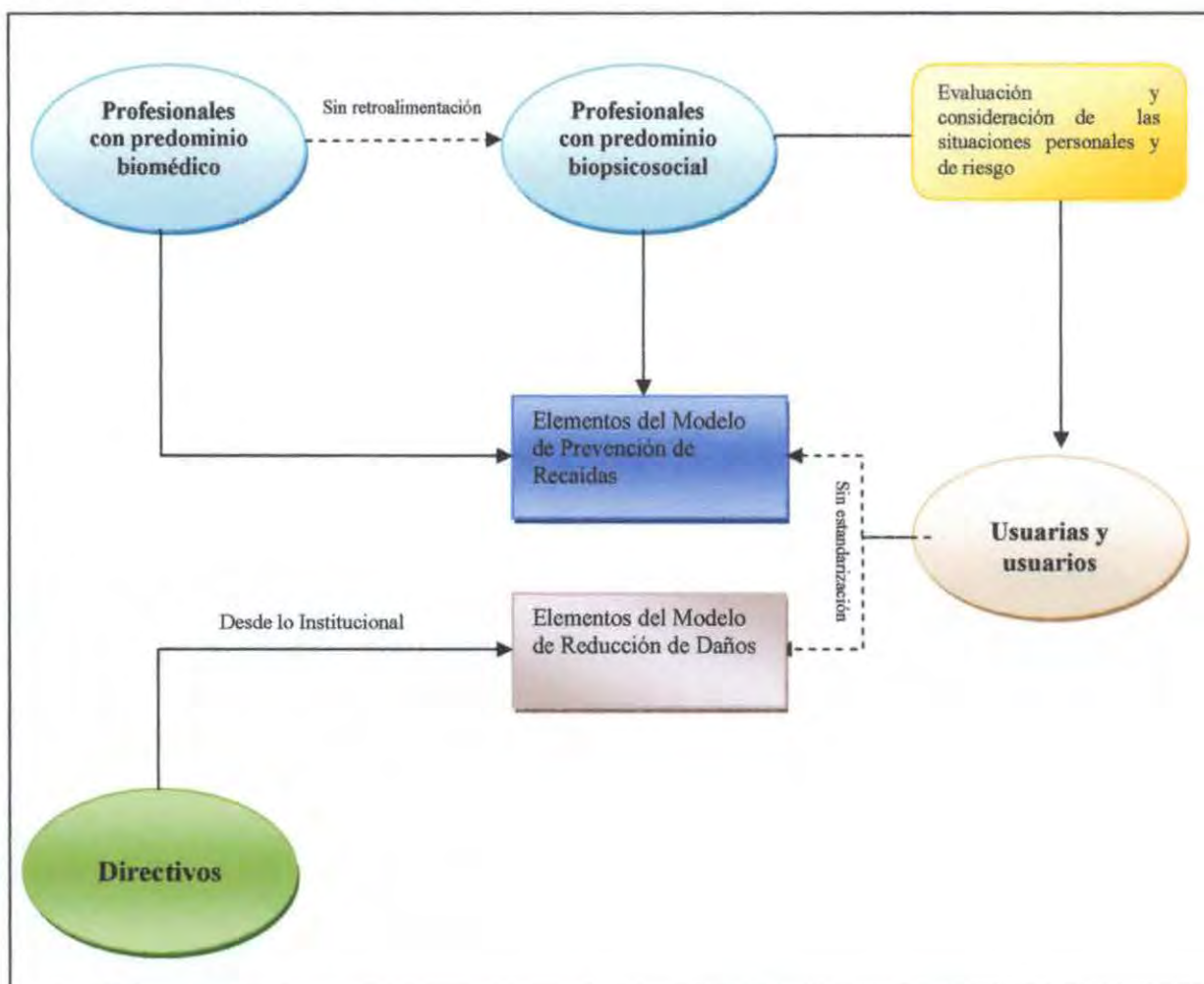
Obj. N°2. "Comprender y analizar los significados que le atribuyen comparativamente las y los usuarios, profesionales y directivas/os del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar a los modelos de intervención en consumo de alcohol aplicados o utilizados en la intervención de consumo de alcohol."

| INDICADORES | DIRECTIVAS | PROFESIONALES | USUARIOS/AS | CONCLUSIÓN |
|---|--|---|--|--|
| Objetivo de intervención | Se plantea que depende de cada caso particular, no obstante, desde lo institucional, el ideal es la abstinencia. | Plantea la dualidad de objetivo dependiendo la orientación disciplinaria de cada profesional. | Plantea como fin la abstinencia, y se reconocen como actores pasivos en la delimitación de su intervención. | No existe un objetivo explícito en ninguno de los tres colectivos de investigación, respecto al objetivo de la intervención, como tampoco un protocolo de los procedimientos a seguir por los profesionales frente a cada paciente, que permitan un tratamiento coordinado y con objetivos trasversales. |
| Rol de las y los usuarios frente al tratamiento | La participación del colectivo de usuarios se da en ciertas ocasiones, no se encuentra estandarizada. | Plantea que la inclusión del usuario en la delimitación de la intervención varía de acuerdo a cada profesional. | No reconocen instancias de participación en el tratamiento, sino más bien definen una relación jerárquica con los profesionales. | No se encuentra estandarizada la participación activa de los usuarios y usuarios en la planificación de su intervención, sus objetivos y metas, como tampoco el modelo de tratamientos por el cual optar. |
| Evaluación y consideración de las situaciones personales y de riesgo. | Existe una coincidencia entre los tres colectivos de investigación sobre la evaluación y consideración de los distintos componentes, ya sean individuales como familiares, que inciden en el consumo de alcohol. | | | La atención prestada en estos factores, es preciso para el proceso de intervención, pues permite conocer los riesgos y los elementos que serán de apoyo. |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

Por medio del presente dibujo se puede observar claramente la dinámica existente entre los tres colectivos de investigación respecto al modelo de tratamiento.

Dibujo 4.2 Análisis Objetivo Específico N° 2



Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

El proceso de intervención desarrollando en el Servicio de Psiquiatría para el tratamiento de consumo de alcohol, no presenta criterios aunados entre las y los Profesionales y Directivos, ni objetivos estratégicos que guíen los procedimientos a utilizar en el trabajo con las y los Usuarios, por lo tanto, tampoco se visualiza la aplicación y aprehensión de un Modelo de Tratamiento que oriente el actuar de las y los profesionales. Ahora bien, precisa evaluar de manera individualizada a cada usuario y usuaria, de acuerdo a su tipo de consumo, su realidad, contexto y condiciones psicosociales que presente; y de igual manera, establecer una instancia de conversación entre los Profesionales, las y los Usuarios y su entorno familiar, en donde se expongan las aspiraciones y expectativas de cada uno de las y los participantes, como también el establecimientos de un contrato terapéutico para fijar los objetivos y por ende, evaluar los logros, éxitos y fracasos de la intervención.

Si bien, se propone de manera complementaria el uso de dos modelos preponderantes, también a la vez, se puedan integrar conceptos y estrategias que apunten a la funcionalidad de las y los usuarios en su ambiente de trabajo o a la reintegración socio-laboral, en su vida familiar y en diferentes aspectos que se ven afectados por el consumo perjudicial de alcohol. Es necesario también, para abordar el tratamiento, que las decisiones deben basarse en cada uno de las y los usuarios. De igual manera, se hace necesaria la interdisciplinariedad de la intervención, las cuales aborden las diferentes aristas que trae consigo el consumo Beber Problema, ya sea a nivel biológico, psicológico, familiar, labora, social, y que entre ellas se establezcan objetivos estratégicos para cada una de las intervenciones.

4.3. CATEGORÍA DE ANÁLISIS: NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD

A. Sub-categoría: Promoción de Salud

Cuadro 4.7 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre Promoción de la Salud.

| DIRECTIVAS/OS | PROFESIONALES | USUARIAS/OS |
|--|--|--|
| <p>"Prevención en este momento no veo mucho; promoción faltaría un poco en esa parte(...)que se yo, sus buques, sus reparticiones, ahí hacer una labor educativa, promoción, fomento por el momento yo no veo mucho" (D-2)</p> | <p>"Claro, claro, no hacemos prevención, no hacemos promoción de autocuidado... nosotros somos un nivel secundario que es lo que corresponde a la parte de tratamiento específico (...)A ver, pucha yo creo que lo principal esta en la promoción y la prevención y en la educación, sobretodo en la psi coeducación..." (P-1)</p> | <p>"Ninguna, nunca me han preguntado, ah una vez me dijeron 'quiere participar', yo encantado, me vieron ahí y me dijeron 'ah usted ya participó ya, estamos listos con usted'(...) Nada, si a mi me hubiera gustado participar, pero como te digo, no me dejaron por que ya habia participado, eso no me gustó." (U-4)</p> |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

Los tres colectivos declaran la no existencia de acciones destinadas a la promoción de la salud, es decir, no existe un trabajo de las y los profesionales en conjunto con su comunidad. Los Profesionales aprecian que no se desarrollan acciones de fomento de estilos de vida saludable, ni estrategias de autocuidado destinadas a las y los usuarios del Sistema de Sanidad Naval; los Directivos enfocarían la promoción fuertemente al personal activo de la Armada, con un trabajo preferentemente educativo; el colectivo de las y los Usuarios manifiestan que no han participado en acciones promocionales, o bien no han tenido la continuidad esperada.

El primer gran punto, depende gravitadamente de la labor Directiva, no sólo de éste Servicio, ni de este Hospital, sino que de una política nacional e institucional que posibilite la elaboración de políticas públicas favorables a la salud individual, familiar y comunitaria de su público objeto, para así poder mejorar los niveles de salud que individual y colectivamente poseen.

Por lo anteriormente enunciado, se concluye que existe una pasividad por parte de las y los Usuarios del Servicio de Psiquiatría, lo que conlleva a que estos no busquen, ni tengan acceso a una mayor participación en el autocuidado y control de su propio bienestar. Éstos no han sido capacitados, ni han experimentado el empoderamiento suficiente para ser capaces de mantener y desarrollar un mayor control de su salud. Por lo tanto, en el Servicio de Psiquiatría, la relación profesional-usuario es solo técnica y sin cabida al conocimiento, experiencias, sentidos y significados que estos últimos poseen sobre la salud, manteniendo una relación basada puramente en instrucciones y recomendaciones para apoyar el proceso de tratamiento, en vez de una relación basada en la cooperación, intercambio de conocimientos e información y negociación para adoptar las decisiones del trabajo en la salud. Estas características de atención hacen suponer que el modelo ocupado preferentemente por los profesionales del área de la salud de este servicio, es preponderantemente biomédico, con mixturas de otros modelos como es el biopsicosocial, que es el que declaran otras y otros profesionales ligados mas al área psicosocial, aunque sin se encuentre explicitado y valorado.

Todo lo expuesto anteriormente, trae como consecuencia un notorio desbalance de poder inclinado hacia los Profesionales, convirtiéndose las atenciones en una rutina tecnocrática. Al no existir participación de las y los Usuarios en la toma de decisiones respecto a su salud, no se ha posibilitado la democratización del trabajo

hospitalario, no hay una concepción, en el sentido, de mejoramiento de la calidad de vida en base a la salud, más bien el trabajo del Servicio de Psiquiatría solo comenzaría con la existencia de la enfermedad.

Si bien se pretende entregar a la población medios y conocimientos para el autocontrol de su salud, no se han creado las instancias de cambio en la forma de ejercer dicho nivel, puesto que los profesionales siguen ejerciendo su rol de expertos en la materia, no desarrollando sus acciones en forma conjunta con su comunidad. Mas aún instancias de trabajo tri-partito (Directivos/as, Profesionales y Usuarios/as) no se evidencian en este nivel de salud, por lo que las posibles acciones a desarrollar son mayoritariamente tecnocráticas desarrolladas por profesionales y directivos de la Armada, no formando parte de estas instancias las y los usuarios, los que no se encuentran conformados en alguna asociación que vele por sus intereses como grupo, es decir, la opinión de los usuarios no posee la suficiente fuerza que necesita.

Una de las consecuencias del desuso del nivel promocional, es que, las atenciones se trabajan en niveles más avanzados, atacando la crisis, tal como el tratamiento mismo y su rehabilitación y seguimiento, lo que provoca que las capacidades se centren exclusivamente en estos tipos de atenciones.

B. Sub-categoría: Prevención de la Enfermedad

Cuadro 4.8 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre Prevención

| DIRECTIVAS/OS | PROFESIONALES | USUARIAS/OS |
|--|--|---|
| <p>"Yo le daría mucho énfasis, como nosotros tenemos hartos marinos, hartos marinos activos, hartos jóvenes que encuentro yo que tienen una cultura alcohólica como bien importante, yo pienso que la parte preventiva. Nosotros tenemos que hacer bien la atención primaria, la parte de medicina preventiva, el ingreso a la Armada; yo siento que como ahí tendríamos que como enfatizar más nuestra atención". (D-3)</p> | <p>"...entonces yo creo que debiera ir orientada nuestra labor a la medicina preventiva, en gente sana, gente que recién ingresa a la institución" (P-2)</p> | <p>"...la mejor prevención es ocuparse del día a día, pero yo te diría que acá no hay mayor prevención, yo te diría que nula (...)"Yo creo que no se ponen en el pellejo del bebedor, del alcohólico en este caso, yo creo que ahí está lo fundamental, tienen que ponerse en los zapatos del alcohólico, eso es lo fundamental." (U-1)</p> |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

Existe una idealidad desde el colectivo de Directivos/as y Profesionales para ejercer acciones preventivas, pero en niveles diferentes. Las y los Directivos enfocarían la atención en Prevención secundaria, es decir, a la "Detección temprana y tratamiento de la enfermedad", puesto que observan que la cultura alcohólica ya se encuentra presente en sus Usuarios y Usuarías. En cambio, las y los Profesionales la enfocarían más bien desde una mirada a nivel de prevención Primaria, es decir, de "Inhibición de la enfermedad antes de su aparición". Por su parte las y los Usuarios, no identifican mayores acciones preventivas y aquellos que lo hacen, lo asocian a una acción individual de completa responsabilidad de las y los Usuarios, no apreciando instancias que pueda aportar el Servicio de Psiquiatría para estos fines.

Los diferentes discursos vertidos por los colectivos, dan cuenta de la no existencia de acciones de trabajo a nivel preventivo. La prevención, a pesar de ser reconocida por las y los Directivos y Profesionales como un

aspecto fundamental en los procesos de intervención, no es ejercida. Por otro lado, las y los Usuarios no se manifiestan sobre la temática, ya que no han participado de actividades relacionadas específicamente con la prevención primaria y secundaria en torno al beber problema. Es así como, al no existir tareas de protección orientadas a la sanidad biológica y ambiental de las y los Usuarios, como el mejoramiento de la calidad de vida, tampoco se produce una reducción de los riesgos y accidentes causados por el consumo perjudicial de alcohol, afectando la morbilidad y mortalidad causada a consecuencia de la misma.

A nivel de Prevención Secundaria, se visualiza la no existencia de acciones, por parte de los profesionales, dirigidas a la detección y diagnóstico temprano. Las atenciones y diagnósticos realizados tempranamente han respondido a la demanda de las o los usuarios, que por distintas razones han llegado a tratarse de forma "voluntaria", con la característica de que las y los Usuarios generalmente consultan cuando el compromiso biopsicosocial es muy elevado.

El nivel de atención terciaria es la fase donde recién empiezan a evidenciarse acciones destinadas a tratar la temática de consumo perjudicial de alcohol, ya que en este nivel se tratan los problemas de abusos o dependencia de drogas, buscando reducir los daños en los usuarios, objetivo que pretende el Servicio de Psiquiatría, puesto que se busca en forma principal la Prevención de Recaidas, es decir, que la o el usuario se mantenga abstinerente.

Si bien se posee la intencionalidad tanto de los colectivos de Directivos/as y las y los de Profesionales en el abordaje de la problemática desde el nivel preventivo, los significados que cada uno posee de este nivel atacan la problemática desde niveles distintos, por lo cual es necesario el aunar los criterios para un abarcamiento efectivo de la cuestión y desde que nivel empezar a tratar. Es así como las y los usuarios necesitan que los profesionales produzcan una sinergia para con ellos, que aprecien sus reales necesidades y que no sólo se centren en la afección como única forma de intervención, ni que la intervención empiece con el tratamiento mismo.

Aunque los dos primeros colectivos valoran significativamente la prevención, como herramienta para abordar la problemática de consumo perjudicial de alcohol, actualmente no existen mayores iniciativas para ejecutar medidas preventivas, tanto en el personal en formación, ni en las o los marinos activos ni en la Comunidad Naval en general, por lo que se estaría dejando de lado dos pilares posibles de intervención, como son el ambiente (familiar, social) en donde se desarrollan las prácticas ligadas al alcohol, y el o los agentes que producen o predisponen la adicción.

C. Sub-categoría: Tratamiento de la Enfermedad

Cuadro 4.9 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre Tratamiento

| DIRECTIVAS/OS | PROFESIONALES | USUARIAS/OS |
|--|---|--|
| "O sea, yo creo que no está como bien estructurado (tratamiento) y como con un buen seguimiento, ha esa es mi opinión general, yo creo que es más una intervención en el minuto" (D-1) | "Creo que llegamos tarde, en el nivel secundario y terciario...ya tenemos la papa caliente en las manos y no nos queda mas que soplar y ver si podemos enfriar la cosa" (P-2) | "...ya después como el día seis u ocho, sentía que me dolía todo, los brazos, las piernas, y llamé a un enfermero y me dice: "párese a ver" y me paro, se hacía así (temblando) y me dice: 'ya, estamos listos, cero alcohol en el cuerpo' pero si estaba todo el día droga'o, todo el día droga'o, no me acuerdo de nada (...)no se po, que hubiera ido a una sesión con la familia, que hubiera alguien de mi familia porque la atención es buena, pero la atención, pero... estai muy solo, nadie te pescaba, si me hubiera gustado eso, como que me hubiera ayudado, algo con la psicóloga, pero nada po, si cuando me fui, todo frío ".(U-2) |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

Existe una apreciación general por parte de los colectivos que se llega de forma tardía al afrontamiento del Beber Problema, más aún, los Colectivos de Profesionales y Directivos/as la aprecian como inadecuada. En este sentido, el Colectivo de las y los Directivos declara que el tratamiento no se encuentra estructurado; por su parte el Colectivo de los Profesionales también posee una actitud crítica, ya que aprecian que intervienen en un nivel terciario y sus esfuerzos sólo se limitan a tratar de curar la enfermedad que ya se encuentra instalada en el organismo, tratando de impedir que esta avance. Por su parte, el Colectivo de Usuarías y Usuarios ve que el tratamiento se basa gravitadamente en un modelo rígido, pues, se da una intervención de modo lineal descendente médico-paciente, con una mirada absolutamente biológica del proceso y un tratamiento mayormente farmacológico, y como expresa este colectivo, no existe mayor integración de la familia u otros significativos, así como tampoco se identifican mayores acciones psicosociales en el tratamiento.

Si bien los colectivos concuerdan en que la intervención se hace en forma inadecuada, cada uno tiene una apreciación distinta, pero no contraria de cómo esta se realiza. Las y los Directivos visualizan que la atención que se realiza para el tratamiento de la problemática, está poco estructurada, por lo cual la labor de las y los Profesionales se apreciaría como desprolija en este sentido, ya que se carece de un trabajo de equipo interdisciplinario, trabajándose la temática en forma aislada, tanto médica como social.

Por su parte los Profesionales, prevén que la atención llega tarde, y sólo deben tratar en crisis; las y los Usuarios la aprecian de una forma muy rígida y básicamente el tratamiento es medicamentoso. Todos concuerdan en que no se efectúan acciones tendientes a mejorar esta situación, puesto que las capacidades técnicas y teóricas están apartadas para atender las problemáticas que puedan surgir en el momento. Esta forma de proceder posee una significancia negativa para los tres colectivos.

Aunque el tratamiento medicamentoso posibilita la desintoxicación de los individuos, lo que en el mejor de los casos acarrearía la abstinencia, evidenciado en POS P-1.1, P-1.2, P-2.1, este proceso, necesita de un

acompañamiento de actividades que incluyan el aporte de otras disciplinas, no sólo como un complemento del trabajo del Psiquiatra (trabajo en grupo, calidad de vida familiar, resocialización, etc.) sino que sean consideradas por el importante aporte que generan al proceso de tratamiento. Estas nuevas actividades que se pueden incluir, sirven de sostén al trabajo de los psiquiatras, y además, pueden generar que las y los usuarios adquieran herramientas básicas de afrontamiento con respecto a su adicción. Si contrastamos con las experiencias de otras instituciones que tratan el tema, se aprecia que el trabajo en grupo es una parte importante de sus tratamientos, las cuales fueron evidenciados por las POS C-1.1, C-1.2, C1.3 en el Centro Ambulatorio Básico "La Roca".

Actualmente las acciones desarrolladas para tratar el consumo perjudicial de alcohol en este Servicio, no se rigen por norma técnica alguna, ni se procede bajo las modalidad de atención que diferencie entre diversos tipos de usuarios, sus sintomatologías, su deterioro orgánico, psicológico, social, etc., lo que se condice con lo propuesto tanto por MINSAL y CONACE en sus normas técnicas, que genera claramente diferenciaciones en los centro de atención y tratamiento (ambulatorio básico, ambulatorio intensivo, y residencial), y las características que debe poseer el equipo profesional, lo que dé cuenta de un ordenamiento que posibilite la adecuada utilización de los recursos que se puedan disponer.

D. Sub-categoría: Rehabilitación y Seguimiento

Cuadro 4.10 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre tratamiento y rehabilitación.

| DIRECTIVAS/OS | PROFESIONALES | USUARIAS/OS |
|--|---|--|
| <i>"De la desintoxicación básicamente como pa' prepararlo para que se pudiera hacer un trabajo mas largo respecto a la rehabilitación, pero nos falta un programa concreto de rehabilitación que nosotros no lo tenemos" (D-3)</i> | <i>"Mira, yo creo que estamos solamente en la parte de abordaje curativo...: Claro, claro, no hacemos prevención, no hacemos promoción de autocuidado... nosotros somos un nivel secundario que es lo que corresponde a la parte de tratamiento específico" (P-1)</i> | <i>"...sirve, que el tratamiento con las inyecciones sirve, pero no totalmente... hace falta un seguimiento... como no cada seis meses que le den a uno... sino que mas cerca... eso encuentro yo que hace falta, no un seguimiento cada seis meses" (U-7)</i> |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

Las y los Directivos aprecian que si bien existe una fase de rehabilitación de la problemática, esta no se encuentra bien delimitada, más aún, declaran que no lo poseen de forma tal, ni que se encuentre generalizado para todas y todos los Usuarios que se tratan por consumo perjudicial de alcohol; por su parte el colectivo de Profesionales visualizan que su área de trabajo específicamente es el tratamiento del consumo perjudicial de alcohol, y que por medio de éste se dé la rehabilitación; en tanto las y los Usuarios ven que si bien la atención es meramente médica y que les es beneficiosa, hace falta un complemento a ésta, ya que el tratamiento médico no cumple con todas sus expectativas, y además, aprecian que un seguimiento después del tratamiento, es demasiado distanciada entre un control y otro, por lo que la rehabilitación se iguala a seguimiento.

Los tres colectivos, al referirse a la rehabilitación, denotan que ésta no se encuentra estructurada de una forma tal que cumpla con lo que este concepto en salud se refiere, puesto que, se busca que el individuo pueda reinsertarse en su comunidad, o bien recuperar su equilibrio biopsicosocial, lo que dista de lo realizado actualmente en el Servicio de Psiquiatría.

En este sentido, es importante el significado que poseen los tres colectivos frente a este nivel de intervención, ya que estos demuestran su capacidad autocrítica al manifestar que el proceso no se está

desarrollando de una forma tal que se pueda llamar propiamente rehabilitación. Por el contrario, es una intervención médica, con demasiada importancia en lo biológico, relegando el rol del Asistente Social a la labor que pueda desarrollar en casos específicos, siempre y cuando el usuario desee tal prestación. Es importante declarar que no existe en el tratamiento actual, profesionales de otras áreas afines, tales como terapeutas educacionales ni más aún la parte psicológica en la intervención, con lo cual, queda truncado un buen proceso de rehabilitación, pues no se abordan mayormente aspectos socio conductuales, ni sociales, ni espirituales, impidiendo la nueva educación y reeducación del individuo y su familia que permita generar un equilibrio en ésta, para que al eliminar o controlar la afección que los quejaba, no emerjan nuevos elementos que perturben la armonía familiar.

Puesto que el proceso de rehabilitación es de suma importancia, para que, quien reciba la prestación en salud no vuelva a recaer en el consumo de alcohol, es que se puede afirmar que de la rehabilitación de las y los Usuarios depende del logro o no de los objetivos del programa, por lo tanto su rol dentro de el tratamiento propiamente tal, es el de conectar tanto la visión médica, como así también la visión psicosocial de los profesionales, con la reeducación de su medio social y familiar, acciones que actualmente no se están cumpliendo en forma cabal, o que carecen de continuidad en el tiempo.

E. Sub-categoría: Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos responderían a prestaciones que pudiese entregar otro Servicio del Hospital Naval, o más bien una atención medicamentosa para aliviar el dolor físico de las y los Usuarios y también una atención psicosocial para preparar a la familia y a quien padece la afección para estar preparados para el futuro inmediato y las nuevas etapas en sus vidas, asegurando la máxima calidad de vida que sea posible.

Este nivel de intervención no se encuentra considerado en las actuales acciones que tratan el consumo perjudicial de alcohol. No se evidencian intervenciones en este nivel de atención en salud, puesto que éste no está considerado en las acciones para tratar la problemática, como así también no han tratado este tipo de pacientes en el actual programa, por lo que esta necesidad no se encuentra creada, ni es evidenciada por los tres colectivos como necesaria.

B. Síntesis de Categoría de Análisis Niveles de Intervención en Salud.

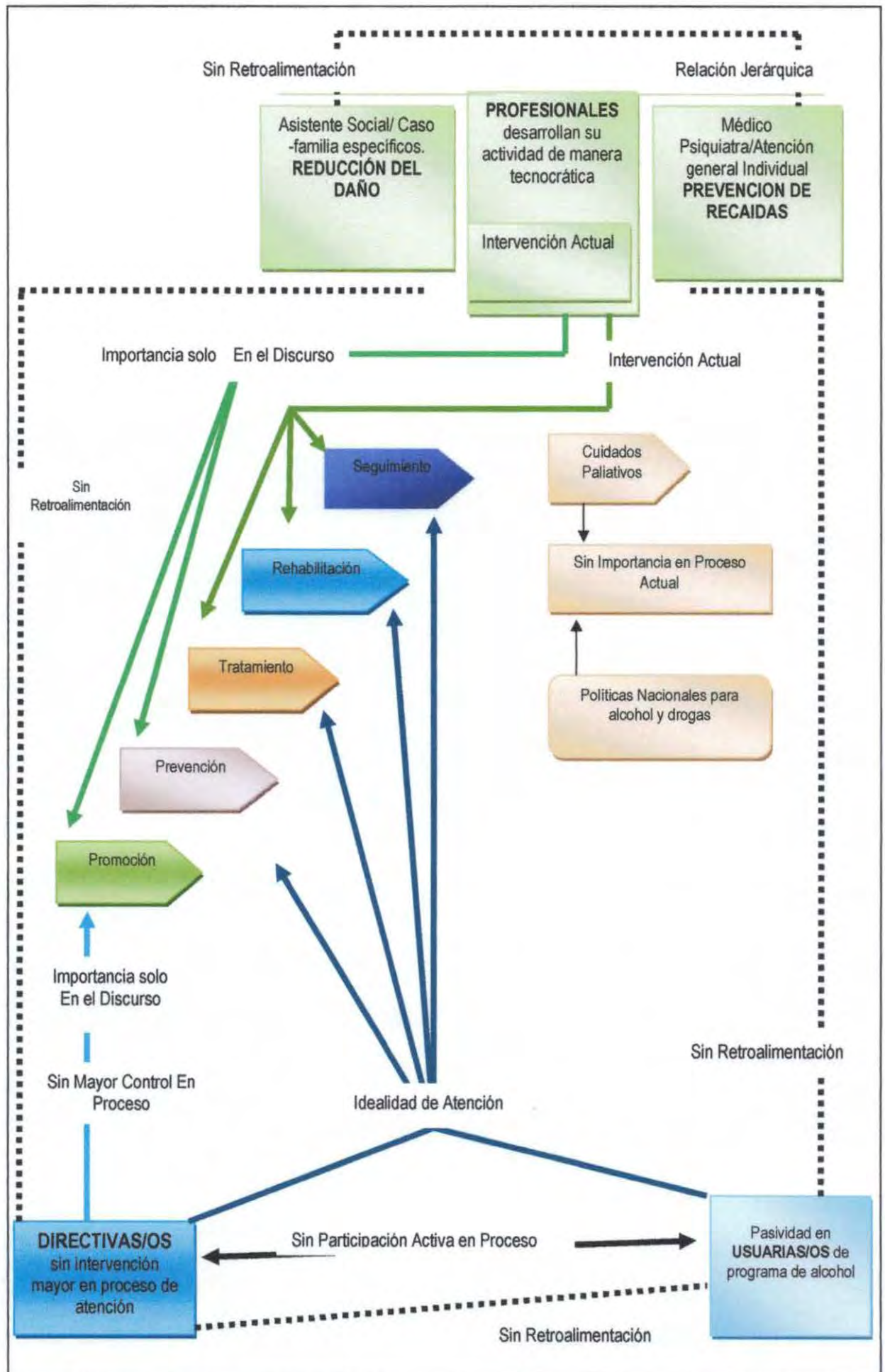
Tabla 4.3 Resumen Categoría de Análisis Niveles de Intervención en Salud

Obj. N°3. "Comprender y analizar los significados que le atribuyen comparativamente las y los usuarios, profesionales y directivas/os del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar a los niveles de intervención en el consumo de alcohol del que son parte".

| INDICADORES | DIRECTIVAS | PROFESIONALES | USUARIAS/OS | CONCLUSIÓN |
|------------------------------|--|--|---|--|
| Promoción de la salud | Se idealiza la promoción de la salud en el ámbito socio educacional, con usuarios activos de la Armada | Evidencian la importancia de la promoción en salud, no obstante, no reconocen acciones de tipo promocionales | Al no existir acciones promocionales en salud, estos no buscan la realización de estas instancias | Sólo se reconocen en la práctica el nivel de Tratamiento y rehabilitación. Los otros niveles, aunque se les asigna significaciones de importancia, operan sólo en el discurso de los colectivos de directivos y profesionales, pero con distintos significados. El Colectivo de las y los Usuarios no le asigna claramente una significación a los distintos niveles (a excepción del tratamiento). No obstante lo anterior, los niveles de intervención se reducen al tratamiento y como única arista o posibilidad del mismo al método farmacológico |
| Prevención | Enfoque de atención en prevención primaria de salud | Enfoque de atención en prevención secundaria de salud | Sin enfoque de prevención en salud. Se opera desde lo individual | |
| Tratamiento o recuperación | Se aprecia de forma inadecuada, se desconoce trabajo multidisciplinario. Se opera en contingencia | Se trabaja en crisis. Intervención en forma aislada, tanto medica como social | Apreciación de tratamiento en forma medicamentosa | |
| Rehabilitación y Seguimiento | Rehabilitación se da sin una estructura, sin estandarización | Rehabilitación se da por el tratamiento | Visión de rehabilitación solo medicamentoso | |
| Cuidados Paliativos | No se evidencia en tratamiento actual | No se evidencia en tratamiento actual | No se evidencia en tratamiento actual | |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

Por medio del presente dibujo se puede observar claramente los Niveles de Intervención en Salud que actualmente se utilizan, y los Niveles de Intervención en Salud Ideales para la problemática del Beber Problema



Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista

A modo de reflexión en torno a los niveles de atención en salud, es posible apreciar que si bien se trata el tema de consumo perjudicial de alcohol, las intervenciones se dan cuando este agente ya se encuentra instalado en el organismo, sin desarrollarse acciones de promoción ni prevención en las y los Usuarios del Servicio de Salud Naval, es decir, la atención se da sólo en las y los Usuarios que tienen la enfermedad, y no antes de que esta aparezca. En este sentido, aunque en el discurso de las y los Profesionales y Directivos sí aparecen estos niveles, como idealidad de atención, en la práctica no son desarrollados.

A nivel promocional, no existe mayor evidencia de actividades en población sana, ni de fomento de estilos de vida saludables; por el contrario, el fuerte de la intervención es el tratamiento, el cual se realiza de forma incompleta, pues así lo perciben los involucrados en el mismo. Lo correspondiente a rehabilitación y seguimiento, apunta solo a una mejora biológica, en la totalidad de los casos, y socio-familiar en casos específicos. No se profundiza en un real trabajo de reintegración en el mundo familiar, social, laboral, etc. y tampoco se produce un seguimiento que realmente evalúe íntegramente a los individuos, más allá de los controles médicos disipados en el tiempo.

Así también, no se evidencian actividades grupales, ni actividades familiares, los cuales sí son desarrollados por los centros donde se ha realizado una observación simple, los que se encuentran en sintonía con las políticas nacionales que abordan esta materia. En este sentido, las acciones para abordaje del Beber Problema de este Servicio deben abrirse a las políticas nacionales, hacerlas parte de su accionar y contrastar analíticamente lo desarrollado por los organismos que tratan la problemática y lo desarrollado en el Servicio de Psiquiatría, es decir se debe producir un *input* de conocimientos y prácticas que permitan el fortalecimiento de las acciones actuales.

Se aprecia así que no se han desarrollado procesos reflexivos individuales y conjuntos entre las y los Directivos, Profesionales, Usuarías y Usuarios, lo que conlleva a que la atención se encuentre estática, lo que acarrea un auto complacimiento en la atención, o bien, una suerte de autocrítica que no va más allá de lo declarado en las entrevistas efectuadas.

En síntesis, en los niveles de intervención, resulta paradójico la forma de atención actual, ya que tanto las y los Directivos como Profesionales reconocen a ciencia cierta que lo consensuado en salud para los niveles de atención es una suerte de pirámide, donde los mayores esfuerzos deben radicarse en su base, es decir, la promoción de estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad, no obstante no los desarrollan. Esto se puede deber a diversos factores, siendo uno de los más importantes para el Equipo Seminarista, la escasa comunicación y diálogo fluido entre estos dos colectivos, como así también, el ostracismo en que se encuentran las acciones en torno al Beber Problema, ya que no se toma en cuenta la Política Nacional sobre el tratamiento de alcohol y drogas, ni se generan redes con organizaciones que también trabajan esta problemática.

La atención realizada actualmente carece de una integralidad y estandarización en su accionar, dándose solamente los niveles de tratamiento, rehabilitación y seguimiento, dejando fuera los niveles de promoción de estilos de vida saludables, prevención de la enfermedad, y de cuidados paliativos. En

este sentido sería útil la integración de las políticas nacionales de salud, experiencias de diversos organismos estatales, experiencias de organismos privados que atiendan esta problemática y/o ONGs, para así compenetrarse con lo realizado por estas instituciones y llevar estos lineamientos hacia las acciones para el abordaje del beber problema que desarrolla el Servicio de Psiquiatría, para así tener en cuenta las particularidades y necesidades de atención, y generar al interior del Servicio nuevas propuestas que traten su población objeto, con la consiguiente creación de programas y proyectos propios, pero dados desde la participación de todos los actores involucrados.

En definitiva, es necesario un trabajo coordinado internamente, como así también con instituciones externas que den este tipo de prestaciones, ocupándose de manera eficiente la red social y de salud disponibles. Para una eficaz promoción en salud y prevención de enfermedades es necesario un continuo reforzamiento de la acción comunitaria, para que de esta forma no se pierdan los lazos ni conexiones entre las diversas instituciones que prestan los servicios complementarios.

Por lo tanto es imprescindible una atención interdisciplinaria como forma estandarizada de atención, que dé cuenta de un abordaje integral de la problemática, para así, no solo atender el problema evidente, sino que además profundizar en sus causas, su historia de vida familiar y relaciones con sus familiares o entes significativos, buscando así soluciones alternativas y/o complementarias al tratamiento farmacológico, todo esto como parte de un mismo proceso, otorgándole el mismo nivel de importancia entre lo social, lo biológico y agregando el factor psicológico.

Pues bien, para que se realice este propósito, la intervención a realizarse debería basarse en una estructura biológica, psicológica, social y comunitaria, en forma conjunta, donde una acción mancomunada de los distintos actores implicados, lo que empíricamente, en este programa no produce. Si entendemos la atención como integral, no bastaría con las y los profesionales actuales del programa, por lo que se deben integrar otras disciplinas, tales como técnicos en rehabilitación, psicólogos, terapeutas educacionales, educadores sociales, etc. porque se debe trabajar tanto en el orden de lo individual, como lo grupal, y comunitario, así como también dar una mirada biopsicosocial, de la problemática. Todo esto no sólo abocado al tratamiento de la enfermedad, sino que se desarrolla en todos los niveles de atención, de acuerdo a las necesidades que se visualizan en el Servicio.

4.4. CATEGORÍA DE ANÁLISIS: ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN

A. Sub-categoría: Realizar diagnóstico clínico y evaluación del grado de compromiso biopsicosocial.

Cuadro 4.11 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre Actividades de Diagnóstico

| DIRECTIVAS/OS | PROFESIONALES | USUARIAS/OS |
|---|--|--|
| <p>"Llega un paciente que es alcohólico, se le deriva al médico que está a cargo de la patología, que es un psiquiatra, que lo refiere a la Asistente Social...ese es el procedimiento, el paciente ingresa, como tenemos las evaluaciones, se le ingresa a otro de los médicos y lo refiere y si sigue en el programa, médico, pacientes alcohólicos, asistente social, sí." (D-2)</p> | <p>"...evaluación semi-estructurada (...) Entonces vemos la familia que él tuvo de origen, la que tuvo su pareja y lo que ellos han construido (...) entonces pasa a ser como una terapia de pareja o de familia que cubre cada uno de estos aspectos que conforman una vida de familia, y no necesariamente como único objeto de trabajo en alcoholismo" (P-2)</p> <p>"...sólo la punta del iceberg, porque todos los que andan por ahí ¡pucha!, y muchas veces al mostrarle el estado en que está ese hígado, ese páncreas con los exámenes de sangre les hace tomar conciencia porque ven exámenes alterados de algo que no se siente, no se siente, no se ve y está" (P-1)</p> | <p>"...bueno revisamos exámenes, conversamos los rangos en los que yo estaba, que me estaba haciendo mal y que me estaba haciendo bien, porque como tu sabrás el marino es bueno para tomar, pero a parte de eso nada, no tuve que tomar ningún medicamento, nada."(U-8)</p> |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

Los tres colectivos concuerdan en que el procedimiento de atención, en una primera instancia, es la fase de diagnóstico de la situación. Esta fase es principalmente médica, y para ello se requiere la realización de exámenes médicos para diagnosticar el compromiso biológico que posee cada usuario. En ciertas ocasiones, se puede observar una evaluación social de acuerdo a cada caso particular, sin embargo, el Colectivo de las y los Directivos y Profesionales evidencia la labor de la Asistente Social como complementaria a la atención biomédica, la cual se preocupa del área psicosocial, no sólo del usuario, sino también de su entorno inmediato y entes significativos.

Si bien, la fase diagnóstica recoge información de valiosa utilidad para los profesionales en sus áreas específicas, el énfasis mayor está claramente marcado por los índices biológicos de la persona, su edad, su forma de consumo, las sustancias que consume, la indagación de otras drogas asociadas, etc. y las consecuencias en el organismo que esto puede provocar.

La contraparte profesional, busca más bien indagar en las causales del porqué se llegó a un beber problemático por parte de las y los usuarios, por lo que su labor está más bien orientada a lo psicosocial, tomando al individuo en su contexto social y familiar, sus necesidades emocionales básicas, la imagen y autoimagen que de él poseen y la o las motivaciones que lo/la llevan a beber de esa forma.

Es importante señalar que la fase diagnóstica actual se da sólo en las y los usuarios que son atendidos por un beber problemático, no existiendo diagnósticos generales de la población, ni realizándose estudios intra-institucionales de esta situación. Es así como la población general queda sin un trabajo específico en este campo. Lo anterior se da puesto que no hay un ordenamiento a nivel de sistema de salud que posibilite la

creación y desarrollo de actividades masivas en público sano (promoción de la salud), ni tampoco en acciones que tiendan impedir que la enfermedad aparezca en ellos (prevención de la enfermedad).

En el Servicio de Psiquiatría, específicamente en las acciones llevadas a cabo por los y las profesionales para abordar las problemáticas derivadas del consumo de alcohol, se basa en un flujograma básico, desde la atención diagnóstica médica, realizada por la Psiquiatra, quien deriva el caso a la Asistente Social, sin embargo esta derivación no se realiza efectivamente en una considerable cantidad de ocasiones, lo cual conlleva a que se produzca una imposibilidad de realizar un diagnóstico más allá del área Biomédica.

B. Sub-categoría de Análisis: Definir y realizar intervenciones terapéuticas y educativas.

Cuadro 4.12 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre Actividades de Intervención

| DIRECTIVAS/OS | PROFESIONALES | USUARIAS/OS |
|--|---|---|
| <i>"Bueno como ellos están en el nivel secundario de repente sienten que no tienen muchas cosas que hacer...." (D-1)</i> | <i>"La Asistente Social, ella es quien hace algunas veces algunas charlas, hace reuniones con los pacientes"(...)Yo lo encuentro excelente, lo encuentro fantástico, lo encuentro estupendo, lo encuentro de gran apoyo, todo eso de sensibilización, de contención también de la familia del paciente"...(P-1)</i> | <i>"Con la familia creo que fueron dos o tres veces, pero te estoy hablando de un tratamiento de dieciocho años, lo ideal sería como más frecuente, que esas cosas se conversen, que en las sesiones te acompañe tu marido, tus hijos, en fin o los que están mas cerca de ti, los que más te acompañan, en fin, me encantaría que ocurriera eso" (U-5)</i> |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009.

La visión que poseen los colectivos es que, si bien reconocen instancias de trabajo terapéutico y educativo con los pacientes y sus familias o entes significativos, éstas son reducidas en comparación al tratamiento médico realizado. El colectivo de Directivos manifiesta que esto se debe a que las y los Profesionales trabajan exclusivamente en tratamiento ambulatorio, razón por la cual se distancian de realizar actividades tanto con las y los Usuarios como con sus familiares o personas significativas; por su parte la profesional Asistente Social, es la única que realiza un trabajo familiar, en un nivel de trabajo social de familia y caso, y también acciones terapéuticas a nivel grupal, las que no han tenido la continuidad esperada; el Colectivo de las y los Usuarios aprecia positivamente el trabajo que se pueda realizar a nivel familia, ya que se valora a este como un apoyo al momento de realizar el tratamiento por consumo perjudicial de alcohol, no obstante lo identifican como insuficiente y con periodos prolongados entre una y otra sesión.

El desarrollo de actividades terapéuticas y educativas orientadas a las familias, es realizado únicamente por la Asistente Social del Servicio de Psiquiatría, ya que los otros profesionales se enfocan en el proceso de intervención biomédica con énfasis en el tratamiento farmacológico y atención de personas en forma individual. La atención biomédica es la característica principal dentro del tratamiento por consumo perjudicial de alcohol, ya que es la desarrollada con mayor continuidad hacia usuarios, además de ser una atención obligatoria. La atención social en cambio, se da siempre y cuando el usuario requiera tal atención, sin un carácter obligatorio, imposibilitando el obtener resultados favorables en cuanto a la integralidad de la atención. De esta forma el desarrollo del trabajo profesional con las y los usuarios con consumo perjudicial de alcohol se da bajo dos

corrientes, sin una canalización adecuada de intervención, por lo que el diagnóstico no es integrador de las disciplinas desarrolladas, dificultando esto el tratamiento integral.

El colectivo de las y los Directivos da como fundamento para la no realización de ciertas actividades integradoras y participativas, el que la atención profesional es de tipo secundaria, y que las acciones por consumo perjudicial de alcohol no se encuentran delimitadas claramente; a su vez el Colectivo de las y los Profesionales aprecia favorablemente la integralidad de atención, pero dada sólo desde la mirada psicosocial, sin una conjunción ni participación de las diversas disciplinas que puedan potenciar dicha atención; y el colectivo de las y los Usuarios aunque las aprecian favorablemente, exponen que estas son muy distantes en el tiempo.

En síntesis, es imprescindible el realizar una estandarización de atención, ver diferentes tipos de usuarios y usuarias, e ir discriminando entre éstos y tipo de atención, siendo los profesionales en su totalidad los encargados de socio educar tanto al usuario y usuaria como a su familia en las nuevas condiciones que se pueda encontrar. Es así como la atención integral puede posibilitar un éxito tanto para la y el usuario como para su familia o entes significativos, puesto que la enfermedad no es propia de un sólo individuo, sino que de su entorno familiar y social.

C. Sub-categoría de Análisis: Orientación y fomento de reinserción social

Cuadro 4.13 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre Actividades de Orientación

| DIRECTIVAS/OS | PROFESIONALES | USUARIAS/OS |
|--|---|---|
| <p><i>"...ahora ya es evidente que se trata de mantener funcionalmente al individuo ya...y que ese hábito de beber no desestabilice o se vuelva a reestabilizar de alguna manera el sistema familiar, porque logran estabilización con el alcohol, y después tu sacas el alcohol y se desestabiliza".(D-1)</i></p> | <p><i>"Si el paciente disminuye su consumo de alcohol y eso se refleja en que sus relaciones interpersonales mejoran para mí es un éxito" (P-2)</i></p> | <p><i>"...lógico eso hubiese sido lo ideal, pescar a todos los alcohólicos las mañanas y dar una charla por un profesional, bueno esa es una de las partes principales, para mí una de las partes principales, darle a conocer que partes del cuerpo están siendo afectados, lo hacen pero en forma somera, porque fuera de eso cuando lo ve el doctor, cuando pasa el doctor "como está usted" y ahí quedo"(U-3)</i></p> |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009.

Si bien se busca la reinserción social, de las y los usuarios, este posee diversas formas de concebirlo. El Colectivo de Directivos busca la reestabilización como una forma de mantener la funcionalidad de los individuos, lo que implica el reordenamiento de la conjunción de actores implicados en la trama social del individuo, para así, equilibrar al sujeto y su entorno cercano. Por su parte el Colectivo de los Profesionales posee dos discursos, uno está dado por la no ingesta de alcohol, lo que se considera un éxito y lo esencial para el proceso de reinserción; y el otro, por la mejora de la calidad de vida tanto de la y el usuario como su familia. Ambos buscan que el individuo se reinserte nuevamente en su sistema social; el Colectivo de Usuarias y Usuarios, declara que es de suma importancia la labor socioeducativa para una óptima reinserción, ya que esto posibilita un mayor entendimiento de las causas y consecuencias que puede acarrear el consumo, tanto a nivel de usuario, como su entorno cercano, aunque esto esté enmarcado bajo un concepto biológico de la situación.

Es posible apreciar que las intervenciones buscan mejorar los aspectos integrales del individuo, tanto en forma individual, como en el medio social en que se desenvuelve. La mejora por lo tanto, estaría dada desde la perspectiva médica, y la perspectiva social, lo que acarrearía la re estabilización familiar. Esta integralidad en atención, sería por trabajos independientes entre las profesionales, sin una coordinación formal de protocolo u acciones a seguir por éstos. Por lo tanto, existiría una suma de intervenciones de profesionales, sin la necesaria sinergia que se necesita para entender las situaciones. En lo que a reinserción respecta, la mirada de los colectivos de las y los Directivos y Profesionales, también se observan dos miradas, ya que buscan que por una parte la mejora del individuo, para la realización de diversas labores, y la re estabilización familiar a las nuevas condiciones de vida; y la otra visión es que esa re estabilización se de en las formas de interrelación de las condiciones de vida, o sea se ve el problema de alcohol como un actor secundario de las problemáticas.

El colectivo de las y los Usuarios ve que la reinserción social empieza cuando los usuarios se encuentran en tratamiento, siendo referida más bien a la socio educación que les puedan dar en el Servicio de Psiquiatría los profesionales del área, pero visto solamente desde una mirada biológica de la enfermedad.

Es así como las visiones de reinserción, aunque buscan la finalidad de mejorar a las y los Usuarios y su grupo familiar cercano, pierde su peso de atención, en tanto cuanto, las metas propuestas son diferentes entre los tres colectivos de investigación e incluso intra-colectivos, como es el caso de los profesionales

- D. Categoría de Análisis: Derivar a otros establecimientos que provean de planes de tratamiento según corresponda

Cuadro 4.14 Fragmentos Colectivos de Investigación sobre Actividades de Derivación

| DIRECTIVAS/OS | PROFESIONALES | USUARIAS/OS |
|--|--|--|
| <p><i>"...lo reitero en las reuniones y en las hospitalizaciones 'manden los pacientes a Alcohólicos Anónimos', o sea, eso me lo enseñó un alcohólico una vez que fuimos a una charla sobre alcoholismo hace chorrocientos años en la parroquia de Viña, me dijo "Doctora: Usted no crea que se las sabe todas, mande a los pacientes a Alcohólicos Anónimos" así que si tenemos el concepto ahora que en la práctica se cumpla, no se cumpla, se cumpla medianamente he...tiene sus falencias". (D-1)</i></p> | <p><i>"Me gusta mucho el trabajo de Alcohólicos Anónimos, son un grupo donde la gente habla de lo propio, donde todos están viviendo lo mismo, nadie viene a contar cuentos y ellos mismos se conocen los estados, los momentos y lo que cada cual, es un muy buen grupo de apoyo fíjate, muy buen grupo" (P-1)</i></p> <p><i>"No tengo ninguna otra coordinación excepto sugerirles que se acerquen a Alcohólicos Anónimos... como una sugerencia que ellos toman o no, pero no hay una obligatoriedad, pese a que a veces ellos mismos se comprometen que van a ir, a parte de venir para acá, a Alcohólicos Anónimos, pero siempre desde la voluntad" (P-2)</i></p> | <p><i>"En una oportunidad, hay un centro ahí en la Parroquia de Viña (Alcohólicos Anónimos), pero ahí asistí, pero me dio la impresión que no, que a mí no me iba a prestar ninguna ayuda, o me pase de sobra, no sé. No habían las personas indicadas para guiar las charlas.(U-3)</i></p> <p><i>"...sí, fue algo que yo lo decidí, dije quiero ir (A Alcohólicos Anónimos), quiero saber como se trabaja y todo eso, pero como en todo orden de cosas hay gente que aporta el máximo y hay otras personas que en el fondo como que te destruyen más" (U-5)</i></p> |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009.

En los fragmentos expuestos, se puede apreciar con claridad, que los tres colectivos identifican a los Grupos de Alcohólicos Anónimos casi exclusivamente como los únicos apoyos externos al Hospital Naval, con el cual se cuenta para el abordaje del Beber Problema de las y los usuarios. Sin embargo, se presentan diferencias

en la forma en que cada colectivo identifica y denomina a éstos grupos de apoyo. Por un lado, los Directivos lo identifican como una alternativa concreta y eficaz para derivar a las y los usuarios, de manera que les transmite esta idea a los profesionales encargados de su atención, sin embargo, las y los Directivos reconocen falencias al momento de aplicar dicha coordinación.

Por otra parte, las y los Profesionales concuerdan en que la ayuda que pueden prestar los grupos de Alcohólicos Anónimos es significativa, no obstante, no existe coordinación con éstos, y se limitan a sugerir, en algunas ocasiones, la participación de las y los usuarios en estos grupos. Este último colectivo, sólo parte de ellos han participado en actividades externas a las realizadas en el Servicio de Psiquiatría para superar el Beber Problema que poseen. Entre aquéllos que han participado en actividades con agentes externos al Hospital, identifican claramente al grupo de Alcohólicos Anónimos como el apoyo más utilizado, al cual han llegado por iniciativa personal, ya sea en base a la información entregada por profesionales del Servicio de Psiquiatría o por otra fuente. Ante esta experiencia, las y los usuarios poseen opiniones divididas, ya que por una parte expresan que el participar en este tipo de grupos puede ser beneficioso, porque complementa el tratamiento farmacológico entregado en el Hospital, pero por otra parte, también dan cuenta de una inconformidad de las acciones llevadas a cabo por los integrantes que conforman esta agrupación.

El Colectivo de las y los Directivos reconoce que no existe una efectiva coordinación con agentes externos al Servicio de Psiquiatría que traten el beber problemático, no obstante, no se generan medidas de control, supervisión ni propuestas para superar ésta dificultad. Además, se observa que respecto a las temáticas de alcohol y medidas para su abordaje por parte de las y los Profesionales y sus directivos, no se poseen fuentes de información concreta, ni redes con las cuales puedan suplir las necesidades de las y los usuarios que en el Servicio de Psiquiatría no se puedan resolver integralmente.

Por lo tanto, se concluye que no existe coordinación por parte del Servicio de Psiquiatría con redes asociadas a las temáticas de alcohol, sólo se producen sugerencias a las y los usuarios para que estos acudan a grupos de ayuda por cuenta propia, situación que se traduce, en la asistencia masiva al grupo de Alcohólicos Anónimos por parte de las y los usuarios del Hospital, sin hacer una distinción previa entre las características de cada uno de éstos, ya sea el nivel de consumo presentado, la existencia o no de enfermedades asociadas, estructura y funcionamiento de la familia de origen, entre otras.

En consecuencia, las y los usuarios asignan distintos significados a las actividades realizadas en Alcohólicos Anónimos, según sus características y experiencias personales. Estas se pueden dividir en experiencias reconocidas como beneficiosas para la superación del consumo problemático de alcohol y no beneficiosas para la misma meta, siendo generalizadas a través de las siguientes:

Experiencias Beneficiosas:

- Se reconoce a Alcohólicos Anónimos como un grupo de autoayuda al cual se puede tener fácil acceso y sin coste económico, siempre con la premisa fundamental de existir voluntariedad y disposición para dejar de consumir alcohol y participar activamente en las actividades.
- La posibilidad de compartir experiencias similares; contar con la comprensión de otros en similar situación de consumo: recibir la aceptación y apoyo de grupos de pares; recibir presión grupal para motivar el cambio del consumo a la abstinencia; recibir apoyo grupal para complementar el tratamiento farmacológico.

Experiencias no Beneficiosas:

- La participación de personas al interior del grupo, los cuales generan resistencia al cambio, y fomentan el consumo de alcohol al entre el resto de los integrantes, generando en estos una decepción generalizada de la Agrupación.
- Los grupos de Alcohólicos se basan en la experiencia y apoyo grupal, dando una insuficiente cabida a espacios de educación con bases teóricas empíricas, ya sea a través de estudios cualitativos o cuantitativos de salud individual, familiar, estilos de vida saludables, entre otras.

La diferencia en la opinión de los usuarios puede atribuirse a distintos factores individuales, tales como la capacidad que pueda tener cada uno en cuanto para generar la empatía y utilizar habilidades sociales en general que le permitan adaptarse al grupo; también el nivel educacional y manejo técnico de la temática particular de alcoholismo, ya que aquéllos usuarios que manejen mayor información manifiestan que ante sus dudas, los monitores y compañeros de Alcohólicos Anónimos no son capaces de dar respuesta.

Es así como las y los usuarios transmiten sus opiniones en torno a las actividades con agentes externos, sin embargo, más allá de la efectividad del grupo de Alcohólicos Anónimos, la participación de las y los usuarios del Hospital en éstos no es producto una derivación profesional, desde el Servicio de Psiquiatría, por lo que no se presentan diagnósticos médicos, psicológicos y sociales, como medios de información facilitadores para las redes en la comprensión del estado del paciente. Por lo tanto, en el Servicio de Psiquiatría, se hace necesario identificar y crear vínculos con instituciones, fundaciones y organizaciones en general que se vinculen con la temática, logrando fortalecer las redes para aumentar la gama de alternativas de derivaciones según el nivel de daño de cada usuario y usuaria.

E. Síntesis de Categoría de Análisis: Actividades de Intervención

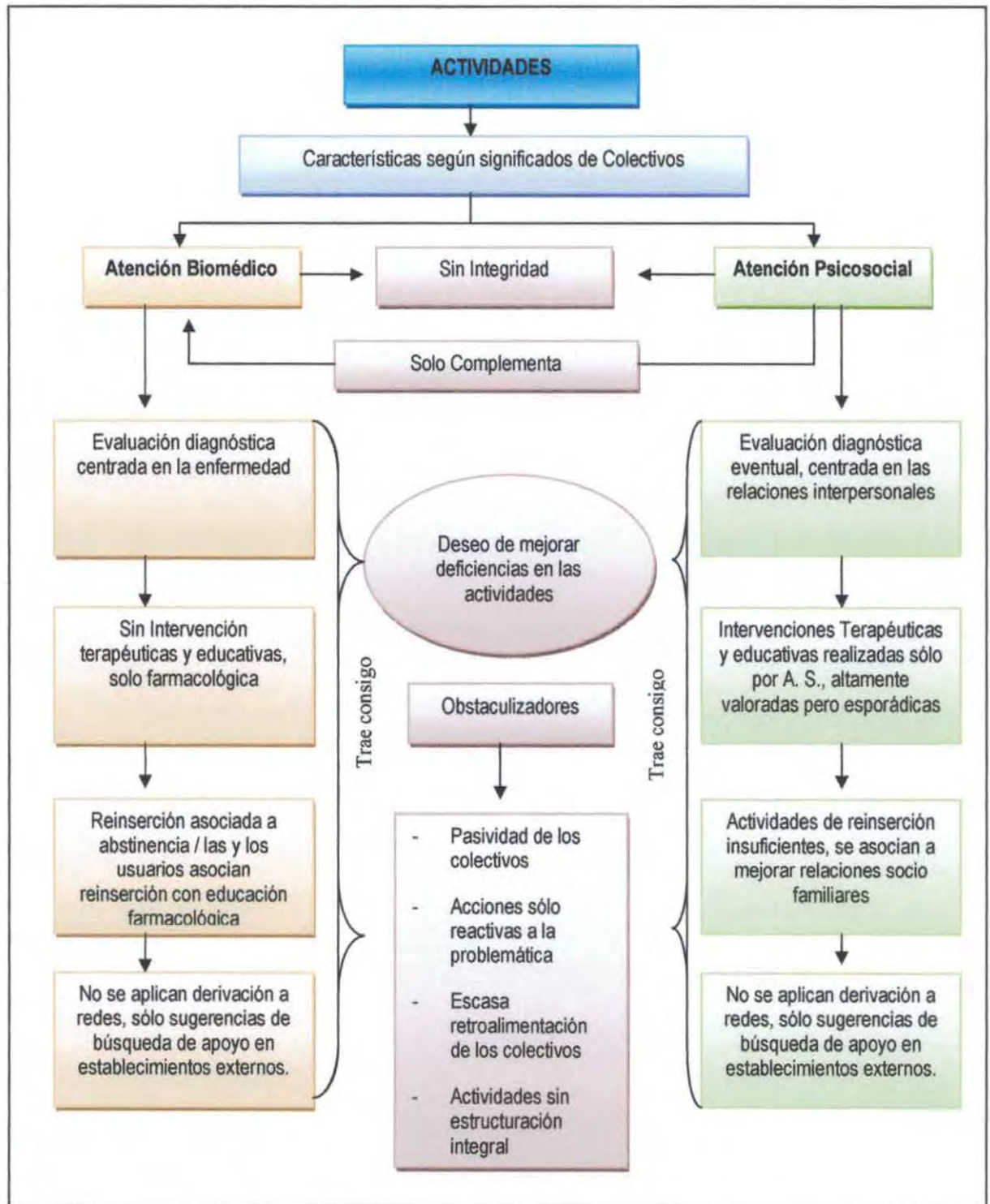
Tabla 4.4 Resumen Objetivo Especifico N° 4

| Obj. N°4. "Comprender y analizar los significados que le atribuyen comparativamente las y los usuarios, profesionales y directivas/os del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar a las actividades de Intervención en el consumo de alcohol del que son parte". | | | | |
|---|--|---|---|--|
| INDICADORES | DIRECTIVAS | PROFESIONALES | USUARIAS/OS | CONCLUSION |
| Realizar diagnóstico clínico y evaluación del grado de compromiso biopsicosocial | Se le otorga prioridad al diagnóstico médico, asignando una importancia secundaria y complementaria a la evaluación psicosocial. | Cada profesional involucrado le asigna importancia a la evaluación desde su perspectiva disciplinaria. | Las y los usuarios, en su generalidad, identifican el diagnóstico como una actividad biomédica. | Las actividades se realizan con un marcado acento biomédico en su génesis y ejecución; no obstante se reconoce e intenta dar cumplimiento al trabajo en grupos y un trabajo más integrado a la Red existente para la problemática, pero sin un mayor ordenamiento dentro de un plan de actividades con claros objetivos que las impulsen |
| Definir y realizar intervenciones terapéuticas y educativas. | Por estar inserto en un nivel secundario de atención de salud, los directivos visualizan dificultades para realizar acciones psicoeducativas para con la persona afectada y su familia | Se aprecian las actividades socio educativas que incluyen a los usuarios y sus familias, realizadas solamente por la asistente social, sin embargo estas no se encuentran protocolizadas, por lo que pierden su ordenamiento y eficacia. | Pese a la insuficiencia de actividades, aducen que son significativas y de importancia en el tratamiento, por lo que podrían aumentar. | |
| Orientación y fomento de la reinserción social | La reinserción social es asumida como la recuperación de la estabilidad del usuario, es decir, busca la funcionalidad del individuo. | La reinserción social se produce con la abstinencia de la ingesta de alcohol, desde el enfoque médico de un área profesional. Desde el enfoque de la Asistente Social, la reinserción se logra a través del fortalecimiento de las relaciones del usuario con su familia y sociedad | La reinserción es parte del tratamiento, que contemplaría actividades socioeducativas desde un enfoque médico. | |
| Derivar a otros establecimientos que provean de planes de tratamiento más complejos, según corresponda | Se identifican lugares delimitados de derivación y se asigna importancia a esta, sin embargo reconocen falencias al ejecutar las mismas. | No realizan coordinaciones ni derivaciones con instituciones externas. Se limitan al consejo de las y los usuarios para que estos tomen iniciativas de visitas a otras instituciones. | Reconocen que la visita a otras organizaciones se realiza por iniciativa propia. Sin embargo, se visualizan problemáticas, ya que en ocasiones los lugares donde asisten, no son los adecuados para apoyar las particularidades de los usuarios | |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009.

El presente dibujo muestra la interacción significativa que poseen los colectivos de investigación en relación a las actividades de intervención realizadas.

Dibujo 4.4 Análisis Objetivo Especifico N° 4



Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista

Las actividades analizadas se ordenaron secuencialmente en función de aquellas realizadas en programas básicos ambulatorios de tratamiento. La primera actividad, es decir, la evaluación diagnóstica, a través de los discursos de los colectivos, dio cuenta de que se contemplan preponderantemente aspectos de índole biomédica, por lo que lo psicológico y social, sólo cumple una función complementaria y no siempre presente en el diagnóstico.

Ahora bien, las actividades dirigidas al trabajo terapéutico y educativo con los pacientes y sus familias son valoradas altamente por los colectivos, sin embargo, solo se realizan actividades de este tipo de forma esporádica por la Asistente Social, quien ejerce las acciones de tipo psicosocial.

En cuanto a las acciones orientadas a la reinserción, se consideran dos grandes áreas de atención, que son el logro de la funcionalidad del individuo, en términos físicos y de integración social, y por otra parte en la reconstrucción de las relaciones interpersonales deterioradas por el consumo de alcohol, esto desde el discurso de lo ideal, ya que la realidad demuestra una gran inclinación a la realización de acciones en pro de sólo la funcionalidad del individuo.

Una actividad fundamental analizada es la que se refiere a la derivación de usuarios y usuarias a organizaciones que puedan satisfacer sus demandas de atención cuando para el Servicio de Psiquiatría no está en sus posibilidades lograrlo, respecto a lo cual se observaron nulas derivaciones efectivas, existiendo solo aproximaciones por parte de profesionales de aconsejamiento al usuario de asistir a otra institución, situación que no es mayormente problematizada por ninguno de los tres colectivos.

4.5. HALLAZGOS DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

A continuación se presenta un conjunto de hallazgos encontrados en el proceso de investigación realizado, los cuales no se contemplaban dentro de las categorías establecidas para ser analizadas, sin embargo, resultan de alta importancia para el análisis desarrollado, y para la consiguiente propuesta programática, pues dan cuenta de procesos y actividades que se desarrollaban tanto en el proceso de intervención como a nivel del Servicio de Psiquiatría, por lo que su consideración apuntará a mejorar aquellas falencias manifestadas como también a integrar los aspectos que se revelan como importantes.

A. Inconsistencia entre rol y estatus de los distintos actores del proceso de intervención para el Consumo Perjudicial de Alcohol.

➤ Rol y status de los Colectivos

Frente a los distintos procesos de intervención desarrollados en Programa de alcohol (nombre que se le otorga en el Servicio de Psiquiatría, a las acciones que tratan el consumo perjudicial de alcohol y dependencias), es posible apreciar que los colectivos poseen diversos roles de acuerdo a su estatus adquirido. El colectivo de las y los usuarios posee un rol pasivo frente a los procesos del que son parte, sin empoderarse en la toma de decisiones, no logrando instancias de diálogo y conversación con los restantes colectivos, es decir, estos son meros receptores del tratamiento otorgado por los Profesionales. De esta manera no son parte de experiencias, ya sea a nivel individual o grupal, en donde se posibilite la aprehensión de una visión amplia e integrada de la salud, pues el consumo de alcohol perturba otros aspectos más allá de lo orgánico, como lo es también lo familiar, laboral y social.

Por otra parte el Colectivo de Profesionales desempeña su rol, en el proceso de intervención, mediante la realización de procedimientos y técnicas como las atenciones clínicas y/o familiares, las cuales son desarrolladas desde lo individual y de acuerdo al actuar profesional que corresponda, entonces, no existe un trabajo integrado entre éstos. Por lo tanto, se puede definir el rol de las y los profesionales como dinámico o variable, pues depende de cada actuar disciplinario. El rol esperado para este colectivo, de acuerdo a las formas de atención observadas en la red institucional, y las políticas emanadas para esta materia, apunta a que el profesional tenga un rol más integrativo con otras disciplinas, que ejerza la educación y orientación para con las y los usuarios, haciéndolos partícipes de este proceso, basado en cooperación e intercambio de conocimientos, tanto con éste como así también con su grupo más cercano, y también un rol más activo en la toma de decisiones respecto a su salud.

En tercer lugar, el colectivo de las y los Directivos posee un rol crítico de la situación actual, la forma de atención, el enfoque de atención de salud que se debiese utilizar, pero todo se da sólo desde lo discursivo, sin acciones concretas. En contraposición el rol esperado, que su accionar sea de carácter resolutivo, desarrollando instancias de participación con otros colectivos, para que de esta

forma se cree una visión amplia del asunto y de esta manera permita ser legitimado por los demás actores involucrados.

Por lo tanto se presenta esta inconsistencia en los roles desempeñados, debido también a que no existe un protocolo de acción, para cada colectivo en cuestión, y que el trabajo efectuado se desarrolla en crisis, con distintas visiones de una misma problemática, lo que imposibilita la capacidad de somatizar la cuestión, lo que trae implicancias en la atención que se les da a las y los usuarios, otorgándosele solo un carácter técnico a la atención.

➤ **Rol y status de los miembros del equipo de trabajo**

El status, tanto de la Psiquiatra como la de la Asistente Social, posibilita la diferenciación en el desarrollo de ejercicios y acciones en el tratamiento por beber con consecuencias problemáticas. Es así como las y los Profesionales representan roles que son esperados para cada profesión. La idealidad esperada para la Psiquiatra, es que trabaje con los rasgos psíquicos y físicos del usuario y usuaria; y que la Asistente Social desarrolle actividades del ámbito psicosocial, grupal y comunitario, tanto con el usuario/a, como con su entorno más cercano.

Si bien el estatus profesional es importante en la comprensión de los roles, no es menos cierto que el modelo de atención al cual se adscribe cada profesional, intensifica la forma de desempeñar sus funciones. Si a esto se agrega la premisa de que en el tratamiento de Beber Problema, existe una dualidad de enfoques de atención en salud que cada profesional adscribe, es que los roles desempeñados deben variar entre estos, por consiguiente a diferente modelo desarrollado, diferente rol realizado. Esto trae consigo implicancias que afectan la forma en que se aborda la problemática, pues la inconsistencia de atención trae formas de visualizar la enfermedad desde dos aristas diferentes, con la consiguiente pérdida de la conciencia de equipo.

En suma a lo anterior, las divergencias de los roles establecidos y esperados para las y los profesionales, trae aparejado además una ambivalencia para las y los usuarios, en cuanto al proceso de intervención del que forman parte, pues los objetivos del tratamiento son distintos en un mismo sujeto, por lo tanto, es necesaria una mejor retroalimentación y coordinación entre los profesionales que abordan el Beber Problema, de manera tal que se unifiquen objetivos de intervención, criterios de evaluación, entre otras, y así apuntar a un tratamiento más efectivo y pertinente para las y los usuarios.

B. Abordaje de la problemática de beber problema**➤ Diagnóstico unidisciplinario de las usuarias y usuarios con beber problema**

El diagnóstico que se desarrolla en el Servicio de Psiquiatría para las usuarias y usuarios del Programa de Alcohol, queda limitado a la primera atención y al profesional que la realice, por lo que no se formula una evaluación integrada y estandarizada para los nuevos ingresos. Esto unido al escaso material técnico-humano que se dispone para la realización de diagnósticos acabados, por lo que imposibilita una adecuada finalización de estos. Los diagnósticos realizados a las y los usuarios por consumo perjudicial de alcohol, son de corte médico y social, sin una integralidad entre estos, y sin la realización de un plan de intervención común. Por lo tanto las acciones individuales no provocan la sinergia necesaria para la realización de intervenciones comunes, perdiendo fuerza, en tanto cuanto son sólo acciones individuales.

➤ Importancia y valoración del Trabajo en grupo

A partir de las experiencias recogidas desde las y los usuarios del Programa de Alcohol, se visualiza la importancia que éstos le otorgan al trabajo en grupo. Experiencias ligadas a la terapia familiar y los grupos de autoayuda, como parte de la intervención, vienen a remarcar y afianzar logros importantes del tratamiento en sí, como se pudo observar en los centros de tratamiento de alcohol y drogas visitados (POS C-1.1, C-1.2 y C.1.3). Esta es una arista que parte del equipo profesional ha incursionado, pero no directamente como parte del programa; no obstante, claramente se transforma en un medio muy efectivo para contribuir a estabilizar el sistema familiar que es afectado al momento que uno de sus miembros es afectado convirtiéndose en un bebedor problema. Sumado a lo anterior, los buenos recuerdos y la alta valoración que muestran los usuarios que participaron de estas experiencias es un buen aliciente hacia la posible convocatoria que podría alcanzar este tipo de actividades.

➤ Promoción y Prevención con los colectivos clave sujetos llamados a retiro

Uno de los antecedentes interesantes al momento de realizar el trabajo de recolección de datos e información con el Colectivo de Investigación de Usuarias y Usuarios, fue el hecho de que aunque muchos de ellos tenía el hábito de consumo desde jóvenes, éste no era problemático y fue cambiando progresivamente, para muchos, con su momento de llamado a retiro. Este hecho, se puede asociar a las consecuencias que trae pasar de una vida altamente activa, desde lo laboral y social, a ser personas con mucha disponibilidad de tiempo libre o destinado al ocio.

El trabajo de promoción y prevención entonces, pasa a ser tan especialmente importante tanto en los jóvenes como en las personas que están a punto de pasar a dejar de ser activos Navales, ya que en el caso de éstos últimos la re-educación en el uso del tiempo libre con nuevas actividades, de corte laboral o social por ejemplo, la vinculación a distintas redes intra como extra-institucionales, destinadas

a la recreación y a actividades sociales, los cuales pasan a ser altamente significativos e importantes a modo de bajar factores de riesgo de consumo asociados a su nueva e importante disponibilidad de tiempo acompañado de su sostenido poder adquisitivo.

➤ **Hospitalización con pacientes con diversa afecciones**

Desde los discursos expuestos por las y los usuarios del Servicio de Psiquiatría con consumo problemático de alcohol, se logra reconocer una gran valoración y utilidad asignada a la hospitalización, proceso al cual ingresan en forma voluntaria y/o por derivación de la o el profesional que lo atienda, ambos casos son gatillados primordialmente por la vivencia de una crisis en su estado de salud causado por el consumo de alcohol, por lo que la finalidad de dicha hospitalización, es la desintoxicación y estabilización del usuario.

No obstante lo anterior, el favorable apoyo entregado por la Unidad de Hospitalización del Servicio de Psiquiatría, existen reticencias comunes entre las y los usuarios hacia esta, los cuales se nacen de la dificultad que les produce el compartir un espacio común con los pacientes del Hospital Naval que posean otras enfermedades psiquiátricas, ya sean esquizofrenia, trastornos de bipolaridad, anorexia (o bulimia), depresión severa, entre otras. Dicha situación, (según lo declarado por le Colectivo de Usuarías y Usuarios) afectan la capacidad de recuperación, ya que lo consideran un evento traumatizante, donde no consiguen la tranquilidad esperada, y a la vez sufren de ansiedad y temor por su seguridad, al relacionarse con personas, que por sus patologías, pueden llegar a ser violentas, o simplemente por el desconcierto e impacto que les producen las conductas del resto de los hospitalizados.

Se propone como solución, explicarle a los ingresados, las condiciones y el contexto que configura la Unidad de Hospitalización, haciendo hincapié en la labor educativa del profesional para con el sujeto de atención, con el fin de que la realidad de hospitalización no sea un episodio de impacto que desfavorezca el proceso de recuperación del mismo.

4.6. CONCLUSIONES SOBRE EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN DESARROLLADO

Por medio del presente trabajo de Seminario de Título el equipo Seminarista buscó dilucidar los significados que atribuyen y las prácticas que declaraban comparativamente los colectivos de investigación en relación al proceso de intervención en consumo de alcohol del que son parte, permitiendo, como resultado de lo anterior, presentar las siguientes conclusiones.

En primer lugar es importante destacar algunas conclusiones que se produjeron, entre ellos, se puede concluir que una de las principales causas que explicaría la carencia de objetivos técnicos, con orientación interdisciplinaria, está determinada por el reducido espacio de interacción, discusión y análisis que los Colectivos de las y los Profesionales y Directivos le asignan a la temática de alcohol y, por lo cual, no han logrado instaurar las bases que les permitan generar planes de trabajo que enfrenten el Beber Problema, y que se orienten a los distintos niveles de intervención el salud, no centralizándolo exclusivamente en los niveles de Tratamiento y Seguimiento.

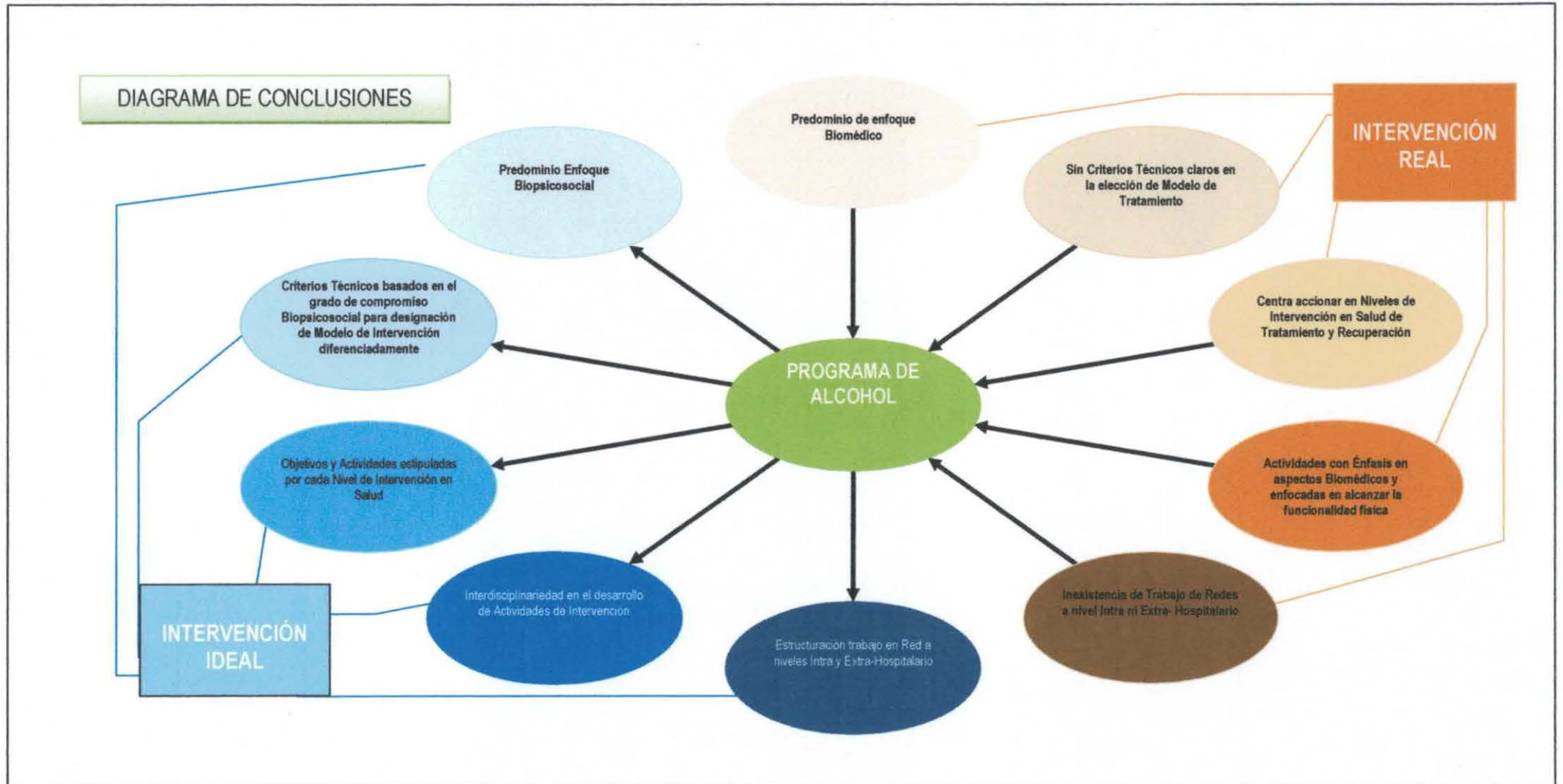
Por otra parte esto explica, además, el no contar, a priori, con tratamientos integrales de atención ni coordinación previa con posibles redes de apoyo de carácter extra hospitalarias. Por tanto a ésta situación en términos concretos, se puede denominar como "reactividad del equipo profesional ante los procesos de intervención"; o sea, en el equipo se trabaja la temática de alcohol sólo ya instalada y derivado de una previa consulta realizada por las y los propios usuarios y usuarias, no existiendo ninguna instancia que permita pesquisar tempranamente la problemática en la población general y, por tanto, el trabajo y esfuerzo del equipo profesional se focaliza a niveles de salud de Tratamiento y Recuperación principalmente; y el nivel de Seguimiento sólo desarrollándolo parcialmente, pero sin un mayor énfasis. Lo anteriormente mencionado es totalmente contraproducente, ya que la provisión de la atención debe focalizarse en la detección y el tratamiento temprano del abuso y dependencia, antes de que se produzca el deterioro biológico, psicológico y social, y en lo posible mientras se dispone del apoyo del medio laboral (o educacional).

Otro aspecto importante a reconsiderar dentro del accionar actual, es el de la revaloración de la participación de la familia y de otros miembros de la red de apoyo como efectivos medios de optimización del tratamiento. Las actividades con la familia y red, se orientan a mejorar la comprensión del abuso y dependencia y a potenciar recursos personales y sociales que contribuyan a contener las conductas adictivas. Todos aspectos significativos para considerar dentro de un contexto necesario de reestructuración del accionar profesional actual en el abordaje del Beber problema.

Además, es necesaria la incorporación de la familia y las personas más significativas dentro de los procesos de tratamiento, pues en variadas ocasiones, dentro de ellas se encuentran conductas o conflictos que originan o perpetúan el problema de consumo de las y los usuarios, así como también, el Beber Problema es un síntoma de las disfunciones del sistema familiar, por lo que la incorporación de estos en la intervención, apoyará y/o delimitará cada uno de los objetivos a alcanzar, y también reforzará los logros del tratamiento y permitirá una mayor motivación y adhesión a éste.

Por último, surge la necesidad de apuntar a una estructura transversal en el proceso de intervención, que permita ser reconocido y validado por las y los profesionales y directivos y que, además, cuenten con criterios técnicos claros y flexibles que permitan orientar la intervención según el grado de compromiso biopsicosocial particular de cada usuario y usuaria y familia sobre quienes se enfocaría. Además, se hace necesario explicitar, que la estructuración de un Programa que enfrente la problemática del consumo de alcohol es, también, una puerta de entrada al diálogo, discusión y análisis en la institución para la problematización de la presencia del consumo de otras drogas perjudiciales para la salud individual y familiar, que aún no son reconocidas ni tratadas como tales por la institución. De esta manera, asumir la implicancia ética de los profesionales de la salud de considerar las adicciones como una enfermedad con causa y consecuencias de índole biopsicosocial y reconociendo que el objetivo de la rehabilitación es restablecer el equilibrio biológico, optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona y minimizar la probabilidad de recaídas; y para tal efecto, existe evidencia suficiente acerca de la efectividad de algunas intervenciones psicológicas y farmacológicas, y de programas grupales de autoayuda.

Dibujo 4.5 Diagrama Conclusiones

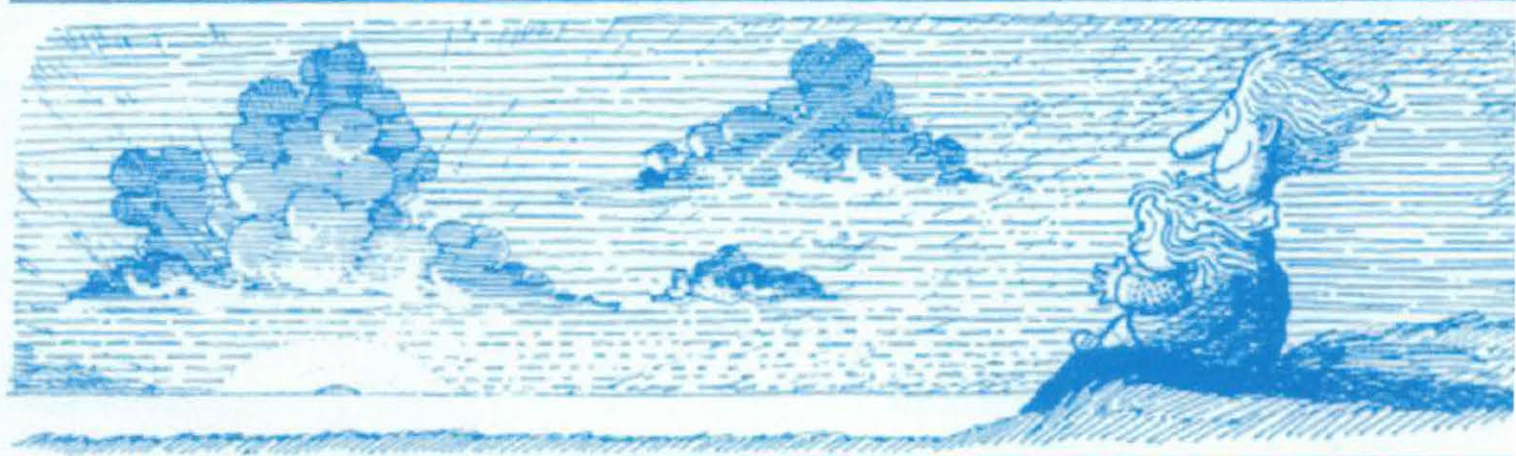
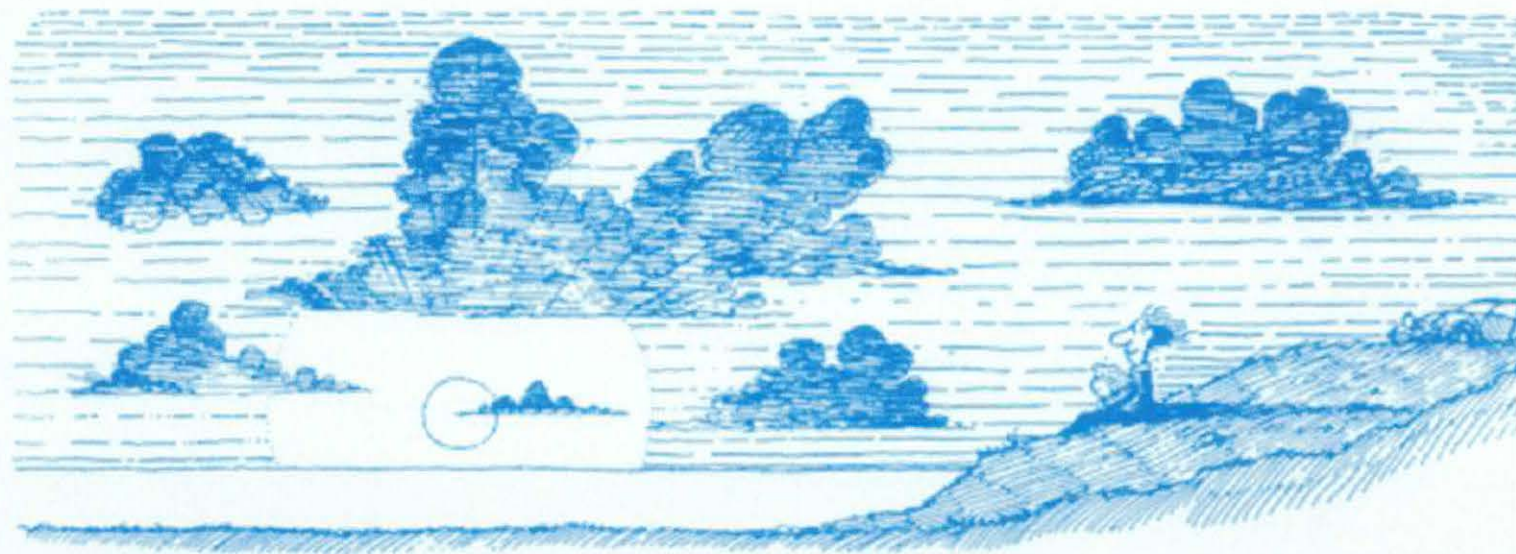


Desde Trabajo Social la configuración y articulación de equipos de trabajo de corte Biopsicosocial y la gestación programática con claro énfasis en la Interdisciplinariedad basada en una democratización de los saberes profesionales y en el aporte disciplinario para la construcción de una mirada conjunta resulta un imperativo profesional que fundamenta sólidamente el espíritu del presente trabajo y conclusiones del Seminario.

Por lo tanto, el Equipo Seminarista, debe fomentar el quiebre de las visiones y prácticas que actualmente se desarrollan en la Institución frente a la problemática de consumo perjudicial de alcohol, como a sus usuarios y usuarias, puesto que sólo se trata la evidencia con un consumo ya instalado. Es preciso la incorporación y coordinación con los distintos actores que abordan la problemática, como también con los estamentos encargados de promover la salud y prevenir la aparición de enfermedades. Además, se propone un trabajo amplio, tanto como la comunidad sana como con aquellos que ya presentan afecciones. De igual manera, es necesaria la instauración de un proceso estandarizado, con criterios y objetivos aunados, como también la inclusión de nuevas perspectivas y profesionales que permitan abordar la temática en las diferentes aristas que afecta, como también las diferentes dimensiones que causan, intervienen y afectan el consumo perjudicial de alcohol y dependencias.

*Saber no es suficiente, debemos aplicar.
Desear no es suficiente, debemos hacer.*

Hann W. Von Goethe



CAPÍTULO V

PROPUESTA PROGRAMÁTICA

PRESENTACIÓN DEL CAPÍTULO

El presente capítulo da cuenta de la elaboración de la Propuesta Programática para abordar el Beber Problema, dentro del contexto institucional del Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar. La propuesta nace como resultado del ejercicio investigativo desarrollado por el equipo seminarista, por lo que su construcción se sustenta en los principales resultados del análisis realizado.

La Propuesta Programática se desarrolla en base a un Enfoque de Salud de tipo Biospsicosocial, e incluye objetivos, estrategias, actividades y recursos para cada uno de los Niveles de Intervención en Salud, con las particularidades que a cada uno se le asocian. De esta manera, se busca dar una adecuada respuesta a los problemas evidenciados en el actual proceso de intervención del consumo de alcohol en la institución, y en base a éstos, entregar un ordenamiento claramente estipulado del nuevo proceso de intervención que se entrega en la Propuesta Programática. En concordancia a lo anteriormente planteado, se configuran lineamientos estructurados y coordinados, que contemplan distintas áreas profesionales y actividades, de acuerdo a cada situación particular, como también, la importancia de un trabajo interdisciplinario y la vinculación a redes intra como extra institucionales.

5. PROPUESTA PROGRAMÁTICA

5.1. JUSTIFICACIÓN DE LAS LÍNEAS PROGRAMÁTICAS PARA EL BEBER PROBLEMA

A. Contexto Internacional y Nacional frente al Beber Problema

Entendiendo al alcohol como un agente perjudicial para la salud y para las relaciones sociales, las cuales se verán afectadas por la naturaleza y la gravedad de sus efectos de acuerdo a cada consumo, tanto a corto como a largo plazo, es que resulta revelador el dato entregado por OMS, el cual estima que son cerca de dos mil millones de personas de todo el mundo los que consumen bebidas alcohólicas (OMS, 2008). En concordancia a lo anterior, según la OPS (2007, p.1) en el año 2002 en Latinoamérica, el consumo de alcohol fue responsable de la muerte de una persona por cada dos minutos, lo cual en términos numéricos fueron alrededor de 323.000 muertos, lo que representa un 5,4% de todas las muertes del continente americano, este porcentaje es ostensiblemente mayor comparado con la cifra de nivel mundial, que alcanzó en la misma fecha solo un 3,7%.

Los resultados del Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (2008), indican que la declaración de consumo de alcohol, de acuerdo a la prevalencia de último mes, alcanza a 50% en 2008, que se compara con el 58% que se obtuvo en el mismo estudio en 2006, representa una importante caída en el indicador; no obstante lo anterior, sigue representando un significativo porcentaje. En líneas generales, en el período 1994-2008 la declaración de consumo de alcohol ha aumentado en 10 puntos porcentuales.

En el estudio efectuado en el año 2007 por la ACHS muestra que en comparación con el mismo estudio realizado en el 2003, el porcentaje de consumo de alcohol disminuyó de un 83,6% a un 74,1%; no obstante esto, los bebedores problemas ascendieron de un 26,3% a un 30,8%. Siguiendo lo anteriormente planteado, los bebedores problemas también evidencian un aumento desde un 30,8% (2007) a un 34,0% (2008) Es así, que si se efectúa un análisis de bebedores problemas en los años 2003, 2007 y 2008 se evidencia claramente el aumento sostenido.

En base a lo anterior, en Chile, a través de los objetivos sanitarios para la década 2000-2010 del Ministerio de Salud, es factible declarar que los problemas asociados al uso de alcohol y otras drogas constituyen la principal causa de mortalidad y discapacidad en hombres menores de 45 años, y la dependencia a estas sustancias, es una de las 10 principales causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en toda la población.

Todas las anteriores cifras y datos vienen a ratificar que el Beber Problema es un problemática a nivel mundial y regional que, en mayor o menor medida, no escapa ningún país o institución. Convirtiéndose en una de las principales amenazas para la salud a nivel mundial, creciendo sostenidamente el nivel perjudicial en nuestra realidad nacional.

B. Políticas Internacionales y Nacionales frente al Beber Problema

El Beber Problema trae aparejado consigo consecuencias de orden físico, psicológicas, sociales, económicas, entre otros. En concordancia con lo anterior, se han elaborado distintos trabajos, convenciones, tratados y declaraciones, los cuales recogen las experiencias acumuladas mundialmente sobre la lucha contra el alcoholismo. Uno de los más importantes a nivel mundial se dio en la "58ª Asamblea Mundial de la OMS" (2005), en donde se sostuvo que el uso nocivo de alcohol es uno de los principales riesgos de la salud a nivel mundial, en respuesta a ello, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución en la que se ordena a la OMS que examine los problemas de salud pública causados por el consumo nocivo del alcohol.

En nuestro país, en enero del 2002, el Ministerio de Salud comprometió los "Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010", instrumento que orienta las políticas, estrategias, planes y programas del sector. En este contexto, se enmarca como Prioridades de Salud Mental el Abuso y Tratamiento de Alcohol y Drogas (MINSAL, 2002) planteándose como objetivos:

- Detener el ascenso del consumo de drogas y bajar la dependencia de alcohol en personas mayores de 12 años
- Reducir tasa de prevalencia de Beber Problema en 10%

Las prioridades de atención en salud mental, se han definido sobre la base de criterios como la magnitud del problema, su epidemiología, su impacto social, su costo económico, la eficacia de las intervenciones posibles y disponibilidad real de recursos humanos con las capacidades necesarias para realizarlos, según estos criterios se han priorizado, entre otros, el "Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas". Se delimita que el tratamiento para el abuso de alcohol debe orientarse a reducir la cantidad y frecuencia del consumo, y el de la dependencia a lograr la abstinencia indefinida. El objetivo de la rehabilitación es restablecer el equilibrio biológico, optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona y minimizar la probabilidad de recaídas.

Desde el 2006, continuando hasta el año 2009, el objetivo es avanzar hacia el desarrollo e implementación de modalidades diferenciadas de intervención de acuerdo a las características y necesidades de las personas que consultan por problemas de alcohol y drogas, para aumentar la eficacia e impacto terapéutico. Todo lo anterior se presenta como fundamento de que tanto en el contexto mundial y regional como, por supuesto, en nuestra realidad nacional la configuración de políticas que reconozcan la multicausalidad, complejidad e importancia dentro del abordamiento de la problemática del Beber Problema ya no sólo representa el reconocimiento a un grave y creciente problema de salud pública, sino también que se lo comprende como causante, por sí sólo, de otras múltiples enfermedades y variadas consecuencias en la dimensión biológica, psicológica, social, familiar, económica y en todo el contexto del ser y hacer de cualquier ser humano.

C. Contexto Institucional y Hospitalario frente al Beber Problema

El 2 de agosto de 1996 se publicó en el Diario Oficial la ley N° 19.465, que establece el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas, y posibilita el efectivo acceso de su personal a las prestaciones de salud en la forma y condiciones previstas en esta ley. La promulgación de la misma, hace posible que las y los funcionarios navales y sus cargas familiares, al momento de pensionarse, puedan optar por continuar siendo beneficiarias o beneficiarios del Sistema de Salud Naval, dando así una continuidad previsional de por vida.

El Sistema de Salud Naval tiene por "misión, en tiempos de paz, otorgar las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud de todos sus beneficiarios y beneficiarias. En tiempos de guerra, su misión es volver en la forma más rápida posible el estado de eficacia física y/o mental al personal que se vea afectado por lesiones físicas o enfermedad" (Aguirre y Valenzuela, 2003, p. 3).

Para lo anterior, la Dirección de Sanidad de la Armada (DIRECSAN) cuenta con organismos ejecutores, pasando a ser el principal organismo ejecutor de la Armada en la Primera Zona Naval el Hospital Naval Almirante Nef. Su objetivo primordial está dirigido a lograr la adecuada conservación y la rehabilitación de la salud de todas y todos sus usuarios (Aguirre y Valenzuela, 2003,).

Dentro de éste contexto, la misión del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar es "Prevenir, fomentar, mantener, recuperar y rehabilitar en forma oportuna y eficiente la salud del personal en servicio activo de la armada y de sus cargas familiares legalmente reconocidas, con el propósito de alcanzar el más alto nivel psicofísico de este grupo de usuarios" (Aguirre y Valenzuela, 2003, p. 10).

En concordancia con lo anterior, el Servicio de Psiquiatría del mismo Hospital posee como:

1.Misión: "Satisfacer la necesidad de salud mental de la institución a través del cumplimiento de los programas vigentes"

2.Objetivo General: "Proporcionar atención clínica especializada oportuna y del más alto nivel técnico a los miembros de la comunidad naval y beneficiarios que la requieran"

3.Objetivos Específicos:

- 3.1. Diagnosticar y tratar precozmente patologías del área de la salud mental.
- 3.2. Desarrollar programas clínicos específicos para determinadas patologías.
- 3.3. Proporcionar una atención coordinada y continua en consultorio externo y servicio de hospitalización psiquiátrica.
- 3.4. Mantener un sistema de coordinación con los otros servicios clínicos, con apoyo oportuno del recurso psiquiátrico.
- 3.5. Mantener una evaluación permanente del rendimiento técnico en relación a los elementos y recursos disponibles

Es específicamente en el contexto del Objetivo Específico 3.2 en donde se enmarca la elaboración de la presente Propuesta Programática, ya que el desarrollo de un programa clínico que aborde la problemática del "Beber Problema", es consecuente con su propia política y objetivos institucionales, ya que apunta a la "Satisfacción de necesidades de Salud Mental" y "Atención clínica especializada, oportuna y del más alto nivel técnico", permitiendo y respaldando la sustentabilidad de la propuesta.

D. Contexto de la Problemática de Beber Problema

A nivel de Fuerzas Armadas, uno de los principales estudios realizados es el que se llevó a cabo en el año 2009, el cual se denominó "Estudio del beber anormal en una unidad militar"¹ desarrollado por el Ejército de Chile. En éste se analizó el consumo de alcohol a través de la historia y cultura institucional. Sus resultados demostraron la existencia de factores facilitadores del consumo de alcohol, tales como la existencia de casinos y cantinas en sus dependencias, uso de vales y facilidades de pago, obligatoriedad de solteros a permanecer en las dependencias del regimiento y la falta de alternativas recreativas. De igual manera, se reconocen riesgos laborales asociados al consumo de alcohol por parte del personal de las Fuerzas Armadas, y que se relacionan con el uso de armas de fuego, accidentes de tránsito, domésticos, falta a la disciplina militar, problemas legales y/o judiciales, y deterioro en el desempeño laboral principalmente. En el estudio realizado, no se manejaron estadísticas de la magnitud del problema, sin embargo, se estima que desde abril del 2007 a abril 2008, de un total de 148 casos atendidos por Beber Problema pertenecientes a la Unidad Militar estudiada, el 24.8% debieron ser hospitalizados. Así también, la encuesta aplicada da como resultado un 39,62% de encuestados que presentan un "beber anormal", cifra que se encuentra por sobre la tasa nacional de acuerdo a la problemática.

Ahora bien, en cuanto al Hospital Naval, propiamente tal, no se presentan estudios que midan los alcances del fenómeno en cuestión, por lo que no se pueden establecer estadísticas de su magnitud, sin embargo, en este momento se cuenta con un número de 230 pacientes que consultan por problemas asociados al consumo perjudicial de alcohol, en el Servicio de Psiquiatría de la Institución.

En la actualidad, existe dentro del Servicio mencionado, una respuesta hacia la demanda de las y los usuarios por un tratamiento para el abordaje del consumo perjudicial de alcohol. No obstante, esta respuesta es sólo de forma reactiva hacia la demanda, sin un objetivo establecido ni con criterios claramente estipulados que orienten el quehacer profesional.

De acuerdo a la investigación realizada en el presente Seminario de Título, se pueden extraer las principales características del actual programa:

- Predominio enfoque biomédico
- Sin criterios técnicos claros en la elección de modelo de tratamiento
- Centra accionar en niveles de intervención en salud de tratamiento y recuperación
- Actividades con énfasis en aspectos biomédicos y enfocadas en alcanzar la funcionalidad física

¹ II Jornada de Salud Mental Militar y Policial "Una mirada común a la temática de Salud Mental" julio, 2009.

- Inexistencia de trabajo de redes a nivel intra ni extra- hospitalario

En resumen, la revisión de fichas elaborada por los Seminaristas que suscriben y el trabajo recién expuesto vienen a graficar y demostrar la importancia que posee, desde la posición institucional, la configuración de un Programa que entregue un abordaje claro, efectivo e integral a la demanda institucional existente. Finalmente, las implicancias éticas, desde lo profesional, exigen la elaboración de una respuesta adecuada y construida desde la integración disciplinaria, teórica y práctica de cada uno de los profesionales, considerando la participación activa de las y los usuarios para generar los lineamientos que darán vida a la construcción del presente programa.

E. Implicancias Económicas del Beber Problema:

El abordaje de forma estructurada, integral y abarcativa de la problemática de Beber Problema, además posee un fundamento económico, en cuanto que se evitaría, o al menos, disminuirían enfermedades asociadas y/o derivadas de éste. Se sabe que las personas que abusan o dependen del alcohol y drogas generan, en forma encubierta, consultas más frecuentes en atención primaria y servicios de urgencia, así como exámenes e interconsultas a otras especialidades, en las que muchas veces no se detecta el problema del abuso o dependencia y no se efectúa el tratamiento específico.

El uso nocivo del alcohol viene asociado a un número importante de fenómenos sociales tales como delitos, violencia, desempleo o ausentismo laboral, y genera costos sanitarios y para la sociedad. Con independencia de los problemas metodológicos que plantee su cuantificación, constituye sin duda una enorme carga social y económica. Se ha calculado que en el 2002 los costos mundiales del uso nocivo del alcohol se situaron entre los US\$ 210.000 millones y US\$ 665.000 millones. Las consecuencias sanitarias y sociales tienden a golpear con mayor dureza a los grupos sociales menos favorecidos y a contribuir así a las disparidades sanitarias dentro de los países y entre ellos. (OMS, 2008)

A nivel laboral, las lesiones intencionales y no intencionales representan aproximadamente el 60% de todas las muertes relacionadas con el alcohol y casi el 40% de la carga de morbilidad asociada. La mayor parte de la carga de morbilidad afecta a varones (83.3%) y 77.4% de la carga proviene de la población de entre 15 y 44 años de edad, y por consiguiente afecta en su mayor parte a jóvenes y adultos jóvenes en sus años de vida más productivos, lo que trae serias complicaciones a las organizaciones de seguridad social de los países americanos (OPS, 2007).

En los hombres es tres veces más frecuente el consumo, presentándose con mayor frecuencia en el rango de edades que va desde los 12 a 45 años de edad. Según el (MINSAL S.F.) El problema del abuso de alcohol se asocia significativamente con enfermedades físicas y mentales, accidentes y conductas violentas, deterioro de la calidad de vida de las familias, y disminución de la productividad laboral, causando una pérdida económica al país superior a los US \$ 3.000 millones.

Lo anterior representa una arista, que aunque quizás más fría, viene a reflejar la gran importancia que posee como componente económico el no abordamiento oportuno y adecuado de la problemática de alcohol, ya que a la larga representa (en la totalidad de los gastos derivados por la misma) una cantidad significativamente superior al valor del gasto que podría llegar a incurrir para su adecuado abordamiento.

5.2 LÍNEAS PROGRAMÁTICAS PARA EL ABORDAJE DEL BEBER PROBLEMA

La salud es definida por Milton Terris como: " Un estado de bienestar físico, mental y social, y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad" (Lopategui, 2008).

En base a lo anteriormente expuesto, y considerando las características sociales, económicas, contextuales e institucionales, es que el trabajar el tema de alcohol se torna una tarea de primer orden, abarcando tanto un público sano, sin esta problemática, como aquellos que se inician y se encuentran con el consumo ya instalado en sus organismos. Se debe así trabajar no sólo con la afección física, sino además intervenirla en su amplio espectro psicológico y social.

A continuación se darán a conocer las líneas de intervención concernientes a Promoción, Prevención, Tratamiento, Reintegración y Seguimiento, las cuales, en forma integrada son la respuesta a las necesidades visualizadas por la y los estudiantes Seminaristas de Trabajo Social, principalmente a través de la investigación realizada por estos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval.

A. Propuesta Programática para las Líneas de Acción frente al Beber Problema

- 1.**Propósito:** Formular estrategias y acciones en respuesta a la problemática derivada del consumo de alcohol, entregando herramientas para intervenir en los distintos niveles de salud que se ven relacionados con el Beber Problema.
- 2.**Misión:** Promover y desarrollar acciones sustentables en el tiempo para promocionar, prevenir, tratar y reintegrar a usuarias y usuarios que posean un Beber Problemático, mediante una atención integral con estrategias coordinadas y abarcativas sostenibles en el tiempo.
- 3.**Visión:** Generar y dirigir estrategias para la promoción de la salud y prevención de consumo de alcohol que eviten o disminuyen la necesidad de prestaciones de tratamiento y Reintegración para las usuarias y los usuarios adscritos al Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar".
- 4.**Objetivo General** Ofrecer estrategias de intervención en los distintos niveles de salud que permitan un abordaje interdisciplinario y biopsicosocial de la problemática de beber problema, para los usuarios y usuarias del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar.
 - 4.1 **Objetivo Específico:** "Incentivar el desarrollo de estilos de vida saludables para el autocuidado, en los usuarios y usuarias del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar".
 - 4.2 **Objetivo Específico:** "Desincentivar el consumo de alcohol, a través de estrategias de socio-educación y control, en los usuarios y usuarias adscritos al Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar".
 - 4.3 **Objetivo Específico:** Otorgar una atención integral y especializada para evaluar, diagnosticar y tratar a usuarios y usuarias que presenten adicción con compromiso biopsicosocial leve o moderado a causa del Beber Problema.

- 4.4 Objetivo Específico:** Propiciar y Cerciorar el mantenimiento de los logros terapéuticos obtenidos y la adecuada reintegración social de las y los usuarios una vez terminado su Plan de Trabajo Individual.

B. Modelos Propuesto para el Manejo de las Líneas Programáticas

Los modelos teóricos que guiarán el desarrollo de las líneas programáticas serán:

1. Modelo Cognitivo-Conductual:

Se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar.

En dependencia y abuso de alcohol se utilizan procedimientos y técnicas para el Refuerzo de la comunidad, entrevista motivacional, terapia marital conductual, entrenamiento en habilidades sociales (Sparrow, 2007).

- 1) **EVALUACIÓN:** Se examina cuidadosamente el caso mediante la entrevista y observación clínicas, registros, auto registros y diversos instrumentos estandarizados. Se formulan hipótesis acerca de los problemas que presenta la persona y se trazan los objetivos del tratamiento.
- 2) **INTERVENCIÓN:** Se emplean técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados.
- 3) **SEGUIMIENTO:** Se evalúa la efectividad del programa terapéutico en el mediano y largo plazo y se realizan los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios positivos.

2. Teoría General de Sistemas:

El modelo sistémico es un enfoque psicoterapéutico que se aplica a trastornos y enfermedades de tipo psíquico debidos a una alteración en la interacción, estilos relacionales y patrones comunicacionales de la familia vista como un todo. El modelo Sistémico comprende al individuo en su contexto y expresa que la relación entre las personas y su entorno está sujeta a una dinámica circular de influencias recíprocas.

El contexto más significativo es la familia, la cual se entiende como un sistema. Así, las disfunciones de los individuos se consideran en conexión con los comportamientos y las expectativas de otros miembros del sistema en el cual evolucionan y se mantienen. Un primer cambio con este enfoque es que ya no se busca modificar los procesos internos del individuo, sino que las interacciones en las que se encuentra comprometido, ya que un cambio en la interrelación del individuo con su contexto provoca un cambio con el sistema total. (Rodríguez, 2007).

Este enfoque terapéutico es una modalidad de Intervención que tiene en cuenta e interviene en el contexto donde aparecen los conflictos.

Su práctica abarca la Psicopatología y los conflictos de relación tanto en el individuo, pareja y familia, como en las organizaciones, instituciones, empresas, en los procesos de separación y divorcio y en las dificultades propias del medio escolar, sanitario y social.

3. Modelo Comunitario

El modelo comunitario, como su nombre lo indica, asume las influencias del entorno macrosocial, el que se encuentra compuesto por los diversos actores que la conforman y que interceden de una u otra forma en la situación, reconociendo y recogiendo las características tanto de oferta y demanda que la comunidad posee. Puesto que se vive en la comunidad esta se debe aceptar, entender y trabajar coherentemente con ella como también con sus organizaciones.

De esta forma se da un cambio de mirada, puesto que la intervención se traslada desde el sujeto enfermo a toda la población, lo cual implica el conocimiento e incorporación de diversos instrumentos, entre los cuales es importante destacar el diagnóstico comunitario, grupos vulnerables, intervención en crisis, buscando la integración de los tres niveles de intervención en uno sólo general y consensuado.

Existe un reconocimiento de los derechos de las y los usuarios y se ven a estos como entes colaborativos en sus procesos de tratamiento y mejora, de su amplia participación en el proceso de atención. Para esto resulta importante la creación de redes con recursos formales e informales, que garanticen la continuidad de cuidados lo cual es el elemento clave del modelo comunitario. La psiquiatría comunitaria supone pasar de la curación al cuidado y a la rehabilitación, cuyo objetivo último es conseguir la mayor autonomía para las y los usuarios con trastornos graves y persistente en un medio lo más normalizado posible. (Desviat, 2006)

C. Valores y Principios para la Atención

Los valores que guían el desarrollo la Propuesta Programática son:

1. Valores Fundamentales:

- Dignidad de la personas
- Participación en la toma de decisiones y en los procesos en los que se vea involucrado las y los usuarios
- Confidencialidad, en cuanto a la información manejada y a los procedimientos en los que participa.
- Involucra la participación activa y responsable del paciente y sus familiares en una relación interpersonal, informada, basada en el respeto mutuo y confianza entre estos y el profesional o equipo responsable

2. Enfoque Técnico (MINSAL, s.f)

Las características que posee el Enfoque Técnico son:

- Reconoce la dimensión biológica, psicológica y social de las personas
- Oportuno y continuo
- Alta calidad técnica y humana
- Utiliza enfoques comunitarios, privilegiando la atención ambulatoria y promoviendo y apoyando las capacidades de las personas y grupos organizados
- Integra acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cada actividad
- Las acciones son deliberadamente educativas y participativas
- Actualiza sus intervenciones de acuerdo a los avances científicos y la evidencia

3. Criterios de Calidad:

Los Criterios de Calidad de la Propuesta Programática son:

- La atención es continua en el tiempo y a lo largo de la vida, privilegiando el seguimiento por un mismo profesional o equipo
- Cada persona recibe el número y tipo de atenciones que requiere según sus necesidades
- La atención se realiza, también, fuera de los establecimientos de salud
- Los usuarios, usuarias y los equipos participan regularmente en la planificación y evaluación de las acciones

4. Las Estrategias: (MINSAL, s.f.)

Las Estrategias que siguen las Líneas Programáticas son:

- Proponer y participar, intersectorialmente, en acciones de promoción de la salud mental.
- Poner al alcance de las personas el conjunto de intervenciones/acciones que han demostrado el mayor costo - efectividad en la prevención, tratamiento y rehabilitación de cada tipo de trastorno mental.
- Incentivar, apoyar técnicamente y proporcionar soporte financiero a las agrupaciones de usuarios y familiares para reforzar sus propias capacidades de autoayuda, facilitarles el control social y colaboración en la calidad de la atención, la protección de los derechos de los pacientes.
- Privilegiar las intervenciones promocionales y preventivas que pueden ser realizadas por profesionales y técnicos del equipo de salud general, reservar los recursos especializados

ambulatorios para la asesoría al nivel primario y atención de los casos más complejos y restringir la institucionalización al máximo que resulte adecuado para el paciente, su familia y la comunidad.

- Reforzar y crear equipos especializados de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, con la responsabilidad de dar respuesta a las necesidades de la población.
- Realizar actividades regulares para la coordinación en red de los dispositivos para la hospitalización, cuidado residencial, cuidado diurno, programas de rehabilitación, reinserción social, tanto institucionales, como comunitarios o privados, cuyo eje es el equipo especializado ambulatorio.
- Redefinir periódicamente las actividades o prestaciones que cada dispositivo de la red entrega, en función de las necesidades de la población, los recursos de la red y de la evaluación sistemática de la atención, de modo que la atención sea de la mayor capacidad de resolución y siempre lo más cercana posible las y los usuarios, su familia y la comunidad.
- Realizar actividades regulares que faciliten y motiven la participación de los pacientes y familiares en los distintos niveles de la red de servicios navales.
- Evaluar, en forma sistemática, la eficiencia de la red en cuanto a satisfacción de usuarios y prestadores y de indicadores tales como nivel de información y comprensión que tiene el paciente y familiares acerca de su tratamiento, tiempos de espera, tiempos de traslado, continuidad del equipo tratante, ente otros.

5.3 LÍNEA PROGRAMÁTICA PROMOCIÓN DE LA SALUD

A. Fundamentación

La Promoción de la Salud es entendida como "El proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla" (OMS, 1998), por lo cual es sumamente necesaria la participación social de los individuos. Una característica de la Promoción de la Salud es su abarcatividad, ya que posee uno de los mayores abanicos en lo que a diversidad de usuarios y usuarias se refiere, puesto que, trabajan con un público sin afección determinada, es decir, se encuentra en la base piramidal de los niveles que componen la salud. De ahí que el fomento de la Promoción de los Estilos de Vida Saludables sea de vital importancia tanto en lo social, como en lo económico. La estimulación de factores protectores individuales, grupales y comunitarios mejora la capacidad de enfrentar situaciones adversas que pueden acaecer, este es el fin primigenio de la Promoción de la Salud. Es así como la Promoción de la Salud proporciona a las poblaciones "los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre sus vidas y así poder mejorarlas" (OMS, 1998).

El nivel Promocional de Salud tiene la peculiaridad de ser trabajado por una amplia red de profesionales del área, pudiéndose realizar actividades intersectoriales en su más diverso espectro. De este modo, se busca que los individuos, sus familias y la comunidad amplia adquieran, refuercen y compartan habilidades, para así mejorar su salud mental, física y material.

De este modo la Promoción de la Salud debe ser considerada como la más importante herramienta de acción para la consecución de mejoras en los Niveles de Salud, puesto que de su éxito o fracaso depende en gran manera los capítulos posteriores de las adiciones.

La Promoción de la Salud es constituida por tres grandes pilares, Participación Social, Acción Comunitaria, e Intersectorialidad (MINSAL, 1993), los que son relevantes para la correcta utilización de este nivel. Por lo tanto la Promoción de la Salud debe ser vista en su más amplio significado, con la participación activa de todos los involucrados, y no como acciones impuestas desde los profesionales hacia un público inmóvil.

Para que esta línea programática sea desarrollada adecuadamente, es preponderante la Intersectorialidad, con instituciones que trabajen esta temática en una suerte de colaboración constante, por lo cual la utilización de Redes Sociales en favor de un soporte social en salud es imprescindible.

Ahora bien, la necesidad de creación de lineamientos Promocionales de Salud nace con la línea programática para el abordaje del Beber Problema propuesto al Servicio patrocinante, en tanto cuanto los Estudiantes Seminaristas prevén que un programa como tal debe considerar este nivel y no solo atenerse a trabajar la enfermedad ya instalada. Es así, que bajo esta premisa se considera como oportuno el trabajar con la población sana en lo que se refiere a estilos de vida saludables, desarrollo de actividades comunitarias, promover entornos saludables y desarrollo de habilidades personales para que de esta forma el problema no aparezca, o bien tarde su aparecer, y así pueda ser afrontado de una forma mas completa.

B. Recursos Humanos

La Línea de Promoción de la Salud del Programa para el Abordaje del Beber Problema constará de los siguientes recursos:

Tabla 5.1 Recurso Humano por Área Profesional

| ÁREA BIOLÓGICA | ÁREA PSICOLÓGICA | ÁREA SOCIAL |
|---|---|--|
| Enfermero/a Nutricionista | Psicólogo/a Estudiantes en practica de carreras afines | Asistente Social Estudiantes en práctica de carreras afines |
| ENCARGADO DE LÍNEA PROMOCIONAL: Escogido/a democráticamente, entre las y los profesionales del programa, y que participe de la presente línea programática | | |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009

C. Funciones del Recurso Humano

El Recurso Humano de la línea de Promoción para el abordaje del Beber Problema constará de las siguientes funciones

Tabla 5.2 Funciones del Recurso Humano Línea Programática de Promoción de la Salud

| PROFESIÓN | FUNCIÓN |
|---|---|
| ASISTENTE SOCIAL | Coordinación con red Interna y externa al Hospital Naval. Encargado/a del área específica de la profesión (Grupo, comunidad). Educador/a social informal sobre beneficios entregados por la institución. Encargado/a de taller sobre autocuidados de las y los usuarios. |
| PSICÓLOGO/A. | Orientar en torno a estilos de vida saludables desde la mirada de psicología. Encargado/a de temática de Resolución de Conflictos, formas de comunicación. Trabajo colegiado con Asistente Social en aquellas áreas pertinentes. |
| NUTRICIONISTA | Visión desde lo profesional en torno a hábitos alimenticios. Cuidados nutricionales y todo aquello pertinente a el área de nutrición. |
| ENFERMERO/A. | Visión desde la medicina, en lo referente a aspectos biológicos. Socio educación en torno a cuidados médicos. |
| ESTUDIANTES EN PRÁCTICA DE CARRERAS AFINES. | Dependiendo de la carrera a la cual se adscriba, trabajo bajo coordinación de profesional a cargo de práctica. |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009

D. Nombre de la línea programática

"Línea de Promoción de la Salud y de los Estilos de Vida Saludables"

E. Localización

Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, Servicio de Psiquiatría.

A continuación se darán a conocer el Objetivo General y los Objetivos Específicos de la línea Promocional de la propuesta programática para el Beber Problema. Éstos deben entenderse como una estructura central de la línea Promocional. A continuación serán presentados los objetivos en cuestión con las actividades sugeridas para cada uno de ellos.

F. Objetivos Línea Programática**1. Objetivo General**

- "Incentivar el desarrollo de estilos de vida saludables para el autocuidado, en las y los usuarios del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar".

1.1. Objetivos Específicos

- Promover y/o proporcionar espacios y actividades para el uso positivo del tiempo libre para las y los usuarios adscritos al Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar.
- Fomento de los Servicios Sociales y recreativos con los que cuenta la red institucional para el uso de las y los usuarios del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar.
- Promocionar "Estilos de Vida Saludables" en las y los usuarios adscritos al Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar.

Mediante el siguiente ordenamiento se pretende dar indicaciones para la consecución de la línea Promocional de la propuesta programática para el Beber Problema, la cual, no implica necesariamente la realización tácita de lo declarado, ya que son solo actividades sugeridas, por lo que la inclusión o modificación de sus elementos serán considerados un aporte a la realización de éste.

a) Objetivo Específico:

Promover y/o proporcionar espacios y actividades para el uso positivo del tiempo libre para las y los usuarios adscritos al Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar.

Tabla 5.3 Actividad para línea Programática de Promoción de la Salud

| | |
|---|--|
| Actividad N° 1.1 | |
| Nombre de la actividad | “Acaparando Espacios, Visión Comunitaria” |
| Descripción y metodología de la actividad | |
| Se promoverá la utilización de espacios para el desarrollo de actividades recreativas, deportivas, artístico-culturales, educacionales y otras que proporcionen a las y los usuarios del Hospital Naval una participación mas activa en su desarrollo biopsicosocial. Será necesario para el desarrollo de éste objetivo la coordinación y actualización constante de actividades que sean desarrolladas por la Armada, como también por otros entes que las desarrollen. Así también será necesario el poseer los canales pertinentes para que la información recibida sea despachada oportunamente a los usuarios y usuarias de Hospital. | |
| Población preferencial | |
| Escuelas de especialidades, destacamentos, establecimientos educacionales de la Armada, cargas de uniformados/as y ex uniformados/as. | |
| Recursos Humanos | |
| Asistente Social, Estudiantes en Práctica y otros/as afines que contribuyan a elevar el bienestar Biopsicosocial de las y los usuarios del Hospital Naval. | |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009

b) Objetivo Específico:

Fomento de los Servicios Sociales y recreativos con los que cuenta la red institucional para el uso de las y los usuarios del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar.

Tabla 5.4 Actividad para línea Programática de Promoción de la Salud

| | |
|---|-----------------------|
| Actividad N° 2.1 | |
| Nombre de la actividad | “Comunitarios” |
| Descripción y metodología de la actividad | |
| Apertura y conocimiento de los Servicios Sociales que dispone la Armada, y de aquellos que proporcionen actividades de tipo recreativas, buscando de esta forma la cohesión entre los participantes de las mismas. Para esto será necesaria una coordinación con la red para la facilitación de información de actividades que se desarrollen fuera de la Armada, como así también una coordinación con la red interna, especialmente con el Servicio de Bienestar social, para promocionar actividades afines a esta línea de acción. De esta forma se busca el desarrollo de actividades que promuevan una cohesión en la Comunidad Naval de las y los usuarios del Hospital Naval. | |
| Se tendrá una lista actualizada de actividades que trabajen esta línea programática. | |

| |
|---|
| Población preferencial |
| Escuelas de especialidades, destacamentos, establecimientos educacionales de la Armada, cargas de uniformados/as y ex uniformados/as. |
| Recursos Humanos |
| Asistente Social, Estudiantes en Práctica |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009

c) Objetivo Específico

Promocionar Estilos de Vida Saludables en las y los usuarios adscritos al Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar

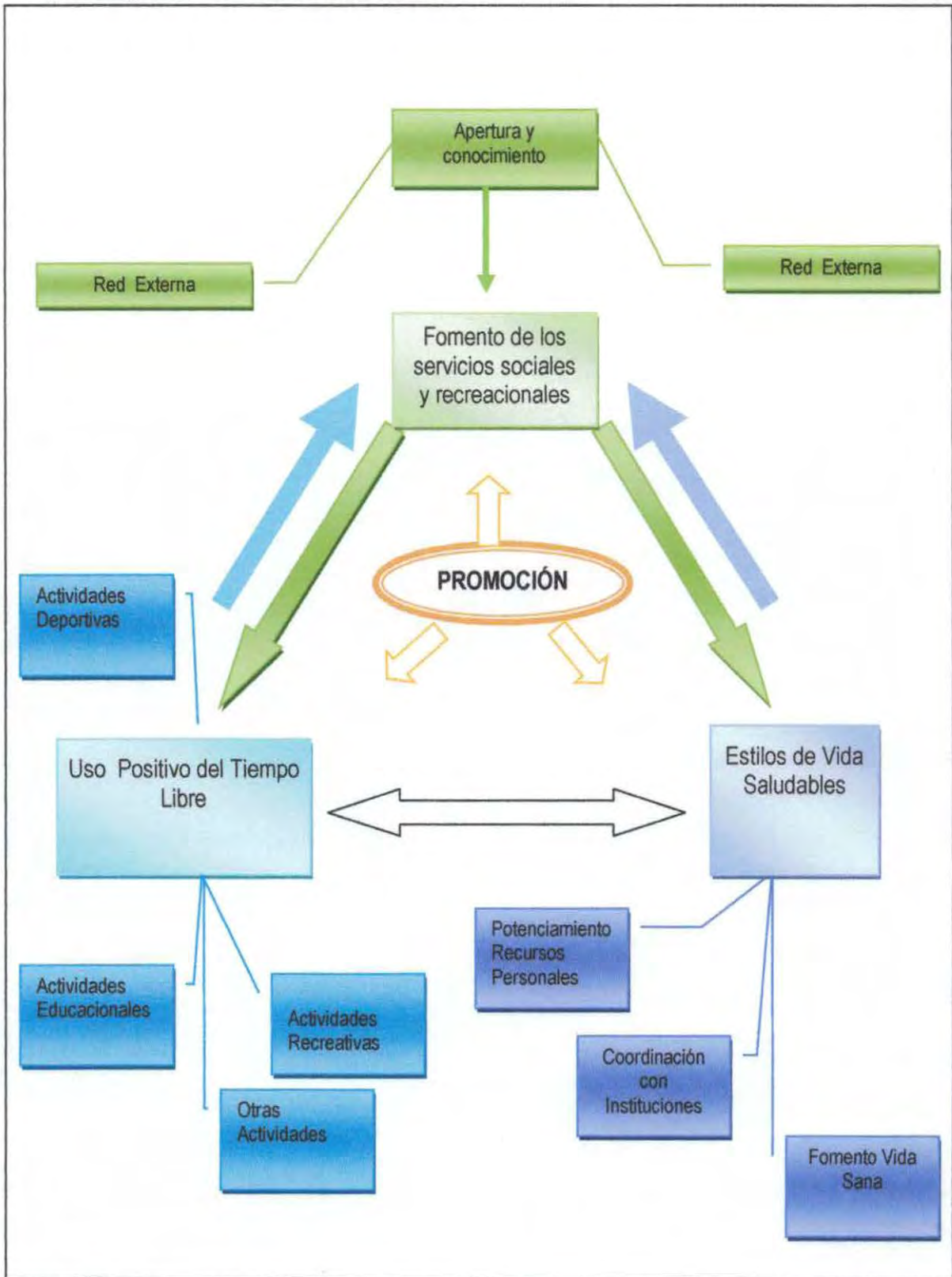
Tabla 5.5 Actividad para línea Programática de Promoción de la Salud

| | |
|---|--|
| Actividad N° 3.1 | |
| Nombre de la Actividad | “Yo me protejo, ¿tú...te proteges? entretejiendo lazos” |
| Descripción y metodología de la actividad | |
| Se deberán promover acciones para fomentar una vida sana y el bienestar de la comunidad, potenciar recursos personales con apoyos externos. Coordinación con distintas instituciones públicas y/o privadas que se vinculen al tema de Relaciones Familiares, y/o Estilos de Vida Saludables para la realización de charlas o actividades en los diversos estamentos relacionados con el Hospital Naval, ya que cada estamento es peculiar y con problemáticas distintas entre uno y otro. Se buscará con estas instituciones el compartir conocimientos, experiencias y prácticas que puedan ser útiles para línea programática de Promoción. | |
| Fomentar el impulso de actividades destinadas a desarrollar los factores protectores de carácter psicosocial y ambiental de las y los usuarios del Hospital Naval. | |
| Población preferencial | |
| Escuelas de especialidades, destacamentos, establecimientos educacionales de la Armada, cargas de uniformados/as y ex uniformados/as. | |
| Recursos Humanos | |
| Enfermero/a, Nutricionista, Psicólogo/a, Asistente Social, Estudiante en Práctica | |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009

El presente diagrama tiene como objetivo la interrelación entre los distintos actores que se vinculan con la Promoción de la Salud y de los estilos de Vida Saludables y que propenden a lograr una efectiva intervención

Dibujo 5.1 Diagrama Nivel de Promoción de la Salud



Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

5.4 LÍNEA PROGRAMÁTICA DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

A. Fundamentación

La Prevención de la Enfermedad, al igual que la Promoción de la Salud, es una de las áreas más importantes en la pirámide de atención en salud, en lo que a usuarias y usuarios se refiere, puesto que busca el desarrollo de acciones que vayan en pro de un bienestar biopsicosocial de los individuos antes de que el problema aparezca, deje secuelas o produzca muertes. Por tanto prevenir significa eso Pre-venir, es decir, ver o atacar una problemática antes de que esta aparezca, por lo cual resulta significativa su formulación en lineamientos amplios y prácticos, útiles para la "Comunidad Naval". La población objeto así estará determinada por aquellos que no están demandando atención de salud, pero que presentan factores de riesgo, o bien están presentando problemas de determinada afección. De este modo, se busca dar una solución práctica mediante la socio educación en torno al Beber Problema, sus causas y consecuencias en su forma más amplia posible. De esta forma se busca desincentivar la difusión e ingesta de bebidas alcohólicas, y socio educar en aquellas áreas que considere más necesarias la institución.

La Problemática del Beber Problema será abordada bajo dos perspectivas, por un parte, se busca detener el consumo, retardar lo más posible su aparición y hacer que la gente sea consciente de los aspectos negativos del consumo de alcohol y, por otra parte, "reducir las consecuencias de salud, sociales y económicas adversas de las sustancias alteradoras del humor de los consumidores de drogas, sus familias y sus comunidades" (ICAHRE, 2004, p.40). Esta mirada dual tiene dos importantes características, la primera es que no fomenta el uso de alcohol, ya que reconoce los riesgos que trae aparejados, en segundo lugar la educación en torno a la Reducción del Daño no rechaza la Abstinencia. Por lo tanto las acciones a desarrollar se dan en una base de realismo y pragmatismo concerniente a la línea Preventiva de Enfermedades. Así se potencian y se protegen los Derechos Humanos individuales, ya que el desarrollo de esta línea tiene como raíz la aceptación de la integridad y la responsabilidad individual y no el mero acato de lo impuesto por la jerarquía.

Si bien es cierto, la presente Línea Programática se estructura en función de la Prevención del consumo de alcohol en las y los usuarios del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, se declara y entiende que las actividades delineadas también contribuyen a prevenir el posible consumo de otros tipos de drogas en la población objeto, transformándose y potenciándose así aún mas el alcance de las actividades.

B. Consideraciones Generales

La Prevención se entiende como todas aquellas estrategias y acciones específicas destinadas a impedir el inicio del consumo de alcohol en la comunidad, como también pesquisar y entregar una atención oportuna a aquellos que ya presentan un consumo (CONACE, 2008).

Para atender lo anteriormente mencionado, es precisa la elaboración de un cuerpo de estrategias y prácticas que apunten a lograr tales objetivos.

Es necesario que todo conjunto de acciones se encuentren estandarizadas, explícitas y manejadas por el equipo de profesionales que intervienen en la materia, como así también, incorporar distintos actores, acciones y procesos los cuales deben estar interrelacionados entre sí de manera que se complementen y retroalimenten. De

esta manera deben ser considerados dentro de una línea Programática de Prevención para que sea efectivo, la comunidad, como ente activo durante todo el proceso, se debe mantener una relación directa y fluida con ésta. En segundo lugar, entrenamiento a líderes que sean considerados y reconocidos por la comunidad, los cuales pretendan transmitir y reforzar a los demás actores en cuanto a la Prevención del consumo de alcohol y otras drogas, y de esta misma manera educar a jóvenes en riesgo. Igualmente es preciso una coordinación con los distintos mandos, para que dentro de los distintos estamentos de la Comunidad Naval, logren ser entregadas herramientas que permitan pesquisar los primeros casos que presentan un consumo problemático, y también apunten a desincentivar el uso de alcohol.

Bajo esta misma línea, es necesaria la implementación de políticas de prevención que guíen el abordaje de estas estrategias, como también la implementación de procesos destinados a detectar personas en situaciones de riesgo como también su pronta derivación. De acuerdo a lo anterior, da cuenta de que el trabajo coordinado y complementario entre los diferentes actores y procesos, que incluyan estrategias de prevención y control, mejorará las medidas de prevención y de manejo de la problemática de consumo de alcohol.

En relación a lo anterior, se hace precisa la implementación de mecanismos de control del consumo al interior de los distintos estamentos y actividades, como también control de la disponibilidad de alcohol, pues este factor de riesgo está presente en la Institución.

La línea Programática de Prevención de la Enfermedad está enfocada en la "Comunidad Naval", entendida esta como aquellas personas que se encuentran vinculados de una u otra forma con la Armada de Chile y específicamente con el Hospital Naval Almirante Nef, por lo que éste es su público objeto, no obstante tendrá especial relevancia en aquellos sujetos que se encuentren más vulnerables y los que la institución considere como tales.

Si bien, esta línea programática está orientada a la Comunidad Naval en general, se hace necesaria la implementación de estrategias que apunten a cada uno de los estamentos que se generan al interior de ésta. Es por esto, que las estrategias universales debieran de ir enfocadas a la Comunidad Naval en su amplio espectro, independiente del nivel de riesgo al que estén sometidos. En segundo lugar, implementar estrategias selectivas, dirigidas a grupos de riesgo previamente identificados, los que presentan niveles de riesgo más altos, como por ejemplo, las escuelas navales, matrices, de especialidades, colegios de la Institución, entre otros.

Por último, la ejecución de estrategias indicadas dirigidas a los sujetos de alto riesgo, como aquellos que han experimentado situaciones de amenazantes y/o que presentan considerables factores de riesgo por sobre los protectores y que son detectados por un consumo incipiente de alcohol.

De esta manera se busca sensibilizar a aquellos que componen la "Comunidad Naval" respecto a la complejidad del tema y las consecuencias individuales, laborales, familiares y comunitarias que puede acarrear si no se trata en su debido tiempo.

En consecuencia se invita a la participación activa en la línea Programática de Prevención a los diversos estamentos que componen la "Comunidad Naval".

E. Nombre de la Línea Programática

"Línea de Prevención de la Enfermedad"

F. Localización

Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, Servicio de Psiquiatría.

G. Objetivos Línea Programática**1. Objetivo General:**

- "Desincentivar el consumo de alcohol, a través de estrategias de socio educación y control, en las y los usuarios adscritos al Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar".

1.1. Objetivos Específicos:

- Sensibilizar respecto de las consecuencias del consumo de alcohol, a las y los usuarios del Hospital Naval.
- Desarrollar habilidades de comunicación y de manejo de conflictos en torno a un consumo responsable de alcohol en las y los usuarios del Hospital Naval.
- Empoderar en estrategias de afrontamiento para resistir la presión del grupo frente al consumo de alcohol en las y los usuarios del Hospital Naval.
- Elaborar estrategias para la formación de líderes que trasmitan la importancia de la prevención a las y los usuarios del Hospital Naval.
- Detección precoz y derivación de casos que presentan un consumo perjudicial de alcohol en las y los usuarios del Hospital Naval.

Mediante el siguiente ordenamiento se pretende dar indicaciones para la consecución del objetivo de esta línea programática, lo cual, no implica necesariamente la realización tácita de lo declarado, ya que son solo actividades sugeridas, por lo que la inclusión o modificación de sus elementos serán considerados un aporte a la realización de éste.

a) **Objetivo Específico:**

Sensibilizar respecto de las consecuencias del consumo de alcohol a las y los usuarios del Hospital Naval

Tabla 5.8 Actividad para línea Programática de Prevención de la Enfermedad

| Actividad N° 1.1 | | | | |
|---|-----------------|--|------------------------------------|---|
| Nombre de la actividad | | "Yo Decido, Mi Postura Frente Al Alcohol". | | |
| Descripción y metodología de la actividad | | | | |
| <p>Esta actividad comprende de una sensibilización que busca identificar los factores protectores y de riesgo que se encuentren asociados al consumo de alcohol y drogas que tendrá como título "<i>yo decido, Mi Postura Frente al Alcohol y Drogas</i>". Esta actividad pretende generar un espacio de reflexión y conocimiento entre los participantes, sobre los factores que inciden en el consumo de alcohol y aquellos que colaboran en el retraso o no aparición de éste. Además se busca conocer como piensan y actúan las y los usuarios acerca del consumo de alcohol y otras drogas.</p> <p>La metodología utilizada comprende el desarrollo de actividades dinámicas, de conocimiento, y el desarrollo de actividades grupales para los temas a tratar, con la consiguiente exposición de los temas tratados en un plenario final.</p> | | | | |
| <u>Lugar</u> | <u>Duración</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>N° Total de horas mensuales</u> | <u>Población preferencial</u> |
| Hospital Naval Almirante Nef, Servicio de Psiquiatría | 90 minutos | trimestral | 1 hora 30 minutos aprox. | Escuelas de especialidades, destacamentos, establecimientos educacionales de la Armada, cargas de uniformados/as y ex uniformados/as. |
| Recursos Humanos | | | | |
| Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Estudiante en práctica | | | | |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

Tabla 5.9 Actividad para línea Programática de Prevención de la Enfermedad

| | | | | |
|---|------------------------|---------------------------------|---|---|
| Actividad N° 1.2 | | | | |
| Nombre de la actividad | | "El Alcohol en mi Vida". | | |
| Descripción y metodología de la actividad | | | | |
| <p>Visualizar, mediante la socio educación las consecuencias que acarrea el consumo habitual, abusivo y dependiente de alcohol y drogas en las dimensiones personales, familiares, laborales y comunitarias. Se recomienda intervenir, entre otras, las siguiente áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conflictos familiares relacionados con la violencia intrafamiliar que tienen como consecuencia una variedad de efectos traumáticos físicos y/o psicológicos de corto y largo plazo entre los miembros de la familia de un Bebedor Problema. ➤ Alteración de la armonía en el vecindario a consecuencia del Beber Problema. ➤ Problemas y/o accidentes en el lugar de trabajo como consecuencia del Beber Problema. <p>La metodología sugerida para esta actividad será una exposición de la temática por el equipo profesional pertinente, la realización de un taller grupal y exposiciones finales de los participantes.</p> | | | | |
| <u>Lugar</u> | <u>Duración</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>N° Total de horas mensuales</u> | <u>Población preferencial</u> |
| Lugar afín para tema programado | 90 minutos | trimestral | 1 hora 30 minutos aprox. | Escuelas de especialidades, destacamentos, establecimientos educacionales de la Armada, cargas de uniformados/as y ex uniformados/as. |
| Recursos Humanos | | | | |
| Asistente Social, Terapeuta Educacional, Enfermero/a, Estudiantes en Práctica. | | | | |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

b) Objetivo Específico:

Desarrollar habilidades de comunicación y de manejo de conflictos en torno a un consumo responsable de alcohol entre las y los usuarios del Hospital Naval

Tabla 5.10 Actividad para línea Programática de Prevención de la Enfermedad

| Actividad N° 2.1 | | | | |
|--|-----------------|---|------------------------------------|---|
| Nombre de la actividad | | “Legalidad, Alcohol. Consumo Informado y Responsable”. | | |
| Descripción y metodología de la actividad | | | | |
| <p>Exposición sobre el consumo de alcohol y los aspectos legales que este puede acarrear (exposición de ley 19.925 sobre alcohol y otras); desarrollo de temáticas como “riesgos de conducir bajo la influencia del alcohol y daños a terceros”, “violencia Intrafamiliar” y “formas efectivas y no efectivas de comunicar”.</p> <p>Se potenciará la estrategia comunicativa como herramienta de resolución de conflictos al interior de las relaciones sociales y familiares, y como esta posibilita el entendimiento, cooperación y pesquisa de un consumo incipiente por parte de los familiares.</p> <p>La metodología sugerida para esta actividad será una exposición de la temática por el equipo profesional pertinente, la realización de un taller grupal y exposiciones finales de los participantes.</p> | | | | |
| <u>Lugar</u> | <u>Duración</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>N° Total de horas mensuales</u> | <u>Población preferencial</u> |
| Lugar afín para el desarrollo de la actividad | 90 minutos | trimestral | 1 hora 30 minutos aprox. | Escuelas de especialidades, destacamentos, establecimientos educacionales de la Armada, cargas de uniformados/as y ex uniformados/as. |
| Recursos Humanos | | | | |
| <p>Psicólogo/a, Asistente Social, Estudiantes en práctica.</p> <p>Se recomienda para temática legal y conducción bajo influencia de alcohol la coordinación con El Consejo Nacional de Control de Estupefacientes CONACE y de la Comisión Nacional de Tránsito CONACET.</p> | | | | |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

c) Objetivo Específico:

Empoderar en estrategias de afrontamiento para resistir la presión del grupo frente al consumo de alcohol a las y los usuarios del Hospital Naval.

Tabla 5.11 Actividad para línea Programática de Prevención de la Enfermedad

| Actividad N° 3.1 | | | | |
|---|-----------------|---------------------------|------------------------------------|---|
| Nombre de la actividad | | “Yo decido por mí” | | |
| Descripción y metodología de la actividad | | | | |
| Exposición de la temática a tratar para después desarrollar una dramatización, en donde se deba mostrar una escena de afrontamiento efectivo y no efectivo del consumo de alcohol y drogas para que de esta manera adquieran de un modo práctico lo expuesto. Se dará pie a una mesa redonda para la discusión del tema donde se volcaran los conocimientos entregados con las prácticas realizadas por los usuarios. | | | | |
| <u>Lugar</u> | <u>Duración</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>N° Total de horas mensuales</u> | <u>Población preferencial</u> |
| Lugar afín para el desarrollo de la actividad | 90 minutos | trimestral | 1 hora 30 minutos aprox. | Escuelas de especialidades, destacamentos, establecimientos educacionales de la Armada, cargas de uniformados/as y ex uniformados/as. |
| Recursos Humanos | | | | |
| Psicólogo/a, Asistente Social, Estudiantes en práctica. | | | | |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

Tabla 5.12 Actividad para línea Programática de Prevención de la Enfermedad

| Actividad N° 3.2 | | | | |
|--|-----------------|--|------------------------------------|---|
| Nombre de la actividad | | “Que la presión no te presione” | | |
| Descripción y metodología de la actividad | | | | |
| <p>Exposición de video afín a la temática a tratar, para así promover instancias de reflexión y discusión de ideas entre las y los participantes. Es importante brindar información y educación acerca de cómo controlar el consumo de alcohol tanto individualmente como colectivamente; la presión en el consumo de alcohol que se puede sufrir por parte lo pares así como también promover herramientas pragmáticas que puedan resultar útiles para quienes poseen un consumo incipiente, tales como tener conocimientos básicos sobre primeros auxilios, capacitación para el reconocimiento temprano de las y los bebedores problemáticos, etc.</p> <p>En dicha instancia se presentaran las conclusiones y aprendizajes en forma de síntesis de la discusión previamente ejecutada.</p> | | | | |
| <u>Lugar</u> | <u>Duración</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>N° Total de horas mensuales</u> | <u>Población preferencial</u> |
| Lugar afín para el desarrollo de la actividad | 90 minutos | trimestral | 1 hora 30 minutos aprox. | Escuelas de especialidades, destacamentos, establecimientos educacionales de la Armada, cargas de uniformados/as y ex uniformados/as. |
| Recursos Humanos | | | | |
| Psicólogo/a, Asistente Social, Estudiantes en práctica. | | | | |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

d) Objetivo Específico:

Elaborar estrategias para la formación líderes que trasmitan la importancia de la prevención a las y los usuarios del Hospital Naval

Tabla 5.13 Actividad para línea Programática de Prevención de la Enfermedad.

| | | | | |
|---|-----------------|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| Actividad N° 4.1 | | | | |
| Nombre de la actividad | | "Formando líderes" | | |
| Descripción y metodología de la actividad | | | | |
| Para cumplir este objetivo se sugiere la coordinación con Instituciones asociadas a la problemática y que desarrollen actividades de formación de líderes en la materia, como también el manejo de habilidades sociales y de comunicación para transmitir los conocimientos adquiridos. | | | | |
| Lugar | Duración | Frecuencia | N° Total de horas mensuales | Población preferencial |
| Red Institucional asociada a la temática de alcohol. | 90 minutos | De acuerdo a la oferta institucional. | Establecido por la actividad. | Escuelas de especialidades, destacamentos, establecimientos educacionales de la Armada. |
| Recurso Humano | | | | |
| Asistente Social, quien se encargará de la conexión en red con organizaciones que capaciten en la temática | | | | |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

e) **Objetivo Específico:**

Detección precoz y derivación de casos que presentan un consumo perjudicial de alcohol en las y los usuarios del Hospital Naval

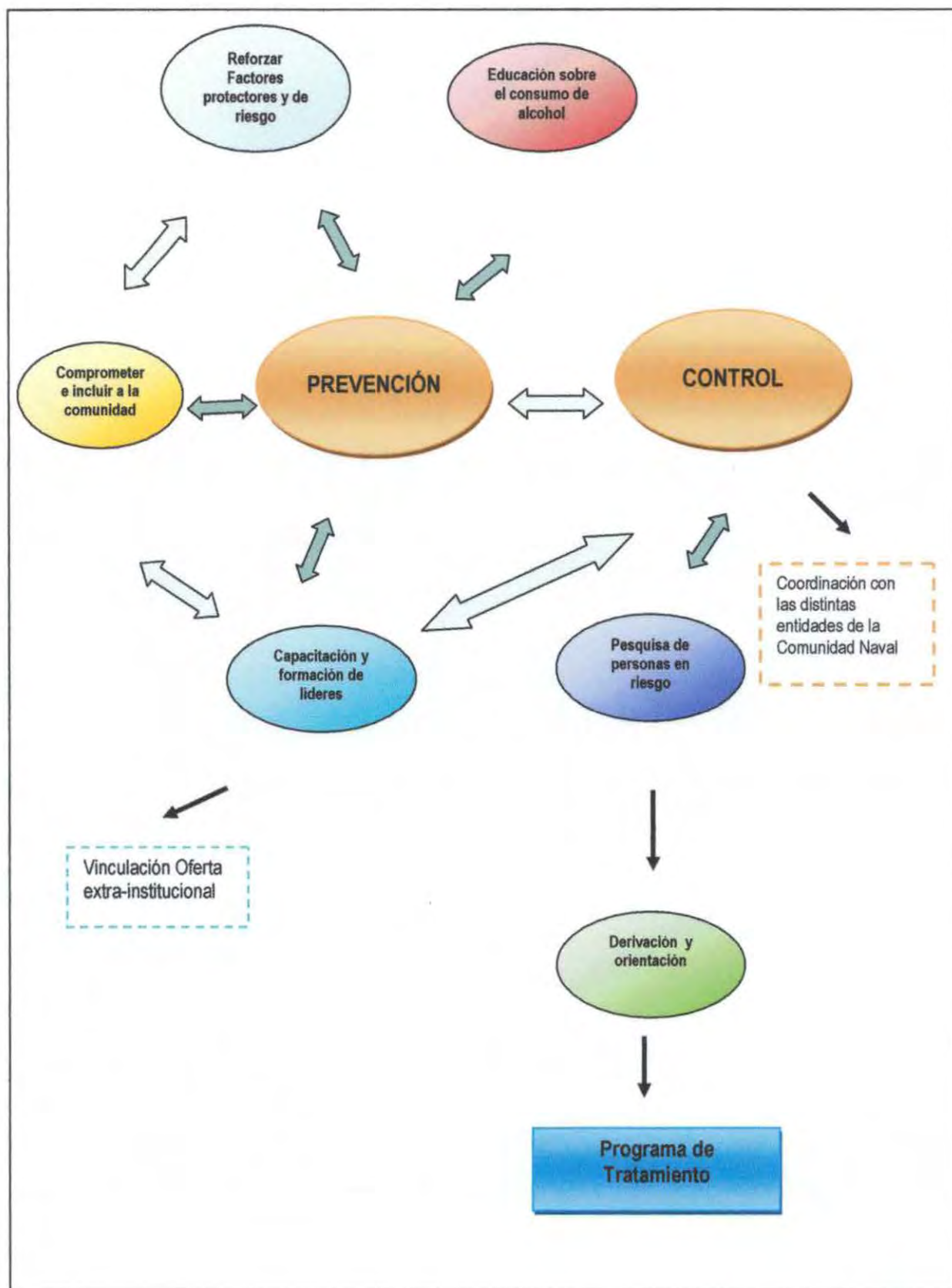
Tabla 5.14 Actividad para línea Programática de Prevención de la Enfermedad

| Actividad N° 5.1 | | | | |
|--|-------------------|---|------------------------------------|--|
| Nombre de la actividad | | "Yo Me Cuido Y Cuido A Los Demás". | | |
| Descripción y metodología de la actividad | | | | |
| <p>Pesquisa temprana de consumo perjudicial de alcohol a través de test AUDIT, el cual se aplicará en las diversas reparticiones, secciones o destacamentos en forma aleatoria, pesquizando de esta forma a posibles bebedores problema. Se enfocará así una labor Preventiva en aquellos lugares con mayor incidencia de bebedores problemáticos, y además se entregara información sobre tratamiento disponible en el Servicio de Psiquiatría por la Propuesta Programática para el abordaje del Beber Problema.</p> <p>Desarrollo de tema en los diversos lugares donde se efectuó la aplicación de test AUDIT que llevara como título "Los efectos del alcohol en mi organismo y los daños a terceros"</p> | | | | |
| <u>Lugar</u> | <u>Duración</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>N° Total de horas mensuales</u> | <u>Población preferencial</u> |
| Reparticiones, secciones, destacamentos, etc. | 60 minutos aprox. | Mensual | 1 hora aprox. | Escuelas de especialidades, destacamentos, cargas de uniformados/as y ex uniformados/as. |
| Recursos Humanos | | | | |
| <p>Enfermero/a, Psicólogo/a, Asistente Social, Estudiantes en práctica de carreras afines</p> <p>(Sería recomendable en esta sesión la utilización de estudiante en práctica de medicina, ya que la temática central está dada por las consecuencias causadas en el organismo del bebedor problema).</p> | | | | |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

El presente diagrama tiene como objetivo la interrelación entre los distintos actores que se vinculan con la para la prevención del consumo perjudicial de alcohol y que propenden a lograr una efectiva intervención.

Dibujo 5.2 Diagrama Nivel de Prevención



Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

5.5 LÍNEA PROGRAMÁTICA DE TRATAMIENTO

A. Fundamentación

El tratamiento de las y los usuarios con consumo Abusivo-Perjudicial o Consumo Dependiente se orientará en relación a un enfoque que permita abordar los aspectos biológico, psicológico y social, de cada uno de éstos en tratamiento, de forma integral y complementaria.

En lo biológico, dará cuenta de los problemas específicos asociados al consumo de alcohol y potenciará el desarrollo de una situación de salud favorable. El componente psicológico, trabajará aspectos intrapsíquicos, reparación de duelos y traumas, resolución de conflictos, habilidades y entrenamiento en destrezas sociales, autoestima y valoración personal, auto-imagen y relaciones vinculares. En lo social, apuntará a trabajar con una mirada que integre a la familia y que posibilite el desempeño de roles con objetivos y propósitos personales definidos, con satisfacción personal y en concordancia con los ambientes en que se desempeña. También se orienta el trabajo del equipo profesional en base a un Enfoque Interdisciplinario que deberá asegurar la participación de varias disciplinas complementarias y sinérgicas entre sí, otorgando los espacios correspondientes para que cada técnico, profesional, administrativos, directivo y usuario/a aporte desde su quehacer, hacia una meta común, utilizando un modelo democrático de intercambio de información y de integración de distintas terapias, pero con un equipo que comparta un mismo enfoque y conceptos respecto de los usuarios y usuarias; y con un tratamiento más bien basado, en la autodeterminación de los mismos y en la experiencia del equipo, que en la opinión individual de cada uno de sus miembros.

Sumado a lo anterior, se buscará que las actividades destinadas al tratamiento que realiza el equipo de salud, estén dirigidas a las personas y sus familias, apuntando a la modificación de los factores biológicos, psicológicos y sociales que condicionan, desencadenan o perpetúan la conducta. Se apuntará a lograr configurar diferentes planes de tratamiento que comprendan objetivos terapéuticos a desarrollar progresivamente en la medida que se avanza en el proceso de tratamiento, considerando etapas o períodos en que las acciones terapéuticas deberán ser llevadas a cabo para el logro del objetivo. Estas intervenciones terapéuticas se realizarán en concentración y frecuencias diversas, donde la mayor intensidad del proceso, se producirá en la implementación del tratamiento como tal, en donde se abordan en profundidad los factores intervinientes en el inicio y mantención del problema de consumo.

En la presente línea programática coexistirá una dualidad de modelos, los modelos de Prevención de Recaídas y el de Reducción de Daños, lo anterior fundamentado en que en la actualidad se ha probado que ninguna de éstas modalidades de tratamiento sea superior a la otra; sino mas bien, se entiende que lo que sí es importante es la adecuación de la usuaria o el usuario al tratamiento. Es por esto que la elección del modelo a utilizar será individualizado, y los criterios estarán dados por la complejidad del diagnóstico elaborado por los profesionales y los objetivos de tratamiento que se fijen entre estos últimos, las y los usuarios y los familiares o personas significativas de éstos, lo cual quedará claramente estipulado a través de un Contrato Terapéutico

En la actualidad se reconoce que la disposición de los programas de tratamiento se orienta en relación al grado de compromiso Biopsicosocial que posean los pacientes, lo cual da origen al surgimiento de Centros Ambulatorios (Básicos o Intensivos) o de carácter Residenciales (CONACE, 2008); por ende, es necesario plantear claramente que la configuración de la presente Línea Programática de Tratamiento está orientada para

personas que posean un nivel de consumo Abusivo-Perjudicial Consumo Dependiente con un grado de compromiso Biopsicosocial de Leve a Moderado. Esto ya que los requisitos para atención de personas con un grado de compromiso biopsicosocial Severo requieren de un Plan de Tratamiento Residencial que debido a la naturaleza técnica del presente no se puede satisfacer debidamente; no obstante lo anterior, y principalmente a causa de una implicancia ética, las personas diagnosticadas con un nivel de compromiso Severo serán atendidas de igual manera, pero entendiendo que la naturaleza del tratamiento no responde cabalmente a sus necesidades de tratamiento específico y por tanto sus resultados pueden variar.

B. Recursos Humanos: La línea de Tratamiento del Programa de Alcohol contará con personal altamente capacitado técnica y personalmente, los cuales deberán cumplir ciertas características:

- **Características del Personal:** Los profesionales que se desempeñen en el programa deberán contar idealmente con conocimiento y experiencia en el tema del tratamiento y rehabilitación en esta área.

El equipo profesional debiera estar conformado como mínimo por:

Tabla 5.15 Recurso Humano por Área Profesional

| ÁREA BIOLÓGICA | ÁREA PSICOLÓGICA | ÁREA SOCIAL |
|---|---|---|
| Médico General | Psicólogo/a. | Asistente Social |
| Médico Psiquiatra | Técnico en Rehabilitación | Terapeuta Ocupacional |
| Enfermero/a. | Estudiantes en práctica de carreras afines. | Estudiantes en práctica de carreras afines. |
| Estudiantes en práctica de carreras afines. | | |
| ENCARGADO/A DE LÍNEA DE TRATAMIENTO: Escogido/a democráticamente, entre las y los profesionales del programa, y que participe de la presente línea programática. | | |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

C. Funciones del Recurso Humano

A través de la presente tabla se puede observar las funciones que deberán cumplir cada integrante del Equipo Profesional bajo la presente Línea Programática

Tabla 5.16 Funciones del Recurso Humano Línea Programática de Tratamiento de la Enfermedad

| PROFESIÓN | FUNCIÓN |
|--------------------|---|
| EQUIPO PROFESIONAL | <p>Elaboración Diagnóstico Integral.</p> <p>Elaboración Plan de Trabajo Individual.</p> <p>Configuración Alta del Tratamiento.</p> <p>Decisión expulsión tratamiento (en relación a los criterios de expulsión).</p> <p>Participación en la Red Comunal de Centros de Tratamiento².</p> |
| ASISTENTE SOCIAL | <p>Aplicación y evaluación instrumentos de detección temprana.</p> <p>Aplicación Entrevista Dirigida para Diagnóstico Integral con énfasis en la detección de factores protectores y de riesgo³ y pesquisa nivel de consumo.</p> <p>Explicar al usuario/a el Plan de Intervención y sus implicancias.</p> <p>Evaluación del estado de soporte familiar.</p> <p>Refuerzo para la reinserción con los vínculos familiares del usuario/a.</p> <p>Rescate ante posibles abandonos a tratamiento.</p> |
| PSICÓLOGO/A. | <p>Aplicación Entrevista Dirigida para Diagnostico Integral con énfasis en el reconocimiento de Grado de compromiso Biopsicosocial y Motivación al Cambio.</p> <p>Intervención Psicológica orientada al aspecto de Motivación al Cambio.</p> <p>Evaluación posibles patologías duales (estrés, depresión, bipolaridad, etc.).</p> <p>Configuración Plan de Reintegración Post Egreso.</p> |
| MÉDICO GENERAL | <p>Descarte posibles consecuencias fisiológicas a causa del consumo de alcohol</p> <p>Evaluación física completa.</p> |
| MÉDICO PSIQUIATRA | <p>Realización y evaluación resultados exámenes clínicos.</p> <p>Realización y evaluación resultados exámenes de laboratorio.</p> <p>Subscripción y educación sobre correcto uso medicamento para mitigar</p> |

² Reuniones periódicas de los centros de tratamiento que permiten la retroalimentación constante y coordinación teórico-práctica con la Red

³ Revisar Anexo N° 6

| | |
|---|--|
| | Síndrome de Abstinencia. |
| ENFERMERO/A | <p>Entrega información a familiares y/o personas significativos acerca de los alcances y el proceso de tratamiento sus etapas, plazos y sobre los riesgos y significación de las recaídas.</p> <p>Aprendizaje de estrategias de prevención de recaídas.</p> <p>Supervisión período desintoxicación.</p> <p>Configuración y suscripción Contrato Terapéutico con las y los usuarios</p> |
| TERAPEUTA OCUPACIONAL | <p>Manejo de habilidades sociales y disposición para la pertenencia a grupos de no consumidores.</p> <p>Evaluación capacidades laborales.</p> <p>Ejecución actividades para reforzamiento habilidades interaccionales.</p> |
| TÉCNICO EN REHABILITACIÓN | <p>Supervisión en periodo de desintoxicación.</p> <p>Socio educación individual y grupal acerca del Beber Problema.</p> |
| MONITORES/AS O ESTUDIANTES EN PRÁCTICAS DE DIVERSAS ÁREAS PROFESIONALES | <p>Dependiendo de la carrera a la cual se adscriba, trabajo bajo coordinación de profesional a cargo de práctica; especialmente enfocado a actividades grupales de refuerzo en relación a su campo profesional.</p> |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

A través de la presente tabla se realiza un cálculo estimativo de las horas que deberán destinar los profesionales para el adecuado cumplimiento de sus labores dentro del programa.

Tabla 5.17 Horas Estimadas/Profesional Requeridos

| Equipo Profesional | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| Integrantes del Equipo Profesional (Técnico y Estudiante o monitores) | Horas mensuales destinadas por persona | Horas mensuales destinadas a 10 personas | Horas semanales destinadas a 10 personas | Horas Semanales reuniones clínicas y administración | Nº Total horas semanales para 10 personas |
| Psiquiatra | 2 hrs | 20 hrs | 5 hrs | 3 hrs | 8 hrs |
| Médico/a | 1.5 hrs | 15 hrs | 3.75 hrs | 3 hrs | 6.75 hrs |
| Psicóloga/o | 11.66 hrs | 116.6hrs | 29.25 hrs | 3 hrs | 32.25 hrs |
| A. Social | 6 hrs | 60 hrs | 15 hrs | 3 hrs | 18 hrs |
| Otros prof.-técnicos/as o Alumnos Practicantes | 11.75 hrs | 117.5 hrs | 29.5 hrs | 3 hrs | 32.5 hrs |
| HORAS TOTAL | 32.91hrs | 330hrs | 82.5hrs | 15hrs | 97.5 hrs./sem |

Fuente: Cálculo realizado en relación a un estimativo de profesionales y hrs. Estipulado en la Norma Y Orientaciones Técnico- administrativas de los Planes de Tratamiento para personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas. (CONACE, 2008)

D. Nombre de la Línea Programática

Línea de Tratamiento del Programa para el abordaje del Beber Problema

E. Localización

Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, Servicio de Psiquiatría.

F. Objetivo Línea Programática

1. Objetivo General:

- Otorgar una atención integral y especializada para evaluar, diagnosticar y tratar a las y los usuarios que presenten compromiso biopsicosocial leve o moderado a causa de consumo abusivo y/o perjudicial o consumo dependiente de alcohol.

1.1. Objetivo Específico:

- Evaluar y diagnosticar oportunamente los casos pesquisados.
- Involucrar a las y los usuarios como partícipes en la elaboración o configuración de los objetivos de su plan de trabajo

- Elaborar un plan de trabajo integral en relación al diagnóstico efectuado.
- Intervenir desde una perspectiva interdisciplinaria los casos pesquisados en función del Plan de Trabajo realizado.
- Propiciar la participación de la familia y/o personas significativas de las y los usuarios durante el proceso de tratamiento.

G. Grupo de Población a la que está Dirigida

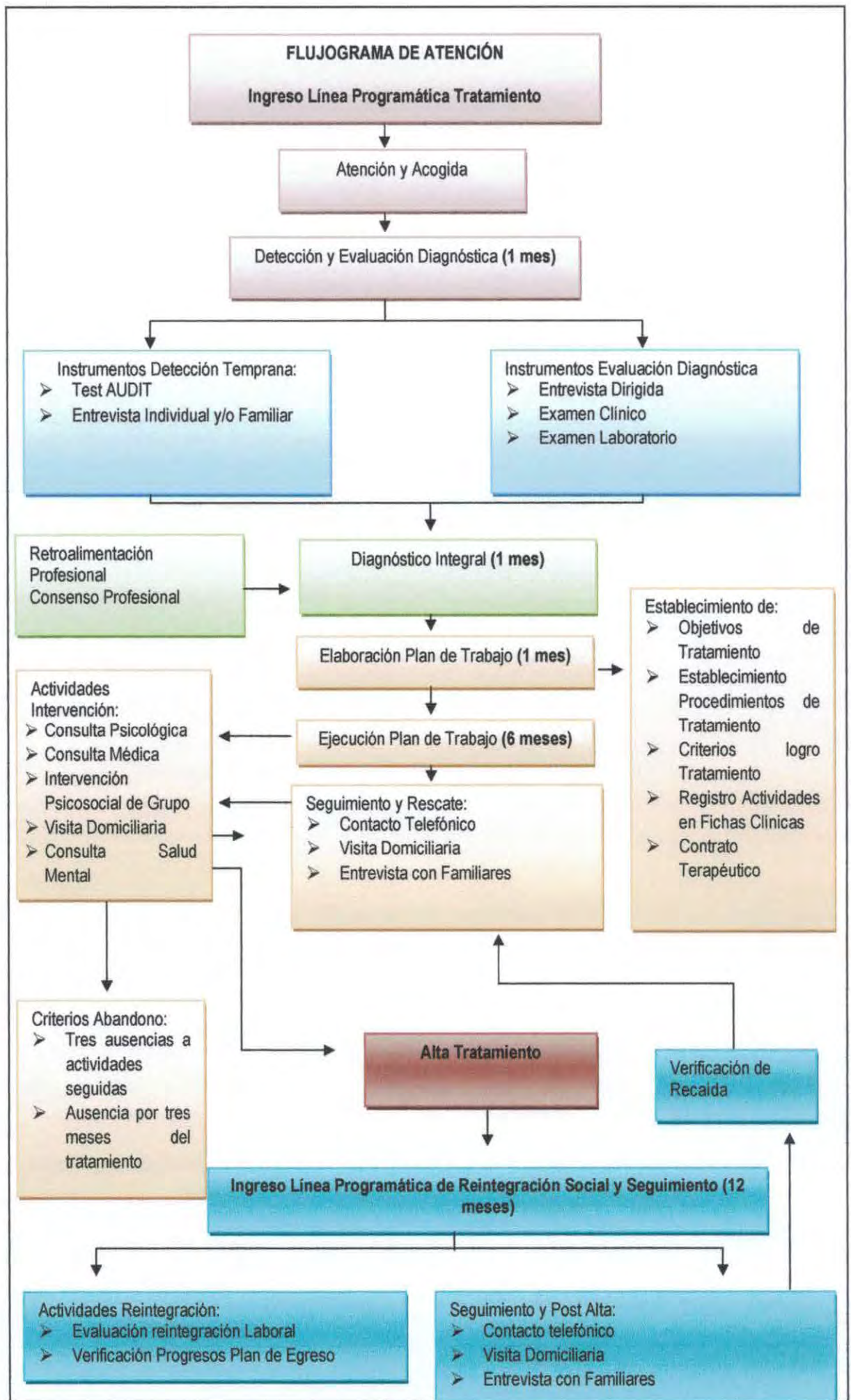
La línea programática de Tratamiento estará enfocada a personas que presenten un Beber Problema que les impida desenvolverse normalmente en sus diferentes contextos (familiar, social, comunitarios, laboral, etc.) con dependencia de alcohol de un nivel leve a moderado, complicadas con deterioro biopsicosocial y/o comorbilidad psiquiátrica, y/o resistentes al tratamiento realizado por el equipo de salud general, y/o atendidas en servicio de urgencias el hospital por intoxicación o complicación severas. Los criterios que deberán cumplir estas personas son:

- Que se atiendan en el Hospital Naval Almirante Nef
- Que posean un diagnóstico de Compromiso Biopsicosocial en Grados Leve, Moderado por consumo Abusivo y/o Perjudicial o consumo dependiente de alcohol
- Que su patología principal este dada por la Dependencia o abuso de alcohol
- En caso de poseer comorbilidad psiquiátrica, ésta debe estar compensada
- Que sea mayor de 18 años ⁴
- Que posea una disponibilidad de tiempo y compatibilidad laboral acordes al Plan de Trabajo
- En lo posible contar con una red de apoyo
- Declarar voluntariamente su intención de ser tratado en el programa

Por medio del siguiente Flujograma de Atención se da cuenta del proceso de intervención que pasarán las y los usuarios en las Líneas Programáticas de Tratamiento y Reinserción Social y Seguimiento.

⁴ Se considera que el trabajo con menores de dieciocho años con problemas de consumo requiere de especificaciones técnicas no cubiertas por la propuesta; no obstante lo anterior, se confía en el criterio profesional de equipo para evaluar cada caso.

Dibujo 5.3 Diagrama Líneas programáticas de Tratamiento, Reinserción Social y Seguimiento



Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

H. Etapas Del Tratamiento

Dibujo 5.4 Diagrama Etapas de Tratamiento para el Beber Problema



Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

1. Detección y Evaluación Diagnóstica:

Explicación De La Etapa

En esta etapa se busca detectar y evaluar en la población consultante, por medio de un diagnóstico integral, el Grado de Compromiso Biopsicosocial a causa de su nivel de consumo Abusivo y/o Perjudicial o consumo Dependiente de alcohol; a través de instrumentos y criterios claramente estipulados. Se contempla que el diagnóstico integral incluya los aspectos clínicos del consumo, estado de salud mental y psiquiátrico junto con la valoración del compromiso biopsicosocial de la persona afectada directamente por el consumo; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato; contención emocional y apoyo a profundización de la motivación al cambio.

Está dirigido a población consultante, pesquisada o derivada, independientemente si buscan o no tratamiento, que consulte por problemas asociados al consumo de alcohol. La detección y evaluación se realizará a través de dos mecanismos principales:

1.1. Instrumentos de Detección Temprana

- **Test AUDIT:** Se trata de un cuestionario auto-aplicado, que permite la detección inicial de consumo abusivo y/o perjudicial o consumo dependiente de alcohol. El test es entregado a las y los usuarios para que lo completen y luego el profesional pueda revisar sus resultados integrándolos al diagnóstico.

El cuestionario actúa como un filtro de primera instancia, ya que si bien no es por sí sólo un acto diagnóstico, si muestra indicios claros que determinan posibles problemas asociados al consumo.⁵

- **Entrevista Individual y/o Familiar⁶:** Se busca, a través de una pesquisa técnica, lograr una asesoría y orientación en la toma de decisiones conjunta en una adecuada primera pesquisa. El profesional buscará identificar características del Consumidor Abusivo y/o Perjudicial o el Consumidor Dependiente⁷ y/o el grado de compromiso biopsicosocial⁸ que presenta la o el usuario; o al menos pesquisar, en el caso de que sea una consulta de un familiar o allegado al posible paciente, si existen razones fundadas que permitan advertir la necesidad de un posible tratamiento.

1.2. Instrumentos de Evaluación Diagnóstica

Se busca asegurar que tanto el diagnóstico inicial como la referencia a avanzar de etapa dentro del tratamiento, sean correctos. Consiste en una o más consultas que se deben realizar poco después de la consulta inicial que la origina con los objetivos de:

- Conformar un Diagnóstico Clínico Básico suficiente: Patrón de consumo, estado de salud físico y mental
- Evaluar grado compromiso biopsicosocial
- Evaluar e intervenir el nivel de motivación al cambio personal⁹
- Entregar información sobre diagnóstico, pronóstico y conducta aconsejable para las y los usuarios
- Explicar a las y los usuarios el Plan de Intervención que requiere

Una vez realizadas las primeras pesquisas que permitan identificar variables claras que fundamenten la necesidad de tratamiento se realizarán cuatro actividades que permitirán elaborar un diagnóstico individual de la o el usuario y configurar el Plan de Trabajo.

- **Entrevista Dirigida:** Se busca producir un Rapport o vínculo de confianza y respeto entre el consultante y el profesional a cargo. El principal objetivo debe ser el determinar el grado de compromiso Biopsicosocial¹⁰ de la o el usuario.
- **Examen Clínico:** Se busca poner especial atención a los elementos objetivos u observables, que aporten a configurar una hipótesis o sospecha diagnóstica inicial. Algunos indicadores son:

⁵ Revisar Anexo N° 3 Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT)

⁶ Revisar Anexo N° 9 Primera Entrevista

⁷ Revisar Anexo N° 4: Niveles de Consumo de Alcohol

⁸ Revisar Anexo N° 1: Escala del Grado de Compromiso Biopsicosocial

⁹ Revisar Anexo N° 2: Estado Motivacional

¹⁰ Revisar Anexo N° 1: Escala del Grado de Compromiso Biopsicosocial

- Inyección Conjuntival
- Vasculación anormal de la piel
- Temblor fino y distal de las manos
- Temblor en la lengua
- Hepatomegalia

➤ **Exámenes de Laboratorio:** permite la detección, seguimiento clínico y aporta en la determinación de la enzima GGT, ya que es un indicador biológico que confirma la presencia de una alteración hepática y funcional y, por tanto reversible, secundaria al consumo de alcohol. Se solicitará además, cada vez que se aprecien incongruencias o dudas, en las y los usuarios que consumen alcohol, especialmente en cuanto a la magnitud del consumo informado. Otros exámenes de laboratorio o apoyo podrán solicitarse ocasionalmente por el médico, si se necesitan otros elementos de diagnóstico, como por ejemplo, pruebas hepáticas, radiografías, bacteriológicos, inmunológicos y todos aquellos que el profesional estime conveniente.

➤ **Diagnóstico Integral:** en base a todas las actividades de diagnóstico descritas anteriormente y luego de una reunión de equipo en donde se configurará un diagnóstico único e integrador, se configurará un Plan de Trabajo individual que guiará el proceso de tratamiento. Esta etapa en su conjunto no debiera demorar más de un mes desde la primera consulta hasta la obtención del Diagnóstico y Plan de Trabajo Individual.

2. Elaboración de Plan de Trabajo Individual

Explicación de la etapa

La presente etapa consiste en generar una adecuada coordinación de los profesionales a fin de establecer Reuniones de Equipo, con el propósito de elaborar un plan de trabajo diferenciado según las características de cada usuaria o usuario, desde una perspectiva interdisciplinaria. En consecuencia, los planes de trabajo son individuales, por tanto los objetivos, plazos y recursos profesionales, utilizados se estructuran caso a caso; no obstante, los indicadores que se utilizarán de forma transversal a las y los usuarios son tres: Compromiso Biopsicosocial, Estado Motivacional y Nivel de consumo, estos indicadores serán la base para la toma de decisiones terapéuticas ya que reflejarán los avances o retrocesos del tratamiento de cada usuaria y usuario.

➤ **Retroalimentación de Información entre Profesionales:** Las y los profesionales involucrados en el programa para el Abordaje del Beber Problema, deberán realizar reuniones técnicas por lo menos una vez al mes, con el propósito de elaborar los planes de trabajo correspondientes a los nuevos casos de las y los usuarios con necesidad de atención en el programa. Además, estas reuniones tendrán como finalidad, dar cuenta de los avances, estancamientos o retrocesos terapéuticos de las y los usuarios que ya estén siendo tratados, para realizar posibles reestructuraciones de planes elaborados, con la intención de mejorarlos. Lo anterior, sin perjuicio de las reuniones formales e informales que se puedan producir de forma adicional.

➤ **Consenso de Plan de Trabajo**

Para generar el plan de trabajo, en la reunión de equipo se deben considerar a lo menos tres etapas:

a) **Integración de Evaluaciones Profesionales:** Los profesionales que participaron en el diagnóstico, deberán dar cuenta de los resultados obtenidos por cada uno de éstos, según la disciplina que corresponda, en donde la premisa será la combinación del saber profesional y disciplinario, sin generar asimetrías de valores por área profesional. Esta unificación evaluativa deberá contar, a lo menos, con los resultados de estado motivacional de las y los usuarios, el nivel de consumo que presenta y el nivel de compromiso biopsicosocial producto del consumo de alcohol.

b) **Construcción de Plan de Trabajo**

Finalizadas las etapas anteriores, corresponderá elaborar un Plan Individual de Tratamiento que abarque y responda a los elementos evaluados y deberá caracterizarse por incluir, a lo menos:

- Consideración de la opinión de la usuaria o el usuario y su familia en cuanto a expectativas de tratamiento
 - Objetivos de tratamiento definidos explícitamente, procedimientos terapéuticos que aseguren la calidad, metas terapéuticas y plazos definidos
 - Procedimientos terapéuticos y de reintegración, con énfasis en la modificación de cada una de las áreas problemáticas identificadas, las que deberán quedar debidamente registradas en la ficha clínica
 - El desarrollo del Plan (avances, estancamiento, recaídas y retrocesos) deberá ser evaluado por el Equipo Tratante en forma periódica
 - Todas las acciones terapéuticas clínicas y psicosociales realizadas a la o el usuario, su familia y/o a otra persona significativa, deberán ser debidamente registradas en la ficha clínica única. Estas serán confidenciales, bajo secreto profesional, a excepción de aquellos casos en que la normativa del Hospital o la ley lo indique
 - Aceptación de contrato terapéutico por usuario/a, familiares y/o personas significativas
- **Contrato Terapéutico¹¹:** busca explicitar y acordar por escrito las condiciones del tratamiento¹² y los objetivos del mismo, en el cual la persona, familia y/o personas significativas con consentimiento informado, se comprometen a respetar las normas y recomendaciones en el marco del plan de tratamiento individual; al igual que el equipo terapéutico, se compromete a brindar las atenciones e información necesaria para contribuir al alivio de las molestias (somáticas y emocionales) como a la superación del problema.

¹¹ Modelo de contrato terapéutico adaptado al Hospital Naval Almirante Nef en Anexo N°5

¹² El término "condiciones" hace referencia a la elección del Modelo de Intervención, distribución horaria del usuario/a con los profesionales el programa, etc.

3. Ejecución Plan de Trabajo Individual (Intervención)

Explicación de la Etapa

Su principal tarea es la implementación del plan de trabajo trazado por los profesionales (en la etapa anterior), dando especial énfasis en el adecuado cumplimiento de los objetivos terapéuticos delineados y a la mitigación de los síntomas acarreados por el síndrome de privación de las y los usuarios durante el tratamiento, a través de una amalgama de actividades que se proponen como base para su adaptación, según los planes individualizados.

➤ **Alivio o Resolución del Síndrome de Privación (desintoxicación).**

Según área de Tratamiento y Rehabilitación de CONACE (2004), esta es la etapa inicial e intensiva del tratamiento, ya que la interrupción del consumo llevará a la aparición del síndrome de abstinencia donde la o el usuario podría requerir ayuda médica especialmente en el consumo de alcohol. Esta etapa no constituye por sí misma un tratamiento de rehabilitación y no es suficiente para el logro de una abstinencia duradera.

Dependiendo del tipo de contención que requiera la o el usuario, este plan de desintoxicación se lleva a cabo en forma ambulatoria o a través del Servicio de Hospitalizados en un proceso de desintoxicación a corto plazo en un régimen de internación.

En el caso de aquellas usuarias y usuarios que necesiten de una desintoxicación en régimen de internación, estos no podrán seguir con el tratamiento, hasta que los mismos logren controlar el síndrome de abstinencia aguda¹³, considerando que no deben consumir alcohol, después del egreso de la desintoxicación.

Actividades de Intervención

A continuación se presentan las principales actividades propias del tratamiento, los objetivos a los cuales responden, quienes lo desarrollan y una breve explicación, que en términos generales, da cuenta de la orientación de cada una de éstas.

¹³ Se presenta durante los 10 días posteriores al consumo cese del consumo.

Tabla 5.18 Actividades de Intervención

| ACTIVIDADES/ RECURSOS HUMANOS | OBJETIVOS | EXPLICACIÓN |
|--|---|---|
| <p>CONSULTA PSICOLÓGICA (Psicólogo/a.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación del Nivel de Compromiso Psicológico. ➤ Intervención Psicológica Breve. ➤ Monitoreo y seguimiento de casos seleccionados. ➤ Configuración Plan de Reinserción Post Egreso. ➤ Cuidado de Equipo (apoyo) al equipo de trabajo del programa. | <p>La finalidad de la Consulta Psicológica durante la etapa de tratamiento, es la evaluación periódica del estado de salud mental de las y los usuarios, así como generar actividades de apoyo que respondan al diagnóstico integral interprofesional, desde una mirada psicológica centrada en el trabajo individual.</p> <p>A través de la Consulta Psicológica, la o el profesional deberá evaluar el desarrollo de las áreas cognitivas, emocionales, conductuales, etc., de las y los usuarios, que afecten directamente con su proceso de mejoramiento (motivación al cambio, sentimiento de pertenencia, autoestima, entre otras.), con el fin de aportar al diagnóstico biopsicosocial, y construir actividades dirigidas a cada usuaria y/o usuario.</p> <p>En este contexto, las principales acciones a considerar son la Psicoterapia; Apoyo Psicológico; Manejo de Situaciones Conflictivas en casos seleccionados, entre otras, según las características de cada caso a tratar, y sus respectivos diagnósticos. Además las actividades, deben contener un plan reinserción social, que facilite la readaptación del individuo a su entorno y que se puedan integrar luego en la etapa de seguimiento y reinserción.</p> <p>Además de tratar las y los usuarios, la consulta psicológica podrá ser usada como un recurso para el equipo profesional, que permita la realización de actividades para el manejo de situaciones difíciles y/o estresantes, generadas por las condiciones del mismo programa, entre las cuales se pueden presentar desmotivación y desgano de los profesionales de trabajar la temática de alcohol con las y los usuarios, ya sea por la frustración de no alcanzar los objetivos del programa u otras situaciones relacionadas con este. Si bien, el/la Psicólogo/a el programa (así como el/la Asistente Social) tienen la competencia para generar esta última actividad, es recomendable que la realice un profesional externo a los que trabaja en el programa.</p> |
| <p>CONSULTA MEDICA (Médico Psiquiatra, Médico General Enfermero/a)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Administración de Fármacos y educación sobre la misma. ➤ Educación sobre el alcoholismo y estrategias de enfrentamiento. | <p>La consulta médica tendrá por finalidad la realización de los exámenes correspondientes para medir el nivel de daño y/o compromiso biológico de las y los usuarios, y administrar, si es necesario, los fármacos correspondientes para apoyar el tratamiento, lo cual estará a cargo de la Médico Psiquiatra.</p> <p>Además, se deberá proporcionar la información necesaria, a la o el usuario y su familia o persona significativa que lo acompañe, acerca del tipo de enfermedad que es el alcoholismo. Se le deberá proporcionar una charla educativa en cuanto al uso y consecuencia del consumo de fármacos, de forma clara y en un lenguaje fácil de entender para la o el usuario, con el fin</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | | <p>de que esta pueda decidir informadamente, en que medida los utilizará.</p> <p>Sumado a esto, se deberá otorgar información de las consecuencias físicas que se asocian al consumo de alcohol, y estrategias para su abordaje y mejoramiento, ya sea esto en cuanto al manejo de patologías asociadas, alimentación saludable, estilos de vida saludable, entre otros</p> |
| <p>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DE GRUPO (Asistente Social, Psicólogo/a, Terapeuta Ocupacional (o Técnico en Rehabilitación))</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo de habilidades sociales y disposición para la pertenencia a grupos de no consumidores. ➤ Afianzamiento de adherencia a tratamiento y disponibilidad al cambio personal. ➤ Aprendizaje de estrategias de prevención de recaídas. ➤ Refuerzo de vínculos con personas y grupos de personas que tienen un factor protector. ➤ Refuerzo de vínculos con familiares. | <p>La finalidad de la intervención psicosocial de grupo, es lograr la asistencia y participación tanto de las y los usuarios, sus familias y/o personas significativas, en instancias dirigidas a mejorar las relaciones interpersonales, fortalecimiento de las habilidades sociales e individuales de cada usuaria o usuario. Dichas actividades deberán mantener un ambiente de respeto entre los participantes, considerando las diferencias que puedan existir entre las y los mismos en torno a los distintos niveles de compromiso biopsicosocial, finalidades de tratamiento diferenciado, características de los familiares presentes, etc.</p> <p>Las y los profesionales encargados de las actividades podrán trabajar conjuntamente o por separado, según lo convengan y estipulen en el previo plan de trabajo individual.</p> <p>Las actividades grupales tendrán podrán abordar distintas temáticas orientadas a:</p> <p>Desarrollo de habilidades sociales: Se abordarán temáticas como Métodos para mejorar la Comunicación, Estrategias de Autocontrol, Desarrollo de Capacidades Laborales e Integración Social, entre otras.</p> <p>Mejoramiento de relaciones interpersonales y/o familiares: Se contemplarán actividades orientadas a temáticas que desarrollen una mejoría en la Planificación Familiar (económica, tiempo para compartir, etc.), Trabajo en Equipo, Violencia Intrafamiliar, Métodos Pacíficos para la Resolución de Conflictos, entre otros.</p> <p>Actividades dirigidas a adoptar estrategias para evitar el consumo de alcohol en distintos contextos: Como actividad se proponen dinámicas grupales que simulen casos reales de situaciones riesgosas o que inciten el consumo, con el fin de experimentar acciones que permitan a las y los usuarios evitar la presión de grupo hacia el consumo, y a sus familias dilucidar estrategias para apoyarlo. También se podrán invitar personeros de otras instituciones o grupos que logren aportar con su experiencia (Alcohólicos Anónimos, entre otros) en torno a formas de eliminar factores de riesgo, y potenciar los factores</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>VISITA DOMICILIARIA (Asistente Social, Enfermero/a)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación del estado de soporte familiar. ➤ Información a la familia sobre el tratamiento, sus etapas, plazos y sobre los riesgos y significación de las recaídas. ➤ Facilitación de inserción armónica del/la usuario/a de droga en la propia familia. | <p>protectores.</p> <p>La Visita Domiciliaria tendrá como finalidad, el recopilar información relevante de la o el usuario y su grupo familiar, centrándose en los Factores Protectores y de Riesgo ambientales, como lo son la calidad y tipo de vivienda (hacinamiento, salubridad e higiene), grupos que inciten al consumo, redes de apoyo comunitaria, entre otros. Lo anterior permitirá un ejercicio de reevaluación constante de los logros, estancamientos y avances del Plan de Trabajo Individual</p> <p>Además de recopilar información, los profesionales que realicen las visitas domiciliarias deberán entregar información a cerca del tratamiento a las y los usuarios y sus familias.</p> <p>Una segunda fase de la visita domiciliaria, luego del intercambio de información, será fortalecer la integración de la o el usuario entre los miembros de su familia, y reforzar interdisciplinariamente aspectos relacionados con la salud del usuario/a, su familia y/o personas significativas que influya directa o indirectamente en la propiciación del consumo de alcohol en las y los usuarios.</p> |
| <p>REUNIONES DE EQUIPO DE TRABAJO (Integrantes del Equipo participante en la Línea Programática de Tratamiento)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reunión entre equipo de la línea programática de tratamiento y profesionales involucrados en el programa de para el abordaje del Beber Problema. ➤ Revisión y resolución de casos más complejos. ➤ Facilitar referencia a nivel especialidad. | <p>Durante el proceso de tratamiento el equipo profesional encargado del programa deberán reunirse entre éstos para discutir planes de trabajo, evolución de las y los usuarios, abordar interdisciplinariamente los distintos casos que se presenten, sobre todo aquellos con mayores dificultades en la intervención, entre otros. Además, los profesionales encargados de las líneas programáticas, deberán exponer al resto del equipo profesional de tratamiento, el desarrollo del programa y generar instancias de aconsejamiento para el tratamiento de los casos que se estimen convenientes, en donde el nivel decisorio preponderará, en particular pero no exclusivamente, a los profesionales más directamente involucrados en la atención del consultante por problemas asociados al consumo de alcohol.</p> <p>Además, según la complejidad de los casos y de las enfermedades asociadas que pueda presentar, se podrán dar las alternativas de derivación a niveles Intra y/o extra Hospitalaria.</p> |

Fuente: Actividades de Intervención adaptadas por el Equipo Seminarista desde el texto: Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia de Alcohol y Otras Sustancias Psicoactivas en Atención Primaria (CONACE 2005)

- **Seguimiento y Rescate:** operará cuando se produzcan ausencias a dos o más controles o actividades acordadas o ante la presencia de una situación de riesgo importante (por ejemplo Violencia Intra-Familiar (VIF), autoagresión, recaídas, etc.). El objetivo principal estará dado por la búsqueda del reingreso de la o el usuario al tratamiento principalmente a través de tres medios.

- Contactos telefónicos
- Visitas domiciliarias
- Entrevistas con familiares

Esta labor debe buscar ante todo dar una señal a la o el usuario de acogida dispuesta, anteponiendo ante todo la búsqueda del reingreso al tratamiento, hasta donde sea posible.

- **Alta del Tratamiento**

a) Indicadores

Los siguientes indicadores responden a un mejoramiento en el nivel motivacional de la o el usuario, disminución del nivel de consumo, así como también la reducción del compromiso biopsicosocial a causa del consumo de alcohol, a considerar:

- El logro de la abstinencia temprana de consumo de alcohol (por a lo menos 2 meses)
- Evolución psiquiátrica y médica favorable
- Mejoramiento de los vínculos en la red de apoyo
- Adquisición de habilidades sociales y conductas de autocuidado (estrategias de afrontamiento ante el consumo)
- Toma de conciencia sobre la enfermedad
- Adquisición de habilidades sociales y conductas de autocuidado (estrategias de afrontamiento ante el consumo)
- Haber participado en el 70% de las actividades de tratamiento del plan de intervención (según contrato terapéutico)
- Disminución progresiva del uso de fármaco durante el tratamiento
- Relación saludable con el entorno social

b) Evaluación para el Egreso del Tratamiento

Corresponde a la apreciación que hace el equipo profesional tratante, del grado de logro de los objetivos terapéuticos planteados de cada usuaria o usuario en tratamiento, teniendo en cuenta los indicadores presentados. Los resultados de la evaluación podrán expresarse como:

- **Logro Alto:** Alcance de la totalidad o mayoría (70% o más) los objetivos terapéuticos planteados. Se aprecia una mayor consolidación en el propósito de mantener un cambio hacia un estilo de vida favorable. La impresión del equipo es compartida por la o el usuario y su familia o persona significativa.
- **Logro Intermedio:** Alcance parcial de los objetivos (entre 50% y 70%), requiere de una prolongación del periodo de apoyo profesional. Se aprecia aún una débil disposición a mantener un cambio del estilo de vida. La impresión del equipo es compartida, en cierta medida, por la o el usuario y su familia (o persona significativa).
- **Logro Mínimo:** Alcance mínimo o muy inferior (menor al 50%) a lo esperado de los objetivos planteados. Se manifiestan sin modificación algunas variables personales y del contexto que hacen pensar que la o el usuario se encuentra en riesgo de una probable recaída (en el caso de la búsqueda de la abstinencia) o un consumo no controlado (en el caso de que se busque la responsabilidad y control sobre el consumo). Débil o nula disposición al cambio de estilo de vida. La impresión del equipo es compartida con la familia (o persona significativa), pero no totalmente con la personas.

c) Criterios de Abandono

Se considerará que la o el usuario abandonará el tratamiento:

- Cuando se produzca ausencia continuada a tres o más actividades, sin debida justificación.
- Cuando se produzca ausencia por más de tres meses en el tratamiento.

5.6. REINTEGRACIÓN SOCIAL Y SEGUIMIENTO EN EL ÁREA DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF DE VIÑA DEL MAR

A. Fundamentación

La presente etapa busca reafirmar los logros obtenidos a través del proceso de intervención durante el tiempo, verificando el adecuado cumplimiento de los mismos y permitiendo una adecuada asesoría y acompañamiento a las y los usuarios una vez dados de alta.

Corresponderá a un periodo de seguimiento no inferior a un año posterior al alta terapéutica o término de la etapa anterior de Plan de Trabajo en el cual se realizarán intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados y ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades. Se busca lograr o favorecer la recuperación funcional y su revinculación en su entorno social, reintegrarlo a sus actividades de la vida diaria con la mayor capacidad e independencia posible.

Además, en ésta etapa se evalúan los logros obtenidos en la etapa anterior y se busca reforzar la adecuada reinserción de las y los usuarios en sus contextos familiar, laboral y personal. Si bien es cierto, esta etapa no es tan intensa como las anteriores, ésta revestida de una enorme importancia, ya que busca sustentar la disminución de recaídas o la abstinencia de las y los usuarios una vez terminado su respectivo Plan de Trabajo, permitiendo además evaluar la verdadera efectividad del trabajo realizado por el propio equipo profesional.

B. Nombre de la Línea Programática

"Línea de Seguimiento y Reintegración Social".

C. Localización

Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, Servicio de Psiquiatría.

D. Objetivo Línea Programática

1. Objetivo General:

- Propiciar y cerciorar el mantenimiento de los logros terapéuticos obtenidos para y la adecuada reintegración social de las y los usuarios una vez terminado su Plan de Trabajo Individual.

1.1. Objetivos Específicos:

- Propiciar la adecuada reintegración social en los contextos familiar, laboral y personal de las y los usuarios una vez terminado su Plan de Trabajo Individual.
- Acompañar y verificar el mantenimiento de logros terapéuticos conseguidos en las y los usuarios tratados.

E. Recursos Humanos

La línea de Reintegración del Programa para el abordaje del Beber Problema contará, en primera instancia, como recurso humano y profesional sólo con la/el **Asistente Social, Terapeuta Ocupacional y Médico Psiquiatra**, ya que serán estos/as profesionales quien llevarán a cabo las actividades emanadas de ésta línea programática ; no obstante lo anterior, deberá dar cuenta y consultará debidamente con todo el equipo profesional el resultado de sus pericias y actividades profesionales por cada uno/a de las y los usuarios que estén en esta etapa por medio de las reuniones de Mesa Técnica¹⁴.

F. Funciones del Recurso Humano

Tabla 5.19 Recurso Humano Línea Programática de Reintegración Social y Seguimiento

| PROFESIÓN | FUNCIÓN |
|-----------------------|---|
| ASISTENTE SOCIAL | Propiciar y evaluar la adecuada reintegración de la o el usuario en sus contextos familiares y sociales Supervisión seguimiento Plan Post Alta Verificación inexistencia de recaídas En caso de recaídas propiciar el rescate y revinculación con el tratamiento |
| TERAPEUTA OCUPACIONAL | Configuración perfil vocacional. Vinculación con redes laborales y/o ocupacionales. Desarrollo de competencias profesionales. |
| MEDICO PSIQUIATRA | Verificar a través de exámenes médicos el adecuado cumplimiento de los objetivos de tratamiento. Orientar a la o el usuario y su familia a cerca de las principales problemáticas que podrían surgir una vez egresado del tratamiento. |

Fuente: Elaboración propia Equipo Seminarista, 2009.

¹⁴ Las Reuniones de Mesa Técnica se realizarán cada mes por todo el equipo de trabajo del Programa y en ésta se desarrollarán los Diagnósticos Integrales, los Planes de Trabajo Individual y las Evaluaciones de los Seguimiento de los casos, entre otras tareas que el propio equipo asigne a esta instancia.

Esta línea programática tendrá dos trazos de trabajo principal, la reintegración y el seguimiento:

a) Actividades de Reintegración:

Estas actividades buscan ante todo propiciar que las y los usuarios retomen el control de sus vidas en sus contextos, personal, laboral y familiar; ya que generalmente quedan dañados a causa de las consecuencias que derivadas de su consumo Abusivo y/o Perjudicial o un consumo Dependiente de alcohol. Para esto las principales actividades propuestas son:

- **Evaluación factibilidad Reintegración laboral:** se buscará evaluar las capacidades laborales de las y los usuarios (especialmente de las y los retirados) a fin de recomendar y gestionar con la Red Pública y Privada¹⁵ alternativas laborales que les permitan una mejor utilización de su tiempo libre.
- **Verificación progreso Plan de Egreso:** Se revisará los avances en el Plan de Egreso, especialmente los referentes a su reintegración familiar y personal dentro de su contexto más cercano, de grupos primarios o grupos de auto-ayuda.

b) Seguimiento

Este seguimiento será realizado por el plazo de un año luego determinado el Plan de Trabajo y una vez dada la alta médica

- **Seguimiento Post Alta:** Constituye una forma de apoyo a distancia luego del egreso y permitirá al equipo obtener información referente al real logro obtenido por el programa. Deberá realizarse a lo menos un acercamiento cada dos o tres meses principalmente a través de los siguientes medios:
 - Contactos telefónicos
 - Visitas domiciliarias
 - Entrevistas con familiares
 - Exámenes médicos de evaluación
 - Orientación individual y familiar

¹⁵ Cuando se habla de la Red Pública y Privada se hace mención, por ejemplo, a las oficinas de Colocación Municipal, Captación de Fondos Concursables (FOSIS, Capital Semilla, etc.) o empresas del sector privado que requieran contar personas en relación al perfil realizado con anterioridad.

ANEXOS PROPUESTA PROGRAMÁTICA

5.7. ANEXOS DE PROPUESTA

Anexo N° 1: Escala del Grado de Compromiso Biopsicosocial

Se refiere a una apreciación de la magnitud de los efectos o consecuencias negativas del consumo de sustancias en las distintas áreas de la vida de las personas que consumen y de su entorno.

A continuación se presenta una tabla que consta de 14 variables, que permite, apreciar el grado y complejidad del compromiso biopsicosocial. No es susceptible de una puntuación cuantitativa. Más bien, en cada caso, se deberá considerar y decidir si la situación o condición que presenta la persona, pertenece a un compromiso de nivel leve, moderado o severo.

Un criterio posible para la evaluación del compromiso (pero que no está completamente validado), es considerar que si existe una proporción igual o mayor al 50 % de las variables presentes (7 o más variables) en la misma categoría, es posible estimar que corresponde al nivel de compromiso biopsicosocial de esa persona en ese momento.

Tabla 5.20 Escala de Grado de Compromiso Biopsicosocial

| VARIABLES BIOPSICOSOCIALES | GRADO DE COMPROMISO BIOPSICOSOCIAL GENERAL | | |
|--|---|--|---|
| | LEVE | MODERADO | SEVERO |
| 1. Tipo sustancia y frecuencia de consumo | -Una sola sustancia -En forma esporádica | - 2 ó más sustancias - Consumo semanal o fin de semana | - 2 ó más sustancias Consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingesta |
| 2. Diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias (C.I.E. 10). | -Consumo perjudicial | - Consumo perjudicial y hasta 3 criterios para dependencia | - Más de 3 criterios para dependencia |
| 3. Síndrome de abstinencia | -Ausente | - Con molestias que puede controlar | - Requiere de ayuda para tolerar las molestias y signos de abstinencia. |
| 4. Patología psiquiátrica | -Descartada | - Trastorno psiquiátrico leve a moderado | - Con trastorno psiquiátrico severo |

| | | | |
|---|--|--|---|
| 5. Percepción de problemas de salud físicos asociados | -Leves o ausentes | - Presentes, pero no limitantes | - Presentes y limitantes |
| 6.Contexto del motivo de consulta | -Voluntario | - Condicionado por familia u otros | Obligado por demanda judicial, u otro. |
| 7. Motivación al cambio | -Convincente en su propósito de iniciar un proceso de cambio | - Ambivalente y contradictoria (etapa de contemplación) | - Muy contradictoria, débil o ausente (etapa precontemplativa) |
| 8.Tratamientos anteriores | -Ninguno | - 1 ó 3 incompletos | - Más de tres, Abandonos antes de tres meses |
| 9. Intentos de abstinencia sin tratamiento | -Sí, con logros parciales | - Ha intentado pero sin éxito. con recaídas frecuentes | - Sin intento, sin ningún periodo de abstinencia |
| 10 Percepción de autoeficacia | -Percepción de obtención de logros en resolución de problemas. | - Percepción de bajo control del medio y de la conducta de consumo | - Auto percepción de muy bajo control del medio o absoluta ineficacia en el control del consumo |
| 11.Actividades laborales o académicas | -Mantiene su trabajo o estudio | - Ha discontinuado su actividad o asiste en forma intermitente | - Despidos laborales, Interrupción de estudios, abandono actividades laborales |

| | | | |
|--|------------------------------------|--|--|
| <p>12. Problemas judiciales asociados</p> | <p>-Sin detenciones o demandas</p> | <p>- Detenciones por porte de sustancias</p> | <p>- Detenciones por consumo y actos delictuales</p> |
| <p>13. Red de apoyo familiar y social</p> | <p>-Presencia de red apoyo</p> | <p>- Precaria red apoyo, dispuesta con reparos</p> | <p>- Ausente, con gran conflicto relacional.</p> |

Fuente: Criterios de diagnóstico Biopsicosocial elaborados conjuntamente entre MINSAL, Servicio Salud Metropolitano Norte y CONACE.

Anexo N° 2: Estado Motivacional

La motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. Dicho estado se puede ver influido por múltiples factores. A partir del modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente, los autores señalan que la motivación puede entenderse como el estado presente de una persona o la etapa de preparación para el cambio y agregan que es un estado interno influido por varios factores externos.

La diferenciación del proceso de cambio en estadios implica que un terapeuta puede utilizar diferentes tácticas con un/a usuario/a, dependiendo del momento del proceso de cambio en que éste se encuentre. De esta manera, se necesitarán diferentes habilidades de acuerdo al estadio en que se encuentre el paciente. Los problemas que se derivan de que los pacientes se encuentren “no motivados” o se resistan, surgen cuando el terapeuta está utilizando estrategias inadecuadas para la etapa real en el proceso de cambio en la que se encuentra dicho paciente.

Lo que parece predecir el cambio es que una persona efectivamente siga un tratamiento o un plan terapéutico. Por ejemplo, es más probable que se recuperen aquellos que toman una medicación que se les ha prescrito, que aquellos que no cumplen con el consejo que se les ha dado, incluso cuando el fármaco es un placebo sin ingrediente activo alguno. Seguir el consejo del terapeuta o, de forma más general, seguir un programa estructurado a fin de cambiar, está asociado con resultados positivos.

De acuerdo a estos hechos, los autores consideran la motivación de un modo más pragmático y la definen como la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar. Las etapas son (CONACE, 2008):

- **Precontemplación:** es un estadio durante el cual las personas no piensan seriamente en cambiar, por lo menos durante los próximos seis meses.

- **Contemplación:** es el período en el que las personas están pensando seriamente en cambiar, en el plazo comprendido en los próximos seis meses. Es el estadio de mayor ambivalencia, de manera que pueden permanecer en él por años y transformarse en contempladores crónicos.
- **Preparación:** es el estadio en que las personas se encuentran preparados para emprender acciones de cambio en un breve plazo, normalmente un mes.
- **Actuación:** es el estadio en que se produce la modificación de la conducta. La idea es que las personas logren un objetivo concreto en un tiempo determinado. Este estadio es el más difícil para la persona y requiere de un tiempo mínimo que los estudios sitúan en alrededor de seis meses.
- **Mantenimiento:** empieza a los seis meses posteriores al momento en que se produjo el cambio de la conducta adictiva y termina cuando el deseo de consumir se ha extinguido. La duración de este estadio aún no está definida completamente.

Anexo N° 3 Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT)

Nota: Las siguientes preguntas le permitirán conocer mejor un riesgo para la salud que con frecuencia, pasa desapercibido: Se trata del consumo de alcohol.

Nuestro organismo y nuestra persona pueden ser más o menos resistentes a los efectos adversos del alcohol, hoy día existen instrumentos y exámenes para saber con anticipación cómo está esa resistencia, o su contrario, su vulnerabilidad. Este cuestionario es uno de esos instrumentos.

Indicaciones:

- Conteste con sinceridad
- Muestre sus respuestas al profesional de salud que lo atenderá.
- Si bien Ud. puede mostrarlas hoy o más adelante, según estime conveniente, le recomendamos hacerlo ahora mismo.
- Responda con la entera seguridad de que se respetará la confidencialidad de sus respuestas.
- Marque el casillero que corresponda a cada respuesta y coloque el puntaje que le corresponde en la columna amarilla de la derecha y el puntaje total abajo.
- Luego, el profesional que lo atenderá, revisará el puntaje alcanzado y su significado práctico para usted.

Antes tenga presente lo siguiente:

Una unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a :

- 1 botella o lata individual de cerveza (330 a 350 cc), o
- 1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc.), o
- 1 trago de licor solo o combinado (45 cc. de licor). Considere pisco, ron, whisky, vodka u otros similares.

Embriaguez: desde el punto de vista de la salud, la embriaguez ocurre cuando se presenta algún grado de inestabilidad o torpeza de movimientos por efectos del beber. Equivale a sentirse "mareado", " algo cocido", " curado", "pasado".

Tabla 5.21 Test AUDIT

| PREGUNTAS/ PUNTAJE | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|-------|--------------------------|--|--------------------------------|---------------------------|
| 1. ¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUME ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA? | Nunca | Una o menos veces al mes | De 2 a 4 veces al mes | De 2 a 3 más veces a la semana | 4 o más veces a la semana |
| 2. ¿CUÁNTAS UNIDADES ESTÁNDAR DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS SUELE BEBER EN UN DÍA DE CONSUMO NORMAL? | 1 o 2 | 3 o 4 | 5 o 6 | De 7 a 9 | 10 o más |
| 3. ¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMA 6 O MÁS BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN UN SOLO DÍA? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 4. ¿CON QUÉ FRECUENCIA EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO HA SIDO INCAPAZ DE PARAR DE BEBER UNA VEZ HABÍA EMPEZADO? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 5. ¿CON QUÉ FRECUENCIA EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO NO PUDO HACER LO QUE SE ESPERABA DE USTED PORQUE HABÍA BEBIDO? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 6. ¿CON QUÉ FRECUENCIA EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO HA NECESITADO BEBER EN AYUNAS PARA RECUPERARSE DESPUÉS DE HABER BEBIDO MUCHO EL DÍA ANTERIOR? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 7. ¿CON QUÉ FRECUENCIA EN EL CURSO DEL ÚLTIMO HA TENIDO REMORDIMIENTOS O SENTIMIENTOS DE CULPA DESPUÉS DE HABER BEBIDO? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 8. ¿CON QUÉ FRECUENCIA EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO NO HA PODIDO RECORDAR LO QUE SUCEDIÓ LA NOCHE ANTERIOR PORQUE HABÍA ESTADO BEBIENDO? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 9. ¿USTED O ALGUNA OTRA PERSONA HA RESULTADO HERIDO PORQUE USTED HABÍA BEBIDO? | No | | Sí, pero no en el curso del último año | | Sí, el último año |
| 10. ¿ALGÚN FAMILIAR, AMIGO, MÉDICO O PROFESIONAL SANITARIO HA MOSTRADO PREOCUPACIÓN POR UN CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O LE HA SUGERIDO QUE DEJE DE BEBER? | No | | Sí, pero no en el curso del último año | | Sí, el último año |

Resultado Test

| PUNTAJE | EXPLICACIÓN |
|----------------------------|---|
| DE 0 A 6 (SI ES MUJER) | Ud. parece beber en forma responsable. Siga así. |
| DE 0 A 7 (SI ES HOMBRE) | |
| DE 7 A 15 (MUJER) | Ud. parece estar usando el alcohol en un nivel de riesgo. |
| DE 8 A 15 (HOMBRE) | |
| DE 16 A 19 (AMBOS SEXOS) | Ud. está en un nivel de problemas con su manera de beber. |
| DE 20 Y MÁS. (AMBOS SEXOS) | Definitivamente Ud. necesita un estudio más detenido. Se le ayudará a tomar alguna decisión respecto de su manera de beber alcohol. |

Fuente: Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia de Alcohol y Otras Sustancias Psicoactivas en Atención Primaria (CONACE 2005).

Anexo N° 4 Niveles de Consumo de Alcohol

Tabla 5.22 Etapas de Consumo de Alcohol

| ETAPAS DE CONSUMO DE ALCOHOL | | | | |
|--|--|---|---|---|
| CONSUMO EXPERIMENTAL | CONSUMO OCASIONAL | CONSUMO HABITUAL | CONSUMO ABUSIVO Y/O PERJUDICIAL | CONSUMO DEPENDIENTE |
| INDICADORES | INDICADORES | INDICADORES | INDICADORES | INDICADORES |
| <p>-La persona desconoce los efectos del alcohol</p> <p>-Consume para experimentar y saber que se siente</p> <p>-Generalmente consume en el marco de un grupo que invita a probarlo</p> <p>-Consume los fines de semana o en las fiestas</p> | <p>-La persona continua usando el alcohol en grupo</p> <p>-Es capaz de llevar a cabo las mismas actividades sin la necesidad del consumo de alcohol</p> <p>-Conoce los efectos del alcohol en su organismo y por eso lo consume</p> <p>-La persona aprovecha la ocasión, no la busca directamente</p> <p>-Se relaciona con grupos de personas que pueden proveerlo</p> | <p>-La persona consume en diversas situaciones</p> <p>-Consume tanto en grupo como en forma individual</p> <p>-Conoce el precio, los efectos y la calidad del alcohol (solo o combinado)</p> <p>-Establece un hábito de consumo</p> | <p>-La persona consume en situaciones grupales o individuales concertadamente</p> <p>-Consume en forma selectiva una o más drogas</p> <p>-La persona pierde la capacidad para detener o abstenerse del consumo</p> <p>-El Consumo le genera cambios en su conducta y relaciones interpersonales</p> <p>-Conoce la calidad y busca impulsivamente los efectos del alcohol tanto físicos como psicológicos</p> <p>-Consume en situaciones de riesgo o peligro para sí mismo o para otros y no mediatiza las consecuencias de sus conductas</p> <p>-Por su forma de consumo empieza a tener problemas con su familia y/o trabajo</p> | <p>-El consumidor utiliza mayor cantidad de alcohol, por un periodo de tiempo más largo de lo que pretendía</p> <p>-Toma conciencia sobre la dificultad para controlar el uso de drogas</p> <p>-Tiene dificultad para controlarse en el uso de alcohol</p> <p>-Realiza actividades relacionadas con la obtención y consumo de alcohol. Presenta intoxicación frecuente y síndrome de abstinencia</p> <p>-Reduce considerablemente o reduce las visitas sociales, laborales, educacionales o recreativas.</p> <p>-Recurre al alcohol para alliviar el malestar provocado por su falta</p> <p>-Tiene incapacidad de detenerse o abstenerse</p> <p>-Presenta problemas físicos asociados</p> |

Fuente: Conceptualización de Etapas de Consumo de Alcohol, en base a Tipos de Consumo de Drogas y sus Indicadores (CONACE. S.F)

Anexo N° 5 Contrato Terapéutico**CONTRATO TERAPÉUTICO****A. CONDICIONES GENERALES**

1. La participación en el Programa para el Beber Problema es voluntaria, y por tanto, el/la usuario/a debe procurar presentarse en estado de sobriedad.
2. Se sugiere que un familiar comprometa a apoyar el tratamiento, manteniendo contacto personal (en caso de no poder telefónicamente) para trabajar urgencias o eventuales recaídas del usuario en forma conjunta.
3. Considerando la voluntariedad de la asistencia al programa, el/la usuario/a acepta la administración de fármacos indicada por el médico tratante; y la persona que apoya el tratamiento, debe propiciar la ingesta del medicamento, en los casos que correspondan.
4. En el caso de que continúe la ingesta de alcohol con la imposibilidad de abstinencia o que la ingesta siga siendo perjudicial para él y su entorno, el o la paciente deberá dirigirse con la persona que apoya el programa al Servicio de Hospitalizados para que inicie el proceso de desintoxicación. Respecto a lo anterior, el equipo seguirá el caso hasta que el paciente esté en condiciones de reintegrar al programa.

B. COMPROMISOS DEL USUARIO O USUARIA

Durante la permanencia en el programa, el/la **usuario/a se compromete a:**

1. Al momento del ingreso, el/la paciente, familiar o persona que apoya el tratamiento debe informar al médico o enfermera los medicamentos que está tomando, y entregar los que correspondan a este tratamiento.
2. Efectuar los exámenes de orina, de sangre o psicológicos si el equipo terapéutico estime necesario.
3. Mantener un buen trato (sin agresiones verbales ni físicas) con otros pacientes, con el equipo terapéutico y funcionarios del Establecimiento.
4. Participar activamente en todas las actividades del programa, sean individuales o grupales.
5. Durante las actividades que comprende el programa, los celulares deben permanecer apagados.

6. Se compromete a un seguimiento terapéutico, durante un período estipulado en el Plan de Trabajo, el cual puede ser ampliado o reducido según el criterio de los profesionales, en base a las evaluaciones durante el tratamiento. No obstante, toda modificación en el proceso de tratamiento deberá ser justificada e informada oportunamente al usuario/a y su familia.
7. El familiar o persona que apoya el tratamiento se compromete a asistir las actividades del tratamiento que requieran de su participación, en el día y horario que esté establecido.
8. Se compromete a una dedicación exclusiva al Tratamiento durante el período que dure éste, evitando trámites administrativos u otras actividades que interfieran con los tiempos establecidos por el Programa.
9. Es importante recordar que cualquier situación conflictiva que usted experimente, éste es el lugar indicado para comunicarlo.
10. Se prohíbe la formación de amistades y relaciones sentimentales entre los usuarios/as mientras dure el tratamiento.

Anexo Nº 6: Factores de Riesgo y Protectores Asociados al Consumo de Alcohol

Tabla 5.23 Factores de Riesgo y Protectores Asociados al Consumo de Alcohol

| CONSUMO DE ALCOHOL (bebedor problemático.) | PREDISPONE | CARACTERÍSTICAS | | FACTORES PROTECTORES | FACTORES DE RIESGO |
|--|---|---|---|---|--|
| | NTES DEL CONSUMO | | | | |
| | INDIVIDUALES | <ul style="list-style-type: none"> - Factores genéticos - Características de personalidad - Habilidades comunicacionales | <ul style="list-style-type: none"> - Grado de impulsividad - Creencias y actitudes - Habilidades sociales - Situaciones particulares de vida. | <ul style="list-style-type: none"> - Percepción de las drogas como peligrosas - Existencia de espacios comunicativos. - Salud psicológica y psiquiátrica | <ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Genética - Vulnerabilidad psicológica - Trastornos psiquiátricos |
| | DEL ENTORNO | <ul style="list-style-type: none"> - Relaciones significativas - Relaciones del grupo familiar | <ul style="list-style-type: none"> - Relación con grupo de pares - Relación con amigos/as | <ul style="list-style-type: none"> - Padres presentes - Prevención en edades tempranas - Grupo de pares - Amistades cercanas | <ul style="list-style-type: none"> - Historia familiar - Grupo de pares - Amistades cercanas |
| SOCIOCULTURALES | <ul style="list-style-type: none"> - Influencias culturales - Estilos de Vida | <ul style="list-style-type: none"> - Influencias sociales - Influencias económicas - Influencias comunicacionales | <ul style="list-style-type: none"> - Estilos de vida saludables - Clima laboral y/o educacional saludable - Políticas de prevención de alcohol | <ul style="list-style-type: none"> - Cultura - Exigencias laborales y/o educacionales - Disponibilidad de alcohol | |

Fuente: Elaboración Propia Equipo Seminarista, 2009, en base a Texto Detección Precoz en el ámbito Comunitario (CONACE, 2005).

ANEXO 7 “Bibliografía de apoyo para la realización de actividades” y para mejorar la intervención

- Seamos realista, soñemos lo imposible (libro de actividades y conceptos técnico, ej. Diferencia entre charla y terapia, etc.)
- Manejo de grupo y situaciones difíciles (libro con elementos básicos para manejo en grupo, puede servir para monitores o alumnos en practica)
- Mujeres y tratamiento de drogas (refuerzo de la variable genero en la intervención)
- Curso Intervención en familias con un miembro con problemas de drogas
- Prevención de recaídas en el tratamiento de adicciones.
- Alcohol y Reducción del Daño un enfoque innovador en países en transición

ANEXO N° 8: Criterios CIE 10 para Diagnóstico Clínico

Consumo Perjudicial: “Forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (ej. hepatitis) o mental (ej. Trastornos depresivos secundarios), incluido el deterioro del juicio o alteraciones del comportamiento. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado o contribuido al daño y que el consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha por sentado en reiteradas veces en un periodo de un año”. (MINSAL, 2007, p.15)

Dependencia: “Conjunto de manifestaciones físicas, conductuales y cognoscitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían mayor valor.

Para el establecer el diagnóstico de dependencia es necesario que hayan estado presentes simultáneamente tres o más de los siguientes criterios (persistentes durante al menos un mes o en forma repetida en un periodo de 12 meses):

- Deseo intenso o compulsivo de consumir la sustancia.
- Dificultades para controlar el consumo de la sustancia, sea con respecto a su inicio, a su finalización o a su magnitud.
- Estado fisiológico de abstinencia al detener o reducir el consumo de la sustancia, puesto de manifiesto por el síndrome de abstinencia característico de esa sustancia o por el consumo de la misma sustancia, con la intención de evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.
- Presencia de tolerancia, que hace que sean necesarias mayores dosis de la sustancia psicoactiva para lograr los efectos producidos originalmente por dosis menores.

- Abandono progresivo de otra fuentes de placer y de diversión a causa de la sustancia psicoactiva y aumento del tiempo necesario para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse d sus efectos.
- Persistencia en el consumo de la sustancia, pese a la existencia de pruebas evidentes de sus consecuencias perjudiciales." (MINSAL, 2007, p.16)

ANEXO N°9

PRIMERA ENTREVISTA: El presente documento es un formato de primera entrevista adaptada por el Equipo Seminarista desde una elaborada por el Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota. Consultorio Cienfuegos, para su Programa Salud Mental.

I. PLAN PRIMERA RESPUESTA**1. ANTECEDENTES PERSONALES:**

| | |
|----------------------|--|
| Nombre: | |
| Rut: | |
| Edad: | |
| Fecha de nacimiento: | |
| Escolaridad: | |
| Previsión: | |
| Actividad actual: | |
| Teléfono: | |
| Domicilio: | |

2. MOTIVO DE CONSULTA:**3. ANTECEDENTES FAMILIARES:****4. CICLO VITAL:**

- a. Etapa Ciclo Vital
- b. Crisis Normativa
- c. Crisis no Normativa

5. PATRON DE CONSUMO

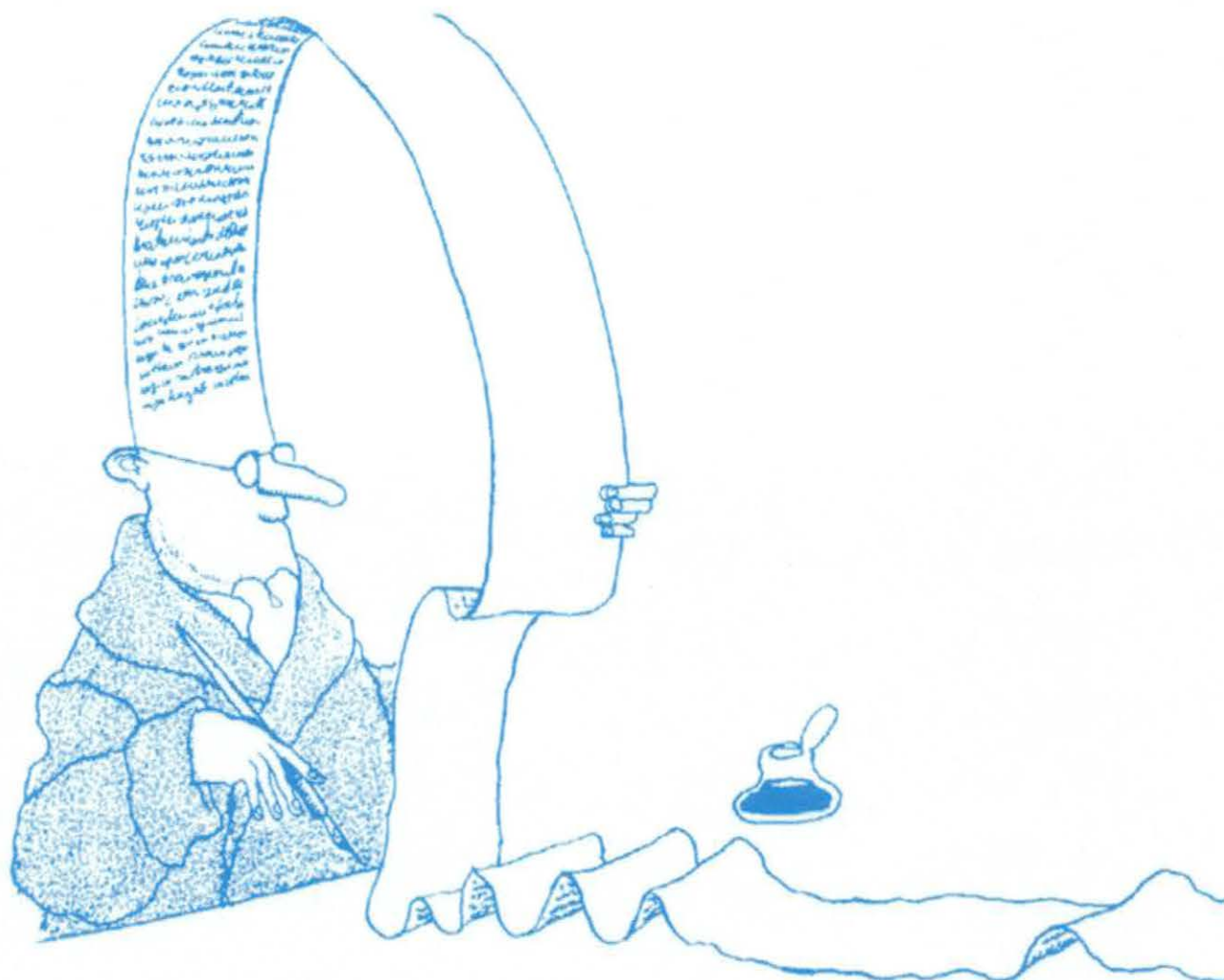
- a. Sustancia, cantidad y periodicidad de consumo
- b. Contexto de consumo
- c. Compromiso biopsicosocial

6. MOTIVACIÓN PARA EL TRATAMIENTO**7. RED DE APOYO EXISTENTE****8. OTROS**

 FIRMA PROFESIONAL

*"Cuando Pensé que tenía todas las respuestas,
me cambiaron las preguntas"*

Mario Benedetti



CAPÍTULO VI CONCLUSIONES y REFLEXIONES

PRESENTACIÓN DEL CAPÍTULO

El Capítulo que se presenta a continuación pretende reflejar las principales conclusiones del trabajo desarrollado durante el Seminario de Título. Este apartado pone término al proceso de estudio desarrollado y está enfocado a entregar una visión profesional de la temática abordada y de la metodología utilizada. Además se generan reflexiones acerca de los aportes, desafíos y quiebres que se forjaron durante toda esta etapa, y las cuales propician nuevas líneas de investigación y conocimiento.

6.1 CONCLUSIONES METODOLÓGICAS

La investigación realizada usa como metodología la cualitativa, la cual se consideró propicia tanto para el trabajo realizado como en relación a los resultados obtenidos.

En primer lugar, el método cualitativo, por sobre otro de corte cuantitativo, permitió identificar y conocer los significados que tienen los distintos colectivos de investigación sobre los procesos de intervención desarrollados en el Servicio de Psiquiatría para el abordaje del Beber Problema. A partir de los discursos obtenidos, se identifica la significancia que tienen, como también reconocer las falencias y las potencialidades que identifican en este proceso, todos los colectivos involucrados. La investigación cualitativa, por lo tanto, permitió conocer lo que los colectivos describieron como importante y significativo en relación a la experiencia vivida como parte del "Programa de Alcohol".

Lo anterior tiene relación con las técnicas e instrumentos cualitativos que fueron utilizados, tales como entrevista semiestructurada y observación simple, los que se adaptaron a los colectivos y permitieron levantar información fiable y acabada, la que reflejó lo que éstos describían como importante y significativo; así como también, evidenciar las prácticas que declararon en relación a la intervención desarrollada. Por último, permitió cruzar las variables, por una parte, contrastar los discursos manifestados por los colectivos de investigación, y en segundo lugar, contraponer lo manifestado mediante las entrevistas, con lo evidenciado a través de las observaciones simples que se realizaron en las distintas actividades que ejecutan los profesionales; y de esta manera, concluir cuales son las diferencias o distancias que existen entre los discursos y prácticas. Asimismo, las observaciones realizadas en la Red Institucional asociada a la problemática, evidenciaron los trechos producidos entre las políticas públicas aplicadas en las distintas instituciones y el trabajo realizado por el Hospital Naval, lo cual refleja un aislamiento institucional.

Por lo tanto, el conocer la experiencia de los colectivos y valorizar su discurso, era el principal objetivo que tiene la elección de la metodología cualitativa. Este objetivo se reflejó en la construcción de un programa estructurado para abordar la problemática de Beber Problema, desde la experiencia de los colectivos de investigación, pues se plasmó aquellos aspectos que se declararon importantes y significativos para la intervención, y los aportes expresados por los distintos colectivos, ya sean en cuanto a la integración de aquellos significativos, como la mejora de las falencias declaradas.

Otra aporte obtenido gracias a ésta metodología de investigación, fue que permitió construir el plan de análisis propuesto, formular las categorías y desarrollar el análisis de las distintas variables previstas; y de esta manera, obtener los resultados que se pronosticaban en la investigación. Además, propició la incorporación de hallazgos que se encuentran en el proceso de investigación, los cuales no son considerados en un principio, sin embargo, son importantes y relevantes al momento de sacar conclusiones para la toma de decisiones posteriores, y finalmente, permite elaborar la propuesta programática presentada a la Institución para el abordaje de la problemática.

Por último, hace énfasis en la validez de las investigaciones a través de la proximidad a la realidad empírica que brinda esta metodología.

Por lo tanto, la metodología utilizada se considera la adecuada, pues permitió desarrollar un proceso de investigación de acuerdo a lo previsto, cumplir con los objetivos planteados, y dar respuesta a las necesidades de

los colectivos, y de igual manera, obtener resultados fiables que apoyen las decisiones asociadas a la problemática y guiar la acciones futuras.

6.2. CONCLUSIONES EN TORNO A LA PROBLEMÁTICA ABORDADA

El Beber Problema, como expresión de una conducta que afecta a la salud de las personas tanto en su integridad física, mental como social, es un desafío no resuelto por los actores de la salud de los distintos estamentos públicos, privados, no gubernamentales, entre otros. Esto provoca incluso el desaliento de los miembros no sólo de los equipos de salud, sino de diferentes agentes de cambio y encargados de conducir y cuidar la integralidad de todo el tejido social, dando no solamente altos costos monetarios, materiales, y humanos que esta problemática genera para el sistema de salud, sino también la denigrante condición de familias y personas afectadas por esta situación.

La Comunidad Naval y su sistema de salud, en esta temática particular, no escapan de la realidad expuesta. Es por esto, que en el afán de hacer frente al Beber Problema de las y los usuarios del Hospital Naval Almte. Nef, a través del Servicio de Psiquiatría de la misma, se pretende generar acciones que apunten más allá de modelos individualistas de atención, ya que, se entiende que para abordar una problemática multifacética, el trabajo profesional debe centrarse en la integralidad de la atención, a través del trabajo interdisciplinario, intersectorial y con la participación activa de las y los usuarios y sus familias, en los distintos niveles de atención de salud, en la búsqueda de mejorar la calidad de vida.

No obstante, las intenciones y disposición para abordar la problemática no son suficientes, además se debe contar con un plan que de cuenta y respalde las acciones profesionales, de acuerdo al contexto institucional particular, y con la integración de la perspectiva de las y los usuarios sobre la temática. El presente Seminario de Título generó esta instancia.

Por lo tanto, el desafío actual, es generar experiencia desde la propuesta presentada, que no pretende ser la solución absoluta de la problemática, sino ser la base para acciones futuras, que mejoren la calidad de la atención, con el fin máximo de responder con eficiencia y eficacia ante el Beber Problema, y aún más, ante otras drogas que amenacen con menoscabar el bienestar biopsicosocial de la Comunidad Naval.

6.3. CONCLUSIONES PROFESIONALES DESDE TRABAJO SOCIAL

➤ Situar al Trabajo Social en el Servicio de Psiquiatría

Si bien, la experiencia se desarrolla en Salud Mental, espacio que no es abordado recientemente por Trabajo Social, así como también, una temática en donde se encuentra inserta, la experiencia desplegada en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef, permite situar a la profesión, al interior de la Institución, como una disciplina con distintos ámbitos de acción y funciones, más allá del trabajo desarrollado en los Departamentos de Bienestar de la Armada de Chile y aquellas funciones asociadas con aspectos asistencialistas; o en el caso particular de Salud Mental, en donde se visualizaba como complementaria al trabajo y a las actividades biomédicas que predominan en las intervenciones.

Bajo esta misma línea, el trabajo realizado da cuenta de otras funciones vinculadas a Trabajo Social como la articulación de políticas, asociada a tareas de gestión, las que se ven reflejadas en la propuesta programática

presentada para el abordaje del Beber Problema. Este trabajo realizado, da cuenta que por el perfil y las características de las funciones profesionales de Trabajo Social, es una disciplina que se acopla muy bien no sólo al trabajo práctico en esta problemática; sino además, por su mirada abarcativa, a la configuración de programas y políticas de esta línea de intervención biopsicosocial. En la misma línea argumentativa, la función de planificación, programación y coordinación de proyectos sociales se refleja en el trabajo desarrollado, asociada al papel de implementador de políticas sociales, en la medida que se realizó una investigación tendiente a detectar las necesidades de la comunidad en cuanto al proceso de intervención del que son parte, y bajo esta lógica, propone acciones tendientes a mejorar la atención y la adecuación a sus requerimientos.

En suma a lo anterior, se cumplen funciones destinadas a la articulación de redes asociadas a la temática de alcohol, en sus distintos niveles de intervención en salud, pues, como ya fue mencionado en párrafos anteriores, se evidenció un aislamiento institucional, por lo que resultaba imperante la vinculación con redes asociadas a la problemática, a su tratamiento, como aquellas destinadas a la promoción y prevención, las que pretenden satisfacer las necesidades de la comunidad en cuanto a vinculación con actividades extra-hospitalarias como a derivación.

Así también, este programa trae aparejado una amplia gama de funciones relevantes que se le otorgan a la Asistente Social para los distintos niveles de salud que éste incluye. Por lo tanto, le concede un papel importante en los procesos a desarrollar, y abandona el rol complementario que poseía en el tratamiento; y de esta manera, la posesiona como un profesional indispensable para el abordaje de la problemática y con la cual se requiere un trabajo coordinado e interrelacionado. Además, la incluye dentro de las demás intervenciones que se realizan para las distintas problemáticas o trastornos tratados en el Servicio de Psiquiatría.

➤ **Situar al Trabajo Social en la Intervención de la Temática**

El Beber Problema se revela como "un problema" con implicaciones médicas, psíquicas, educativas, sociales y comunitarias. Es por lo anterior, que Trabajo Social encuentra una veta de desarrollo profesional importante en el abordaje de esta problemática, pues, la y/o el profesional en su formación se encuentra capacitado para abordar aquellos aspectos psicosociales, educativos y comunitarios, así como también, posesionarse con un trabajo protagónico en los distintos niveles de intervención en salud.

En primer lugar, la investigación realizada y su consecuente propuesta, tiene como objetivo subyacente, contribuir al bienestar de las personas que presentan un Beber Problema, por lo que se hace hincapié a una de las funciones principales de Trabajo Social. Lo anterior, también se ve reflejado en la metodología utilizada, la cual permite construir los resultados a través de los discursos de los propios involucrados, y de los significados que le atribuyen al proceso de intervención del que son parte, por lo tanto, esta propuesta se construye desde la base del proceso, desde los propios colectivos que forman parte de éste, lo que le otorga mayor validez para los involucrados. Es decir, pretende empoderar a las y los usuarios, por lo que facilita la comunicación y la participación social y propicia espacios de integración entre los distintos colectivos de investigación, los cuales son los actores de esta temática.

Ahora bien, apuntando a la problemática, Trabajo Social cumple una serie de tareas en la intervención del Beber Problema: queda bajo su alero, en cuanto al trabajo de caso, aquellas actuaciones dirigidas a aumentar la capacidad para tomar decisiones, esclarecer los valores, facilitar su puesta en práctica y desarrollar la aptitud para enfrentarse con diversas situaciones que promuevan el consumo, como aquellas que lo gatillan. Las estrategias de afrontamiento son consideradas de alta importancia para el proceso de tratamiento y para la

consecución y mantención de la abstinencia. De igual manera, es necesario incluir aquellas estrategias que permitan el logro de un estilo de vida saludable y cambio en las conductas apuntando a estructurar una vida libre de alcohol y drogas.

De este modo, debe apuntar a fortalecer los factores protectores, como, mediante el trabajo con la familia o las personas significativas, tratar los factores de riesgo que favorecen el consumo. Propiciar el adecuado funcionamiento de las relaciones familiares, las cuales se ven afectadas por el consumo de alcohol y muchas veces, éste es el síntoma de un sistema familiar disfuncional, por lo que el manejo adecuado de la teoría sistémica por parte de las y los Asistentes Sociales, permitirá orientar este proceso familiar de acuerdo a cada necesidad particular.

Así también, la prevención del abuso alcohol como también contra el consumo de otras drogas, es una parte fundamental del proceso educativo de la sociedad, la escuela y la familia. A la prevención, a las relaciones familiares, el trabajo con la comunidad, se vuelve transversal para cumplir objetivos de prevención, por lo que la inserción que presenta la profesión en los distintos ámbitos mencionados, la hacen indispensable en los procesos desarrollados, pues presenta un manejo de los niveles familiares y comunitarios. Lo anterior cobra sentido, al incluir dentro de los objetivos en los primeros niveles de intervención en salud, funciones específicas en estas áreas de intervención.

El abordaje de la problemática también es una instancia en que la y/o el Trabajador Social tiene que ser capaz de desarrollar y fomentar las diversas virtudes que le entrega la profesión, como por ejemplo, en el trabajo con la comunidad. Esta es una fuente propicia para promover y promocionar estilos de vida más saludables, mediante la participación comunitaria, tiene que ser capaz de articular las redes sociales que le permitan el mejor nivel de bienestar de las personas tanto a nivel biológico, psicológico como social. En la práctica, esto se realiza mediante el proceso de empoderamiento de la comunidad, la autogestión, la responsabilidad de la propia comunidad sobre sí misma, con el objetivo de que la prevención al igual que la promoción sea más significativa.

Trabajo social es una profesión que se ocupa de la satisfacción de las necesidades humanas básicas, desarrollando en las personas las potencialidades que les permitan enfrentar sus problemas y mejorar su calidad de vida y creando condiciones sociales favorables al logro de ese objetivo."(Aylwin de Barros, 1986, p.9) bajo este lineamiento, la propuesta programática realizada, trae aparejada actividades que pretenden fortalecer los factores protectores de las personas y sus familias; desarrollar sus potencialidades y habilidades sociales, así como también la aprehensión de estrategias de afrontamiento a situaciones de riesgo, y todas aquellas dirigidas al cuidado de la salud biopsicosocial de las personas.

➤ **Objetivos de Trabajo Social**

Durante el desarrollo del presente Seminario de Título, se hizo alusión a los distintos objetivos específicos de Trabajo Social (Aylwin, Briceño, Jiménez, y Lado, 1975, p.11). En primer lugar, "promover la participación de los individuos y grupo mediante su incorporación organizada y consciente en el plano de las decisiones y de la acción", este objetivo se refleja en la medida que se incorporó la participación de los colectivos involucrados en los procesos desarrollados por el Servicio de Psiquiatría para el abordaje del Beber Problema. Es así como en la investigación realizada, se incorporan los significados de las y los directivos, profesionales y usuarios, con el objetivo de aprehender las distintas perspectivas y experiencias, y posteriormente triangular la información, sin sobreponer algún colectivo por sobre otro. De igual manera, la propuesta programática identifica actividades que promueven la contribución de los diferentes involucrados en los procesos que se desarrollan y del que son parte,

de esta manera se empodera a las y los usuarios en cuanto a su tratamiento, a las estrategias y objetivos que se trazan y realizarán, apuntando ya sea a la integración, a la pertinencia de la intervención como también a una mayor adhesión al tratamiento.

De esta misma manera, el trabajo realizado, permite dar una respuesta a las necesidades de la Comunidad Naval, pues inexistían actividades coordinadas para dar respuesta a la problemática de Beber Problema, y con la propuesta presentada, se busca satisfacer la necesidad, se crea un programa adecuado para la población y se incluye los significados, experiencias y aportes de las y los usuarios en la planificación de ésta.

6.4. APORTES DE LA INVESTIGACIÓN Y DE LA PROPUESTA PROGRAMÁTICA

Durante el desarrollo investigativo del presente Seminario de Título, se presentaron ante el equipo de trabajo variadas temáticas que, si bien, no estaban directamente relacionadas con el desarrollo del propio Seminario, y por ende no fueron abordadas bajo el desarrollo del mismo, si representaban líneas abiertas para futuras investigaciones de alto interés institucional y profesional, desde la perspectiva disciplinaria de Trabajo Social especialmente. Algunas de estas líneas son:

- Que cambios desencadena en las y los activos navales su retiro de la Armada, considerando su alto poder adquisitivo, su alta calificación técnica, su bajo rango erario y la gran cantidad de tiempo disponible con el que se encuentran de un momento para otro.
- Que cambios desencadena en las familias de las y los activos navales pasar de una figura parcialmente ausente (debido a la naturaleza de la labor) a una figura altamente presente cuando les llega el momento del retiro de la institución.
- De que manera la Institución Naval puede involucrar y aprovechar de mejor manera las y los retirados navales.
- De que manera la Institución puede involucrar a las familias de las y los activos navales en actividades de la institución que les permita suplir las ausencias prolongadas de las y los jefes de hogar.
- Y la última, pero la más significativa para el equipo seminarista: cómo funciona, que fortalezas y falencias posee la propuesta programática una vez puesta en marcha. Esto ya que claramente todo programa necesita de adecuaciones en su puesta en marcha y de una evaluación no sólo interna; sino idealmente de un ente externo, que permita mayor autonomía y severidad metodología en la evaluación.

Todas las anteriores son tópicos investigativos de tremendo interés y potencialmente, los cuales el equipo seminarista llama a resolver a abordar bajo el tenor y rigor de una investigación profesional que les dé adecuado puerto.

6.5. QUIEBRES, LIMITACIONES Y DESAFÍOS

El presente Seminario de Título fue desarrollado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef, y los principales quiebres, limitaciones y desafío, están dados por el contexto organizacional, los cuales se presentan a continuación:

➤ Quiebres

En primer lugar, se considera un quiebre, el posesionar la temática de alcohol como un fenómeno que se encuentra presente en la Comunidad Naval y que requiere de atención, pues se pronosticaban alcances de la problemática, sin embargo, no se habían desarrollado instancias destinadas a trabajar específicamente con ésta, que den cuenta de la realidad de la atención y menos aún a la elaboración de un programa que estructure y coordine el proceso de intervención.

En suma a lo anterior, con la propuesta programática, se instaura un proceso de trabajo para cada uno de los niveles de intervención en salud, con objetivos específicos para cada uno y con profesionales y funciones asociadas claras asociados a los mismos. Además, se establece una modalidad de trabajo interrelacionada durante todos los procesos, y, más concretamente en la etapa de tratamiento, en donde prepondera el trabajo interdisciplinario, el aporte democrático de los distintos profesionales que participan en el proceso, y en relación a lo anterior, además se integran nuevas profesiones en el abordaje de la problemática, apuntando a una concepción e intervención biopsicosocial del beber problema.

Otro aspecto relevante, dice relación con el aislamiento profesional que mantenía en Servicio de Psiquiatría con la oferta extra-institucional disponible, situación que se ve modificada con la vinculación que se estableció mediante la observación desarrollada en los centros asociados a la temática de alcohol y drogas, como también con la incorporación en las mesas inter comunales de Previene y de Salud respectivamente. Mediante este trabajo, se da a conocer los distintos aspectos y procesos de intervención desarrollados en el Servicio de Psiquiatría y se coordina con las distintas instituciones que permitirán satisfacer las necesidades que no se encontraban cubiertas actualmente, como por ejemplo la participación en distintos seminarios y capacitaciones relacionadas con temas de salud, actualización de los procesos de intervención; y en cuanto a las y los usuarios, programas y actividades de promoción y prevención, o la derivación a tratamientos intensivos, entre otros servicio que la Institución no contiene en este momento.

➤ Limitaciones y Desafíos

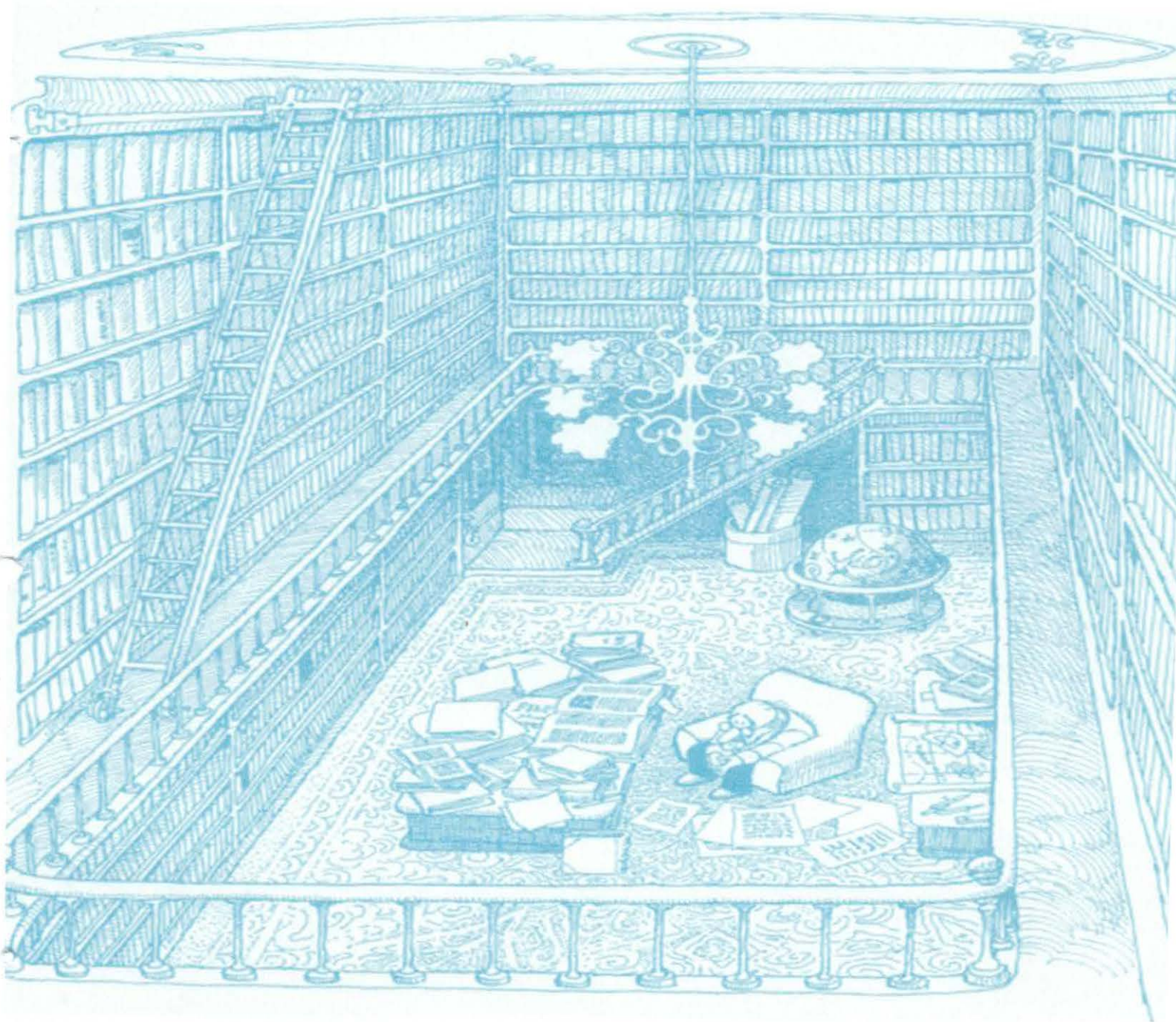
La organización institucional se caracteriza por tener una estructura rígida, altamente jerarquizada y con procesos burocráticos establecidos que entorpecen o enlentecen los procesos que se pueden llevar a cabo, desde la inserción misma del Equipo Seminarista en la Institución, hasta aquellos relacionados con situaciones administrativas como autorizaciones, comunicados, respuestas, entre otras.

Las disciplinas biomédica se encuentran altamente valoradas e insertas en el Servicio de Psiquiatría, por lo que se torna una limitación y un desafío a la vez, posesionar y revalorizar las profesiones psicosociales, y especialmente Trabajo Social en el abordaje de la problemática, más allá como un complemento de la intervención, si no que con una instancia alta de participación y con la intención de desmedicalizar el tratamiento y avanzar en la intervención de las diferentes aristas que causan o mantienen el consumo de alcohol.

La propuesta programática para el abordaje del Beber Problema, tiene como objetivo dar respuesta a las necesidades manifestadas por los involucrados en la intervención, sin embargo, quedan desafíos que alcanzar.

En primer lugar, y a nivel más amplio, se visualiza la necesidad de establecer una política institucional para el fenómeno de Beber Problema, pues la magnitud del problema va en aumento y es necesaria una Política Institucional que establezca objetivos y lineamientos estratégicos, y dentro del cual se enmarque el programa de alcohol, y de esta manera potenciar el trabajo realizado e insertarlo dentro de una estructura mayor para que dé soporte y mayor relevancia a la problemática y se posea como una atención importante en el Hospital Naval, y no como un área asilado de trabajo, y además permita la toma de decisiones a nivel Institucional, sobrepasando las fronteras del Policlínico. En segundo lugar, pretende dar respuesta al aislamiento institucional evidenciado, sin embargo la Institución no presenta una red que dé respuesta a las y los usuarios que presentan un daño biopsicosocial severo y que requieren de una intervención intensiva o residencial. De igual manera, la previsión de salud Capredena, de la Comunidad Naval, restringe la oferta disponible en la red, por lo que se necesita la solución a los problemas de derivación, ya sea, mediante la creación de estas instancias, como la creación de convenios con la red Institucional disponible.

La investigación realizada dio cuenta de una distancia entre los discursos declarados y las prácticas que se evidenciaron mediante la observación, por lo tanto, se convierte en un desafío lograr concordancia entre lo discursivo y lo práctico, y para esto, se realiza un primer acercamiento en la propuesta programática, en donde, en parte, se refleja lo expresado por los colectivos participantes, sin embargo, queda como tarea, la implementación de la propuesta y la correspondencia del discurso en el actuar mismo. Este programa además tiene como desafío instaurar procesos de diálogo entre los distintos profesionales, trabajo en equipo coordinada hacia un objetivo común, abandonado el trabajo aislado que se realiza para optar a la interdisciplinariedad en la intervención, y posteriormente, sobrepasar estos límites y apuntar a un trabajo trasdisciplinario que permita el enriquecimiento de las disciplinas con los saberes de los demás profesionales.



BIBLIOGRAFÍA

GENERAL

BIBLIOGRAFÍA GENERAL**1. Libros**

- American Psychiatric Association (1995), *DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson, Barcelona-España.
- Ander-Egg E. (2003) *Métodos y técnicas de Investigación Social*. Buenos Aires: Lumen.
- Anderson ,P. y Baumberg, B. (2006) *El alcohol en Europa, una perspectiva para la salud pública, Un informe para la comisión europea*. De Institute of alcohol studies. Reino Unido
- Banks, S. (1997). *Ética y Valores en el Trabajo Social*. España: Paidós.
- Baptista, L. Fernández, C. Hernández, R. (2003). *Metodología de la Investigación*. (3a ed.) México: Mc GrawHill
- Casas, M. Terjero, A y Trujols, J. (1993) *Prevención de Recaidas; Su aplicación en un Contexto Clínico*. En M. Casas y M. Gossop (Eds.) *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas*., Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2004) *Programa Abriendo Puertas para la Integración Socio ocupacional de personas drogodependientes*. Santiago: Maval.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2006) *Prevención del Consumo de Drogas: Una Estrategia Nacional*. Santiago: CONACE.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2006). *Observatorio Chileno de Drogas Informe Anual de la Situación de las Drogas en Chile*. Santiago: Maval.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2008). *Norma y Orientaciones Técnico-Administrativas de los Planes de Tratamiento para personas con problemas derivados del Consumo de Drogas*. Santiago: CONACE
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2008). *Norma y Orientaciones Técnico-Administrativas de los Planes de Tratamiento para personas con problemas derivados del Consumo de Drogas, Anexo "Constitución Equipo Terapéutico para Planes de Tratamiento y Rehabilitación"* Santiago: CONACE
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (s.f) *Aprendamos a hacer un Proyecto de Prevención de Drogas* "Santiago CONACE: Autor
- Escohotado, A. (1996). *Historia Elemental de las Drogas*. Barcelona: Anagrama
- García, E. Gil, J. Rodríguez G. (1996) *Metodología de la investigación Cualitativa*. Málaga: Aljibe
- Holman Bible publishers (1990).*La Santa Biblia*. Versión Reina-Valera 1960 Nashville, Tennessee EEUU.
- Goetz, J y LeCompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa* .Madrid: Morata.
- Liga Contra el Alcoholismo de Valparaíso (S.F). *Alcoholismo Mal Nacional*. Valparaíso Chile
- Lucas ,A. García, P. (2002) *Sociología de las organizaciones* (1ra ed.) Madrid: McMraw-Hill.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1994) *Glosario de Términos de Alcohol y Drogas*. Madrid: MSC.
- Organización Panamericana de la Salud (2007) *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. Washington D.C: autor Rodríguez, D. (2004) *Gestión Organizacional, Elementos para su estudio* (3ra ed.).Santiago: Universidad Católica de Chile.

- Organización Mundial de la Salud. (1998) Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra: autor
- Sagüez, A.(1993) *Análisis del I congreso y II encuentro sobre los efectos que el consumo de alcohol y drogas tiene en la empresa*. Santiago: Talleres Gráficos de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la PUC.

2. Artículos y Revistas

- Rodríguez Soto N. (1994) *Algunos Enfoques en el Trabajo Social con Familias*. Revista del colegio de Asistentes Sociales (4) 12-21.
- Aylwin, N. Briceño, L. Jiménez, M. Lao, W.(1975) *El Trabajo Social como Tecnología Social*. Revista de Trabajo Social. Pontificia Universidad Católica de Chile. (13) 9-16
- Aylwin, N. (1986) *El Trabajo Social como profesión*. Revista de Trabajo Social. Pontificia Universidad Católica de Chile (50) 5-11.

3. Publicaciones oficiales de Gobierno

- Chile, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (1996) *Drogas: Conceptos básicos y herramientas para la prevención* (1a. ed.). Santiago: CONACE
- Chile, Ministerio de Salud. (2002). *Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010*. Santiago: MINSAL.
- Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el consumo de estupefacientes. (2004) *Lineamientos técnicos, tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas*. Santiago: CONACE
- Chile, Consejo Nacional para el consumo de estupefacientes. (2004) *Lineamientos técnicos, tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas*. Santiago: CONACE
- Chile, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2005) *Curso: Prevención de recaídas en el tratamiento de adicciones*. Santiago: CONACE
- Chile, Ministerio de Salud (2005). *Guía Clínica detección y tratamiento temprano del consumo problema y dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria*. Santiago: MINSAL
- Chile, Ministerio de Salud (2006) *Norma Técnica No 85 "Para El Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol - Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental"*, Resolución Exenta No 391,3.
- Chile, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2008). *Norma y orientaciones técnico-administrativas de los planes de tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de drogas*. Santiago: CONACE
- Chile, Convenio CONACE-FONASA-MINSAL, (2008) *Abuso y Dependencia de Alcohol*. Santiago: CONACE
- Ministerio de Salud (2006). *II Encuesta de Calidad de Vida y Salud*. Chile: MINSAL.
- Ley N° 19.465 Establece el Sistema de Salud de las Fuerzas publicada en el H. Congreso Nacional en Valparaíso 02 de agosto de 1996.

4. Seminarios de Título

- Aguirre, K. Valenzuela, K. (2003). *Trabajo de familia y enfermedad bipolar: una perspectiva del trabajo social con familias que presentan un paciente con trastorno bipolar*. Tesis de Asistente Social. Valparaíso. Universidad de Valparaíso. Escuela de trabajo social, 194 p.
- Contreras M.(2007) Alimentación saludable : Evaluación desde el enfoque Iluminativo. Tesis de Asistente Social. Valparaíso, Universidad de Valparaíso, Escuela de Trabajo Social, p.123
- Cubillos, S., Riveros, M. y Saavedra, D. (2006). *Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la atención primaria de Salud : Informe de Sistematización*. Tesis de Asistente Social. Valparaíso, Universidad de Valparaíso, Escuela de Trabajo Social, 279p.
- Retamal, I. Ulloa, L. y Zúñiga, N. (2007) *Trabajo Social y Salud mental : intervención profesional reflexiva con grupos de salud mental en el CESFAM Gómez Carreño*. Tesis de Asistente Social. Valparaíso, Universidad de Valparaíso, Escuela de Trabajo Social, 229p.

5. Páginas de Internet

- Asociación Chilena de Seguridad ACHS (2007) Prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas en trabajadores chilenos. Segundo estudio. Recuperado el 25 de marzo de 2009, de <http://www.bibliodrogas.cl/bibliodrogas/documentos/Estudio%20Alcohol%20y%20Drogas.pdf>
- Asociación Médica Mundial AMM (2005). Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Reducción del Impacto mundial del Alcohol en la Salud y la Sociedad. Recuperado el 21 de abril de 2009, de <http://www.wma.net/s/policy/a22.htm>
- Bertaux D (1993) La Historia Oral: Métodos Y Experiencias, obtenida en mayo 07 de 2009 de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_sociales/N5_2000/a08.pdf
- Centro de Intervención familiar y laboral (s.f) Modelo Sistémico de Intervención.www.intervencionfamiliar.org. Recuperado el 10 de octubre de 2009 en <http://www.intervencionfamiliar.org/?q=node/16>
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (s.f.). Consumo de alcohol y accidentabilidad. Recuperado el 5 de abril de 2009, de http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/relacion_consumo_alcohol_accidentes_Conacejulio2005.pdf
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2003) Informe sobre uso, abuso y dependencia al alcohol. Quinto estudio nacional de drogas en población general de Chile 2002. Recuperado el 5 de abril de 2009, de http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Informe%20Alcohol%20Dic_2003.pdf
- Dirección de Sanidad de la Armada de Chile, (s.f) Recuperado el 15 de abril de 2009, de <http://www.direcsan.cl/site/pags/actividades/direccion.html>
- González, H. (2006) Modelos de tratamiento. Instituto para el estudio de las adicciones. Recuperado el 22 de julio de 2009 en <http://www.lasdrogas.info/blog/?p=92>
- Instituto sobre alcoholismo y fármacodependencia (s.f), Aspectos Estratégicos Institucionales. Recuperado el 06 de octubre de 2009, de <http://www.iafa.go.cr/quienessomos/Mision%20y%20Vision/index.html>
- Lacroze A. (2008) Prevención en problemas de alcohol y otras drogas. Recuperado el 16 de junio de 2009 en <http://www.prevencionalcohol.com/>

- Ministerio de Salud (2009) Prioridad Programática: abuso y dependencia de Alcohol y Drogas. Recuperado el 25 de septiembre de 2009 de http://www.minsal.cl/ici/s_1/u_14/Alcdro.pdf
- Ministerio de Salud.(s.f.)II Valores y principios: un modelo de acción. Recuperada el 15 de abril 2009 en <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b5f8460e04001011f01239d.pdf>
- Ministerio de Salud. (s.f.)III. Acciones: Programa de Salud Mental y Psiquiatría. Recuperada el 15 de abril de 2009 en <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b628460e04001011f01239d.pdf>
- Ministerio de Sanidad y política social, España (2005) Problemas de salud pública causados por el uso nocivo de alcohol. Recuperado el 21 de abril de 2009 de http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/FINALWHA58_26.pdf
- Navarrete J. (2000) El muestreo en la investigación cualitativa. Recuperado en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_sociales/N5_2000/a08.pdf el 15 de mayo de 2009.
- Organización Mundial de la Salud (2005) *Problemas de salud publica causados por el uso nocivo de alcohol*. Recuperado el 21 de abril de 2009, de http://www.msc.es/alcoholJovenes/docs/58_26AsambleaMundialsalud.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, (2005) Declaración de Brasilia sobre las políticas públicas en alcohol. Recuperado en www.paho.org/spanish/dd/pin/Declaracion_Alcohol.doc, el 21 de abril de 2009.
- Palacios, J. (2002) Abstinencia versus reducción del daño: lucha antagónica: un análisis. Comunidad terapéutica de Colina. Recuperado el 22 de julio de 2009 en <http://www.comunidadterapeuticaacolina.cl/publicaciones/UN%20ANALISIS%20AL%20MODELO%20DE%20RD.doc>
- Routio. P (2007) Métodos de Investigación, Conceptos y Definiciones. Recuperado el 05 mayo de 2009 de <http://www2.uiah.fi/projekti/metodi/205.htm>.
- Sepúlveda N, Ulloa Ma, Otilia Ma y colaboradores (n.d.) Prevalencia de hábitos de consumo de alcohol y otras drogas en la población laboral 2008, tercer estudio. Recuperado el 25 de marzo de 2009, de <http://www3.achs.cl/ws/wps/wcm/connect/ed59bb004e91c9d09386dbc5a18cd618/Presentacin%2520Estudio%2520ACHS%25202008.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ed59bb004e91c9d09386dbc5a18cd618>
- U.I.A.F. (s.f.) Estudio Comparativo, Recuperado el 10 de Junio de 2009, de <http://www2.uiah.fi/projects/metodi/272.htm>
- Ministerio de Sanidad y política social, España (2005) Problemas de salud pública causados por el uso nocivo de alcohol. Recuperado el 21 de abril de 2009 de http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/FINALWHA58_26.pdf
- Castañeda Patricia (2006), Cátedra de Metodología de Investigación Social, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

6. Otros

Castañeda, P. (2006) Cualitativa 3. [diapositiva]. Valparaíso, autor, 25 diapositivas, col.