



**“Sistematización de Situaciones Profesionales en el
Centro de Tratamiento Ambulatorio para
drogodependientes de la Comuna de Villa Alemana”**

*Seminario de Título para optar al grado académico de licenciado
en Trabajo Social y al título profesional de Asistente Social.*

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
BIBLIOTECA

Profesor Guía : Sr. Luis Lillo Bermúdez.

Asesora Metodológica : Sra. Patricia Castañeda Meneses

***Equipo Seminarista : Sr. Mauricio Barrera Becerra
Srta. María Andrea Ríos Vargas***

2007



REF.: INFORMA CALIFICACIÓN SEMINARIO DE
TÍTULO ALUMNAS QUE SE INDICAN.

VALPARAISO, 4 de septiembre del 2007.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesor Guía, cumplo con informar a Ud. la calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: ***“Sistematización de situaciones profesionales en el Centro de Tratamiento Ambulatorio para drogodependientes de la Comuna de Villa Alemana”***, cursado durante el año académico 2006 por las alumnas de la Escuela de Trabajo Social Srta. MARÍA ANDREA RÍOS VARGAS Y SR. MAURICIO BARRERA BECERRA, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

Nuestro país, en su proceso de modernización, continúa presentando importantes debilidades en el contexto del desarrollo social, que están siendo abordadas por el actual gobierno, a nivel de políticas y programas; pero, sin alcanzar los niveles de efectividad deseados. De esta manera, aún cuando las ciencias sociales están aportando diversos modelos que permiten comprender estas realidades, surge la necesidad de generar conocimiento a partir de las realidades concretas, en las que Trabajo Social como profesión, está desempeñando un rol importante. De este modo, adquiere especial relevancia, impulsar iniciativas tendientes a lograr una sistematización de las experiencias exitosas que se realizan en este ámbito.

En este contexto, el presente seminario de título aborda la realidad de la drogodependencia, a partir de la experiencia de Trabajo Social en el centro de Tratamiento Ambulatorio para drogodependientes, de la comuna de Villa Alemana, dependiente del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.



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



El presente trabajo adquiere, especial relevancia, por el enfoque metodológico utilizado, orientado a sistematizar el trabajo realizado por los profesionales que trabajan en el proceso de rehabilitación de drogodependientes. De esta manera, los seminaristas han logrado sistematizar las situaciones profesionales en los niveles de intervención familiar y grupal; conformando un valioso aporte, tanto para Trabajo social como para otros profesionales y organizaciones, que trabajan con esta problemática.

Los alumnos seminaristas, en la realización del presente trabajo, manifestaron un buen manejo metodológico, conjuntamente, con un alto nivel de consistencia teórica. Las técnicas seleccionadas y utilizadas, fueron adecuadas, posibilitando el logro de los objetivos formulados.

La temática fue abordada en forma consistente, manifestando idoneidad en la selección y uso de bibliografía. El trabajo, además, expresa buen nivel de calidad, tanto del vocabulario técnico utilizado, como de su capacidad de elaboración y redacción.

En base a lo anteriormente, consignado se evalúa el trabajo con nota **7.0** (siete coma cero)

LUIS LILLO BERMUDEZ
PROFESOR GUIA

AL SEÑOR
ALDO VALLE ACEVEDO
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE



REF.: INFORMA CALIFICACIÓN SEMINARIO DE
TÍTULO ALUMNAS QUE SE INDICAN.

VALPARAISO, 4 de septiembre del 2007.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes, en la Universidad, en mi calidad de Profesora informante, cumplo con informar a Ud. la calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: ***“Sistematización de situaciones profesionales en el Centro de Tratamiento Ambulatorio para drogodependientes de la Comuna de Villa Alemana”***, cursado durante el año académico 2006 por las alumnas de la Escuela de Trabajo Social Srta. MARÍA ANDREA RÍOS VARGAS Y SR. MAURICIO BARRERA BECERRA, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

Seminario de título sistematiza situaciones profesionales del equipo de salud en el contexto del Centro de Tratamiento Ambulatorio para drogodependientes de Villa Alemana. El documento presenta una coherencia temática y metodológica general, que permite el desarrollo de los objetivos de trabajo planteados en forma exhaustiva, permitiendo la configuración de las situaciones profesionales seleccionadas – de alta especialización y complejidad – aportando con ello a la visibilización y valoración del trabajo profesional en situaciones de intervención caracterizadas por su dificultad temática y procedimental. Se aporta así, a la configuración de nuevos repertorios de trabajo profesional en contextos de drogodependencia.

Por todo lo señalado, califico el presentes Seminario de Título con nota **7,0** (siete coma cero)


PATRICIA CASTAÑEDA MENESES
PROFESORA INFORMANTE

AL SEÑOR
ALDO VALLE ACEVEDO
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE

AGRADECIMIENTOS

El presente seminario de título fue desarrollado gracias al apoyo incondicional del Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependientes, de la comuna de Villa Alemana, en especial de su Director As. Ramón Aguilar, quien confió en el aporte del trabajo de los alumnos seminaristas y facilitó sus conocimientos en la temática a abordar cada vez que fueron pertinentes.

También se agradece el aporte al profesor y profesora involucrados con el presente Seminario de Título:

- Sr. Luís Lillo Bermúdez, Profesor Guía, quien gracias a su experiencia y conocimiento de la profesión entregó rigurosidad al desarrollo del trabajo de los alumnos seminaristas.

- Sra. Patricia Castañeda Meneses, Asesora Metodológica, quien gracias a su experiencia y conocimiento de la metodología aplicada por alumnos seminaristas, valida y da rigurosidad al presente seminario de título.

ÍNDICE

Índice	1
Presentación	3
1. Contextos	
1.1. Programático	7
1.2. Institucional	11
1.3. Temático	24
2. Marco Referencial	
2.1 Antecedentes Conceptuales de Salud	31
- Breve Revisión Histórica del Concepto de Salud	31
- Orientaciones Teóricas del Concepto de Salud	32
- Definición del Concepto de Salud según OMS	34
2.2 Salud Mental y drogodependencia	35
- Salud Mental	35
- Orientaciones Teóricas del Concepto de salud Mental	36
- Definición de Salud Mental según OMS.	39
- Drogodependencia	40
- Definición de drogodependencia según OMS.	43
- Tipología de consumo	43
- Definiciones operacionales Básicas	45
2.3 Paradigmas de Intervención en Drogodependencia	50
2.4 Trabajo Social y Drogodependencia	51
2.5 Profesionalidad y Situaciones Profesionales	53

3. Diseño Metodológico

3.1	Fundamentación Metodológica	60
3.2	Organización Metodológica del proceso	61
	- Delimitación del Proceso de Sistematización.	61
	- Objetivos de la Sistematización.	62
	- Colectivo y muestra de las Situaciones Profesionales Sistematizar.	62
	- Estrategias de Recolección de Información de las Situaciones Profesionales definidas para Sistematizar	63
	- Plan de Análisis	64
	- Validación de los Resultados de la Sistematización	65

4. Situaciones Profesionales

4.1.	Nivel de Intervención Ámbito Grupal	
	- Situación Profesional Talleres Socioeducativos	68
	- Situación Profesional Talleres Recreativos	85
4.2.	Nivel de Intervención Ámbito Familiar	
	- Situación Profesional Proceso de Ingreso	98
	- Situación Profesional Taller Familiar	107

5. Reflexiones Profesionales y Conclusiones

5.1	Reflexiones Profesionales	
	- En relación al modelo de intervención	117
	- En relación a los profesionales y el equipo de trabajo	118
	- En relación a los pacientes	123
5.2	Conclusiones	
	- Conclusiones en relación a la temática drogodependencia	128
	- Conclusiones relativas a la metodología de la sistematización	131

Bibliografía	132
---------------------	-----

Anexos	136
---------------	-----

PRESENTACIÓN

La drogodependencia se ha transformado con el correr de los años en unas de las temáticas escasamente abordada en la formación de profesionales en lo que respecta al nivel de pre-grado, pese a que los problemas generados por el abuso de drogas se pueden tratar eficazmente, si las personas afectadas tienen acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación apropiados para atender a sus necesidades, y de calidad, intensidad y duración suficientes.

A raíz de esta afirmación, podemos identificar el presente Seminario de Título, "Sistematización de Situaciones Profesionales del Centro de Tratamiento Ambulatorio para drogodependientes de Villa Alemana", como un primer acercamiento a la labor profesional en el área de rehabilitación a drogodependientes en el sector público, sistematizando un total de 4 situaciones profesionales llevadas a cabo por el equipo multidisciplinario del Centro de Tratamiento Ambulatorio (C.T.A.) se destaca la experiencia de Seminario de Título como una oportunidad para compilar conocimiento a partir del ejercicio del profesional, en virtud de la experiencia de sus protagonistas, vale decir, los profesionales, quienes han adquirido un manejo y enriquecimiento dentro de un área desconocida en un primer momento de Intervención Profesional.

El presente Seminario de Título se compone de cinco capítulos, a través de los cuales se expone el desarrollo de la experiencia llevada a cabo por la y el alumno seminaristas:

El Primer Capítulo, denominado "Contextos de las situaciones profesionales", en el cual se dan a conocer los contextos: programático, institucional y temático, a partir de los cuales se puede visualizar los parámetros en los que se enmarca el Seminario de Título.

El Segundo Capítulo, "Marco de Referencia", enseña las perspectivas teóricas y conceptuales que orientan el presente Seminario.

El Tercer Capítulo corresponde al "Marco Metodológico", en el cual se presenta el diseño metodológico, dando a conocer el proceso y análisis con los que se aborda el Seminario de Título.

El Cuarto Capítulo, "Las Situaciones Profesionales", exponiendo 4 situaciones profesionales correspondientes a: Talleres socioeducativos, Talleres recreativos, Terapia familiar y proceso de ingreso, organizados en los siguientes ejes: Contexto, Finalidad, Actividades y tareas, Relaciones con los demás profesionales, Niveles de autonomía y responsabilidad, finalmente las Dificultades de cada una de las situaciones profesionales. Conocimientos adquiridos a través de la información recabada.

El Quinto Capítulo contiene las "Reflexiones Profesionales y Conclusiones" generadas a partir del proceso de sistematización. Las reflexiones se relacionan, en cuanto a: modelo de intervención del C.T.A, los profesionales y el equipo de trabajo, además de los pacientes del C.T.A. vinculando los referentes y los contextos de la experiencia con la observación de la práctica profesional. En tanto las Conclusiones se refieren a: la temática drogodependencia y a la metodología de la sistematización, desde una perspectiva de desafíos para el Trabajo Social.

*“Un día llegue hasta aquí
Buscando renacer
Sufriendo este cruel dolor
De mi mal poder vencer.”*

Capitulo I

Contextos de las Situaciones Profesionales

PRESENTACIÓN

El presente apartado permite conocer los escenarios que dan cabida al presente Seminario de Título, desde los cuales se pueden visualizar los principales aspectos sociales, demográficos y territoriales que dan forma al desarrollo de la temática de drogodependencia.

1.1.- Contexto Programático: Se dan a conocer diferentes modalidades de tratamiento que ofrecen los Centros de Tratamiento Ambulatorio, además, de los objetivos y principales características de estas.

1.2.- Contexto Institucional: Este corresponde a la institución patrocinante del Seminario de Título, la cual para efectos de este, fue el Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependencias de la comuna de Villa Alemana.

1.3.- Contexto Temático: En el cual se evidencia la temática de la drogodependencia en torno a la situación del país. Para efecto de este contexto se dan a conocer estadísticas del consumo de drogas, además de la política social, estableciendo una perspectiva global de la realidad chilena.

1.1.- CONTEXTO PROGRAMÁTICO:

Durante el año 2000 el MINSAL elaboró y oficializó, primeramente el Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental, y a continuación el Programa de Salud Mental. Ambos documentos programáticos apuntan a poner en práctica un modelo de atención en salud mental y psiquiatría cuyas características esenciales son la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos dando énfasis a la atención ambulatoria, la prevención de la discapacidad y la rehabilitación psicosocial. Para el desarrollo de estas metas se impulsa el desarrollo de redes territoriales de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría constituidas por diversos componentes, tales como: Consultarías de Salud Mental en Atención Primaria; Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria asignados a Territorios y Poblaciones Específicas; desarrollo de Unidades de Hospitalización de Corta Estadía en los Hospitales Generales; Desarrollo de Atención de Urgencias Psiquiátricas; desarrollo de Hospitales de Día.

Cabe destacar, que desde 2001 el Estado ofrece tratamiento gratuito a los beneficiarios del sistema público de la salud, para el consumo problemático de droga, a través de un convenio suscrito entre CONACE, FONASA y el MINSAL.

Los CTA se caracterizan por ofrecer dos tipos de planes:

a) Plan Ambulatorio Intensivo: tratamiento destinado a personas con diagnóstico de abuso o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado o severo, con o sin presencia de enfermedades mental o física (con pérdidas significativas personales, familiares, laborales, que le han dificultado continuar desarrollando actividades habituales y vida normal), el plan ambulatorio intensivo cumple los siguientes objetivos:

- Realizar un diagnóstico clínico y una evaluación del grado de compromiso biopsicosocial.
- Definir un plan de intervención de acuerdo al diagnóstico y realizar intervenciones terapéuticas, educativas, dirigidas a la persona afectada como a sus familiares.
- Intervenir y acompañar en el 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.
- Reeducar en habilidades sociales.
- Orientar y fomentar la mejor integración social.
- Contribuir a la reestructuración del estilo de vida.
- Dar de alta y referir a la red de atención de salud que corresponda.

El plan de tratamiento ambulatorio intensivo, incluye el día en el centro de tratamiento, la alimentación diaria y todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación que se efectúan durante la permanencia en el establecimiento, tales como: consultas profesionales (médicas generales, siquiátricas, psicológicas), consultas de salud mental, intervención psicosocial de grupo, visitas domiciliarias, psicoterapia individual o grupal, psicodiagnóstico (incluye aplicación de exámenes psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

b) Plan Ambulatorio Básico: tratamiento que se ofrece a personas con abuso, consumo perjudicial o dependencia a drogas con compromiso biopsicosocial moderado, es decir, personas que, por ejemplo, conservan un trabajo, viven en familia, no presentan grandes problemas asociados al consumo, este plan cumple los objetivos de:

- Realizar un diagnóstico clínico y una evaluación del grado de compromiso biopsicosocial.
- Definir un plan de intervención de acuerdo al diagnóstico y realizar intervenciones terapéuticas, educativas, dirigidas a la persona afectada como a sus familiares.
- Intervenir y acompañar en el 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.
- Reeducación en habilidades sociales.
- Orientar y fomentar la mejor integración social.
- Derivar a otros establecimientos que provean planes de tratamientos más complejos, según corresponda.

El plan de tratamiento ambulatorio básico incluye un conjunto de actividades, como: consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta psicológica, psicoterapia individual y de grupo, psicodiagnóstico (incluye aplicación de exámenes psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde. Cuando este plan se realiza en horario vespertino, incluye una colación.

1.2 CONTEXTO INSTITUCIONAL

➤ *Identificación:*

Características de la Institución	
Nombre de la Institución	Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependencias (CTA)
Representante Legal	Ramón Aguilar
Tipo de Institución	Es una unidad clínica psiquiátrica especializada
Dependencia	Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota
Dirección	Calle Aranda N° 284, paradero 7, Villa Alemana
Teléfono	2- 534511

➤ *Misión:*

"Proporcionar un tratamiento ambulatorio e intensivo a personas con consumo problemático de drogas. Estableciéndose como prioridad la calidad de vida y el bienestar del individuo y la comunidad".

➤ ***Antecedentes Históricos:***

Con el objeto de poner en práctica el Modelo de Atención en Salud Mental y Psiquiatría el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota establece un convenio entre el CONACE, FONASA y MINSAL que da como resultado la inauguración de un hospital diurno para el tratamiento y rehabilitación de personas con abuso y/o dependencia de drogas en octubre del 2001 en la Comuna de Villa Alemana.

En sus comienzos el hospital diurno prestaba servicios a pocos pacientes contando con un cupo aproximado para cinco personas, situación que fue variando a medida que se incrementaba su vinculación con otras Unidades de la Red del Servicio de Salud y se daba a conocer en la comuna, llegando actualmente a entregar 28 prestaciones. Otro cambio significativo corresponde a un cambio de nombre pasando de hospital diurno a Centro de Tratamiento Ambulatorio lo que se produjo por un cambio de nomenclatura impuesta desde el MINSAL.

A pesar de los cinco años de funcionamiento del CTA. la situación contractual de los profesionales que allí se desempeñan continúa siendo la misma que en sus inicios, bajo la modalidad de honorarios, lo que ha producido movilidad al interior del equipo, renovándose 4 veces.

Una de las peculiaridades del CTA es doble dependencia, la que le vincula técnicamente con el Hospital de Quilpué y administrativamente con el Hospital de Peñablanca.

➤ **Objetivos de la Institución:**

✓ **Objetivo General:**

“Proporcionar un tratamiento ambulatorio, intensivo de preferencia, a personas con abuso y/o dependencia moderada a severa de drogas, en la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota”.

✓ **Objetivos estratégicos:**

1. Contribuir a disminuir el estigma social asociado a los consumidores de drogas.
2. Favorecer un tratamiento en el ámbito comunitario de la persona.
3. Reducir costos en relación a los tratamientos residenciales.
4. Desarrollar costo-efectividad en el tratamiento integral de personas con abuso o dependencia de drogas.

✓ **Objetivos Clínicos:**

1. Favorecer la abstinencia y un estilo de vida libre de consumo de drogas.
2. Proveer una autonomía y autorregulación más adaptativa en el paciente.
3. Fortalecer sus recursos personales y familiares de los usuarios.
4. Desarrollar conductas de autocuidado y de afrontamiento, y habilidades psicosociales en general.

➤ **Funciones de la Institución:**

1. Otorgar tratamiento a personas con abuso y/o dependencia de drogas, moderadas a severas.
2. Favorecer la desintoxicación, el logro y la mantención de la abstinencia.
3. Implementar un proceso de rehabilitación orientado al desarrollo de un estilo de vida libre de consumo.
4. Fortalecer la red de tratamiento, ofreciendo una alternativa intermedia entre el tratamiento ambulatorio y el residencial.
5. Entregar tratamiento especializado psicológico, farmacológico y social, considerando un modelo biopsicosocial en los trastornos de salud mental.
6. Apoyar y potenciar los tratamientos para las dependencias de drogas que pueden entregar una Unidad Ambulatoria de Salud Mental y Psiquiatría.
7. Favorecer la continuidad del tratamiento para pacientes provenientes de comunidades terapéuticas residenciales o en período de post alta de una hospitalización cerrada.
8. Mejorar la adherencia al tratamiento y a la motivación a la abstinencia.
9. Integrar a las familias en un tratamiento conjunto que permita fortalecer los factores protectores entregando información, participación en el tratamiento y entrenamiento en habilidades sociales para afrontar recaídas y un manejo de las dificultades de la abstinencia.
10. Servir como nexo entre el paciente y el sistema general de salud, asegurando una atención integral y acceso a otras especialidades.
11. Servir de nexo entre la persona tratada y sus redes de apoyo con organizaciones comunitarias que pudieran ser de utilidad durante el tratamiento y luego del alta.

➤ **Perfil del sujeto de atención:**

El carácter ambulatorio exige que los sujetos de atención, vale decir, los pacientes estén en condiciones de concurrir al tratamiento en forma diaria o en días definidos conjuntamente por el equipo y el paciente, por ende el ingreso debe considerar sus necesidades y posibilidad de asistencia.

Por otra parte, la definición de un perfil de paciente que el CTA esta en condiciones de atender se constituye considerando sus instalaciones y recursos técnicos y administrativos, las necesidades propias de esta modalidad terapéutica y también los requerimientos de la red local de salud mental y psiquiatría:

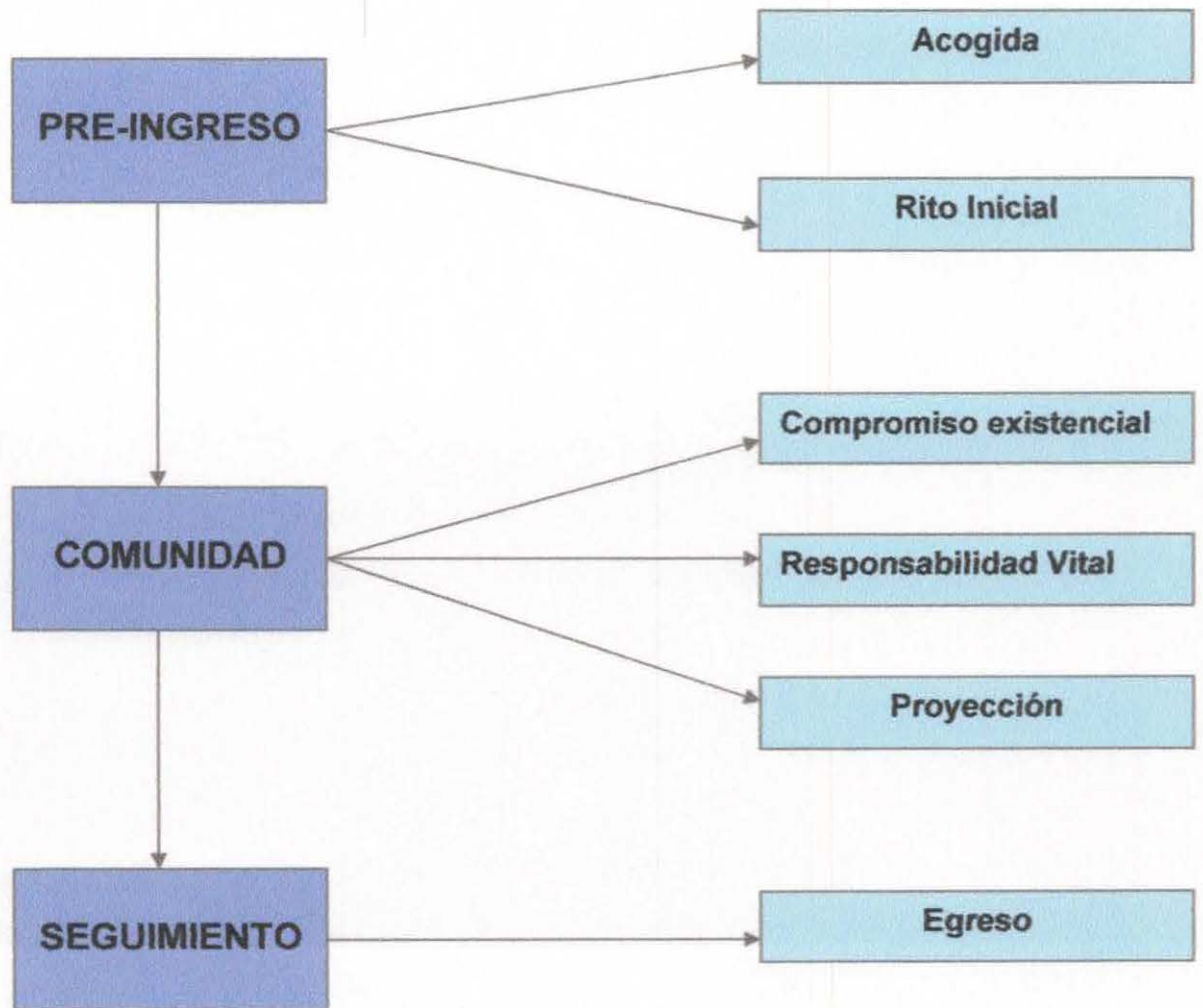
1. Personas con consumo perjudicial y/o dependencia a drogas.
2. Personas con abuso o dependencia de alcohol asociado al uso de drogas.
3. Mujeres y hombres mayores de 18 años y menores de 60 años.
4. Personas motivadas a afrontar sus problemas relacionados con el abuso o la dependencia de drogas y que pueden beneficiarse de un tratamiento ambulatorio en un Centro de Tratamiento.
5. Personas que puedan asistir a lo menos dos veces a la semana, por un mínimo de dos horas diarias, en la modalidad vespertino.
6. Personas que recién egresan de tratamientos de tipo residencial o de hospitalización completa y que requieren continuidad en el tratamiento en una unidad ambulatoria intensiva.

7. Personas que cuenten a lo menos con una red mínima de apoyo psicosocial, como el apoyo de un familiar u otro responsable que ayude en el proceso de rehabilitación.

8. Estar en condiciones adecuadas de salud para ingresar al tratamiento.

9. Personas que tengan previsión de salud FONASA.

➤ **Modelo de Tratamiento:**



1ra Etapa: Pre-ingreso:

Es fundamental acoger al paciente cuando ingresa, y esta acogida debe ser lo mas inmediata posible, para ello cada uno de los miembros del equipo esta en condiciones de realizar la entrevista de pre-ingreso en la que se acoge y registran los antecedentes básicos del paciente, lo orienta respecto al tratamiento y del funcionamiento del CTA. Esta fase se divide en dos etapas principales, las que corresponden a:

- ✓ La Acogida: El paciente es entrevistado por cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario (medico psiquiatra, enfermera, psicólogo y asistente social), quienes buscan establecer una perspectiva biopsicosocial de la persona y de sus problemas asociados al consumo de drogas lo que constituye el diagnostico integrativo que permite el diseño de un Plan de Tratamiento Individual (PTI).
- ✓ Rito de Ingreso: Una vez diseñado el PTI se realiza una reunión entre el coordinador del centro, el paciente y su familias para dar a conocer la propuesta terapéutica del equipo, aclarar dudas, dar a conocer por escrito los deberes y derechos del paciente y las normas de comportamiento en el establecimiento. Logrado un acuerdo en lo anterior se procede a la firma del contrato terapéutico individual y un compromiso familiar, los que se archivan en la ficha clínica. Con lo anterior se establece la formalidad del ingreso del paciente al CTA.

2da Etapa: Comunidad.

Una vez realizado el ingreso del paciente es presentado a un técnico en rehabilitación quien le explicara el funcionamiento diario del CTA de acuerdo a su horario de asistencia, posteriormente se presenta al paciente en la comunidad terapéutica. Esta fase se compone de tres etapas, que corresponden a:

- ✓ **Compromiso Existencial:** Asistir a las actividades terapéuticas convenidas, además de lograr la abstinencia de drogas, fortalecer la motivación al cambio, reconocer para que y por qué de la estadía, autocontrolarse, ser honesto consigo mismo y con la comunidad, reconocer la funcionalidad del consumo de drogas, cambio de hábitos relacionados con el consumo de drogas, ser constante y perseverante, no relacionarse con personas vinculadas con su consumo dependiente, controlar y manejar conductas impulsivas.
- ✓ **Responsabilidad Vital:** Esta etapa se caracteriza por el incremento de obligaciones por parte de los pacientes en su proceso terapéutico y con la comunidad, estas obligaciones corresponde a comprometerse y ayudar en las terapias, coordinar grupos de trabajo, mejorar relaciones interpersonales, reconocer problemáticas no superadas, desarrollar estrategias de resolución de conflictos, fortalecer el autocuidado y por último fortalecer relaciones familiares e identificar y mantener logros.
- ✓ **Proyección/Reinserción:** Etapa en la cual el paciente debe superar una serie de tareas que se configuran como el sustento para la próxima fase, las que corresponden a; estructurar un proyecto de vida realista, fortalecer una conducta autónoma, fortalecer nuevas redes de apoyo sociales y comunitarias, asumir plenamente la realidad personal y familiar, establecer y fortalecer valores personales y lograr estabilidad en las relaciones familiares.

3ra Etapa: Seguimiento

El comienzo de la fase ocurre cuando el paciente inicia una preparación para el alta y/o es derivado a otra modalidad de tratamiento. En esta fase cobra relevancia reforzar los factores protectores de la recaída, la familia, las redes de apoyo de la comunidad y otros vínculos importantes. Fase que consta de una etapa:

- ✓ Egreso: tiene por objetivo consolidar un proceso de vida guiado por valores pro-sociales y basados en un estilo de vida libre de drogas.

➤ **Cobertura:**

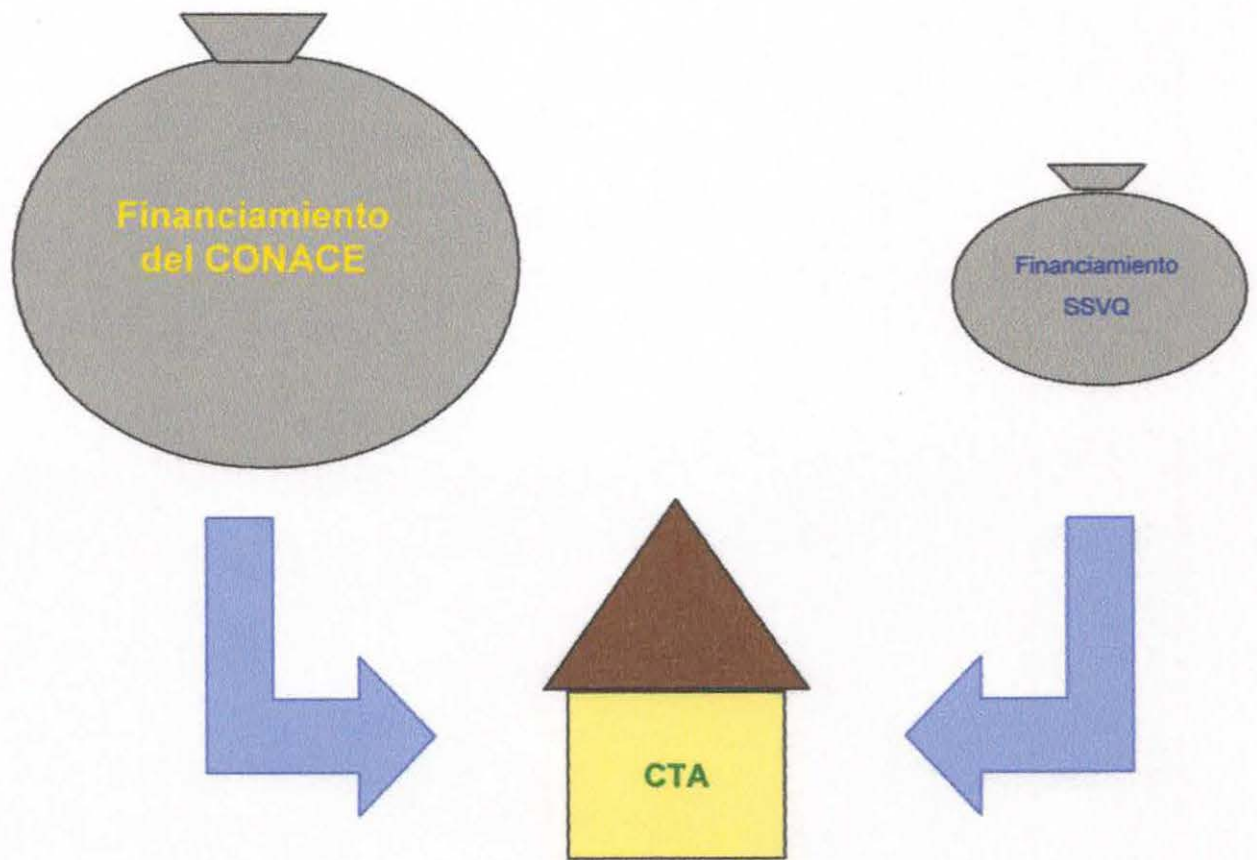
El CTA abarca territorialmente la totalidad de la extensión geográfica del SSVQ (Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota), correspondiente a 17 comunas, con una población asignada de 863.923 habitantes, los cuales en su mayoría se concentran en localidades urbanas, sin embargo en la práctica al CTA actualmente asisten personas de las comunas de Villa Alemana, Quilpue y Viña Del Mar. Contando con un cupo para atender a 25 pacientes

➤ **Recursos:**

✓ *Recursos Humanos:*

Conformado por un equipo de profesionales, técnicos y administrativos que constituyen el equipo interdisciplinario de intervención conformado por:

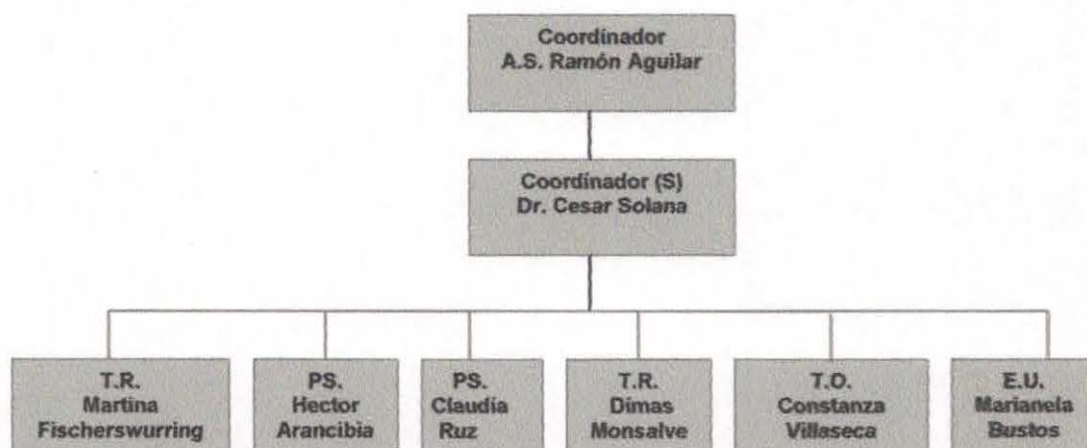
Nº	Cargo	Nº De Horas
1	Asistente Social	22 horas
2	Auxiliar de Servicio	22 horas
3	Coordinador	44 horas
4	Enfermera	11 horas
5	Médico Psiquiatra	11 horas
6	Psicólogo Clínico	22 horas Diurno 11 horas Vespertino
7	Secretaria	22 horas
8	Técnico Paramédico	44 horas
9	Técnico en Rehabilitación	50 horas
10	Técnico en Rehabilitación	50 horas
11	Profesor de Arte	4 horas
12	Profesor de Teatro	4 horas
13	Terapeuta Familiar	11 horas
14	Terapeuta Ocupacional	11 horas

✓ *Recursos Financieros:*

El C.T.A. obtiene recursos económicos de dos fuentes que son:

- ✓ CONACE (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes)
- ✓ S.S.V.Q (Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota)

➤ **Organigrama:**



1.3.-CONTEXTO TEMÁTICO

➤ *Historia de la drogodependencia en Chile.*

El desarrollo de estrategias orientadas al tratamiento de personas con consumo problemático de drogas comienza a principios de la década del 80 cuando desde el sector privado, diferentes organizaciones no gubernamentales ejecutan iniciativas y programas de atención para población marginal y niños y niñas de la calle con consumo de solventes volátiles.

En 1990 se crea CONACE (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes) organismo interministerial con la misión de implementar las políticas públicas en torno al problema de las drogas y prevenir el consumo y tráfico de sustancias ilícitas en el país.

En 1993 se elabora la Política y el Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, donde se define como área prioritaria, el beber problema y el consumo de drogas. Se realizan, entonces, acciones preventivas en el sistema escolar desde el Ministerio de Salud, en conjunto con el Ministerio de Educación y el Instituto Nacional de la Juventud, así como también acciones a nivel comunitario con los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), el programa de reforzamiento psicosocial de la atención primaria y los proyectos comunitarios de prevención.

En 1994 se promulga la ley 19.366 que antecede la actual ley de drogas N° 20.000, con lo cual el MINSAL crea el Programa de Rehabilitación de Personas con Problemas de Drogas y Alcohol, a través de la contratación de 100 profesionales en los 28 Servicios de Salud del país, para la atención de la demanda de personas con problemas de drogas.

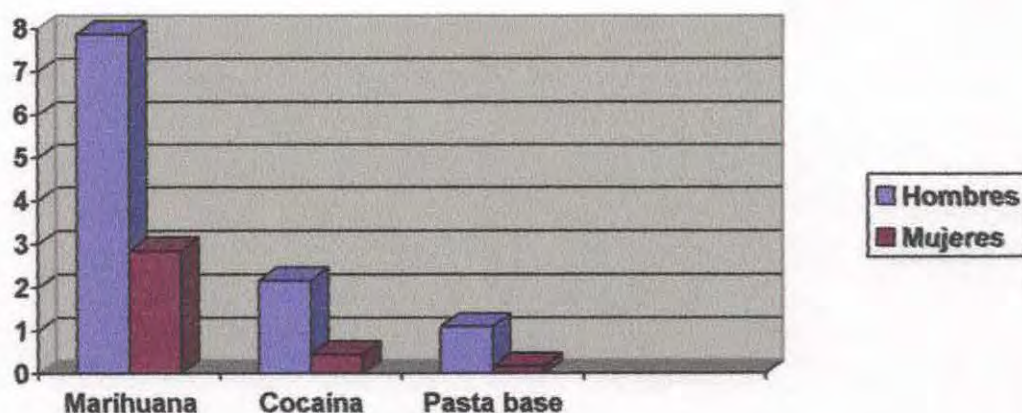
En una alianza estratégica entre CONACE y MINSAL se instaura en 1999 el Subprograma de Tratamiento y Rehabilitación lo que da financiamiento a centros de tratamiento a través de la modalidad de compra de cupos ambulatorios y residenciales.

➤ **Situación actual de la problemática.**

La problemática del consumo de drogas cada año va creciendo es por esto que CONACE periódicamente realiza estudios con el objetivo de facilitar una visión global, permanente, confiable y actualizada de los problemas relacionados con el consumo de drogas, además de suministrar información que permita mejorar el proceso de toma de decisiones acerca de las políticas a adoptar en materia de reducción de la demanda de drogas, así como la adecuación de los programas de intervención a las nuevas situaciones y necesidades que vayan surgiendo.

De acuerdo a sexto estudio nacional de drogas en la población de Chile, la droga ilícita más consumida en Chile es la marihuana, con una tasa de consumo en la población general de 5,29%. Le sigue el consumo de clorhidrato de cocaína (cocaína) con 1,28% y de pasta base con 0,62%.

Por su parte, los hombres tienen prevalencia (proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o período de tiempo, determinado) de consumo de drogas considerablemente más altas que las mujeres, con relaciones que van de 3:1 en el caso de la marihuana, 5:1 en cocaína y 7:1 en el caso de la pasta base.



Debe considerarse, sin embargo, que entre los adolescentes estas diferencias de consumo entre hombres y mujeres son mucho más estrechas, especialmente en marihuana con razones de 3:2. Las amplias diferencias de consumo de cocaína entre hombres y mujeres se mantienen inalterables incluso entre los adolescentes, con razones de 6:1. Sin embargo, la tasa de consumo de pasta base es levemente mayor entre los hombres del grupo 12 a 18 años de edad.

De acuerdo con el estudio en cuestión la variable dependencia se relaciona con la detección de los siguientes signos o síntomas:

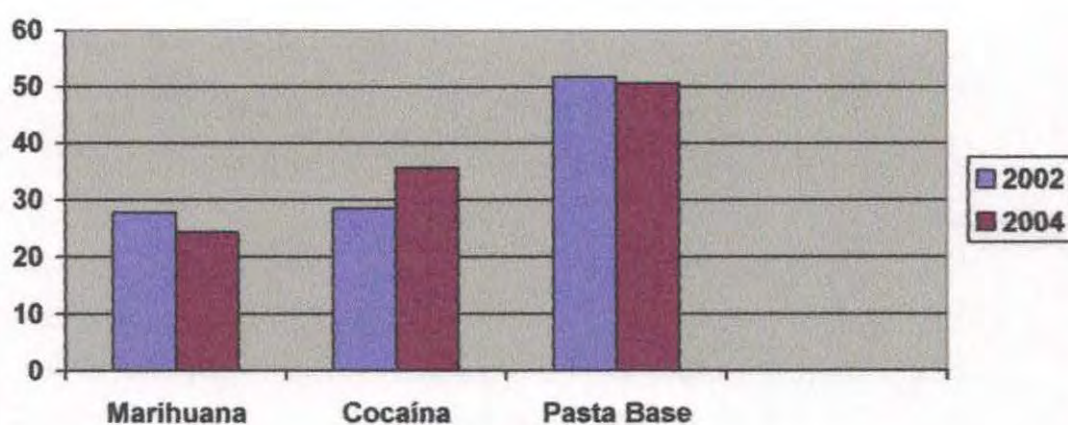
- Síntoma de privación: se usa la droga para evitar algunos problemas o éstos aparecen cuando se deja de usar la droga.
- Tolerancia: se requiere consumir más drogas que antes para producir el mismo efecto o la misma cantidad de drogas tiene menos efectos.
- Uso compulsivo: se usa drogas a pesar de que se tiene la intención de no hacerlo o de que ella provoca manifiestamente problemas y trastornos que se desearían evitar.

Esta es una medida de aproximación a la dependencia de drogas que se aplica a personas que declaran consumo en los últimos 12 meses, de acuerdo a preguntas específicas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud.

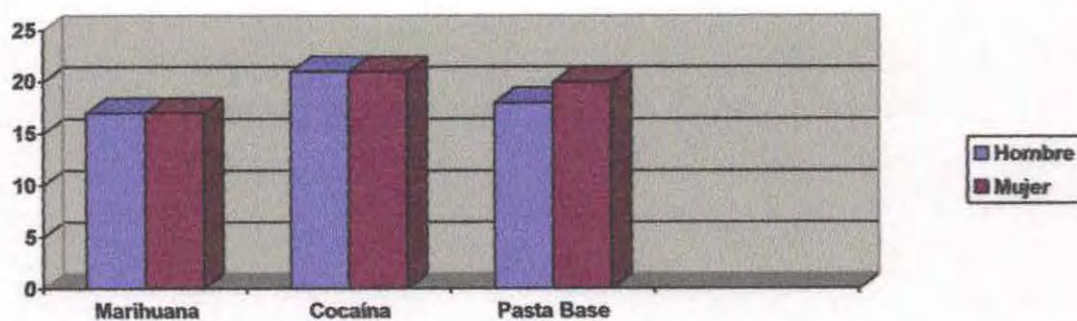
Para calcular la tasa de dependencia se considera como dependiente a las personas que presentan tres o más síntomas reunidos en una lista de nueve.

Los resultados para aproximación a dependencia muestran el fuerte poder adictivo de la pasta base, ya que la mitad de los prevalentes del último año de pasta base caen en la condición de dependientes.

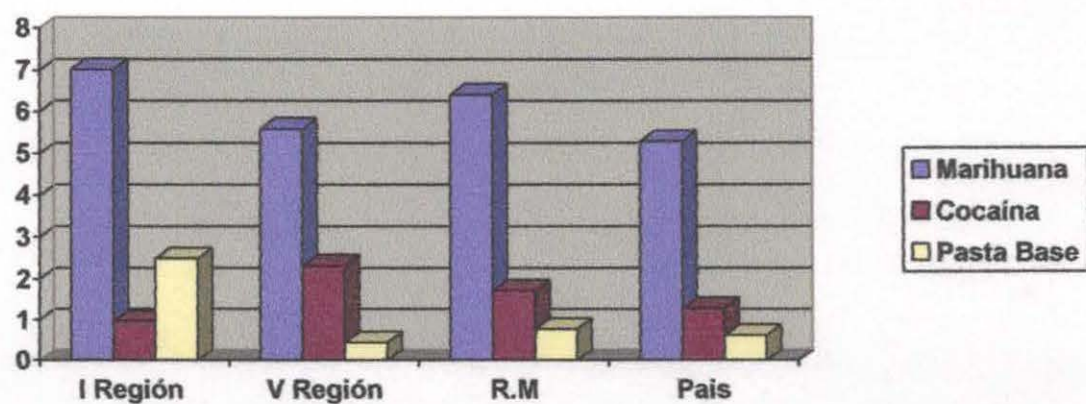
Como se observa en el gráfico siguiente, entre 2002 y 2004 hay una leve disminución en la tasa de dependencia a marihuana y a pasta base, pero se registra un aumento en la tasa de dependencia a cocaína.



En cuanto a la edad de inicio en el consumo de drogas por sexo, tanto los hombres como las mujeres, se inician a la misma edad en el uso de marihuana y cocaína, mientras que las mujeres se inician antes en el consumo de pasta base.



Por último a nivel nacional la Quinta Región encabeza las tasas de consumo de cocaína con un 2.32% y ocupa el tercer lugar en consumo de marihuana con un 5,59%.



*“Difícil fue, les contaré
Yo quería y me decía no
Mucho, mucho tuve que luchar
Para mi proceso comenzar.”*

Capitulo II

Marco de Referencia.

PRESENTACIÓN

A continuación se presenta el Marco de Referencia, elemento que da el sustento teórico al desarrollo del seminario de título, y por ende, a la elaboración del presente documento. El Marco de Referencia es de esta manera es la base desde la cual se caracterizan las Situaciones Profesionales ejecutadas para la rehabilitación de drogodependientes.

La estructura del capítulo es la siguiente:

2.1 Antecedentes Conceptuales de Salud

- Breve Revisión Histórica del Concepto de Salud
- Orientaciones Teóricas del Concepto de Salud
- Definición del Concepto de Salud según OMS

2.2 Salud Mental y drogodependencia

- Salud Mental
- Orientaciones Teóricas del Concepto de salud Mental
- Definición de Salud Mental según OMS.
- Drogodependencia
- Definición de drogodependencia según OMS.
- Tipología de consumo
- Definiciones operacionales Básicas

2.3 Paradigmas de Intervención en Drogodependencia

2.4 Trabajo Social y Drogodependencia

2.5 Profesionalidad y Situaciones Profesionales

2.1 ANTECEDENTES CONCEPTUALES DE SALUD

➤ ***Breve Revisión Histórica del Concepto de Salud (Simonds, 1993)***

Existen diversas interpretaciones teóricas del concepto salud a lo largo de la historia, es vital comprender la evolución del término, para tener una idea clara de la causa de la diversidad de concepciones.

El concepto salud no lo encontramos en escritos históricos hasta aproximadamente el año 1.000 D.C. La visión que tienen los griegos del concepto establece que el bienestar humano era influenciado por la totalidad de los factores del ambiente (Hipócrates, 400 A.C), se pensaba que era el resultado del equilibrio y armonía entre los factores del cuerpo, el ambiente y el estilo de vida.

Esta visión holística del concepto se mantuvo hasta la revolución cartesiana en el siglo XVII, en la cual se separó al cuerpo de la mente, el cuerpo visto como una máquina compleja, la enfermedad como un quiebre de esta máquina y el trabajo médico como la reparación de ésta. Esta visión restrictiva de salud proponía que la enfermedad y la salud eran dos polos opuestos, en que la ausencia de uno definía la presencia del otro (Dolfman, 1973).

Como un intento de retomar la orientación holística del concepto salud en el siglo XX la Organización Mundial de la Salud propone una nueva conceptualización del término que más bien refleja una condición ideal y enfatiza los aspectos positivos.

➤ **Orientaciones Teóricas del Concepto de Salud** (Simonds, 1993)

Salud como ausencia de enfermedad: Desde esta perspectiva los esfuerzos se orientan al diagnóstico y tratamiento de los procesos patológicos, debido a que un sujeto se considera saludable si su estado de enfermedad ha sido eliminado o al menos controlado. Como desventajas de esta visión biomédica se señala su reduccionismo y focalización en las funciones fisiológicas separándose de las mentales.

Salud como desempeño del rol: Otra orientación teórica es la señalada por Parson (1981) "la salud puede definirse como un estado de capacidad óptima del individuo para desempeñar en forma efectiva los roles y tareas para los cuales ha sido socializado". Como desventaja de esta visión se señala la necesidad de entender la salud como un concepto valorativo.

Salud como adaptación: Esta aproximación desarrollada por René Dubos (1956) señalaba que, "salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado". Definición en la que se circunscribe a la salud entre dos dimensiones, una física y la otra mental.

Salud como maximización del potencial humano: Visión que indica a la salud como la maximización de las condiciones tanto individuales como ambientales para el logro total del potencial humano.

De acuerdo a lo anterior se puede señalar que el concepto de salud es un constructo multidimensional que evoluciona en el tiempo e incluyen atributos como la adaptación biosicosocial, que se refiere a un equilibrio dinámico entre los sistemas biológicos, psicológicos y socioculturales del individuo, incluyendo la capacidad para ajustarse a eventos vitales y a los roles, además, de la autoactualización, que se refiere a la maximización del potencial humano, a través de las conductas dirigidas a metas, el crecimiento personal reflexivo y la vida productiva.

➤ ***Definición de Salud según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)***

En el 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualizó a la salud como "un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad". Esta definición circunscribe a la salud dentro de un triángulo, siendo sus extremos las dimensiones físicas, mentales y sociales.

2.2 SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIA

➤ *Salud Mental.*

El concepto salud mental surge a mediados del siglo XX y se utiliza para referirse tanto a estados de salud como de enfermedad. La utilización del término ha evolucionado de forma paralela a la concepción integral del ser humano, entendida desde una perspectiva biopsicosocial. La filosofía que inspira su surgimiento pretende romper con el principio de que la salud mental es simplemente la ausencia de enfermedad y, por tanto, auspiciar la vertiente positiva, es decir, la prevención y la promoción. Las organizaciones oficiales, como la Organización Mundial de la Salud y la Federación Mundial de Salud Mental y las legislaciones de los diferentes países, que regulan las políticas y normativas en materia de salud, recogen la ideología positiva de prevención y promoción. Sin embargo, la realidad práctica, en el campo de la salud mental, se ajusta más a tratamiento, rehabilitación y algo de prevención, en los países occidentales (Lluch, 1999)

La definición de un término tan complejo y polifacético como el de salud mental conlleva muchas dificultades y, por tanto, no existe una definición única del concepto, debido a que la salud mental puede considerarse como un constructo que no tiene una definición directa. Desde esta óptica, para darle contenido, es necesario recurrir a conceptos más concretos. Esta opción resuelve algunos problemas pero genera otros, para intentar definir la salud mental se utilizan términos como bienestar, malestar psíquico, felicidad o satisfacción, que son, igualmente, abstractos o difíciles de operacionalizar.

➤ ***Orientaciones Teóricas del Concepto Salud Mental***

Actualmente parece prácticamente imposible encontrar una definición universal y totalmente aceptada del término. Sin embargo, la bibliografía ofrece múltiples intentos de concretar el concepto, que proceden de diferentes ámbitos de trabajo y estudio, a continuación se agruparan los múltiples enfoques en tres grandes perspectivas que reflejan las diversas concepciones de la salud mental (Lluch, 1999):

✓ La Salud Mental desde una perspectiva positiva/negativa

La perspectiva negativa define la salud mental tomando como referencia la enfermedad. Su postulado básico es "salud igual a ausencia de enfermedad" y su objetivo fundamental es la curación. Esta perspectiva se corresponde fundamentalmente con el modelo clínico tradicional, responde a la necesidad de tratar los trastornos mentales y refleja la realidad asistencial actual basada en la curación de las personas enfermas. Sin embargo, es un enfoque reduccionista que omite los aspectos positivos inherentes al concepto de salud mental.

En tanto la perspectiva positiva intenta definir la salud mental a través de la salud entendiendo la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona, siendo su postulado básico "salud igual a algo más que ausencia de enfermedad", es en esta línea que la Federación Mundial para la Salud Mental, en 1962, la definió como "el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes".

✓ La salud mental desde una perspectiva de normalidad

La definición del concepto de salud mental desde esta perspectiva implica aceptar un paralelismo entre normal y sano y, lógicamente, establecer criterios que den contenido a la palabra normalidad. Las principales concepciones de normalidad son:

◆ *Normalidad promedio:*

Se sustenta en dos criterios; A) criterios estadístico y B) criterio sociocultural, ambos hacen referencia a que lo normal o lo sano esta determinado por la mayoría, según el primero por la mayoría numérica y para el segundo criterio por las pautas sociales que varían de acuerdo al tiempo y el lugar.

◆ *Normalidad clínica*

La salud se define como la ausencia de sintomatología clínica. Esta concepción se corresponde con la perspectiva negativa y se basa en el modelo médico tradicional. La mayoría de las críticas a este tipo de definiciones se sustentan en dos razones básicas: omiten algunos trastornos que cursan sin sintomatología aparente e invalidan o, al menos, dificultan la posibilidad de prestar servicios de tipo preventivo o profiláctico.

◆ *Normalidad utópica*

Esta concepción de la normalidad considera la salud como un estado de equilibrio armónico entre las diferentes instancias del aparato psíquico y enfatiza el manejo adecuado de los procesos inconscientes. Es utópica por cuanto tiende a algo difícilmente alcanzable pero estimula el estudio de los procesos psicológicos que subyacen a la conducta meramente observable.

◆ *Normalidad como proceso*

Es una perspectiva basada en la capacidad de adaptación de la persona y la madurez de sus sistemas de respuesta a lo largo del desarrollo. La normalidad (o salud) se entiende como el resultado positivo de un proceso continuo de interacción persona-entorno, en el que se valora el estado actual pero contemplando todo el proceso evolutivo.

◆ *Normalidad jurídico-legal*

El criterio forense valora la conducta en función del nivel de imputabilidad del acto y de su responsabilidad jurídica. Según Tizón (1996), la perspectiva jurídica es la más fácil de objetivar y estudiar ya que todas las sociedades tienen establecidos unos criterios jurídico-legales sobre el trastorno mental y sus consecuencias ante la ley.

✓ La Salud Mental desde una perspectiva de Múltiples Criterios

Perspectiva que intenta definir la salud mental a partir de múltiples criterios operativos y, a ser posible, para grupos de poblaciones concretas en contextos definidos.

➤ ***Definición de Salud Mental según la OMS***

La OMS definió el concepto de salud mental como "la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir en ello de modo constructivo. Implica también su capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos. Implica, además que un individuo ha logrado desarrollar su personalidad de modo que le permita hallar para sus impulsos instintivos, susceptibles de hallarse en conflicto, expresión armoniosa en la plena realización de sus potencialidades" (OMS, 1961).

➤ ***Drogodependencia***

El uso de sustancias psicoactivas es un fenómeno que ha ocurrido en todas las culturas a lo largo de la historia. Así, durante mucho tiempo, en la mayoría de las sociedades el uso de drogas tenía asignadas funciones muy explícitas que cumplir, generalmente consensuadas y conocidas por la mayoría, y pautas de consumo delimitadas y seguidas en la mayor parte de los casos. Otorgándole al uso de drogas una connotación ritualística-religioso-social y por lo tanto era aceptada dentro de ciertos cánones por la sociedad con códigos de consumo estrictos y en contextos normados.

Hoy en cambio, el consumo de drogas es visto como una "sacada de vuelta" química a los problemas de la vida cotidiana, disminuyendo su grado de aceptación, lo que en Chile se tradujo en una política de control de drogas que pone el acento en desincentivar la demanda por medio de la publicidad, la educación y la atención sanitaria, reprimiendo penalmente el consumo público y el privado, además de reprimir la oferta de drogas, sin embargo, se ha incrementado considerablemente gracias a los progresos tecnológicos desarrollados en la elaboración y manipulación química de sustancias psicotrópicas permitiendo obtener drogas de mayor pureza que generan mayor dependencia en el consumidor y el gran lucro de grupos productores y traficantes, quienes promueven el consumo con la venta ilegal de estas drogas estimulando la aparición y expansión de la problemática de manera transversal en la sociedad chilena.

A partir de esta conceptualización que se realiza de la ingesta de drogas en la sociedad moderna es que el fenómeno de la drogodependencia se entiende como una conducta desviada, continua y cambiante, que progresa desde la normalidad a la desviación y que interacciona con las condiciones del organismo y con las condiciones socioculturales, siendo los problemas conductuales, la enfermedad y la marginación factores de riesgo, tanto como efectos como consecuentes" (Mayor, 1995).

♦ Droga

Se considera droga a toda sustancia farmacológicamente activa sobre el sistema nervioso central, que introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones del comportamiento. Por tanto se incluye, no solo lo que habitualmente se entiende por "droga", si no también determinados medicamentos capaces de producir estados de dependencia, sustancia de uso legal como el tabaco o las bebidas alcohólicas y sustancia de uso doméstico o laboral como los solventes volátiles (MINSAL, 1996).

♦ Dependencia

Existen múltiples definiciones del termino dependencia, una de las primeras formuladas por la Organización Mundial de la Salud en 1964, dice: "estado psíquico, y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden o no estar presente. Un individuo puede ser dependiente a mas de una droga" (MINSAL, 1996).

La dependencia a drogas puede definirse como un síndrome en el cual se da mucha mayor prioridad al uso de una droga que a otras conductas que alguna vez tuvieron mayor valor. El síndrome de dependencia no es absoluto, sino que existen grados, y su intensidad esta calibrada por las conductas asociadas al uso de la droga. No hay líneas precisas que separen la dependencia del uso no dependiente, pero recurrente, de drogas en su forma extrema, la dependencia a drogas esta asociada con una conducta compulsiva de utilización de drogas y muestra las características de un trastorno crónico que debe ser analizado desde una perspectiva bipsicosocial, por lo cual se puede establecer dos tipos de dependencia:

♦ Dependencia física.

La dependencia física se refiere a la alteración del estado fisiológico (neuroadaptación) producido por la administración repetida de una droga, requiriéndose su administración continua para evitar la aparición del síndrome de privación o abstinencia, característico para esa droga en particular. Aparecen entonces diversos trastornos físicos que desaparecen con la reanudación del consumo de la misma sustancia, o de otra de acción farmacológica establecida (MINSAL, 1996).

♦ Dependencia psíquica.

La dependencia psíquica no presenta síntomas físicos evidentes al cesar la administración de la sustancia, aunque el sujeto experimenta una necesidad incoercible de buscar, obtener y reiniciar el consumo de la sustancia objeto de dependencia, a pesar de los elevados costos personales que ello le supone (MINSAL, 1996).

➤ **Definición de drogodependencia según la OMS**

En 1981 la OMS complementó la definición anterior contemplándose la dependencia como un conjunto de fenómenos cognitivos, comportamentales y fisiológicos que exigen la utilización de una serie de criterios de referencia para su delimitación y diagnóstico.

➤ **Tipología del Consumo (CONACE, 2007)**

El uso de cualquier sustancia supone necesariamente la aparición de problemas para el consumidor debido a que el uso y abuso de drogas genera dependencia por el fenómeno de la neuroadaptación, que consiste en un cambio permanente pero reversible de la estructura y funcionamiento de las neuronas sobre las cuales se localiza el efecto de las drogas. En niveles más complejos, hay otros mecanismos de adaptación: emocional, conductual, cognitivo, relacional, etc.

Los cambios que se producen en una persona por el uso de drogas no se limitan a la mera acción de la sustancia sobre la célula nerviosa, sino que supone una transformación que se define en el marco de la relación entre el individuo, la sustancia y el contexto, que se va configurando a través de la escala de consumo, vale decir, el recorrido realizado por el consumidor por las distintas fases de consumo, las que se establecen en función al curso de los problemas antes señalados.

TIPO DE CONSUMO	DESCRIPCION	MOTIVACIÓN	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Consumo Experimental	Las situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, de las cuales puede pasarse a un abandono de las mismas o a la continuidad en el consumo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Curiosidad. 2. Presión del grupo. 3. Atracción de lo prohibido y del riesgo. 4. Búsqueda del placer y de lo desconocido. 5. Aumento de la oferta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individuo desconoce los efectos de la sustancia. 2. El consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla.
Consumo Ocasional	Es el uso intermitente de una o varias sustancias, sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilitar la comunicación. 2. Búsqueda de placer. 3. Búsqueda de relajación. 4. Transgredir las normas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El individuo continúa utilizando la sustancia en grupo. 2. Es capaz de realizar las mismas actividades sin necesidad de drogas. 3. Conoce la acción de la sustancia en su organismo y por este motivo la consume.
Consumo Habitual	Supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a las otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intensificar las sensaciones de placer. 2. Vivencia de pertenencia al grupo. 3. Necesidad de reconocimiento dentro del grupo. 4. Mitigar la soledad. 5. Mitigar el aburrimiento. 6. Mitigar la ansiedad. 7. Reafirmar independencia o aversión hacia la sociedad. 8. Reducir el hambre. 9. Reducir el frío. 10. Reducir la debilidad o el cansancio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas. 2. El consumo de realiza tanto individualmente como en grupo. 3. Los efectos son perfectamente conocidos y buscados por el usuario. 4. Manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo (debido a que no ha perdido el control sobre su conducta).
Consumo Abusivo	El individuo necesita la sustancia y toda su vida gira en torno a ésta a pesar de las complicaciones que le pueda ocasionar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Necesidad Biológica de consumir la sustancia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incumplimiento de obligaciones. 2. Problemas legales reiterados. 3. Conflictos reiterados en relaciones interpersonales.

➤ **Definiciones Operacionales Básicas (MINSAL, 1996)**

◆ **Abuso**

Se refiere al uso de cualquier droga en una forma que se desvía de los patrones médicos o sociales aprobados en el marco de una cultura dada. Este concepto lleva la noción de desaprobación social y no es necesariamente descriptivo de algún patrón particular de uso de la droga o de sus consecuencias adversas potenciales. Los patrones de uso de drogas que llevan a la aparición de efectos adversos, pueden ser considerados como abuso de drogas, aun cuando no satisfagan los criterios establecidos para la drogodependencia.

◆ **Tolerancia**

Proceso farmacocinética y farmacodinámico que obliga a aumentar progresivamente la sustancia consumida, con el fin de conseguir un determinado efecto psicoactivo. Es decir, se desarrolla tolerancia cuando, después de la administración repetida de una dosis determinada de una droga, se produce una disminución de sus efectos, o cuando se requiere de dosis cada vez mayores para obtener los efectos observados con la dosis original.

◆ **Síndrome de Abstinencia**

Es el conjunto de síntomas y signos que aparecen al dejar de consumir una droga de la que un sujeto es dependiente; existiendo en tres modalidades:

❖ **Síndrome de abstinencia agudo:**

Es un conjunto de síntomas y signos orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva de la que un sujeto es dependiente. Cada sustancia produce un característico síndrome de abstinencia agudo, fácil de diferenciar.

Algunos individuos viven de forma muy ansiosa la aparición de este cuadro clínico, llegando a desarrollar un miedo irracional que los puede inducir a realizar actos de tipo delictivo para poder conseguir la sustancia de la que son dependientes, con el fin de evitar el síndrome e abstinencia. Este síndrome tiene una duración variable de 1 a 30 días, por lo general.

❖ Síndrome de abstinencia tardío:

Se relaciona con el síndrome tóxico al sistema nervioso y el estrés psicosocial de enfrentar competitivamente la vida sin drogas o alcohol. Caracterizado por la incapacidad de pensar con claridad, hiperreacción emocional, problemas de memoria, perturbaciones del sueño, incoordinación psicomotriz y dificultad para manejar el estrés. Estos síntomas pueden expresarse aisladamente o en conjunto por periodos que pueden alcanzar su máxima intensidad entre tres y seis meses y usualmente se extinguen entre seis a veinticuatro meses.

❖ Síndrome de abstinencia condicionado:

Corresponde a la aparición de sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo que ya no consume, al ser reexposto a los estímulos ambientales asociados con el consumo de la sustancia de la que era dependiente. Esta reaparición sintomatología estaría explicada por un condicionamiento a los estímulos ambientales al que se vio sometido el sujeto durante su dependencia.

♦ Recaída

Proceso en el cual un individuo abstinerente reanuda el consumo de la sustancia de la que se había hecho dependiente. Una recaída no implica forzosamente la reanudación del síndrome de dependencia y la consiguiente desestructuración de la conducta del individuo. Es en extremo raro que una persona dependiente efectúe el proceso terapéutico sin recaídas, de tal manera que actualmente tiende a considerarse que estos episodios de consumo durante el tratamiento, si son breves y esporádicos, no deben ser interpretados como un fracaso del tratamiento instaurado, sino que deben ser asumidos como una fase más del proceso terapéutico. No cabe duda, sin embargo que las recaídas facilitan y propician la restauración de la dependencia.

Son múltiples los factores que pueden provocar una recaída, y es necesario individualizarlos para cada individuo en particular. Sin embargo se tiende a aceptar como los factores determinantes la exposición no controlada del sujeto a un medio ambiente o a una situación intensamente relacionados con el consumo de la sustancia; la persistencia de factores familiares o sociales que motivaron la dependencia; un cuadro amotivacional no resuelto; el síndrome de abstinencia y la existencia de patología psiquiátrica asociada.

♦ Síndrome Amotivacional

Caracterizado por astenia, apatía, falta de interés, prácticamente todo lo que no sea conseguir la droga, reducción generalizada de cualquier actividad y déficit en las funciones psíquicas básicas. Este síndrome suele persistir durante largo tiempo después de que se ha dejado de consumir la sustancia y dificulta enormemente todo el proceso de deshabitación y reinserción social.

◆ Factores Protectores (CONACE, 2007)

Son los elementos o características a nivel personal, familiar o social que impiden o evitan que una persona experimente y/o mantenga el consumo de alguna droga.

❖ Factores de protección personales

- Imagen personal positiva.
- Confianza en sí mismo, seguridad personal.
- Habilidades sociales que permitan resistir a las presiones de los grupos.
- Capacidad crítica.
- Manejo de información clara y precisa sobre los efectos y consecuencias del consumo de drogas.
- Buenas relaciones interpersonales.
- Habilidades de comunicación.
- Presencia de una escala de valores.
- Proyecto de vida.

❖ Factores de protección familiares

Es el grupo que se caracteriza por un sistema de relaciones cálidas y afectivas donde se valora la comunicación y la expresión de los sentimientos, así como el desarrollo personal y la autonomía. Las personas se sienten queridas y protegidas, pues existen normas en ellas y límites claros a las conductas de las personas que integran el núcleo familiar. También se caracterizan por transmitir valores, estilos de vida, actitudes y creencias que promueven el autocuidado y el no consumo de sustancias.

❖ Factores de protección sociales

Son los grupos que promueven la participación, el uso adecuado del tiempo libre, que son tolerantes con la diversidad, pero tienen normas y límites claros sobre aquellos aspectos que se relacionan con el autocuidado, el valor de la vida y el respeto por la persona.

◆ **Factores de Riesgo** (CONACE, 2007)

Son las características individuales o del ambiente que inciden en la persona y la hacen propensa al consumo de drogas.

❖ **Factores de riesgo personales**

Inseguridad y timidez, la mala autoestima, la impulsividad, la poca tolerancia a la frustración (no aceptar la postergación del cumplimiento de los deseos y los impulsos), la dificultad para comunicarse, el dejarse llevar por los otros, y la dificultad para enfrentar y resolver los problemas de la vida diaria. Hay factores genéticos que también predisponen la aparición de conductas adictivas.

❖ **Factores de riesgo familiares**

Padres consumidores, actitudes permisivas y de aceptación hacia las drogas en general, poca claridad en los límites, escasa afectividad, poca comunicación (no se expresan los sentimientos y hay temas que no se hablan), existencia de un clima de malhumor o de tensión y falta de información sobre el problema en la familia.

❖ **Factores de riesgos sociales**

Amigos que consumen, facilidad para obtener las drogas, escaso control para la venta, aceptación del consumo, pocas alternativas y oportunidades de estudio, laboral, recreativo y cultural.

2.3 PARADIGMAS DE INTERVENCIÓN

La mirada del fenómeno de las drogas ha evolucionando de una manera muy rápida, por tales efectos las prácticas asistenciales también evolucionan y más aún se han diversificado, existiendo tres grandes corrientes, que son:

- Los programas libres de drogas.
- Los programas de mantenimiento opiáceo asociados a un fuerte componente psicosocial (para los dependientes a opiáceos).
- Los programas de reducción de riesgos y daños, de menor exigencia, adaptados a la realidad de las personas con problemas derivados del consumo de drogas y con presencia de otras características que aumentan la problemática, con el objetivo de mejorar la adherencia a tratamiento. (CONACE, 2004)

En una primera instancia estas tres orientaciones eran antagónicas e incluso incompatibles. Sin embargo la praxis evidencio que una postura radical y rígida no se ajusta a la complejidad de la problemática de la drogodependencia.

Actualmente las tendencias apuntan a un modelo integrador que de forma a un proyecto terapéutico con dos características fundamentales:

- Abierto que permita diferentes accesos desde varios programas y fases.
- Flexible para otorgar posibilidades reales de pasar de unas etapas a otras, en función de las realidades, posibilidades y decisiones de cada uno.

Esta nueva tendencia complica la realidad asistencial futura, sin embargo aparece como la mejor forma de intervenir la problemática de la drogodependencia.

II. TRABAJO SOCIAL Y DROGODEPENDENCIA

"Las drogodependencias son consideradas como un objeto propio del ámbito disciplinar y profesional del Trabajo Social, ya que en la intervención sobre ellas desempeña un papel de suma importancia el cambio social"¹.

La drogodependencia se establece como objeto del trabajo social debido a que se constituye como un campo multidisciplinario a través del que se desarrolla una acción social y se aplica una tecnología social para generar un cambio en el contexto social y en la interacción entre los sujetos. (ANDER-EGG, 1992)

El que hacer del trabajador social en la rehabilitación de drogodependientes se enmarca al interior de un equipo multidisciplinario conformado por terapeutas ocupacionales, educadores, médicos, psicólogos, enfermeros, además de técnicos en rehabilitación, entre otros profesionales que apoyen la reinserción familiar, social, educacional y laboral del paciente; este grupo humano de profesionales debe alcanzar la eficiencia, por lo cual se requiere que sea sólido y sobretodo operativo, para lo cual debe reunir los siguientes requisitos (Beneit,1997):

- Objetivos comunes
- Criterios unificados
- Bases de información y canales de comunicación
- Dedicación y exigencias equiparadas
- Roles definidos

¹ Mayor, Juan. "Las drogodependencias como objeto del trabajo social". Cuaderno de Trabajo Social. 1995.

En virtud de estos requisitos se establece que la función de el o la trabajadora social corresponde a identificar las alteraciones socio-familiares que tengan relación con la dependencia, además de favorecer las condiciones socio-familiares apropiadas para el desarrollo de un tratamiento exitoso.

Una de las características del quehacer profesional del trabajador social es desarrollar intervenciones a través de niveles, de acuerdo a los objetivos buscados y a la complejidad de la problemática abordada, es así que se distinguen tres niveles tradicionales de intervención, a mencionar:

NIVELES DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL		
Nivel Social de Caso y Familia	Nivel Social de Grupo	Nivel Social del Comunidad
Es un conjunto de procedimientos estructurados, sistemáticos, formales, científicamente basados, cuya finalidad, es promover el desarrollo del individuo para que haga uso de sus capacidades, de los recursos de su familia y de la comunidad.	Nivel que facilita, a través de la intervención grupal el crecimiento personal, desarrollo de la capacidad de relación, la satisfacción de necesidades, el aprendizaje y adopción de nuevas conductas, realización de tareas específicas de acuerdo a iniciativas propias de los involucrados e involucradas y desarrollo de su capacidad de organización y acción social. De acuerdo a la necesidad del grupo, se puede trabajar con grupos orientados hacia el crecimiento o al tratamiento y grupos orientados hacia la acción social o centrada en las tareas.	Es el proceso intencionado, dinámico y flexible, que desarrolla el, la Asistente Social en un equipo multidisciplinario, a fin de promover la organización y participación social de la comunidad en sus procesos de desarrollo. Se realiza a través de la aplicación de metodologías y técnicas de planificación social, educación social, comunicación social y desarrollo humano.

2.4 PROFESIONALIDAD Y SITUACIONES PROFESIONALES

➤ *Profesionalidad*

El concepto de competencias profesionales puede ser definido como la capacidad de articular y movilizar condiciones intelectuales y emocionales en términos de conocimiento, habilidades, actitudes y prácticas necesarias para el desempeño de una determinada función o actividad, de manera eficiente, eficaz y creativa, conforme a la naturaleza del trabajo. Capacidad productiva de un individuo que se define y mide en términos de desempeño real y demostrando en determinado contexto de trabajo y que no resulta sólo de instrucción en situaciones concretas de ejercicio ocupacional (OIT, 2000).

La competencia es una noción indispensable, la cual no existe por sí sola, independientemente de un sujeto que la posee y de la que no puede dissociarse. Lo que existe realmente son personas más o menos competentes, por lo cual es relevante identificar que es lo que puede entenderse por profesional.

Se describe al profesional como una persona que sabe gestionar y manejar una situación profesional compleja. La definición anterior conjuga los siguientes elementos (Le Boterf, 2001):

Saber actuar y reaccionar con pertinencia: Lo cual se refiere a saber que hacer e ir mas allá de lo prescrito, además de saber elegir en una urgencia, saber arbitrar, negociar y lograr encadenar las acciones según finalidad.

Saber combinar recursos y movilizarlos en un contexto: Implica saber construir competencias a partir de recursos y saber sacar partido no solo de sus recursos incorporados, sino también de los recursos de su entorno.

Saber transferir: Se refiere a saber memorizar múltiples situaciones y soluciones tipo, saber tomar perspectiva y saber darse cuenta e interpretar los indicadores de contexto.

Saber aprender y aprender a aprender: Implica saber sacar lecciones de la experiencia, transformando su acción en experiencia, saber describir como se aprende y funcionar en un doble circuito de aprendizaje.

Saber comprometerse: Se refiere a saber utilizar su subjetividad, saber correr riesgos y saber emprender.

La profesionalidad puede describirse como un cuerpo coherente y estructurado de recursos personales y competencias que tiene como función principal saber gestionar una Situación Profesional compleja (Le Boterf, 2001).

Pueden distinguirse 3 niveles de profesionalidad (Le Boterf, 2001):

Principiante: En este nivel la persona posee poca autonomía y se caracteriza por tener una visión parcial de una situación, el saber es aun general y poco contextualizado.

Profesional Confirmado: Este nivel se caracteriza por un grado de autonomía que permite tomar las iniciativas pertinentes y que se basa en un dominio o maestría de las dimensiones principales del proceso de construcción de competencias.

Experto: En esta fase la persona no solo dispone de un pleno dominio de sus competencias, sino que también tiene la capacidad para construirlas instantáneamente a partir de una viva y clara comprensión de las situaciones.

El concepto de profesionalidad se desarrolla en torno a los siguientes componentes (Le Boterf, 2001):

Identidad profesional: que da un sentido a la construcción y al mantenimiento de las competencias.

Ética profesional: Que orienta las prácticas y las decisiones.

Ejes de profesionalismo: Que orientan la construcción y la organización del cuerpo de conocimientos y competencias.

Variedad de recursos y experiencias: Que permite disponer de esquemas operativos movilizables en situaciones diversas.

Capacidad de reflexión y distanciamiento crítico: En relación con las representaciones, las competencias, los recursos, las maneras de actuar y de aprender. El saber de la práctica está completado y orientado por el saber sobre la práctica.

Reconocimiento: Por el medio profesional.

La experiencia y las prácticas profesionales constituyen elementos importantes en la construcción de la profesionalidad. Para ello la persona debe saber y poder tener perspectiva para analizar sus prácticas y transformar lo vivido en una experiencia meditada. La reflexión es uno de los componentes esenciales de la profesionalidad. Consiste en que el profesional sepa tomar perspectiva en relación con sus prácticas, con sus representaciones, con sus formas de actuar y de aprender. Es esta reflexión lo que le permitirá volver a invertir sus experiencias y sus prácticas en prácticas y Situaciones Profesionales diversas (Le Boterf, 2001).

➤ **Situaciones Profesionales**

La profesionalidad entendida como la capacidad de actuar como un profesional no se limita a la posesión de un conjunto de conocimientos y competencias, ya que la profesionalidad supone que uno no solo es actor en su contexto profesional, sino también autor de su profesionalidad singular. La profesionalidad se adquiere y desarrolla por medio de la experiencia acumulada en Situaciones Profesionales y de la formación (Le Boterf, 2001).

“Una Situación Profesional se define como un conjunto de misiones y actividades técnicas, humanas y de organización que la persona asegura no solo en su propio puesto de trabajo, sino también en relación con las demás personas, los otros puestos y la estructura institucional en su conjunto. Una Situación Profesional es una puesto que se pone en relación; también es un puesto en desarrollo: La situación profesional se modifica bajo la influencia de factores de evolución” (Le Boterf, 2001: 226).

Las Situaciones Profesionales son reales: Corresponden a los puestos de trabajo que se tienen de forma efectiva en un momento dado. A partir del análisis de estas Situaciones Profesionales reales es posible identificar una cartografía de situaciones tipo. Estas constituyen familias de Situaciones Profesionales que están cerca por sus misiones y actividades y por las competencias que exigen.

Dentro de las variables descriptivas de un empleo o Situación Profesional podemos identificar (Le Boterf, 2001):

La finalidad del empleo: cada empleo o situación profesional se caracteriza por una o algunas finalidades específicas que precisan los resultados o los servicios esperados. Esta finalidad se describe en función del contexto particular donde se ejerce.

Las actividades: son las actividades genéricas de varios puestos de trabajo que pertenecen a la misma familia de empleo.

La relación con los demás empleos: precisan las relaciones de cooperación que el empleo debe mantener con los demás

Campo de autonomía y responsabilidad: se situará el grado de autonomía en la toma de decisiones, la estimación de los proyectos, la ejecución de las actividades.

Nivel de complejidad del empleo: se indicaran los problemas, más o menos complejos que hay que solucionar en este empleo.

*“Conciencia tuve que adquirir
Mi vida intentar cambiar
Viejos amigos desechar
Nueva luz poder vislumbrar.”*

Capitulo III

Diseño Metodológico

PRESENTACIÓN

A continuación se da a conocer el ordenamiento metodológico del presente Seminario de Título:

3.1 Fundamentación Metodológica

3.2 Organización Metodológica del proceso

- a) Delimitación del Proceso de Sistematización.
- b) Objetivos de la Sistematización.
- c) Colectivo y Muestra de las Situaciones Profesionales a Sistematizar.
- d) Estrategias de Recolección de Información de las Situaciones Profesionales definidas para Sistematizar.
- e) Plan de Análisis
- f) Validación de los Resultados de la Sistematización.

3.1 FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

La sistematización, se puede entender como *"un proceso a través del cual los sujetos saben de su experiencia para poder comprenderla, interpretarla y comunicarla para lograr un nuevo tipo de conocimiento"* (Santibáñez, 1995). Esta metodología busca ofrecer un espacio en el que los participantes de la sistematización puedan opinar y expresarse abiertamente, señalando lo más significativo para ellos y dejando en evidencia los sentimientos, intereses y motivaciones que estuvieron presentes en la práctica y en su percepción y aproximación a ella.

De acuerdo a lo anterior se puede concluir que la metodología de la sistematización tiene como fin último organizar la práctica para volver a intervenir con mayor eficiencia y eficacia en una situación dada (Sánchez, 1989). Para este estudio resulta de vital importancia desarrollar ésta metodología ya que permitirá indagar en el trabajo que cumplen los profesionales involucrados en el tratamiento a drogodependientes, especialmente en aquellas situaciones profesionales, entendiéndose como un *conjunto de misiones y actividades técnicas, humanas y de organización que la persona asegura no solo en su propio puesto de trabajo, sino también en relación con las demás personas, los otros puestos y la estructura institucional en su conjunto* (Le Boterf, 2001), que se desarrollan a diario y que no son analizadas en profundidad por razones diversas.

3.2 ORGANIZACIÓN METODOLÓGICA DEL PROCESO

a) Delimitación del proceso de sistematización :

Utilizando como referencia las prestaciones recomendadas para el Plan de Tratamiento Ambulatorio Básico declaradas en el protocolo operativo "Normas y orientaciones técnicas administrativas para la aplicación del régimen del conjunto de prestaciones recomendables de salud en los planes de tratamiento para personas con problemas derivado del consumo de drogas", se sistematizarán situaciones profesionales desarrolladas por el equipo multidisciplinario del C.T.A. que se enmarquen en los siguientes niveles de intervención:

Nivel de intervención familiar: incluye a las situaciones profesionales que integran a la familia en el proceso de cambio desarrollado por el paciente, correspondientes a:

- **Taller familiar**

- **Proceso de ingreso**

Nivel de intervención grupal: incluye a las situaciones profesionales que son ejecutadas en actividades dirigidas a un grupo de pacientes, las que se agrupan bajo dos modalidades:

- **Socioeducativo:** Tiene como objetivo desarrollar estrategias de autocuidado en los pacientes.

- **Recreativo:** Tiene como objetivo promover el uso del tiempo libre en actividad saludables.

b) Objetivos de sistematización

Objetivo General

Sistematizar las Situaciones Profesionales desarrolladas al interior del Centro de Tratamiento Ambulatorio para drogodependientes de Villa Alemana, en los niveles de intervención familiar y grupal.

Objetivos Específicos

- Caracterizar y analizar las variables constitutivas de las Situaciones Profesionales desarrolladas en el C.T.A. de Villa Alemana, en el nivel intervención familiar, correspondientes a taller familiar y proceso de ingreso.
- Caracterizar y analizar las variables constitutivas de las Situaciones Profesionales desarrolladas en el C.T.A. en el nivel de intervención grupal correspondiente a la modalidad socioeducativa y recreativa.

c) Colectivo y muestra de las situaciones profesionales a sistematizar

El colectivo de sistematización esta compuesto por el equipo multidisciplinario que se desempeña en el Centro de Tratamiento Ambulatorio de Villa Alemana.

d) Estrategias de Recolección de Información de las Situaciones Profesionales Definidas para Sistematizar

- **Análisis documental:** Corresponde a la revisión de documentos técnicos del Centro de Tratamiento Ambulatorio.
- **Observación participante:** Técnica de recolección de información caracterizada, principalmente, por la inserción e involucramiento del sujeto investigador al interior de una realidad en particular, a fin de obtener la mayor cantidad de información requerida con fines investigativos, culminando dicho proceso con la saturación de información recopilada.
- **Entrevista semi-estructurada:** Su principal característica está dada porque con anticipación se especifican los temas y asuntos a tratar. En este sentido, el entrevistador decide la secuencia y operación de las preguntas en el transcurso de la entrevista, junto a lo cual está permitido anticipar y cerrar brechas lógicas en la información.

e) Plan de análisis

Categorías teórico conceptuales: variables constituyentes de la Situación Profesional (Le Boterf, 2001):

- Contexto: El entorno institucional con el cual los y las profesionales y su puesto están en relación.
- Finalidades: Objetivos y propósitos de cada ámbito de intervención.
- Actividades y tareas: Etapas que se llevan a cabo en los ámbitos de intervención.
- Relaciones con los demás empleos: Manera en que se desarrolla el profesional, tanto al interior, como fuera de la Institución.
- Campo de autonomía y responsabilidad: Toma de decisiones y actividades a cargo.
- Dificultades
- ◆ Categorías inferidas desde la experiencia: Determinadas de acuerdo a la dinámica real de la Situación Profesional.

f) Validación de los resultados de sistematización

Para la validación de la información se utilizara la consulta de expertos, que corresponde al juicio emitido por especialistas temáticos y/o metodológicos quien da una opinión técnica fundada respecto a los resultados obtenidos.

*“Apoyo y amor recibí
Nuevamente me reencontré
Y mi vida hoy la cambie
Un nuevo hombre comienza a
renacer”*

Capitulo IV

Sistematización de Situaciones Profesionales

PRESENTACIÓN

El capítulo que a continuación se presenta, sistematiza la información recogida a partir de entrevistas, observación participante y revisión de material bibliográfico y documentos de uso interno del Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependientes de la comuna de Villa Alemana y que dan cuenta de las situaciones profesionales que aquí se desarrollan.

Las situaciones profesionales que se presentan son las siguientes y están divididas en dos ámbitos de intervención:

4.1. Ámbito Grupal

4.1.1. Talleres Socioeducativos

4.1.2. Talleres Recreativos

4.2. Ámbito Familiar

4.2.1. Taller Familiar

4.2.2. Proceso de Ingreso

4.1. NIVEL DE INTERVENCIÓN ÁMBITO GRUPAL



4.1.1. Situación Profesional Talleres Socioeducativos

➤ *Contexto de los Talleres Socioeducativos en el C.T.A.*

El **Centro de Tratamiento Ambulatorio** de la comuna de Villa Alemana cuenta con **cuatro talleres socioeducativos**, **ejecutados por diversos profesionales** tanto en el programa diurno como en el vespertino.

Nombre del Taller	Profesional a Cargo	Horario de Ejecución	Programa en el que se Ejecuta
Relato de Abstinencia	Asistente social	Lunes de 15:00 a 17:00 horas	Diurno
		Lunes de 18:30 a 20:30 horas	Vespertino
Psicoeducativo de salud	Enfermera	Miércoles de 10:30 a 13:00 horas	Diurno
Sociocupacional	Terapeuta ocupacional	Jueves de 10:30 a 11:30 horas	Diurno
Desarrollo Personal	Psicóloga	Miércoles de 19:00 a 20:30 horas	Vespertino
		Viernes de 15:00 a 17:00 horas	Diurno

Estos **talleres son espacios de participación y reflexión** en los que se desarrollan temáticas **tendientes a generar un cambio en las creencias y las conductas de los pacientes**, a pesar de que cada taller posee objetivos particulares.

Estos **se caracterizan por desarrollarse a través de metodologías participativas** que permiten ejecutar sesiones caracterizadas por su flexibilidad en la estructura, la temática, el clima y las relaciones que se establecen, teniendo siempre presente el objetivo de cada taller y las normas de convivencia de la institución, es por tales efectos que cada taller se caracteriza por:

Taller	Clima	Rol del Terapeuta	Tipo de Relación Profesional-Paciente
Relato de Abstinencia	Reflexivo	Facilitador	Asimétrica
Psicoeducativo de salud	Distendido	Guía y/o facilitador	Horizontal
Sociocupacional	Distendido	Guía y/o facilitador	Asimétrica
Desarrollo Personal	Reflexivo	Directivo	Asimétrica

Existen 2 puntos en común entre las sesiones de cada uno de estos talleres socioeducativos; que corresponden a:

- La disposición física en la que se ubica los pacientes al momento de llevar a cabo la parte grupal de la sesión, la que ocurre en el salón principal del recinto que alberga al C.T.A. en donde **los pacientes se instalan sentados en círculo** (solo si es necesario alrededor de una mesa) **al igual que la dupla terapéutica**. En caso de que la sesión amerite un trabajo individual o en subgrupos generalmente se da la libertad a los pacientes de dispersarse por el recinto quienes habitualmente utilizan el patio o el jardín de la casona.
- **Cada sesión es ejecutada por una dupla terapéutica** conformada por el profesional a cargo del taller quien ejerce el rol de terapeuta, además de otro profesional miembro del equipo, quien se desempeña como co-terapeuta.

➤ **Finalidad de los Talleres Socioeducativos en el C.T.A.**

Los talleres socioeducativos del Centro de Tratamiento Ambulatorio poseen objetivos particulares que confluyen en proporcionar un conjunto de herramientas y estrategias que permitan al paciente lograr la abstinencia total y un estilo de vida libre de drogas. Los objetivos de cada taller socioeducativo son:

Taller	Objetivo
Relato de abstinencia	<p>Colaborar en creación de estrategias que permitan el logro de un estilo de vida saludable y libre de drogas a partir de las experiencias de otros pacientes.</p> <p>Identificar la etapa del proceso terapéutico en la que se encuentra cada paciente.</p>
Psicoeducativo de salud	<p>Colaborar en el cambio de conductas nocivas que permitan a los pacientes estructurar un estilo de vida saludable.</p>
Sociocupacional	<p>Colaborar en la formación y/o mantención de hábitos ocupacionales en los pacientes del C.T.A.</p>
Desarrollo Personal	<p>Colaborar en el desarrollo de estrategias que permitan al paciente lograr la abstinencia.</p>

➤ **Actividades y Tareas de los Talleres Socioeducativos en el C.T.A.**

Si bien en los cuatro talleres socioeducativos se utiliza la misma metodología e incluso se pueden reconocer estructuras similares, en cada taller se realizan actividades distintas las que se ajustan al objetivo terapéutico que busque cada taller y a la temática específica que se desarrolle en cada una de las sesiones.

Para fines operativos, se describirán de forma general la estructura de cada taller descrito:

1) Taller Relato de Abstinencia

Descripción de la sesión:

Durante el desarrollo de cada sesión se pueden reconocer tres momentos que pueden variar de acuerdo a las características del grupo participante estos son:

- a) Bienvenida:** Se comienza la sesión con un saludo y una pequeña introducción de los momentos que incluirá esta, en la eventualidad de que hubiera pacientes nuevos se les indicará las reglas del taller, dándole la posibilidad de participar, en esa sesión, como observador si así este lo desea.
- b) Desarrollo de la sesión:** En esta etapa del taller el terapeuta invita a algunos de los pacientes a comenzar con el relato de su fin de semana, generalmente alguno de estos accede de forma voluntaria. Al término de cada relato, se les da un espacio a los pacientes de realizar acotaciones (reafirmar, confrontar, interrogar, encuadrar, entre otros) con lo que se establece un diálogo entre el grupo de pacientes, solo si es necesario el terapeuta o co-terapeuta interviene con el objeto de encauzar la reflexión. Cuando concluye la reflexión de cada paciente éste señalara a otro el cual comenzará la dinámica nuevamente.
- c) Cierre:** En esta etapa se da por concluida la sesión, el terapeuta realiza una pequeña reflexión a modo de conclusión, se les desea una buena semana para finalizar con un rito de cierre el que puede ser un grito, la lectura de un poema, cantar una canción, entre otros.

Actividades previas:

Para ejecutar el taller no se requiere la utilización de materiales, mas bien se sustenta en las habilidades y competencias de los profesionales que desempeñan el rol de terapeuta y co-terapeuta, además de la motivación para participar de los pacientes, por tales efectos no existen actividades previas para su ejecución, sin embargo antes de iniciar cada sesión se realiza un breve dialogo entre la dupla terapéutica para comentar alguna contingencia en caso de que existiera.

Dadas las características y los objetivos que se persiguen con el taller "Relato de Abstinencia", este implica un trabajo a posteriori, teniendo mucho mas de evaluación que de planificación, es por ello que una vez concluida cada sesión la dupla terapéutica comenta lo sucedido para unificar criterios y visiones que permitan posteriormente dar cuenta de los hallazgos realizados con el relato de cada paciente en la reunión técnica llevada a cabo los días miércoles de cada semana.

2) Taller socioeducativo de salud

Descripción de la sesión:

Si bien no se intenciona una misma estructura en la ejecución de cada sesión se reconocen tres momentos, que corresponden a:

a) Bienvenida: La enfermera encargada del taller da inicio a la sesión saludando a los pacientes presentes e introduce brevemente al contenido de la misma, señalando la temática a tratar.

b) Desarrollo: Momento que generalmente se divide en tres instancias que son;

Instancia Autodiagnóstica: En donde cada paciente evalúa su situación personal o familiar con respecto a la temática abordada.

Instancia Teórica: En donde la enfermera entrega conceptos teóricos que permitan una mejor comprensión de la temática abordada.

Instancia Reflexiva: En donde cada paciente reflexiona sobre la mejor forma para aplicar los conocimientos a su situación real y en lo posible comprometerse con si mismo y/o con el grupo al cambio de algún habito no saludable.

Estas no siempre ocurren en la misma secuencia y utilizando las mismas técnicas o recursos estas varían con el objeto de utilizar la mejor estrategia en virtud de la temática y las características del grupo con el cual de trabaja.

- c) Cierre:** Momento en el cual se da por concluida la sesión, el cual siempre se inicia con la lectura de algún poema o parábola o alguna dinámica para posteriormente incentivar al cumplimiento del compromiso adquirido y despedirse de los pacientes

Actividades previas:

Para la ejecución del taller se reconocen 3 actividades necesarias de ser desarrolladas antes de ejecutar cada sesión:

Sondeo: Debido a que la profesional encargada del taller socioeducativo de salud se desempeña como co-terapeuta en el taller Relato de Abstinencia, este le permite realizar un sondeo de las inquietudes que presenta el grupo de pacientes con respecto a alguna temática vinculada a estilos de vida saludable.

Planificación: Una vez establecida la temática a desarrollar la profesional realiza la búsqueda de información y posteriormente prepara el material pertinente para finalmente planificar la sesión.

Coordinación: Con cierta periodicidad la encargada del taller socioeducativo de salud y la psicóloga encargada del taller de desarrollo personal se coordinan aprovechando la instancia brindada por la reuniones técnicas, para desarrollar temáticas que se vinculen con el objeto de que se refuercen los aprendizajes.

Confección de carpeta: La actividad anterior ha dado como resultado recopilar información vinculada a estilos de vida saludable con la cual la profesional ha confeccionado una carpeta con insumos para la ejecución de futuras sesiones.

Materiales Utilizados:

Los materiales utilizados para cada sesión se ajustan a las necesidades requeridas por la temática abordada cada semana, los indispensables son:

- Lápices
- Hojas
- Cartulina

La existencia de recursos audiovisuales facilitaría considerablemente la ejecución del taller, sin embargo, no existe disponibilidad de estos, por lo que la dupla terapéutica debe llevar a cabo el taller solo con el material con el que se dispone.

3) Taller Sociocupacional

Descripción de la sesión:

La estructura de cada sesión se ajusta a la necesidad de la temática a tratar y la aplicación de dinámicas grupales variará de acuerdo al ambiente existente al momento de la sesión, sin embargo se visualiza los siguientes momentos:

a) Inicio: se da inicio a la sesión saludando al grupo para posteriormente realizar alguna dinámica grupal que ayude a introducir a los pacientes a la temática central a desarrollar, solo en caso de que sea necesario.

b) Desarrollo: para desarrollar cada temática generalmente se utilizan dos modalidades de trabajo, las que varían en secuencia en virtud del objetivo de la sesión, dichas modalidades corresponden a:

Reflexión individual: instancia en la cual cada paciente trabaja sobre su realidad utilizando cartillas, cuestionarios o tablas.

Discusión grupal: instancia en la cual se genera un debate sobre los distintos puntos de vista con respecto a la temática central de la sesión, donde la dupla terapéutica ejerce como guía y facilitadores del dialogo.

c) Cierre: se da por concluida la sesión estableciendo conclusiones y/o compromisos si los hubiere.

Actividades previas:

Planificación: La ejecución de cada sesión del taller sociocupacional implica planificación y preparación de material, por tales efectos la profesional encargada del taller se reúne los días lunes por la mañana con los dos técnicos en rehabilitación del C.T.A. para preparar lo necesario para ejecutar la sesión del día jueves, además de coordinar otras actividades que se llevarán a cabo durante el transcurso de la semana.

4) Taller de Desarrollo Personal

Descripción de la sesión:

a) Bienvenida: la encargada del taller da inicio a la sesión saludando a los pacientes y realizando una recapitulación de la sesión anterior, si la asistencia y el clima imperante lo permite se realizara una dinámica para introducir al tema central.

b) Desarrollando: Este momento se divide en dos formas de trabajo, correspondientes a:

Reflexión individual: instancia en la cual cada paciente trabaja sobre su realidad utilizando cartillas, cuestionarios o tablas.

Discusión grupal: instancia en la cual se genera un debate sobre los distintos puntos de vista con respecto a la temática central de la sesión, donde la dupla terapéutica ejerce como un rol directivo.

c) Cierre: se da por finalizada la sesión reafirmando las conclusiones y/o compromisos si los hubiera.

Actividades previas

Planificación: La ejecución del taller de desarrollo personal requiere de planificación y preparación del material a utilizar, por lo cual el día martes la psicóloga encargada del taller se reúne con el técnico en rehabilitación quien es su co-terapeuta en las sesiones y la técnica paramédico quienes colaboran en la planificación.

Coordinación: Con cierta periodicidad la encargada del taller de desarrollo personal y la enfermera encargada del taller socioeducativo de salud se coordinan, aprovechando la instancia brindada por la reuniones técnicas, para desarrollar temáticas que se vinculen con el objeto de que se refuercen los aprendizajes.

➤ **Relaciones con los demás profesionales al interior del CTA**

En la ejecución de cada sesión de los talleres socioeducativos es llevada a cabo por una **dupla terapéutica, constituida por el profesional a cargo del taller quien ejerce el rol de terapeuta, además de otro profesional miembro del equipo generalmente un técnico en rehabilitación, quien se desempeña como co-terapeuta**, siendo este el encargado de colaborar no solo en la ejecución de las actividades planificadas para la sesión sino que tiene la responsabilidad de hacerse cargo de alguna contingencia que pudiera impedir la normal ejecución de sesión, como por ejemplo la descompensación de algún paciente lo que implica sacarlo del espacio físico y acompañarlo hasta que la situación decante, permitiendo al terapeuta llevar a cabo la sesión con los demás pacientes.

Los talleres socioeducativos se presenta como un espacio facilitador para el trabajo en equipo debido a que es fundamental, la presencia de una dupla terapéutica, para asegurar la ejecución de cada sesión, lo que cobra valor en un escenario donde los profesionales tienen solo una instancia de vinculación y comunicación formal que es la reunión técnica de los días miércoles por la tarde, debido al tipo de relación contractual (a honorarios) de la mayoría de los profesionales miembros del equipo terapéutico quienes cumplen con sus horas de trabajo las que no coinciden con la de los demás profesionales, por tanto los talleres socioeducativos se constituyen como un espacio fundamental para mantener una comunicación fluida entre los miembro del equipo.

➤ **Niveles de Autonomía y Responsabilidades del profesional en los Talleres Socioeducativos del C.T.A.**

Con respecto a la autonomía de los profesionales encargados de los Talleres Socioeducativos, esta se caracteriza por tener dos ámbitos:

Autonomía vinculada al diseño de los talleres, en este sentido la toma de decisión con **respecto a los lineamientos generales de los talleres** esta dado por el equipo terapéutico entidad que fija los objetivos y finalidades además de asignar la utilización de una metodología participativa por tanto **la autonomía se restringe.**

Autonomía vinculada a la ejecución de los talleres, en este sentido la toma de decisiones con **respecto a las actividades llevadas a cabo en cada sesión** pasan completamente por el encargado del taller por tanto **la autonomía en este ámbito se amplía.**

Con respecto a la responsabilidad de cada profesional se orienta a tres focos distintos que son:

Desempeño profesional: En este sentido la responsabilidad se asocia al **quehacer propio para la ejecución de cada taller y el cumplimiento de sus objetivos**, además de promover habilidades esenciales para el logro de la abstinencia, como:

- Tolerancia
- Respeto
- Capacidad de diálogo
- Colaboración

Sujeto de atención: en este sentido el respeto se **asocia a la visión del profesional respecto a la persona enferma**, a las problemáticas psicosociales asociadas a ella y a la calidad de las soluciones, **lo que se evidencia en el trato hacia el paciente en el desarrollo de las actividades** de los talleres.

La Institución: Se orienta a que **el desempeño de cada profesional se ajuste a los principios y valores declarados por la institución**, respondiendo con la ejecución de cada taller a los lineamientos de intervención planteados, los que se fundamentan en una perspectiva biopsicosocial de la enfermedad, y se caracterizan por la visión positiva hacia la recuperación total de los pacientes, vale decir, hacia el logro de la abstinencia total de cualquier tipo de droga ilícita.

➤ **Dificultades presentes en los Talleres Socioeducativos del C.T.A.**

Existen características del centro que se presentan como dificultades para la ejecución de los talleres, sin embargo los profesionales las declaran como dificultades manejables y de ningún modo son obstaculizadores para el cumplimiento de los objetivos de cada taller socio educativo.

1. Asociadas a los pacientes:

En este sentido se presenta como dificultad el grado de daño con el que llagan los pacientes a la institución lo que implica en algunos casos la propensión a caer en crisis, lo que se soluciona dependiendo de su características, es decir, si la crisis produce en el paciente una reacción eufórica o agresiva es el co-terapeuta quien se encarga de acompañarle hasta superar dicho estado permitiendo al terapeuta continuar con la ejecución de la sesión, ahora, si por el contrario la crisis provoca en el pacientes un estado de retraimiento es el grupo de pares el encargado de acogerlo e integrarlo a las actividades desarrolladas.

Otro elemento que se presenta como una dificultad es la heterogeneidad del grupo en lo que respecta a características socioeconómicas y culturales de los pacientes que lo componen, situación que conlleva que no todos sus miembros posean el mismo nivel de desarrollo cognitivo o posean las mismas herramientas para desarrollar algunas actividades por lo que se recurre a la colaboración entre los pares planteándose como la mejor solución.

4.1.2. Situación Profesional Talleres Recreativos

➤ **Contexto de los Talleres Recreativos en el C.T.A.**



El Centro de Tratamiento Ambulatorio de la comuna de Villa Alemana cuenta con cuatro talleres recreativos por la necesidad de los pacientes de utilizar el tiempo libre en actividades que estimulen su proceso terapéutico, estos son:

Nombre del Taller	Profesional a Cargo	Horario de Ejecución	Programa en el que se Ejecuta
Taller Teatro	Profesor de Teatro	Jueves de 11:30 a 13:30 horas	Diurno
Taller Arte	Profesor de Arte	Martes de 10:30 a 11:30 horas	Diurno
Tai Chi	Terapeuta Ocupacional	Martes de 15:00 a 16:00 horas	Diurno
		Miércoles de 18:30 a 19:30 horas	Vespertino
Taller de Deportes	Técnico en Rehabilitación	Martes de 16:00 a 17:30 horas	Diurno

Los talleres recreativos planificados en el proceso terapéutico de pacientes no son contemplados como espacios de recreación en sí, sino que son vistos como espacios en que los pacientes identifican componentes o habilidades en ellos que anteriormente no tuvieron la oportunidad de descubrir.

Cada taller tiene objetivos y es ejecutado por un profesional, en el caso de teatro y arte, anexos al C.T.A. y en el caso de deportes y tai chi, por profesionales del centro con facilidades y herramientas para el desarrollo de estos.

La planificación de los diferentes talleres son desarrollados por los profesionales a cargo y la terapeuta ocupacional que se desempeña en el C.T.A., la cual es el vínculo entre los profesionales a cargo de estos talleres y el resto del equipo terapéutico. Esta profesional es la encargada de coordinar con los responsables de cada taller las actividades a realizar y los recursos o dificultades que se pueden presentar en la ejecución de la actividad.

Estos talleres tienen la particularidad de requerir de los pacientes el máximo de participación ya que se espera por parte del equipo terapéutico que los pacientes desarrollen compromiso y responsabilidad ya sea en el cuidado de los materiales como en la planificación de algunas actividades del taller.

➤ **Finalidad de los Talleres Recreativos en el C.T.A.**

Los talleres recreativos del Centro de Tratamiento Ambulatorio poseen objetivos particulares que confluyen en proporcionar un conjunto de herramientas que estimulen el proceso terapéutico de cada uno de los pacientes, en particular los objetivos de cada taller son los siguientes:

Taller	Objetivo
Taller de Teatro	Proveer un espacio protegido, de confianza, seguridad y reflexión, donde los pacientes drogodependientes participen en dinámicas de actividad corporal y compartan sus experiencias con el grupo, con el fin de apoyar la integración del proceso terapéutico individual de cada paciente.
Taller de Arte	Proveer un espacio de seguridad, confianza y creatividad, donde los participantes del taller expresen sus emociones e ideas a través del arte y de forma no verbal inicialmente, para luego de un espacio de reflexión, compartirlas con el grupo.
Tai Chi	Proveer un espacio seguro de confianza, relajación y concentración donde se incentive a los participantes a usar su cuerpo de forma sana y efectiva aumentando la conciencia que tiene de este.
Taller de Deportes	Proveer de un espacio en que los pacientes del C.T.A. fomenten la responsabilidad planificando las actividades enmarcadas en el deporte y la recreación.

➤ ***Actividades y Tareas de los Talleres Recreativos en el C.T.A.***

Cada uno de los talleres recreativos exige una preparación para su desarrollo, la profesional terapeuta ocupacional cumple una labor primordial en esta tarea, ya que, es ésta la que coordina las actividades de cada uno de los talleres y se convierte en el vínculo que existe entre los profesionales externos al C.T.A. y el equipo terapéutico con el objeto de vincular los objetivos particulares de cada uno de estos talleres con el proceso terapéutico de los pacientes. Es por esta razón que se requiere planificar estos talleres y preparar las actividades con anterioridad.

Preparación de la actividad

Los profesionales a cargo de los talleres de arte y teatro al no ser parte del equipo terapéutico deben tener una coordinación con este con el objeto de vincular los objetivos que cada profesional desea lograr con su taller con los objetivos que el equipo terapéutico formula para éste. Además estas reuniones de coordinación buscan ajustar las metodologías utilizadas por los profesionales que no integran el equipo terapéutico, con metodologías que propone éste para potenciar el proceso terapéutico de los pacientes.

A continuación se darán a conocer las actividades y tareas que exigen cada uno de estos talleres:

1) Taller de Teatro y Expresión Corporal

Desarrollo de la Sesión: Durante la sesión podemos identificar tres momentos los cuales se describen a continuación:

- a) Bienvenida y recordatorio sesión pasada:** Se les da la bienvenida a los pacientes y se prosigue con el recordatorio de lo desarrollado en la sesión anterior. Se distribuye el espacio y personajes si es pertinente, a continuación comienza el ensayo.

- b) Representación:** Los pacientes se ubican en el espacio y comienzan a ensayar el libreto, el profesional a cargo del taller dirige a los pacientes interrumpiendo el ensayo si se amerita, la escenas se repiten continuamente hasta llegar a la perfección.

- c) Ensayo general y despedida:** el momento culmine de la sesión es el ensayo general en donde todos los pacientes participan y se representa lo trabajado en la sesión sin interrupciones al finalizar el profesional a cargo afina algunos detalles y continua con la despedida de la sesión cerrando ésta.

Registro de la actividad y evaluación

Al concluir cada sesión la profesional realiza un registro de la actividad, reconociendo dificultades y logros en cada sesión, estrategia que le permite ir mejorando las sesiones a medida que avanzan los ensayos.

Además el profesional cargo del taller en reuniones con la terapeuta ocupacional debe evaluar el taller, mediante pautas y por intermedio de ésta profesional evalúa los objetivos del taller en relación a los objetivos terapéuticos de los pacientes.

2) Taller de Arte



Desarrollo de la sesión:

Durante la sesión podemos identificar tres momentos los cuales se describen a continuación:

- a) Bienvenida y entrega de Materiales:** El profesional a cargo del taller les da la bienvenida a los pacientes y retoma los trabajos de sesiones anteriores, posterior a esto se hace la entrega de materiales para dar inicio a la actividad.
- b) Desarrollo de Trabajos:** Los pacientes realizan los trabajos de manera individual de acuerdo a las facilidades manuales de cada uno, cuando es necesario se cooperan entre ellos e incluso realizan trabajos en duplas o grupos. El profesional a cargo cumple un rol directivo y apoya a los pacientes en cuanto a técnicas en el desarrollo de sus trabajos.
- c) Cierre:** La sesión termina con la devolución de los trabajos al encargado del taller.

3) Taller de Tai Chi

Desarrollo de la Sesión:

Durante la sesión podemos identificar tres momentos los cuales se describen a continuación:

- a. Inicio:** Se les da la bienvenida a los pacientes y se les invita a quedar descalzos, a continuación se realizan ejercicios para precalentar las articulaciones (denominado chikun) para el inicio de la actividad.

- b. Desarrollo:** Se comienza con la ejecución de movimientos lentos semejantes a una danza, pero que tienen aplicación en técnicas de defensa personal además estos ejercicios incluyen un sentido de mantención de la salud ya que trabajan con los principios de la medicina china

- c. Cierre:** Para finalizar si el tiempo lo permite se realiza una pequeña reflexión, para concluir con la despedida y cierre de la actividad.

4) Taller de Deportes

Desarrollo de la actividad:

Este taller es dirigido por un técnico en rehabilitación el que coordina las actividades en conjunto con los pacientes los que tienen la tarea de decidir la actividad que se realizará, por lo general y debido a la disparidad en numero en relación al genero se termina jugando fútbol u organizan un campeonato de pin-pon, actividad que dura aproximadamente 2 horas y terminada la sesión los pacientes pueden volver a sus hogares luego del control con la técnico paramédico.

➤ ***Relaciones con los demás profesionales al interior del C.T.A.***

Existen dos tipos de relación entre los profesionales a cargo de talleres recreativos, por un lado los profesionales a cargo de los talleres de arte y teatro realizan reuniones con la terapeuta ocupacional con el objetivo de coordinar las actividades de sus talleres, vincular los objetivos particulares de estos con el proceso terapéutico de los pacientes y evaluar los resultados, la información que se recoge de estas reuniones es dada a conocer por la profesional antes señalada en la reunión técnica, convirtiéndose en el vínculo entre estos profesionales con el equipo terapéutico del C.T.A..

Los encargados de los talleres de Tai Chi y Deportes son profesionales que integran el equipo terapéutico por lo que mantienen una comunicación directa con los demás profesionales del C.T.A.

➤ ***Niveles de Autonomía y Responsabilidades del profesional en los Talleres Recreativos del C.T.A.***

Con respecto a la autonomía de los profesionales encargados de los Talleres Socioeducativos, esta se caracteriza por tener dos ámbitos:

Autonomía vinculada al diseño de los talleres, en este sentido la toma de decisión con **respecto a los lineamientos generales de los talleres** esta dado por el equipo terapéutico entidad que fija los objetivos y finalidades además de asignar la utilización de una metodología participativa por tanto **la autonomía se restringe.**

Autonomía vinculada a la ejecución de los talleres, en este sentido la toma de decisiones con **respecto a las actividades llevadas a cabo en cada sesión** para los profesionales a cargo de los talleres de teatro y arte al no ser parte del equipo terapéutico del CTA se encuentran mas limitados que los demás profesionales además en estos dos talleres se busca que los pacientes tengan un nivel de mayor participación en la toma de decisiones referentes a las actividades a ejecutar en cada sesión. Para el taller de Tai Chi el encargado del taller al ser parte del equipo terapéutico tiene plena autonomía en cuanto a las decisiones con respecto a las actividades que se ejecutan en su taller. Por el contrario el taller de deportes tiene como objetivo que los pacientes planifiquen las actividades a realizar por lo que el encargado del taller cumple un rol de guía y facilitador para la ejecución de las actividades.

Con respecto a la responsabilidad de cada profesional se orienta a tres focos distintos que son:

Desempeño profesional: En este sentido la responsabilidad se asocia al **quehacer propio para la ejecución de cada taller y el cumplimiento de sus objetivos**, además de promover habilidades esenciales para el logro de la abstinencia, como:

- Tolerancia
- Respeto
- Capacidad de dialogo
- Colaboración

Sujeto de atención: en este sentido el respeto se **asocia a la visión del profesional respecto a la persona enferma**, a las problemáticas psicosociales asociadas a ella y a la calidad de las soluciones, **lo que se evidencia en el trato hacia el paciente en el desarrollo de las actividades** de los talleres.

La Institución: Se orienta a que **el desempeño de cada profesional se ajuste a los principios y valores declarados por la institución**, respondiendo con la ejecución de cada taller a los lineamientos de intervención planteados, los que se fundamentan en una perspectiva biopsicosocial de la enfermedad, y se caracterizan por la visión positiva hacia la recuperación total de los pacientes, vale decir, hacia el logro de la abstinencia total de cualquier tipo de droga ilícita.

➤ ***Dificultades presentes en los Talleres Recreativos del C.T.A.***

En este tipo de talleres se presentan dos ámbitos de dificultades las que son:

Referidas a los pacientes: Considerando que los pacientes deben asistir a diario al centro e ingresar a los talleres rutinariamente en ocasiones no se sienten motivados a participar por lo que los profesionales encargados de la ejecución del talleres deben desplegar estrategias para motivar la participación de los pacientes. Otra dificultad que se presenta en este tipo de talleres se relaciona con las habilidades que tiene cada uno de los pacientes para el desarrollo de alguna actividad, por lo tanto algunos pacientes al presentar complicaciones para ejecutar alguna actividad se frustran y rechazan el trabajo, debiendo el profesional a cargo identificar este tipo de situaciones, encauzando las potencialidades del paciente proponiendo otras alternativas de trabajo.

Referidas a los materiales: Este tipo de talleres requieren de materiales para su funcionamiento, estos materiales son requeridos mensualmente a la institución con la cual se mantiene dependencia. Situación que implica:

- a) El C.T.A. debe ajustarse a un monto determinado para el ítem materiales, este monto muchas veces, es insuficiente en relación a las solicitudes de los profesionales a cargo de los talleres.
- b) El pedido de materiales que llega mensualmente al C.T.A., en ocasiones es incompleto o no cumplen con las características de los materiales requeridos por lo que los profesionales a cargo de los talleres deben ajustarse a los materiales recibidos y planificar las actividades en función de estos.

4.2.2. Situación Profesional Proceso de Ingreso

➤ ***Contexto del Proceso de Ingreso en el C.T.A.***

El **Centro de Tratamiento Ambulatorio** de la comuna de Villa Alemana cuenta con un procedimiento de ingreso que permite al equipo multidisciplinario que allí se desempeña determinar la incorporación de un paciente al C.T.A. o su derivación a otro dispositivo de la red de salud mental.

Este procedimiento de ingreso corresponde a una ronda de entrevistas realizadas por cinco miembros del equipo; entre ellos; asistente social, técnico en rehabilitación, psicóloga, terapeuta familiar y psiquiatra. Este se inicia solicitando una hora por teléfono o personalmente en el C.T.A. solicitud que puede originarse por motivación del paciente y/o su familia o por derivación de alguna otra institución, para tales efectos se entregan seis horas semanales divididas en dos horas el lunes, dos el miércoles y dos el viernes, las citaciones son registradas en el cuaderno de ingreso, donde se apunta los datos personales del postulante (nombre, rut, edad, teléfono de contacto, tipo de previsión), nombre del apoderado y sustancia a la que se mantiene dependencia.

Esta primera a una entrevista motivacional es realizada por el asistente social o un técnico en rehabilitaciones, quienes entregan las horas de entrevista para los demás profesionales, se tiene como plazo que el proceso de ingreso no supere el mes.

➤ ***Finalidad de las Entrevistas de Ingreso en el C.T.A.***

Las entrevistas de ingreso del Centro de Tratamiento Ambulatorio poseen objetivos particulares, sin embargo todas confluyen a evaluar desde una perspectiva biopsicosocial al postulante con el objeto de determinar si este se ajusta al perfil de paciente planteado por el C.T.A., el que corresponde a:

1. Personas con consumo perjudicial y/o dependencia a drogas.
2. Personas con abuso o dependencia de alcohol asociado al uso de drogas.
3. Mujeres y hombres mayores de 18 años y menores de 60 años.
4. Personas motivadas a afrontar sus problemas relacionados con el abuso o la dependencia de drogas y que pueden beneficiarse de un tratamiento ambulatorio en un Centro de Tratamiento.
5. Personas que puedan asistir a lo menos dos veces a la semana, por un mínimo de dos horas diarias, en la modalidad vespertino.
6. Personas que recién egresan de tratamientos de tipo residencial o de hospitalización completa y que requieren continuidad en el tratamiento en una unidad ambulatoria intensiva.
7. Personas que cuenten a lo menos con una red mínima de apoyo psicosocial, como el apoyo de un familiar u otro responsable que ayude en el proceso de rehabilitación.
8. Estar en condiciones adecuadas de salud para ingresar al tratamiento.
9. Personas que tengan previsión de salud FONASA.

Los objetivos particulares de cada entrevista de ingreso corresponde a:

Entrevistador	Objetivo
Asistente social o Técnico en rehabilitación	Evaluar grado de motivación y compromiso del paciente al proceso de rehabilitación
Psicólogo	Evaluar si la personalidad del paciente se ajusta con el perfil del C.T.A.
Terapeuta familiar	Evaluar el daño y el compromiso familiar al proceso de rehabilitación del paciente.
Psiquiatra	Evaluar la salud mental del postulante.

➤ **Actividades y Tareas de las Entrevistas de Ingreso en el C.T.A.**

Las entrevistas de ingreso al C.T.A. implican las siguientes tareas previas:

Información del postulante: antes de realizar la primera entrevista, al momento de solicitar la hora para ello, la secretaria del C.T.A es la encargada de registrar los datos personales del postulante en el cuaderno de ingreso con el objeto de que el asistente social o el técnico en rehabilitación que realice la primera entrevista cuente con la información básica.

Revisión de la Ficha Clínica: a partir de la segunda entrevista de ingreso el postulante ya posee una ficha clínica donde quedan registrados los antecedentes y el diagnóstico realizados por los profesionales por lo tanto es de vital importancia su revisión antes de llevar a cabo la entrevista.

Preparación del material a utilizar: En cada una de las entrevistas se aplican distintos instrumentos que permiten realizar un diagnóstico del postulante; estos son:

Entrevistador	Instrumento
Asistente social o Técnico en rehabilitación	Genograma e historia de consumo
Psicólogo	Escala de Edwards
Terapeuta familiar	Test Agbar y Fauces III
Psiquiatra	CIE-10 y DSM-IV

En lo que respecta a las actividades a posteriori, estas son:

Ficha Clínica: Luego de que el profesional ha aplicado el instrumento debe registrar los resultados junto a su diagnóstico en la ficha clínica.

Reunión Técnica: Cuando el postulante presenta una situación particular y no existe consenso entre los profesionales para el ingreso o derivación de este, el caso se expone en reunión técnica para tomar la decisión final.

➤ ***Relaciones con los demás profesionales al interior del C.T.A.***

Como ya se ha señalado, los profesionales que participan en el proceso de ingreso de un paciente al C.T.A. tienen la posibilidad de evaluar si este cumple con el perfil de paciente que establece la institución. Si el paciente tiene características de complejidad (ejemplo, paciente con patología dual), la información recogida en cada una de las entrevistas de ingreso es expuesta en la reunión técnica donde el equipo terapéutico decidirá finalmente si el paciente ingresa o es derivado a otra unidad o dispositivo del servicio de salud.

El orden en que se realizan las entrevistas de ingreso también necesitan de algún tipo de vinculación, por parte de los profesionales que participan en este proceso, ya que se intenciona fundamentalmente que la entrevista que desarrolla el asistente social o el técnico en rehabilitación, que tiene características de motivacionales sea la primera del ciclo, al igual que la entrevista con el médico psiquiatra que de acuerdo al orden corresponde a la última entrevista en la cual en profesional teniendo en su poder la información obtenida por cada uno de los profesionales que vieron al paciente, es el encargado de dar el esquema de fármacos y confirmar el ingreso de este al C.T.A.

➤ ***Niveles de Autonomía y Responsabilidades del profesional en el proceso de ingreso al C.T.A.***

Con respecto a la autonomía de los profesionales que participan en el proceso de ingreso de un paciente al C.T.A., en las respectivas entrevistas estos tienen un nivel de autonomía restringida en relación a los instrumentos que aplican a los pacientes, ya que estos son analizados por el equipo terapéutico con el objeto de verificar su efectividad en el resultado que cada instrumento pueda arrojar.

A demás en relación al diagnóstico que cada profesional obtiene de las entrevistas si hubiera opiniones antagónicas, se exponen en la reunión técnica, se analizan las posturas y finalmente es el coordinador quien resuelve la situación.

Con respecto a la responsabilidad de cada profesional, en relación a orden de las entrevistas las que representan un grado mayor de responsabilidad en el proceso son las primera que corresponde a la que realiza el asistente social o el técnico en rehabilitación, ya que en esta entrevista se dan los lineamientos generales de la institución ya sea deberes y normas que se deben cumplir en el proceso de rehabilitación, además esta entrevista busca que el paciente se motive a realizar un tratamiento por lo que el profesional que realiza esta entrevista debe dominar a cabalidad un conjunto de técnicas y estrategias motivacionales para lograr el objetivo. La segunda entrevista de mayor relevancia es la última que corresponde a la que realiza el médico psiquiatra, en la cual el profesional teniendo en su poder la información obtenida por cada uno de los profesionales que vieron al paciente, es el encargado de dar el esquema de fármacos y confirmar el ingreso de éste al C.T.A.

➤ **Dificultades presentes en el proceso de ingreso al C.T.A.**

a) Asociadas a la Institución.

En este punto podemos identificar dificultades en cada una de las entrevistas del proceso de ingreso:

Entrevista	Dificultad
Motivacional	Asociada a la habilidad del entrevistador para motivar al paciente a llevar a cabo un proceso de rehabilitación.
Psicológica	Asociada a los instrumentos que se aplican en el C.T.A. y los que proponen las instituciones fiscalizadoras, que son estandarizados y cuantificables.
Terapeuta Familiar	Asociada a los instrumentos aplicados, en este momento se utilizan dos que se completan para tener una mejor visión del panorama familiar del paciente.
Psiquiatra	<ul style="list-style-type: none"> • Asociada con la formación del profesional que para diagnosticar utiliza las categorías del DSM IV, sin embargo, a la institución se le exige utilizar las categorías del CIE-10. • Asociada a las horas que cumple el profesional en la institución que son escasas en relación a la demanda de atención.

b) Asociadas al paciente.

El paciente que se encuentra en etapa de pre ingreso al C.T.A. debe cumplir con el perfil de paciente que establece la institución, sin embargo, el equipo terapéutico recientemente ha decidido permitir el ingreso de pacientes con patología dual (no más de dos o tres pacientes), lo que representa un desafío para los profesionales que se desempeñan en el C.T.A.

4.2. NIVEL DE INTERVENCIÓN ÁMBITO FAMILIAR

4.2.1. Situación Profesional: Taller Familiar

➤ **Contexto del Taller Familiar en el C.T.A.**



En el Centro de Tratamiento Ambulatorio de Villa Alemana existe una línea de intervención familiar que contempla entre otras acciones la ejecución de un **taller familiar a cargo de una de las psicólogas** quien se desempeña como terapeuta familiar. Este **taller Familiar se lleva a cabo una vez por semana, los días miércoles de 19 a 20 horas, con la participación exclusiva de los familiares de los pacientes.**

Este espacio **se desarrolla mediante metodologías participativas** en un **clima de respeto además de profundo reflexión y apertura** dada por el nivel de participación e involucramiento de sus asistentes, quienes reclaman y reconocen la instancia como un momento de contención y aprendizaje, lo que se manifiesta en una buena disposición.

Por las características del Taller es ejecutado solo por la **terapeuta familiar quien ejerce un rol facilitador** el que se sustenta **en una relación horizontal**, de confianza y cercanía con los participantes.

➤ **Finalidad del Taller Familiar en el C.T.A.**

Uno de los lineamientos de intervención del C.T.A. tiene por objetivo hacer parte a las familias en el proceso de cambio que implica la rehabilitación de un drogodependiente, desde la lógica que las familias se ven involucradas y afectadas por la dependencia de alguno de sus miembros, por lo tanto, también se busca modificar los patrones interaccionales del familiar que puede contribuir a mantener el consumo, permitiendo la estabilización de los cambio en el tiempo; es en este contexto que los objetivos del Taller Familiar son:

- Promover un espacio de contención para las familias de los pacientes.
- Promover estrategias que permitan resolver los conflictos generados por la convivencia con una persona dependiente.
- Promover estrategias que permitan a las familias colaborar en el logro de la abstinencia del integrante drogodependiente.

➤ **Actividades y Tareas del Taller Familiar en el C.T.A**



Las reuniones de terapia familiar se desarrollan una vez a la semana y es llevado a cabo a través de tres actividades principales, debido a que esta actividad es realizada periódicamente no es necesario efectuar una invitación ya que la comunidad del centro conoce perfectamente las actividades del programa.

Preparación del Material

La profesional psicóloga a cargo del desarrollo de la actividad anterior a cada sesión realiza una revisión de los temas que se tratarán. La temática de cada sesión no tiene como requisito una relación con la anterior, es decir no hay un proceso de continuidad entre una u otra sesión, esto debido principalmente a la baja continuidad en la asistencia.

A pesar de que la profesional tiene para cada sesión una temática a desarrollar, mediante metodologías participativas recoge entre los asistentes a la sesión temas que al igual que los preparados con anterioridad van siendo incorporados a la actividad, por lo que se reconoce una lógica flexible en el desarrollo de esta actividad.

Desarrollo de la Actividad

Durante el desarrollo de la actividad se pueden reconocer tres momentos, estos son:

- a) **Bienvenida y sondeo temático:** En esta etapa se le da la bienvenida a las familias presentes, se les agradece su asistencia y se procede con una pequeña presentación de los integrantes nuevos con el objetivo de crear un ambiente de confianza, si la ocasión lo amerita se desarrolla una dinámica para relajar al grupo y prepararlo a la actividad. A continuación se realiza una pequeña revisión de los temas anteriores y se procede con un sondeo de las temáticas factibles para la sesión.

- b) **Desarrollo de la actividad:** En esta etapa se desarrollan las temáticas seleccionadas para la sesión, el profesional realiza una pequeña presentación de los temas para luego dar la palabra a los asistentes los que en forma espontánea comienzan a dar su opinión en relación al tema, con muy pocas intervenciones del profesional los participantes intercambian experiencias, aprendizajes y estrategias en relación a la convivencia con una persona drogodependiente, en ocasiones se presentan confrontaciones en las cuales el profesional despliega estrategias para contener y encauzar las reflexiones con el objetivo claro de generar soluciones o respuestas a problemáticas comunes, promoviendo el consenso y la participación enmarcado en un clima de respeto y profunda reflexión.

- c) **Cierre:** En esta etapa se da por concluida la sesión se repasan los aprendizajes y acuerdos a los que el grupo llegó, posterior a esto se realiza una ronda de reflexiones finales a modo de cierre y se da por concluida la sesión dejando invitados a los asistentes al próximo encuentro.

Registro de la actividad

Al concluir cada sesión la profesional realiza un registro de la actividad identificando las temáticas desarrolladas, los acuerdos y aprendizajes logrados por el grupo, además se identifican dificultades en el desarrollo de la actividad como también temáticas potenciales para la próxima sesión.

➤ ***Relaciones con los demás profesionales al interior del CTA***

Se identifica una baja vinculación con otros profesionales en el desarrollo del taller, esto debido principalmente a que en el horario en el que se desarrolla la actividad se realizan simultáneamente otras dificultando la participación de otros profesionales, además, el taller esta diseñado con el objeto de que sea ejecutado por un profesional con el cual los familiares logran una relación de confianza y respeto que ayude a desarrollar las temáticas del taller de manera óptima.

La vinculación que se desarrolla de la actividad con los otros profesionales del CTA se presenta en la reunión técnica, en la que la profesional a cargo del taller retroalimenta al equipo en relación a los temas y subtemas planteados en la actividad, al igual que se entrega información en relación a los procesos de los pacientes y de las familias con el objeto de que los otros profesionales realicen una intervención mas eficiente en las otras actividades que se desarrollan en el centro.

➤ **Niveles de Autonomía y Responsabilidades del profesional en el Taller familiar del C.T.A.**

Con respecto a la autonomía de la profesional psicóloga a cargo del taller se pueden identificar dos ámbitos:

Autonomía referente a la ejecución del taller: En relación a este punto la profesional a cargo del taller tiene plena autonomía en la planificación de las actividades que se ejecutan en cada sesión, además de las metodologías utilizadas para llevar a cabo estas actividades, al pertenecer al equipo terapéutico la profesional a cargo informa acerca de los avances y dificultades que se identifican en cada sesión con el objeto de optimizar el proceso terapéutico de los pacientes.

Autonomía referente al diseño del taller: En relación a este punto a la profesional a cargo del taller se le entregan los lineamientos generales que el equipo terapéutico establece para este taller específico, la profesional a cargo tiene autonomía de fijar los objetivos del taller tomando en cuenta lo establecido por el equipo terapéutico.

De acuerdo a las responsabilidades de la profesional a cargo del taller se identifican dos ámbitos:

- a) La responsabilidad que tiene la profesional en la **ejecución del taller.**
- b) La responsabilidad de la profesional en el **proceso terapéutico** de los pacientes.
- c) La responsabilidad de la profesional con los **lineamientos generales** que declara el **CTA.**

➤ ***Dificultades presentes en el Taller Familiar del C.T.A.***

Existen ciertas características presentes en el desarrollo de las sesiones del taller familiar que generan dificultades las que deben ser manejadas por el profesional para lograr los objetivos planteados para el mismo, que son:

a) En relación al profesional: el taller familiar como un elemento importante en el proceso terapéutico de los pacientes, genera situaciones provocadoras de frustración en los terapeutas como lo son:

- Baja asistencia al taller.
- Abandono del proceso terapéutico.
- Recaída.

Por lo que el profesional debe manejar estrategias que le permitan controlar la frustración.

b) En relación a los pacientes: En el taller familiar en particular la rotatividad de los participantes es importante e incluso podría ser un obstaculizador si la profesional a cargo no tuviera las herramientas para desarrollar y cerrar la temática en solo una sesión, sin necesidad de continuar con la misma a la semana siguiente.

*“Un día llegue hasta aquí
Y llegó la hora de partir
Oscuridad y dolor quedan atrás
Vuelvo al mundo a bien”*

Capítulo V
Reflexiones Profesionales y
Conclusiones

Presentación

A continuación se presentan los principales aprendizajes y hallazgos profesionales, de la experiencia realizada, de acuerdo, al Seminario de Título "Sistematización de Situaciones Profesionales en el Centro de Tratamiento Ambulatorio de Villa Alemana". Dicho capítulo se estructura de la siguiente manera:

5.1 Reflexiones Profesionales

- En relación al modelo de intervención
- En relación a los profesionales y el equipo de trabajo
- En relación a los pacientes

5.2 Conclusiones

- Conclusiones en relación a la temática drogodependencia
- Conclusiones relativas a la metodología de la sistematización

5.1 REFLEXIONES PROFESIONALES

➤ *En Relación al Modelo de Intervención*

El abordaje de la drogodependencia, en lo que respecta al tratamiento del uso y abuso de drogas debe ser visto como una problemática de salud pública, por lo tanto se requiere de un enfoque integral que permita aproximaciones diferentes para cada fase y para los diversos tipos de usuarios de drogas, además de trabajo en equipos multidisciplinario. Es por dicha razón que el modelo de intervención utilizado por el equipo terapéutico del Centro de Tratamiento Ambulatorio de Villa Alemana, se acoge a un paradigma integrativo desde la perspectiva biopsicosocial que busca desarrollar una praxis estratégica en el tratamiento de la problemática, con una visión diferente al modelo médico tradicional, en donde el usuario es un sujeto con derechos y responsabilidades sobre su conducta, potenciando su rol activo por medio de técnicas participativas que lo lleven a ejercer una participación activa de su proceso y mas aún del logro de los objetivos para su tratamiento.

Desde esta lógica y con estas características los profesionales del C.T.A estructural un modelo propio de intervención el que consta de tres grandes fases cada una dividida de sus respectivos momentos. Para cada paciente se fijan ciertos objetivos, respetando la particularidad y complejidad de cada uno de ellos. A medida que el paciente va logrando estos objetivos logra pasar al siguiente momento y posterior a la siguiente fase que le corresponda, este proceso se da a conocer a toda la comunidad.

➤ **En Relación a los Profesionales y el Equipo de Trabajo**

En general los profesionales que integran el Centro de Tratamiento Ambulatorio de Villa Alemana poseen una serie de características que los identifican, lo que está dado principalmente por las particularidades y complejidades del servicio prestado por la institución, los que se sustentan en el modelo de intervención utilizado. Por tales efectos se reconoce que los profesionales que allí se desempeñan manejan los siguientes elementos:

- **Saben actuar y reaccionar con pertinencia:** al momento de presentarse un imponderable cada uno de los profesionales tiene la capacidad de improvisar una respuesta que dé solución a la urgencia manteniendo siempre la visión de los objetivos no sólo del C.T.A sino también del plan individual de tratamiento de cada paciente, improvisación que se sustenta en experiencias anteriores, lo que permite un quehacer profesional que constantemente supera los protocolos de la institución.
- **Saben combinar y movilizar recursos:** constantemente el equipo del C.T.A. está utilizando espacios y contextos para obtener aprendizajes nuevos en los pacientes a partir de los recursos que ellos mismos poseen e incluso de generarlos.
- **Saben transferir y saber aprender:** En el C.T.A. a diario se dan situaciones complejas que los profesionales deben ir sorteando a partir de su experticia por lo tanto cada uno de ellos posee la capacidad de generar soluciones, memorizarlas y transferirlas no sólo para que sean utilizadas en otro momento por ellos mismos sino que también para que sean utilizadas por otro miembro del equipo, realizando un aprendizaje constante de las propias experiencias y de las experiencias de los demás profesionales, operando con un doble circuito de aprendizaje.

- **Saben comprometerse:** Cada nueva respuesta a la contingencia, cada solución dada que no se encuentra planteada en los protocolos de la institución implica correr un riesgo, por tanto, el profesional debe hacerse cargo de su quehacer e iniciar nuevas soluciones cuando las planteadas no han sido acertadas lo que implica saber emprender.

Es fundamental que los profesionales miembros del equipo multidisciplinario del Centro de Tratamiento Ambulatorio de Villa Alemana posean y conjuguen cada uno de estos saberes, lo que sitúa a sus integrantes en el nivel de profesionalidad elevado, como expertos, en tanto, cada uno de ellos tiene total dominio de sus competencias, además de poseer la capacidad de construirlas desde las situaciones contingentes con una clara comprensión de las mismas y altos niveles de autonomía.

Esta condición de expertos se reconoce no sólo en la trayectoria laboral y su capacitación en el área si no en su capacidad de manejar y superar los imponderables que se suscitan en los talleres ejecutados e incluso en los planes de individuales de intervención de cada paciente los que resulta de vital importancia pues aun con estos imponderables el servicio prestado debe cumplir los objetivos planteados, exigiendo al equipo una evaluación constante de las prácticas desarrolladas con el objeto de controlar la mayor cantidad de variables como sucede por ejemplo en los talleres recreativos y socio educacional en donde se trabaja con un co-terapeuta para minimizar los efectos de una descompensación de alguno de los participantes o la capacidad de los profesionales para adecuar sus talleres a la temáticas que son prioritarias para los pacientes y sus familias lo que es una constante en el taller familiar y en el taller psicoeducativo de salud.

Por los argumentos antes expuestos y por lo observado en la institución los profesionales que se desempeñan en el C.T.A son profesionales que deben contar con las siguientes características

Características del profesional	Referidas a:
Emprendedor	Capacidad de enfrentar y resolver exitosamente situaciones imprevistas y complejas.
Capacidad de aprendizaje	Capacidad de adquirir conocimientos de la praxis, ya sea propia o de los demás profesionales con el objeto de ampliar el repertorio de competencias.
Capacidad de diálogo	Capacidad de expresar ideas de manera clara, además de comprender las ideas expresadas por un interlocutor, ya sea de manera oral o escrita.
Manejo de la frustración	Capacidad de mantener el control y ajustar las expectativas a los nuevos escenarios luego de obtener resultados inferiores a los planificados.
Reflexivo	Capacidad de revisar los hechos mediante el análisis, la reflexión y el diálogo con el objeto de generar nuevas propuestas de trabajo.
Capacidad de autocrítica	Capacidad de cuestionarse y oír cuestionamientos sobre el propio actuar con el objeto de mejorar el desempeño.
Tolerante	Capacidad de mantener respeto y consideración con las opiniones y prácticas de los demás, aún estando en desacuerdo con ellas.
Creativo	Capacidad de contribuir al proceso de rehabilitación de los pacientes a pesar de las carencias.
Empatía	Capacidad de inferir los pensamientos y sentimientos experimentados por los demás.
Responsable	Capacidad para cumplir con los compromisos adquiridos tanto con los demás miembros del equipo como los pacientes y sus familias.
Pro-activo	Capacidad de adelantarse a los hechos, previendo lo que sucederá.

Las características de los profesionales que cumplen funciones en el C.T.A determina la relación laboral existente en la que se evidencia gran respeto enfocado en dos aspectos; hacia la profesión y hacia la persona, el que se sustenta en la responsabilidad y los saberes que ponen en práctica los profesionales al momento de realizar sus quehaceres validándose ambos aspectos al interior del equipo.

Hacia la profesión: Cada actividad desempeñada por los profesionales es valorada debido a que se reconoce el aporte de cada rol en la consecución de los objetivos del C.T.A. y por ende al proceso de rehabilitación de los pacientes. Por tanto la identidad profesional y los ejes de cada profesión están claramente definidos.

Hacia la persona: Se reconoce el valor de la experiencia de las personas que ejerce cada uno de los distintos roles profesionales.

Una situación relevante tanto para el perfil de profesional como para la relación laboral es la relación contractual que sostienen los profesionales del Centro de Tratamiento Ambulatorio con su empleador, la que se mantiene mediante un contrato a honorarios, traducándose en la práctica, que cada profesional cuente con solo algunas horas a la semana para realizar sus funciones en la institución, generando como consecuencias:

Con respecto al perfil profesional:

1. Se requiera de profesionales autónomos en su desempeño
2. Se requiera de profesionales con una comprensión clara de las situaciones
3. Se requiera de profesionales con capacidad para construir competencias a partir de la contingencia.

Lo antes expuesto es de vital importancia debido a que solo existe una instancia formal en la que se reúnen todos los miembros del equipo, la que corresponde a la reunión técnica realizada solo un día a la semana a la cual se le otorga protagonismo entre las actividades desarrolladas en el C.T.A, sin embargo se ven reducidos los espacios de aprendizajes y transferencias de conocimientos de profesional a profesional y si bien estos existen no contienen a todo el equipo sino se realizan mediante triadas o díadas.

Con respecto a la relación laboral:

La relación contractual de los profesionales resulta un factor determinante al momento de definirse la comunicación entre los miembros del equipo porque de igual forma la única instancia en la que se reúne todo el equipo es la reunión técnica, por tanto, el único momento en el cual se puede establecer un diálogo entre todos los profesionales, es por esta razón que la comunicación se sostiene en la ficha clínica de cada paciente, además de los cuadernos de atención de cada profesional en el cual se registran las horas de atención, sin embargo existe otro canal de comunicación bastante efectivo que es el anotar en la pizarra ubicada en la dirección del hospital la información relevante de la semana a lo que se suman las conversaciones de pasillo entre los profesionales que tienen mayor cruce de horarios.

➤ **En Relación a los Pacientes**

De acuerdo a las características del C.T.A. fundamentalmente a la metodología de trabajo con que el equipo terapéutico desarrolla, el paciente que ingresa a la institución debe poseer ciertas características que lo consideren apto para el tratamiento. Estas características están incluidas en el perfil que establece la institución, pero además, se identifican otras que pueden ser analizadas en relación a los factores protectores para el consumo de drogas:

En relación a los factores protectores

Estos factores corresponden a características del ámbito personal, familiar y social que evitan que una persona experimente o mantenga consumo de alguna droga.

Es evidente que el paciente no posea o evidencie una merma en la composición de estos elementos, sin embargo, el equipo terapéutico en conjunto con el paciente trabaja para que este a medida que va avanzando en su tratamiento vaya adquiriendo estos factores que lo potencien en el futuro. Cada una de las actividades que se realizan en el C.T.A. poseen sus objetivos y están dirigidos a la consolidación de algún/os de los factores en particular, sin embargo debido a la complejidad de la problemática y a la carácter integral del servicio prestado las actividades confluyen en el desarrollo y la adquisición de cada uno de estos factores.

En relación a los factores protectores de ámbito personal el equipo terapéutico aspira a que el paciente adquiera o desarrolle la mayor cantidad de elementos que lo ayuden a superar su adicción. A continuación se relacionan los factores protectores con las situaciones profesionales del C.T.A. que fomentan el desarrollo de estos:

Factor Protector Personal	Situación Profesional
Imagen personal positiva	Desarrollo Personal Taller sociocupacional Psicoeducativo de salud Taller de Tai Chi
Confianza en sí mismo, seguridad personal	Taller de Arte Taller de Teatro Taller de Deportes Taller de Tai Chi Desarrollo Personal
Habilidades sociales que permitan resistir a las presiones de los grupos	Relato de Abstinencia
Capacidad crítica	Relato de Abstinencia Desarrollo Personal Psicoeducativo de salud
Manejo de información clara y precisa sobre los efectos y consecuencias del consumo de drogas	Relato de Abstinencia Desarrollo Personal Psicoeducativo de salud
Buenas relaciones interpersonales	Talleres Recreativos
	Talleres Socio-educacionales
Habilidades de comunicación	Talleres Recreativos
	Talleres Socio-educacionales
Presencia de una escala de valores	Relato de Abstinencia
Proyecto de vida	Taller Sociocupacional

En relación a los factores protectores de ámbito familiar se pretende que el paciente en conjunto con su grupo familiar consiga desarrollar la mayor cantidad de elementos que lo ayuden a superar su adicción y mantenerla en el tiempo, los que corresponden a:

Factor Protector Familiar	Situación Profesional
Relaciones afectivas	Terapia Familiar
Canales de comunicación expeditos	
Expresión de sentimientos en el núcleo familiar	
Normas y límites claros	
Estilos de vida saludables	

En relación a los factores protectores de ámbito social se pretende que el paciente desarrolle y adquiera herramientas que le permiten vincularse con su entorno de forma sana los elementos que debe adquirir son:

Factor Protector Social	Situación Profesional
Uso del tiempo libre	Talleres Recreativos
Promover la tolerancia	Talleres Recreativos Talleres Socio-educaciones
Fomentar la participación	Talleres Recreativos Talleres Socio-educaciones

Además se identifican otras características que posee o debiera poseer el paciente que se encuentra en proceso de tratamiento en el C.T.A. con el objeto de facilitar la labor del equipo terapéutico, estas características son:

- **Motivación:** El proceso de rehabilitación para un paciente se desarrolla de mejor manera cuando éste se encuentra realmente motivado a superar su problema, es evidente que durante su proceso existan momentos en los que decaiga esta motivación y es labor del equipo terapéutico intervenir en estas situaciones, potenciando y reafirmando el proceso del paciente. Existen situaciones en las que la motivación es escasa o nula, frecuentemente esto sucede en los casos en que los pacientes son derivados al C.T.A. por disposición de la justicia o de alguna otra unidad del servicio de salud, en estos casos el equipo terapéutico debe realizar un doble esfuerzo en tratar de que el paciente logre motivarse para su rehabilitación y en el caso de que esto no sucediera el pronóstico del paciente es incierto. El equipo terapéutico debe hacer esfuerzos para que el paciente no experimente síntomas de síndrome amotivacional que se caracteriza por presentar apatía, falta de interés, prácticamente todo lo que no sea conseguir la droga, reducción generalizada de cualquier actividad y déficit en las funciones psíquicas básicas. Esto suele persistir durante largo tiempo después de que se ha dejado de consumir la sustancia y dificulta enormemente todo el proceso de deshabituación y reinserción social, es por esto que este ámbito de la intervención es de tanta importancia

- **Habilidades y herramientas:** Dada la metodología de trabajo utilizadas en el C.T.A. se facilita las actividades cotidianas que configuran el proceso terapéutico de cada paciente cuando estos poseen ciertas habilidades y herramientas como: capacidad reflexiva, capacidad de dialogo, manejo de la lecto -escritura, las que contribuyen a fomentar la participación del pacientes que las posee por sí solo y pese a los trastornos causados por el síndrome de abstinencia.

5.2 CONCLUSIONES

➤ **Conclusiones en Relación a la Temática Drogodependencia**

El uso de drogas es un problema creciente de salud pública debido a que las consecuencias relacionadas al abuso generan graves problemas de salud como el aumento en el riesgo de contraer enfermedades y condiciones perjudiciales para la salud del individuo y de otras personas, sumado a ello coexisten sus consecuencias las que son denominadas problemas asociados, correspondientes a:

- Laborales: Atrasos, ausencias, accidentes y despidos.
- Familiares: Violencia Intrafamiliar psicológica y física las que en muchos casos concluyen en separaciones.
- Sociales: exclusión, marginación, accidentes, violencia, delincuencia, entre otras.

Problemáticas que tienen un gran impacto económico para el Estado y finalmente para toda la sociedad, aun así la drogodependencia es en la actualidad una temática emergente en tanto quedan muchas tareas pendientes, en lo preventivo como en lo que respecta a la rehabilitación lo que deriva principalmente en el hecho de que la dependencia química es una condición crónica (como la diabetes y la hipertensión arterial), el tratamiento no tiene como objetivo la cura sino el control de la condición de salud.

Se debe reconocer que desde hace algunas décadas se ha tomado conciencia de la problemática lo que se traduce en nuevas políticas públicas que apuntan generar más y mejores acciones preventivas e incrementar el acceso a tratamientos de rehabilitación efectivos, como a sucedido con la incorporación al plan AUGÉ de la dependencia a drogas y/o alcohol del segmento infanto-juveniles, como nueva patología, dándole cobertura gratuita, además de apresurar considerablemente los tiempos de atención.

Es por lo anterior que para el Trabajo Social el escenario se presenta como un desafío, ya que, la problemática dentro de la formación no se desarrolla en profundidad, priorizando muchas veces los roles de promoción y prevención relegando la rehabilitación y con esto cediendo espacios laborales a otros profesionales. El profesional Asistente Social gracias a su lógica de intervención integra los aspectos individuales, familiares y sociales, entendiendo que la problemática se debe abordar desde los diferentes contextos del paciente.

Las situaciones profesiones que se sistematizaron en este seminario de título son una muestra concreta de los niveles de intervención que se desarrollan en el C.T.A. y en los cuales el profesional Asistente Social podría realizar un aporte significativo en el proceso de tratamiento de los pacientes. Al mismo tiempo, estas situaciones profesionales son una muestra clara de los espacios laborales compartidos, que permiten a otras profesiones afines, asumir la rehabilitación como una de las fases de intervención en las que se puede desarrollar y mejorar mucho más en las metodologías y técnicas de los tratamientos.

Para concluir y a manera de aporte se destaca el trabajo del profesional Asistente Social, que sin dejar de lado los otros niveles de intervención, se vincula con el exterior de los centros de tratamiento, con la comunidad. En este contexto la tarea del profesional es la de promover una nueva forma de abordar, de observar e interactuar con las personas que se encuentran en proceso de rehabilitación de drogas. Así se posibilitaría cambiar la visión social del entorno disminuyendo el estigma de la problemática y lograr una vinculación real y positiva de los pacientes con la sociedad.

➤ ***Conclusiones Relativas a la Metodología de la Sistematización***

La sistematización es entendida como un instrumento metodológico que busca la producción de conocimientos desde la praxis, siendo la forma óptima para poder recoger y compartir los conocimientos que se originan en la acción, el seguimiento y reflexión de los profesionales. Para fines del Seminario de Título, ha permitido conocer las experiencias profesionales desde el actuar y la voz de los actores protagonistas, vale decir, de los profesionales que forman parte del equipo multidisciplinario del C.T.A. quienes trabajan para contribuir a la rehabilitación de personas drogodependientes.

Cabe destacar la riqueza de la metodología para capturar absolutamente el desempeño profesional en las diversas situaciones que se generan en el área laboral, permitiendo generar aprendizaje desde la práctica diaria sobre las distintas realidades profesionales y las decisiones que en respecto a ésta se realizan. Por tanto, se genera un aprendizaje relacionado con la peculiaridad de cada situación profesional vivenciada, las que se caracterizan por ser únicas, ya que responde a factores personales y ambientales incomparables, lo que caracteriza el quehacer del Centro de Tratamiento Ambulatorio de Villa Alemana.

En definitiva, la metodología utilizada se considera apropiada, no solo por permitir recoger los aspectos conceptuales que sustentan el trabajo profesional y las situaciones profesionales tal cual suceden en la práctica, sino que también permite realizar un aprendizaje con respecto a la utilización de la metodología, que en sí misma representa un aporte al repertorio profesional. En tanto es de vital importancia para quienes se desempeñan como Trabajadores sociales, al asumir la labor de recoger conocimientos desde la acción, entendiendo dicha labor como un desafío de la profesión que le permita a la misma posesionarse en áreas emergentes y de su absoluta competencia.



Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

I. LIBROS.

- Santibáñez, Erika y otros, 1995, "Manual para Sistematización de Proyectos Sociales". Ediciones CIDE, Santiago, Chile.
- Montesinos, Beneit y otros, 1997, "Intervención en drogodependencia: un enfoque multidisciplinar", Madrid, España.
- Ministerio de Salud, 1996, "Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogas", Santiago, Chile.
- Castañeda, Urquieta y otros. 2005. Lógicas de Intervención: Una Mirada desde el Colectivo Profesional. Valparaíso, Chile
- Ezequiel Ander- Egg. 1995. Diccionario del Trabajo Social. Editorial LUMEN. Buenos Aires, Argentina.
- CONACE, 2004, "Lineamientos técnicos: Tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas", Santiago, Chile.

II. SEMINARIOS DE TÍTULO.

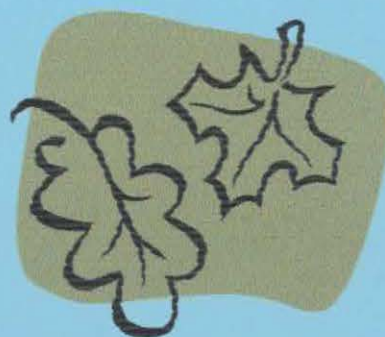
- Andrea Millar Flores, 2006. "situaciones profesionales en la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede de Valparaíso. informe de sistematización", Valparaíso, Chile.
- Santiago Cubillos y otros. 2006. "Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud". Valparaíso, Chile.

III. PÁGINAS WEB.

- Definición de Trabajo Social, Aprobado por Asamblea de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales. Montreal, Canadá. Julio del 2000. / descargado en junio del 2006.
<http://www.ifsw.org/en/p38000377.html>
- Minoletti y Zaccaria, 2005, "Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia"
www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf
- Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, 2001, Cap. 4, "Abuso y dependencia de alcohol y drogas",
http://www.minsal.cl/ici/s_1/u_14/Alcdro.pdf
- Juan Mayor, 1995, "Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social", cuadernos de Trabajo Social, Servicio de Publicaciones Universidad Complutense, Madrid,
http://www.ucm.es/BUCM/revistas/trs/02140314/articulos/CUTS_9595110213A.PDF

IV. ARTICULOS DE REVISTA.

- Ricardo Zúñiga. 1992. Sobre el sistematizar. Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile: *Revista de trabajo social*, N° 61, pp. 19-29.



Anexos

Entrevista

- 1) ¿Cuál es su nombre?**
- 2) ¿Cuál es su profesión?**
- 3) ¿Posee estudios de postgrado?**
- 4) ¿Cuál es el taller que usted realiza?**
- 5) ¿Cuál es el aporte de ese taller al proceso terapéutico de los pacientes?**
- 6) En relación a lo mismo, ¿Cuáles son los productos del taller?**
- 7) ¿Este taller tiene una estructura? Y ¿Cuál es?**
- 8) ¿Qué tipo de relación se establece durante el taller? (profesional-Paciente)**
- 9) ¿Que clima se establece en el taller?**
- 10) ¿Qué actividades previas debe realizar para la ejecución del taller?**
- 11) ¿Existe una vinculación con los otros profesionales para la ejecución del taller?**
- 12) ¿Qué dificultades visualiza usted para la ejecución del taller?**
- 13) ¿Qué responsabilidad tiene usted, al interior del equipo?**