

Universidad de Valparaíso
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

**UNA ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO Y PROYECCIÓN DEL
TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL
QUE SE DESARROLLA EN EL
CENTRO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES DEL
COMPLEJO PENITENCIARIO VALPARAÍSO.**

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

Institución Patrocinante:
Gendarmería de Chile
Complejo Penitenciario de Valparaíso

Docente Guía:
Srta. Sara Salum Alvarado

Equipo Seminarista:
Pilar Aguirre Navarro
Maudy Muñoz Astorga
Natalia Soto Quiroz





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

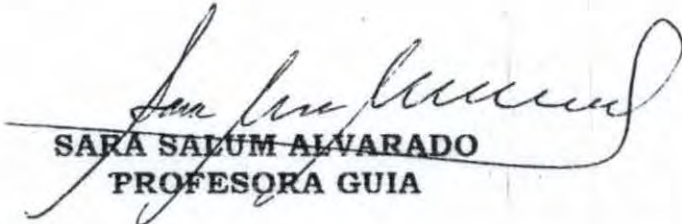
VALPARAISO, 05 de diciembre del 2006.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Guía, cumpro con informar a Ud. la calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: **"UNA ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO Y PROYECCION DEL TRATAMIENTO DE REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL QUE SE DESARROLLA EN EL CENTRO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES DEL COMPLEJO PENITENCIARIO Y VALPARAÍSO"**, cursado durante el año académico 2006 por las alumnas de la Escuela de Trabajo Social Srtas. PILAR AGUIRRE NAVARRO, MAUDY MUÑOZ ASTORGA y NATALIA SOTO QUIROZ., incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

El presente seminario de título constituye un aporte a la mirada de la realidad carcelaria en la región y a las estrategias de tratamiento en pos de la rehabilitación de los privados de libertad con problemas de adicción a las drogas. El marco teórico utilizada se enmarca dentro de la disciplina de la criminología siguiendo la tendencia socio-psicológica del interaccionismo simbólico, lo que reprecisa un aporte y una riqueza a un tema que debe ser tratado desde la criminología con rigor científico. Su metodología es adecuada y permite el logro de los objetivos propuestos, siendo además un aporte en la modalidad de estudio. Por otra parte, la mirada que otorga al tratamiento de las adicciones, los aportes que realiza al mejoramiento de las estrategias utilizadas le otorga un carácter creativo y novedoso en el estudio de esta problemática social.

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


SARA SALUM ALVARADO
PROFESORA GUIA

AL SEÑOR
ANTONIO PEDRALS G. de C.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE



REF.: INFORMA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN
SEMINARIO DE TÍTULO ALUMNA QUE SE INDICA.

VALPARAISO, 13 diciembre del 2006.

SEÑOR DECANO:


En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesor Informante, cumplo con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: **“UNA ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO Y PROYECCION DEL TRATAMIENTO DE REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL QUE SE DESARROLLA EN EL CENTRO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES DEL COMPLEJO PENITENCIARIO Y VALPARAÍSO”**, cursado durante el año académico 2006 por los alumnos de la Escuela de Trabajo Social Srta. PILAR AGUIRRE NAVARRO, MAUDY MUÑOZ ASTORGA Y NATALIA SOTO QUIROZ incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo Informe Final.

El estudio refleja una importante aporte del conocimiento de los sistemas rehabilitación y reinserción social en medio cerrado. Especialmente a la forma de tratamiento de las adicciones en este medio.

La Tesis presenta un buen manejo conceptual con abundante referencia bibliográficas a su vez genera una presentación de datos interesantes ya que muestra en forma pedagógica la formación selectiva recuperada del medio cerrado.

La citas, notas y la estructura metodológica son adecuadas y bien dirigidas para un informe final de tesis. Sin lugar a duda la presente tesis es una aporte al acervo del conocimiento de los trabajadores sociales en el mundo socio jurídico.

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


MAURICIO URETA BERNAL
PROFESOR INFORMANTE

AL SEÑOR
ANTONIO PEDRALS G. de C.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE

INDICE GENERAL

CONTENIDOS	PÁGINA
Presentación General	5
CAPÍTULO I: MARCO INSTITUCIONAL	
Presentación	7
Antecedentes históricos de Gendarmería de Chile	8
Estructura organizacional	9
Objetivos generales de Gendarmería de Chile	10
Misión de Gendarmería de Chile	11
Política de Gendarmería de Chile	11
Funciones de Gendarmería de Chile	13
Complejo Penitenciario de Valparaíso	
Antecedentes Generales	14
Antecedentes históricos	15
Organigrama	16
Estructura física de Complejo Penitenciario de Valparaíso	17
Área Técnica	
Organigrama	22
Funciones	23
Trabajo Social en Complejo Penitenciario de Valparaíso	23
Objetivos del Trabajo Social	23
Funciones del Trabajo Social	24
Niveles de intervención del Trabajo Social	25
Vinculación a redes sociales	26
Centro de Tratamiento de Adicciones	
Antecedentes generales	27
Normas generales del Centro	28
Roles y funciones del equipo profesional	30
CAPÍTULO II: DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	
Fundamentación	32
Supuestos de investigación	43
Contextualización del problema	44
Problema de investigación	46
Delimitación del tema	46
Objetivos de investigación	48

Tipo de investigación	49
Unidad de análisis	49
Técnicas de recolección de datos	50
Plan de análisis	50
Marco de Referencia	51
Variables de investigación	80
Operacionalización de variables	81
CAPÍTULO III: DIAGNÓSTICO SOCIAL	
Presentación	95
Análisis cuantitativo de la información	97
Análisis cualitativo de la información	138
Síntesis diagnóstica	154
Prognosis	156
CAPÍTULO IV: PROGRAMACIÓN.	
Fundamentación	158
Descripción de programa y proyectos	160
Matriz Proyecto 1	165
Matriz Proyecto 2	175
Carta Gantt proyecto 1	178
Carta Gantt proyecto 2	179
CAPÍTULO V: EJECUCIÓN.	
Presentación	181
Proyecto 1	182
Proyecto 2	184
CAPÍTULO VI: EVALUACIÓN.	
Presentación	188
Evaluación del programa	189
Evaluación del proceso metodológico	193
Evaluación frente a la temática abordada	194
Conclusiones	196
Hallazgos temáticos	198
BIBLIOGRAFÍA	200
ANEXOS	204

PRESENTACIÓN GENERAL

A través del período comprendido entre los meses de marzo a noviembre del año 2006, se realizó la investigación e intervención profesional que da sustento al Seminario de Título *“Una estrategia de fortalecimiento y proyección del tratamiento de rehabilitación y reinserción social que se desarrolla en el Centro de Tratamiento de Adicciones del Complejo Penitenciario Valparaíso”*.

La institución patrocinante fue Gendarmería de Chile, específicamente el Complejo Penitenciario de Valparaíso, lugar en que se encuentra establecido el Centro de Cumplimiento Penitenciario que emplaza en sus dependencias al Centro de Tratamiento de Adicciones, atendiendo a población masculina reclusa con consumo problemático de sustancias psicoactivas y cuya intervención fue objeto de este estudio.

La intervención estuvo dada desde la perspectiva de Trabajo Social en una investigación descriptiva-explicativa, que determinó los elementos fundamentales graficados en el Diagnóstico Social realizado, siguiendo a su vez la línea metodológica del Ciclo Tecnológico, incorporando por ende las etapas de Diagnóstico, Programación, Ejecución y Evaluación.

La investigación directa con personas recluidas y que presentaron consumo problemático de sustancias, responden a un interés manifiesto del equipo seminarista, como también a una necesidad explícita que presentó la institución patrocinante, específicamente el Área Técnica del recinto.

El trabajo realizado viene, por tanto, a presentar los principales hallazgos desarrollados frente a la temática, a exteriorizar la configuración de un estudio que pretendió realizar un acercamiento que valide la complejidad del problema social que presenta el consumo de drogas en personas recluidas, como también manifestar la significancia de las posiciones frente al tema, que disuelvan las relaciones unicasales y estrategias que contribuyen a la negación del problema o a la consolidación de un estigma social que favorece la marginación de las personas que han cometido delitos y/o se encuentran privadas de libertad.

La supervisión académica de este proceso fue responsabilidad de la docente de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, Doctora Sara Salum Alvarado, en tanto la supervisión institucional fue ejecutada por el Asistente Social, Jefe del Área Técnica Local del Complejo Penitenciario de Valparaíso, Señor Juan Carlos Olguín Guzmán.

CAPÍTULO I

MARCO INSTITUCIONAL

PRESENTACIÓN

El capítulo que se presenta a continuación tiene como finalidad dar a conocer los antecedentes generales de la institución en la que se insertan las estudiantes seminaristas, ésta corresponde al Complejo Penitenciario de Valparaíso, recinto dependiente de Gendarmería de Chile.

La información que se precisa entregar, corresponde a los lineamientos generales que rigen en la institución y específicamente el Centro de Tratamiento de Adicciones (CTA) -que corresponde al área en donde las estudiantes desarrollarán la investigación-, tales como objetivos generales y específicos, funciones del recinto penal, además de las que desempeñan los profesionales que ahí trabajan, reseña histórica que fundamenta la creación de Gendarmería de Chile y posteriormente del Complejo Penitenciario de Valparaíso, estructura organizacional, política institucional, organigrama e Infraestructura física del Complejo Penitenciario Valparaíso. Por último, se hace necesario mencionar cuales son los roles del/a trabajador/a social y la importancia de éste/a en la institución.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS - GENDARMERÍA DE CHILE.

Desde los tiempos de la Colonia, hasta los modernos penales de nuestros días, Gendarmería de Chile ha experimentado un proceso constante de cambios, producto de los diversos avances tecnológicos y el incremento acelerado de la población delictual.

En Chile, el sistema penitenciario, fue adoptado mediante la ley dictada el 19 de Julio de 1843, durante la presidencia de Don Manuel Bulnes Prieto, la que determina la construcción de la cárcel penitenciaria de Santiago, siendo el ejército quien ejecutaba la función de vigilar a los reclusos. Antes de esa fecha, existía un "presidio ambulante", creado en 1836 por Don Diego Portales, el que consistía en carretas tiradas por bueyes, en donde los reos eran exhibidos y transportados para realizar trabajos en obras públicas, como forma de castigo por sus delitos.

Posteriormente, en el año 1871 se creó una guardia especial para las cárceles, a fin de reemplazar a la guardia militar. Estos eran civiles contratados para esa función, los que fueron entrenados por los soldados en base solamente a la experiencia que poseían. Sin embargo, cabe consignar que es desde la tercera década de 1900 cuando comienza la modernización del sistema carcelario.

Por decreto N° 214, del 2 de Febrero de 1911, se crea el cuerpo de Gendarmería de Prisiones, que constituye el comienzo de la actual Gendarmería de Chile como institución de seguridad y defensa social.

Por ley N° 3.815, del 30 de Noviembre de 1921, se organiza el cuerpo de Gendarmería de Prisiones, definiéndose como una institución armada a cuyo cargo está el mantenimiento y vigilancia del orden en los recintos de tribunales y prisiones del país, además esta encargada de la sujeción de los reclusos y de la vigilancia de los detenidos. Diez años más tarde, derogando la ley 3.815, se crea el Servicio de Vigilancia de Prisiones- el 30 de Diciembre de 1931- por medio de la Ley N° 5.022.

El 9 de Febrero de 1954, por Decreto Supremo 775, se crea la Escuela de Gendarmería de Chile reemplazando la escuela creada en 1944 que funcionaba en la penitenciaría de Santiago.

El 12 de Septiembre de 1979 por Decreto Ley N° 2.859, se fija la Ley Orgánica de Gendarmería de Chile, en la que se establece que es un servicio público dependiente del Ministerio de Justicia, que tiene por finalidad *atender, vigilar y rehabilitar a las personas que por resolución de autoridades competentes fueren detenidas o privadas de libertad y que en razón de sus fines y naturaleza, es una institución jerarquizada, uniformada, disciplinada y obediente.*

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.

La estructura organizacional de Gendarmería de Chile se rige a través de una Dirección Nacional, a la que corresponde la dirección del servicio, de las que dependen las trece Direcciones Regionales existentes y establecidas a lo largo del país, incluyendo:

- La Subdirección administrativa, la que tiene a su cargo los departamentos de Personal, Seguridad, Logística y Jurídico.
- Subdirección técnica, a su cargo se encuentran los departamentos Tratamientos de Planificación, Readaptación, Tratamiento en el Medio Libre y la Instrucción.
- Escuela de Gendarmería de Chile del General Manuel Bulnes Prieto.
- Central de Apoyo.
- Direcciones Regionales, las que tienen a su cargo el funcionamiento de las diversas Unidades Penales existentes en cada región del país, éstas a su vez, tienen como finalidad reforzar y coordinar las acciones de tratamiento penitenciario y de reinserción laboral.

De la V Dirección Regional de Gendarmería de Chile dependen 16 Unidades Penales¹:

C.C.P.	C.D.P.	C.P.F.	C.E.T.	C.R.S.
Valparaíso	Quillota	Valparaíso	Valparaíso	Valparaíso
Los Andes	Limache		Putendo	San Antonio
San Felipe	Casa Blanca			Los Andes
San Antonio	Petorca			Quillota
	La Ligua			

La Sección de Isla de Pascua se encuentra a cargo de Carabineros de Chile.

OBJETIVOS GENERALES DE GENDARMERÍA DE CHILE.

- Dirigir todos los establecimientos penales del país, aplicando normas establecidas en el régimen penitenciario y velando por la seguridad interna de éstos.
- Cumplir las resoluciones judiciales correspondientes, en relación con el ingreso y libertad de las personas sometidas a su custodia.
- Recibir y poner a disposición del tribunal competente a los individuos detenidos.
- Custodiar y atender a las personas privadas de libertad durante su permanencia en los establecimientos penales autorizados con vigilancia y a los recímenes carcelarios en casos en que la ley así lo determine.
- Readaptar a personas privadas de libertad, con el fin de disminuir su peligrosidad y lograr su reinserción social.
- Asistir en el medio libre a las personas que se encuentran cumpliendo condena.
- Resguardar la seguridad interna, en dependencias del Ministerio de Justicia, Corte Suprema y en Tribunales de Justicia a lo largo del país.

¹ C.C.P.: Centro de Cumplimiento Penitenciario.
C.D.P.: Centro de Detención Preventiva.
C.P.F.: Centro Penitenciario Femenino.
C.E.T.: Centro de Educación y Trabajo.
C.R.S.: Centro de Reinserción Social.

MISIÓN DE GENDARMERÍA DE CHILE.

De acuerdo a lo establecido en el Decreto con Fuerza de Ley N° 2859, del 12 de Septiembre de 1979, se constituye la Ley Orgánica de Gendarmería de Chile, que define la naturaleza, los objetivos, las funciones y estructura orgánica del Servicio, siendo su misión: *“Atender, vigilar y asistir a las personas que por resolución de las autoridades competentes, fueron detenidas, privadas de libertad o con libertad restringida, contribuyendo a su reinserción social”*

POLÍTICA DE GENDARMERÍA DE CHILE.

La política establecida obedece a principios pronunciados por el Ministerio de Justicia, las que se pueden sistematizar en:

- Proporcionar condiciones de vida digna y un sistema técnico de clasificación y segmentación adecuado a los internos.
- Generar mayores oportunidades laborales y de capacitación, en talleres institucionales y del sector privado.
- Realizar un tratamiento diferenciado de acuerdo a las características y calidad procesal de los internos.
- Incrementar y tecnificar las condiciones de seguridad, para hacer más eficientes los procedimientos operacionales y administrativos.

Esta política se orienta a hacer cumplir las penas dictadas por la justicia, llevando a cabo su accionar a través de tres Sistemas Penitenciarios:

SISTEMA ABIERTO	SISTEMA SEMI-ABIERTO	SISTEMA CERRADO
<p>Nace con la promulgación de la Ley N° 18.216, sobre medidas alternativas a las penas de reclusión, cuya función es controlar a las personas, que en conflicto con la justicia son beneficiarios de Libertad Vigilada, Reclusión Nocturna o Remisión Condicional de la pena, su principal característica es que trabaja con la <i>población de escasa peligrosidad no separándola de su medio habitual</i>, lo que significa beneficiarlos tanto a nivel personal como familiar.</p> <p>En estos establecimientos, el orden y la disciplina serán los principios para el logro de una convivencia normal en toda la colectividad civil, con ausencia de controles rígidos tales como formaciones, allanamientos, requisas, intervención de visitas y correspondencia. No obstante, el Director Regional, podrá ordenar dichos controles.</p>	<p>Surge mediante la Ley N° 14.874 en los artículos 86 y 89 del Código Penal, el que se caracteriza por el cumplimiento de la condena en el medio organizado en torno a la actividad laboral y a la capacitación, donde las medidas de seguridad adoptan un carácter de <i>autodisciplina</i> de los condenados quienes pueden moverse sin vigilancia al interior del recinto en virtud del principio de confianza que la administración penitenciaria deposita en ellos.</p>	<p>Se regula mediante el Decreto Supremo de Justicia N° 1.771, del 30 de diciembre de 1992, en su artículo 11 y 86, integrados por las unidades que albergan a quienes representan un <i>riesgo para la sociedad</i> por su situación procesal o porque la pena impuesta le impide acceder a un sistema de menor rigidez, en ellos imperan los principios de seguridad, orden y disciplina propios del régimen interno, cuidando especialmente la observación puntual de horario, de los encierros y desencierros, de los allanamientos, requisas, intervención de correspondencia y visitas, recuentos numéricos y de desplazamiento de los internos de una dependencia a otra, controlando las comunicaciones orales y escritas por razones de seguridad.</p> <p>Estos principios deberán armonizar, en su caso, con la exigencia de que no impidan las tareas de los internos, proporcionando la aplicación de Programas y Proyectos diseñados para su integración activa en la sociedad.</p>

FUNCIONES DE GENDARMERÍA DE CHILE.

Las funciones de Gendarmería de Chile, están orientadas a:

- Dirigir todos los establecimientos penales del país, aplicando las normas preventivas en el régimen penitenciario que señala la ley y velar por la seguridad.
- Cumplir resoluciones emanadas de la autoridad competente, relativas al ingreso y a la libertad de las personas sometidas a su guarda, sin que le corresponda calificar el fundamento, justicia o legalidad de tales requerimientos.
- Recibir y poner a disposición del tribunal competente los delitos, conforme a lo dispuesto en el Código de Procedimiento Penal y Leyes especiales.
- Custodiar y atender a las personas privadas de libertad en las siguientes circunstancias:
 - a. Mientras permanezcan en establecimientos penales.
 - b. Durante las salidas autorizadas con vigilancia por orden emanadas de los tribunales o autoridad administrativa competente.
 - c. A los egresados de recintos carcelarios en los casos que la ley determine.
 - d. Readaptar a las personas privadas de libertad en orden a eliminar su peligrosidad y lograr su reintegración al grupo social.
 - e. Asistir en el medio libre a las personas que accedan al mismo tiempo por encontrarse cumpliendo condenas o por otra causa legal, en condiciones que señalan los reglamentos.
 - f. Resguardar la seguridad interna de los recintos donde funcionan el Ministerio de Justicia que determina la Presidenta de la República por Decreto Supremo, sin perjuicio de las atribuciones de las fuerzas de orden.
 - g. Contratar directamente el planeamiento, estudio, proyección, constitución, ampliación, reparación y conservación de los inmuebles donde funcionen los establecimientos penitenciarios del país, cualquiera sea el monto que la ejecución de dichas obras importe.

COMPLEJO PENITENCIARIO DE VALPARAÍSO.

ANTECEDENTES GENERALES.

Identificación de la Institución.

Nombre: Complejo Penitenciario de Valparaíso.

Director Nacional: Alfredo Bañados Lagos.

Director Regional: Henry Bravo González.

Jefe Complejo Penitenciario: Sergio Palma Guíñez.

Ubicación Geográfica.

Camino La Pólvora # 665, Cerro Florida, Valparaíso. V región.

Tipo de Institución.

El Complejo Penitenciario de Valparaíso, es una Institución Pública, dependiente administrativamente del Ministerio de Justicia, y financiada por el Ministerio de Hacienda.

Cobertura del Complejo Penitenciario de Valparaíso².

El total de la población penal es de 2333 internos, cifra estimada al 15 de noviembre del año 2006.

Radio de Acción.

El radio de acción de la Institución abarca las ciudades de Valparaíso, Viña del Mar y las comunas de Con Con y Casablanca.

² La cobertura es variable en relación a los ingresos y egresos diarios que presenta el CPV.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS COMPLEJO PENITENCIARIO DE VALPARAÍSO.

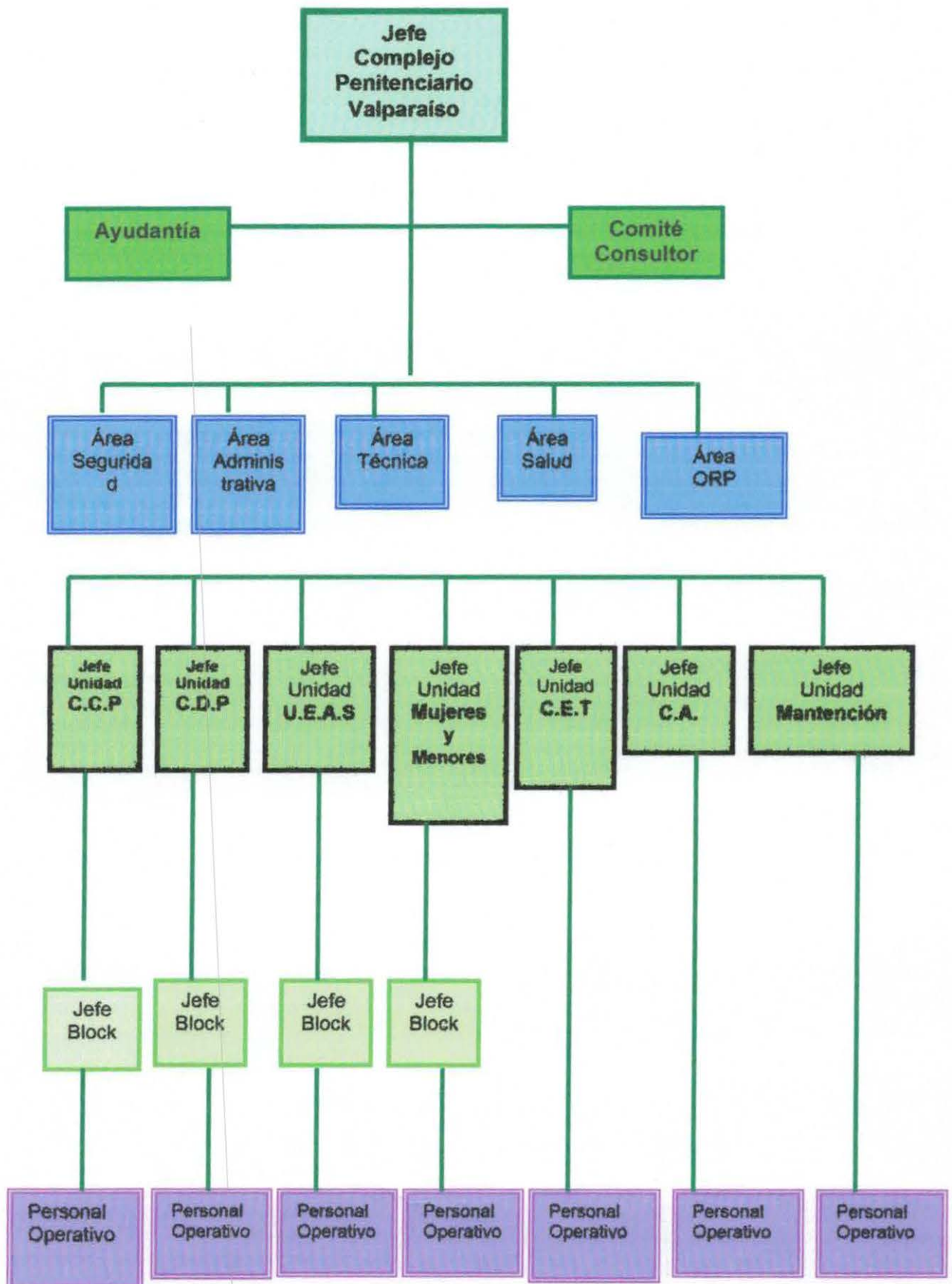
El Complejo Penitenciario de Valparaíso, es una institución de carácter público que depende administrativamente de Gendarmería de Chile y legalmente del Ministerio de Justicia, formando parte del Sistema Nacional de Defensa Social, competencia directa del Estado.

La construcción de este establecimiento, se enmarcó dentro de un proceso de adecuación y modernización acorde al desarrollo económico, político y social, en el que se encuentra inmerso el país.

Esta institución fue inaugurada el 21 de Abril de 1999, bajo la presidencia de Don Eduardo Frei Ruiz-Tagle, siendo en ese momento Ministra de Justicia la Señora María Soledad Alvear Valenzuela.

El diseño arquitectónico de este moderno complejo fue creado para albergar una capacidad de hasta 1.300 internos en celdas dotadas de instalaciones esenciales, convirtiéndose esta obra en el establecimiento penal más importante del país.

ORGANIGRAMA COMPLEJO PENITENCIARIO DE VALPARAÍSO



ESTRUCTURA FÍSICA DE COMPLEJO PENITENCIARIO – VALPARAÍSO.

El Complejo Penitenciario de Valparaíso es un sistema cerrado, el que está organizado en Unidades Penales y Áreas Funcionales.

1. **LAS UNIDADES DE RECLUSIÓN:** son establecimientos destinados a la permanencia y tratamiento diferenciado de los internos, siendo éstos:

A. CENTRO DE DETENCIÓN PREVENTIVA (C.D.P.): destinado a la población masculina adulta con calidad procesal de imputados.

A 1.- **SEGNENTACIÓN ACTUAL**

MODULO 109: IMPUTADOS Y CONDENADOS DE BAJO Y MEDIANO COMPROMISO DELICTUAL.

- * Internos con mediano y bajo compromiso delictual.
- * Buena conducta.
- * Proclives al cambio.
- * Disponibilidad para ejercer actividades laborales.

MODULO 110: IMPUTADOS.

- * Internos de alto compromiso delictual.
- * Alta adherencia a la subcultura delictual.
- * Poca motivación al cambio.
- * Refractarios a la normativa de Gendarmería.

MODULO 111: IMPUTADOS DE MEDIANO COMPROMISO DELICTUAL.

- * Internos mediano compromiso delictual.
- * Mediana internación en la subcultura delictual.
- * Reincidentes en delitos contra la propiedad y la persona.

MODULO 112: REFRACTARIOS Y HUELGUISTAS.

- * Castigados C.C.P y C.D.P

MODULO 113: CONDENADOS POR DELITOS ECONÓMICOS Y SEXUALES.

- * Internos de bajo y mediano compromiso delictual.
- * Buena conducta.
- * Respeto a la normativa de gendarmería.

MODULO 114: CONDENADOS DE MEDIANO BAJO, MEDIANO ALTO Y ALTO COMPROMISO DELICTUAL:

- * Condenados de buena conducta, pero que no ejerzan ninguna actividad tendiente a su reinserción social, debido a que se encuentran prontos a cumplir condena.
- * Condenados de bajo y mediano compromiso con buena conducta en el penal.
- * Problemas psiquiátricos.

MODULO 115: IMPUTADOS DE ALTO COMPROMISO DELICTUAL.

- * Internos de alto compromiso delictual.
- * Con alta adherencia a la subcultura delictual.
- * Poca motivación al cambio
- * Refractarios a la normativa de Gendarmería.

MODULO 116: TERCERA EDAD Y EX FF.AA.

- * Internos de excelente comportamiento.
- * Tercera edad (60 años o más).
- * Ex FF.AA. y de orden, ex gendarmería e investigaciones de Chile.
- * Profesionales relacionados con el poder judicial.
- * Situaciones especiales.
- * Choferes de la locomoción colectiva con delitos ejercidos durante el ejercicio de su actividad.

MODULO 117:

PATIO A: IMPUTADOS DE BAJO COMPROMISO DELICTUAL

- * Imputados de bajo compromiso delictual.
- * Nula participación en la subcultura delictual.
- * Soporte familiar concreto.
- * Desarrollo educacional de acuerdo a su edad.

PATIO B: IMPUTADOS BAJO COMPROMISO DELICTUAL.

- * Delitos sexuales
- * Población especial.

MODULO 118: INTERNOS CON UNA CARACTERISTICA EN COMÚN: VIH+ (SIDA).

- * Primerizos
- * Con beneficios
- * Alto y mediano compromiso delictual.
- * Con diferentes tendencias e identidades sexuales.

B. CENTRO DE CUMPLIMIENTO PENITENCIARIO (C.C.P.): destinado a la población masculina adulta con calidad procesal de condenados.

B 1. - SEGMENTACIÓN ACTUAL:

MODULO 101: LABORAL

- * Bajo y mediano compromiso delictual
- * Sólo internos que ejerzan alguna actividad laboral
- * Integridad en el ámbito social, familiar y personal
- * No presentar problemas relacionados con el tráfico de drogas
- * Muy buena conducta
- * Interno que presenta castigos no regresa al módulo

MODULO 102: INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y BUEN PRONÓSTICO

- * Bajo y mediano compromiso delictual
- * Proclives a la intervención psicosocial
- * Muy buena conducta
- * Proclives a realizar actividades educacionales y laborales

MODULO 103: INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN TRÁNSITO

- * Mediano y alto compromiso delictual
- * Proclives a la intervención psicosocial
- * En proceso de cambio

MODULO 104: ALTO COMPROMISO DELICTUAL (PORTEÑOS)

- * Mediano alto y alto compromiso delictual
- * Refractarios a la normativa vigente
- * Escasa participación en intervenciones psicosociales
- * Alta adherencia a la subcultura delictual

MODULO 105: ALTO COMPROMISO DELICTUAL (AFUERINOS)

- * Mediano alto y alto compromiso delictual
- * Refractarios a la normativa vigente
- * Escasa participación en intervenciones psicosociales
- * Alta adherencia a la subcultura delictual

C. CENTRO PENITENCIARIO FEMENINO (C.P.F.): destinado a la población penal femenina adulta, en sus diferentes calidades procesales.

C 1. - SEGMENTACIÓN ACTUAL.

MODULO A: IMPUTADAS, MENORES Y CASTIGADAS

- * Prisión preventiva
- * Menores en etapa de discernimiento
- * Castigadas

MODULO B: CONDENADAS E IMPUTADAS DE BAJO Y MEDIANO COMPROMISO DELICTUAL

- * Internas de bajo y mediano compromiso delictual
- * Buena conducta
- * Respeto a la normativa de Gendarmería

MODULO C: CONDENADAS DE MEDIANO Y ALTO COMPROMISO DELICTUAL

- * Internas de mediano y alto compromiso delictual
- * Alta adherencia a la subcultura delictual
- * Poca motivación al cambio
- * Refractarias a la normativa de Gendarmería.

D. UNIDAD ESPECIAL DE ALTA SEGURIDAD (U.E.A.S.): destinada a la población penal masculina adulta en calidad procesal de imputados o condenados, que por razones de seguridad o por graves alteraciones al régimen interno, deban ser segregados del resto de la población penal.

D 1.- SEGMENTACIÓN ACTUAL.

MODULO	SEGMENTACIÓN ACTUAL
107	Perpetuos
108	Imputados Y Condenados

E. CENTRO DE EDUCACIÓN Y TRABAJO (C.E.T.): destinado a la población penal condenada especialmente seleccionada para adaptarse a un régimen semiabierto.

E 1.- SEGMENTACIÓN ACTUAL.

MÓDULO	SEGMENTACIÓN ACTUAL
	Trabajadores.

F. CENTRO PENITENCIARIO DE MENORES (C.P.M.): destinado a menores de 18 años de edad que ingresan por orden del tribunal.

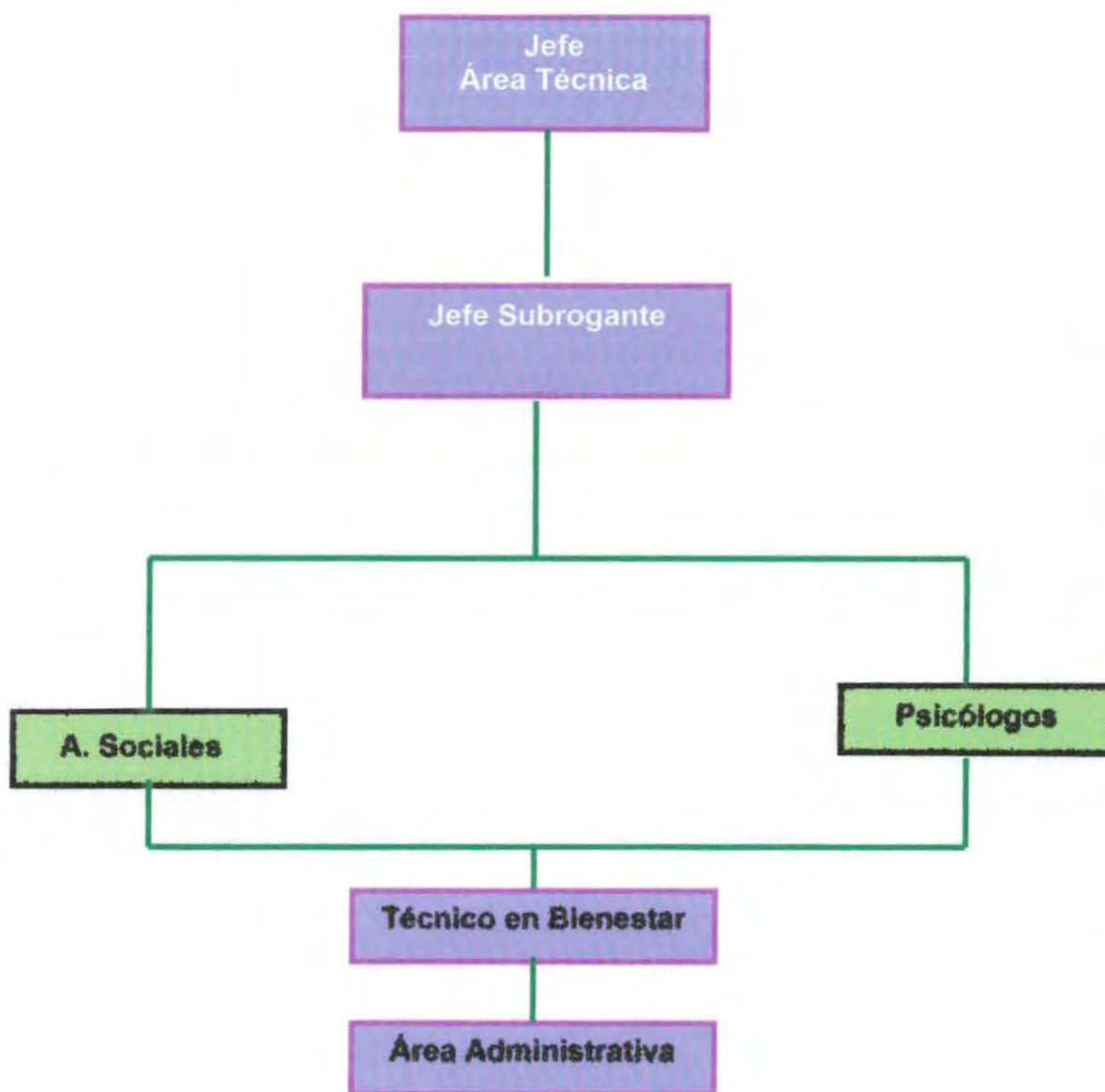
* Menores imputados

F 1.- SEGMENTACIÓN ACTUAL.

MÓDULO	SEGMENTACIÓN ACTUAL
210	MENORES

ÁREA TÉCNICA DEL COMPLEJO PENITENCIARIO DE VALPARAÍSO.

ORGANIGRAMA ÁREA TÉCNICA.



El área técnica, es la encargada de:

- Determinar las intervenciones que requiere la población penal y proponer los programas de atención y asistencia.
- Aplicar los procedimientos y criterios de clasificación y segregación de la población penal.
- Llevar el control penitenciario de la población penal realizando todas las acciones que procedan en relación al ingreso, egreso, registro, archivos y entrega de la información estadística y computacional según los procedimientos establecidos.
- Supervisar, orientar y ejecutar programas y proyectos de asistencia y tratamiento.
- Evaluación del resultado de los distintos programas de atención y asistencia.
- Realizar las labores de investigación, planificación y elaboración de proyectos en relación con el tratamiento de internos.
- Retener, custodiar y devolver a quien corresponda las especies retenidas a los internos al ingreso a la unidad.

Dentro de esta área trabajan asistentes sociales y psicólogos, los que desempeñan su labor a través de duplas, desarrollando un trabajo interdisciplinario pretendiendo una atención adecuada a los requerimientos y necesidades de los internos del Complejo Penitenciario de Valparaíso.

TRABAJO SOCIAL EN COMPLEJO PENITENCIARIO - VALPARAÍSO.

El/la Trabajador/a Social que se desempeña, dependiente del área técnica del Complejo Penitenciario de Valparaíso, orienta su labor fundamentalmente en el sistema penitenciario intramuros, vale decir, su trabajo está enfocado en las personas privadas de libertad. En dicho ámbito de acción, el/la profesional asume un rol eminentemente facilitador en el desarrollo de capacidades personales, sociales y laborales.

Frente a esto, se destaca que dicho rol, debe contribuir a la generación de condiciones propicias para que este proceso de intervención se desarrolle, en virtud de la ejecución de un trabajo integral que involucra la participación del sujeto de intervención a fin de incorporarlo a las redes sociales de apoyo existentes.

De acuerdo a esto, el/la asistente social busca por medio de su accionar profesional integrar diferentes métodos que propendan, en el mediano o largo plazo, conseguir que la población que se encuentra a nivel intramuros pueda recibir asistencia en torno a necesidades inmediatas, y principalmente la obtención de capacidades que fortalezcan el proceso individual de reinserción social.

OBJETIVOS TRABAJO SOCIAL – CPV.

El/la asistente social que se desempeña en el CPV, desarrolla su trabajo en pro de la ejecución de sus objetivos, a saber: *“Realizar el diagnóstico, determinar, elaborar, organizar, ejecutar y/o supervisar los programas y proyectos de asistencia y de tratamiento para la reinserción social de la población penal y participar en las acciones y procedimiento de otorgamiento de beneficios Intrapenitenciarios”.*

FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL – CPV.

- Diagnosticar y determinar las acciones asistenciales y de tratamiento de la población penal, proponer y desarrollar las acciones, programas y proyectos que procedan.
- Aplicar y llevar, en coordinación con el Área de RMPP, los instrumentos de evaluación y seguimiento de los internos condenados, incorporando sus resultados a la Ficha Única.
- Proponer los cambios de módulos y celda al Jefe de Unidad.
- Evaluar el desarrollo y resultado de los distintos programas de asistencia y tratamiento, determinando los cambios que procedan.
- Aplicar los procedimientos destinados a la selección de internos para programas de capacitación, incorporación a actividades laborales y otras acciones de tratamiento.
- Mantener al día el diagnóstico de la población penal.
- Gestionar recursos para proyectos de tratamiento y reinserción socio-laboral.
- Asistir a los internos en módulo.
- Gestionar la ejecución de actividades al interior de cada módulo (coordinación).
- Derivación de casos a Consejo psicológico.

NIVELES DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL – CPV.

Las nuevas exigencias formuladas por la realidad social y la tendencia a la modernización de los sistemas penitenciarios, han planteado diversas inquietudes al trabajo social. Como respuesta a este desafío se ha desarrollado un conjunto de acciones encaminadas a nivelar el conocimiento teórico en el campo de las ciencias sociales y penitenciarias, realizando un trabajo diferenciado con los internos en calidad de imputados y condenados a nivel de caso y grupo, puesto que a nivel comunitario se han realizado actividades esporádicas.

A nivel de caso, el trabajo que se realiza con los internos, va dirigido a atender la problemática de urgencia, coordinándose con los servicios de asistencia judicial e instituciones de la comunidad para la obtención de recursos. Este trabajo se realiza a través de entrevistas personales con el interno, como también con algún miembro de su grupo familiar, además de realizar visitas domiciliarias cuando la situación lo amerite. La acción profesional está orientada también, a la investigación de antecedentes del interno, con el propósito de realizar posteriormente un diagnóstico de la situación problema, así mismo la labor profesional, se enfoca a la orientación respecto de acciones que deberá realizar el interno con su grupo familiar, con fines de tratamiento, realizando seguimiento del caso, que finalmente terminará en una evaluación de la intervención profesional.

La intervención grupal, se realiza a través de un programa de trabajo que permita al interno la incorporación a un grupo, que esté en directa relación con sus intereses y aptitudes personales. Dicho proceso deberá realizarse en conjunto con el equipo técnico de la institución.

VINCULACIÓN A REDES SOCIALES.

Son aquellas actividades orientadas a generar, fortalecer y/o ampliar redes sociales de los internos, esto implica trabajar con la familia, amigos, actores significativos de la comunidad, organizaciones sociales, religiosas, culturales, empresariales, entre otras.

Tiene como principales objetivos:

1. Ofrecer a los internos oportunidades de relacionarse con personas de la comunidad.
2. Canalizar la satisfacción de las necesidades psicosociales y afectivas, a través de personas comprometidas con su proceso de reinserción social.
3. Facilitar el acceso del interno a fuentes laborales a su egreso, en igualdad de condiciones con otros ciudadanos.
4. Entregar herramientas que les permitan acceder a programas de acción social de la comunidad.

CENTRO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES: "SURICATA" EX COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

El **Centro de Tratamiento de Adicciones**, programa ejecutado por el Área Técnica del Complejo Penitenciario de Valparaíso, surge en el año 2003 bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica.

En nuestro país, las iniciativas de incorporación de un proceso de acompañamiento en la rehabilitación de los internos con problemas de adicción se comenzaron a desarrollar a comienzos de la década del noventa, bajo la meta número 4 del Ministerio de Justicia: *"Modernización de los servicios del sector justicia"*. La primera experiencia se presenta en la Unidad Penal: Colina I, denominada "Monseñor Carlos Oviedo Cavada", entregando tratamiento individualizado a los reclusos, convirtiéndose en un modelo para el resto de los Centros Penitenciarios.

El Complejo Penitenciario de Valparaíso, dando lugar a las necesidades explícitas de su población y atendiendo a las metas del Ministerio de Justicia, incorpora dentro de su estructura un espacio concreto dirigido a proporcionar apoyo psicosocial a los internos con problemáticas de drogas y/o alcohol, esta instancia corresponde al Centro de Tratamiento de Adicciones (ex Comunidad Terapéutica) SURICATA, la que inicia sus actividades en enero del año 2003, producto de un convenio institucional entre Gendarmería de Chile y CONACE.

El proyecto de Comunidad Terapéutica se enmarca de la siguiente manera:

Etapas del proyecto:

1. **ACOGIDA:** Esta fase tiene una duración estimada de 3 meses, y tiene como meta, otorgar elementos básicos para enfrentar la comunidad, suponiendo que de los participantes hay una decisión voluntaria y libre, lo que indica un compromiso en el proceso. Además de firmar el contrato terapéutico en donde se encuentran los límites, tareas, deberes y derechos del usuario en el Centro.
2. **COMUNIDAD:** La segunda fase, considerada de mayor significación e importancia. Es la que abarca mayor tiempo y en donde se focaliza el trabajo terapéutico considerando el mayor énfasis. Tiene una duración variable de 8 meses.
3. **REINSERCIÓN:** La tercera fase que determina las expectativas positivas y auto eficiente para preparar el egreso, su duración aproximada es de 3 meses, la que prepara al participante para el reingreso a la sociedad.

Durante las tres fases se realiza una intervención con la familia de los participantes o con personas afectivamente significativas para ellos, bajo la modalidad de talleres grupales, complementando con visitas domiciliarias, entrevistas individuales y en los casos requeridos, apoyo psicológico. El propósito del trabajo con las familias busca generar, reestablecer o fortalecer el vínculo afectivo y normativo para lograr una inserción efectiva del participante con su familia.

Este espacio destinado en un comienzo al tratamiento de internos bajo los lineamientos de Comunidad Terapéutica se encuentra hoy orientado a establecer una modalidad de trabajo como: Centro de Tratamiento de Adicciones, enfocando su desarrollo principalmente en la configuración individual del interno.

NORMAS GENERALES DEL CENTRO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES.

NORMAS	REQUISITOS DE INGRESO	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	CAUSAS DE EXPULSIÓN
<p>-No se discrimina y no se excluye de ser admitidos a usuarios que se sabe o se sospecha portador de VIH u otra enfermedad de transmisión sexual.</p> <p>-La admisión es libre de la necesidad del test de VIH y de otra enfermedad de transmisión sexual.</p> <p>-La admisión es libre, respecto de creencias religiosas, culturales y étnicas.</p> <p>- Los usuarios deberán someterse a exámenes médicos para detectar consumo de drogas, sin previo aviso.</p>	<p>-Internos condenados.</p> <p>-Que presentan buena conducta.</p> <p>-Que se encuentran como mínimo a dos años de cumplir su condena.</p> <p>-Edades que fluctúen entre 20 a 35 años.</p> <p>-Que presenten historia de abuso de alcohol y/o drogas.</p> <p>-Que preferentemente cuenten con apoyo familiar externo y/o red de apoyo.</p> <p>-Preferentemente saber leer y escribir.</p>	<p>-Condenados por delitos sexuales.</p> <p>-Internos con psicopatología de base.</p> <p>-Alta contaminación carcelaria.</p> <p>-Internos con daño orgánico cerebral.</p>	<p>-Agresión física, psicológica y/o verbal a cualquiera de los compañeros o profesionales en el ejercicio del proceso terapéutico.</p> <p>-Robo y/o daño a los bienes materiales del CTA.</p> <p>-Infringir reiteradamente o de manera grave las normas de convivencia del Centro, con previa evaluación del equipo profesional.</p> <p>-Incurrir en faltas al régimen penitenciario que impidan de acuerdo a lo establecido en éste, la participación en el proceso terapéutico.</p>

DERECHOS DE LOS INTERNOS.

El Centro de Tratamiento de Adicciones (ex Comunidad Terapéutica) se adscribe a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada el 10 de Diciembre de 1948. Además de estos derechos fundamentales, los participantes tienen derecho a:

- Conocer los fundamentos filosóficos, principios, normas y valores que sustentan el programa.
- Claridad de responsabilidades, entrenamiento adecuado, apoyo y supervisión que aporte el programa.
- Dignidad, respeto, salud y seguridad durante todo su proceso.
- Recibir tratamiento sin discriminación alguna.
- Ser escuchados y atendidos con el debido respeto por todo el equipo de profesionales.
- Obtener respuestas oportunas en lenguaje claro, sencillo y preciso.
- Absoluta confiabilidad de la información obtenida en el transcurso del proceso terapéutico.
- Acceso a espacios de deportes y recreación.
- Evaluar el proceso terapéutico en general.
- Abandonar el programa en forma voluntaria.
- Proporcionar al beneficiario, familiares y/o apoderados información oral y escrita si así se requiere.

ROLES Y FUNCIONES DEL EQUIPO PROFESIONAL (CTA).

DIRECTOR	PSICOLOGO	ASISTENTE SOCIAL	MONITOR LABORAL	FUNCIONARIO GENCHI
<ul style="list-style-type: none"> -Coordinar las actividades del equipo profesional. -Participar en la selección de los internos. -Participar de la exclusión de los internos. -Velar por el cumplimiento de las actividades programadas. -Representar al CTA frente a otras organizaciones. -Velar por la adecuada atención brindada a los internos. -Informar oportunamente por conducto regular a estamentos institucionales superiores respecto a actividades, tratamientos y evaluaciones propias del proceso terapéutico. -Proponer capacitaciones para equipo profesional. -Elaboración de informes de evaluación del proceso terapéutico a jefaturas directas. -Coordinar actividades de difusión y comunicación del Centro. -Convocar y presidir reuniones del CTA y equipo técnico. 	<ul style="list-style-type: none"> -Reporte directo al director del Centro de Tratamiento de Adiciones. -Participar en la selección de internos. -Participar en la exclusión de los internos. -Planificar y ejecutar plan de tratamiento diferenciado para los internos miembros del CTA en coordinación con el equipo profesional. -Realizar intervenciones en crisis. -Elaborar informes trimestrales de evaluaciones de actividades y tareas profesionales asignadas. -Diseñar y ejecutar intervenciones específicas para internos. -Retroalimentación con equipo profesional. -Participar en reuniones programadas en Centro. -Apoyar a los profesionales en intervenciones psicosociales. -Realizar psicoterapia individual y grupal. -Registro de carpetas psicosociales. -Toda actividad inherente a su función. 	<ul style="list-style-type: none"> -Reporte directo al director del Centro de Tratamiento de Adiciones. -Participar en la selección de internos. -Participar en la exclusión de los internos. -Creación y formalización de redes sociales en el medio libre. -Generar y potenciar proyecciones laborales del sujeto en el medio libre. -Elaborar informes trimestrales de evaluaciones de actividades y tareas profesionales asignadas. -Reforzar el vínculo familiar. -Realizar visitas domiciliarias. -Intervenciones en crisis. -Colaborar en diseño de las rutinas de actividades. -Retroalimentación con equipo profesional de CTA. -Responsable de talleres familiares. -Realización de talleres sociales. -Toda actividad inherente a su función. 	<ul style="list-style-type: none"> -Reporte directo al director del Centro de Tratamiento. -Administrar y abastecer los bienes del CTA. -Colaborar en generación y ejecución del plan de tratamiento diferenciado para los participantes del CTA. -Acompañar a los participantes en actividades de rutina diaria. -Participar en actividades del plan de tratamiento. -Llevar actualizaciones de registros administrativos y documentos propios del Centro. -Participar en reuniones técnicas. -Colaborar en talleres psicosociales. -Encargado de definir actividades y rutinas del CTA. -Firma de contrato terapéutico. -Mantener libro de sugerencias, felicitaciones y reglamos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Colaborar en la generación y ejecución del plan de tratamiento diferenciado. -Cautelar el cumplimiento del régimen interno por parte de los participantes y velar por las condiciones del CTA. -Traslado de internos desde Módulo de referencia hasta las dependencias del Centro. -Informar oportunamente por escrito, las trasgresiones al orden y la disciplina. -Colaborar con las actividades del equipo del CTA. -Participar en reuniones específicas del Centro. -Coordinar el traslado de participantes a las distintas unidades y/o áreas del Complejo Penitenciario con grupo de traslado. -Retroalimentación con equipo profesional.

CAPÍTULO II

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

FUNDAMENTACIÓN

El problema de la delincuencia se ha constituido en una preocupación central tanto a nivel de gobierno como de la opinión pública. Autoridades gubernamentales, como políticos e intelectuales, se han referido a la temática de la delincuencia, la han estudiado, han intentado explicarla y a partir de allí, proponer soluciones. Para las instituciones públicas y privadas, hoy esta situación no pasa desapercibida. Cuando la contingencia advierte que problemáticas siempre existentes se vuelven una prioridad para la opinión pública -materializada principalmente a través de los medios de comunicación- bien vale el esfuerzo incorporar argumentos que eviten los juicios unicastales.

La delincuencia como fenómeno social, puede ser analizada desde múltiples orientaciones -a través de datos estadísticos, análisis de percepción social frente al fenómeno, entre otras- sin embargo, lo trascendental incluye un análisis estructurado considerándolo ante todo como un *problema social* que ya no amerita ser obviado, sino más bien estudiado e intervenido, considerando su carácter transversal en tanto afecta, pero también debe *comprometer* a la sociedad como tal.

En América Latina el problema social de la delincuencia ha sido estudiado por múltiples organizaciones¹ intentando diagramar la situación considerando de igual forma la multiplicidad de factores que diferencian a cada país, conjugando aspectos internos, político – institucionales, económicos, geográficos, entre otros.

En Chile, el estudio de la delincuencia es abordado tanto desde el aparato gubernamental como también desde el privado², reflejado principalmente en documentos e informes técnicos, como también en medidas específicas por parte de las autoridades públicas preferentemente ligadas al control de los delitos, aumentando la dotación de Carabineros, operativos policiales en poblaciones específicas, entre otras.

En tanto, hoy cobran también válida importancia las orientaciones que buscan abordar el problema de la delincuencia desde un enfoque de *doble orientación*³, vale decir, que combinan medidas de control y prevención involucrando esfuerzos interinstitucionales y prevención a través de la educación.

¹ Entre las que destacan CEPAL, FLACSO, entre otras.

² Donde se pueden mencionar Ministerio del Interior – Seguridad Ciudadana. Fundación Paz Ciudadana.

³ Mencionado en "Prevenir o Reprimir: falso dilema de la seguridad ciudadana", CEPAL. 2000

Ahora bien, más allá de argumentos que refuerzan el verdadero problema de la delincuencia, cobra importancia el trabajo directo que se realiza con quienes han recibido una sanción judicial y hoy están reclusos. Esta preocupación tiene directa relación con las posibilidades de *reinserción social* positiva de los internos, como también de las condiciones psicosociales y espaciales en que éstos se encuentran dentro de las cárceles, donde surge significativamente el concepto de la *"cárcel como escuela del delito"*, acrecentado en personas que ingresan como primerizos. A este respecto, las orientaciones que hoy cobran mayor significado pretenden reforzar el uso del tiempo de privación de libertad como una oportunidad para la rehabilitación, haciendo especial hincapié en la educación, la capacitación para el trabajo y el apoyo psicosocial, lo que puede influir positivamente en la reducción de las tasas de reincidencia delictual.

Frente al estudio y análisis de la delincuencia surge otro problema social que afecta a un número importante de individuos y que en muchos casos es asociado a las conductas delictivas, no estableciendo una relación causal, pero sí constituyendo ciertos factores asociados entre ambos, éste se refiere al *consumo de sustancias adictivas, como alcohol y/o drogas*. Son numerosas las entidades públicas y privadas que enfocan todos sus esfuerzos en la prevención temprana y la rehabilitación del consumo de drogas y alcohol.

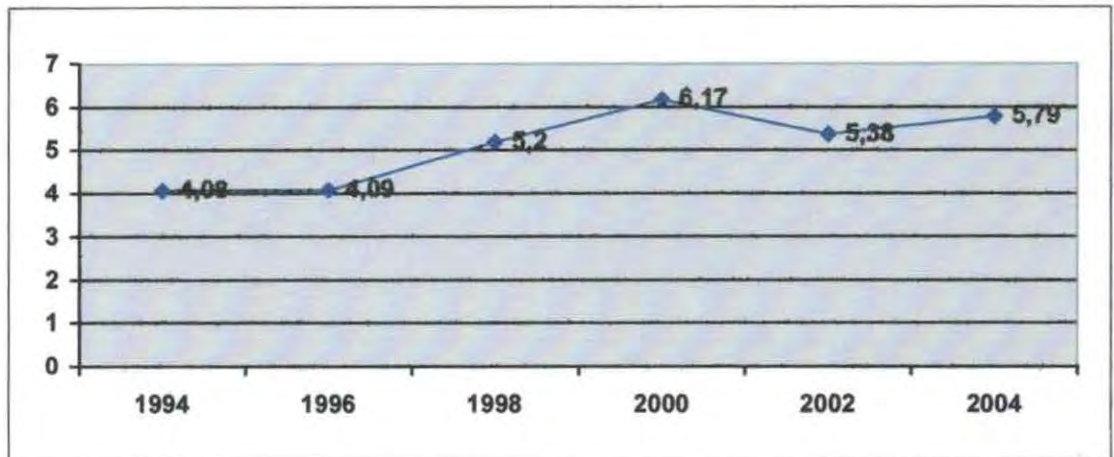
En el "Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2005" realizado por CONACE⁴ se visualizan índices significativos en el consumo de sustancias.

Las características del tipo de consumo en los estratos específicos de la sociedad en donde se presenta en mayor medida y como se expresa el consumo de drogas en relación a género, se dan a conocer en las siguientes cifras extraídas del estudio mencionado anteriormente:

- El uso de drogas se ha estabilizado en los últimos años, después de haber aumentado sostenidamente en los años noventa. Las tendencias de consumo de marihuana y cocaína siguen este comportamiento característico: *se elevan durante toda la década del noventa y se estabilizan en la década actual.*

⁴ CONACE: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, organismo dependiente del Ministerio del Interior, creado por el gobierno en 1990, tiene por misión implementar las políticas públicas en torno al problema de las drogas y prevenir el consumo y tráfico de sustancias ilícitas en Chile.

GRÁFICO 1: Evolución del consumo de cualquier droga entre los años 1994-2004.

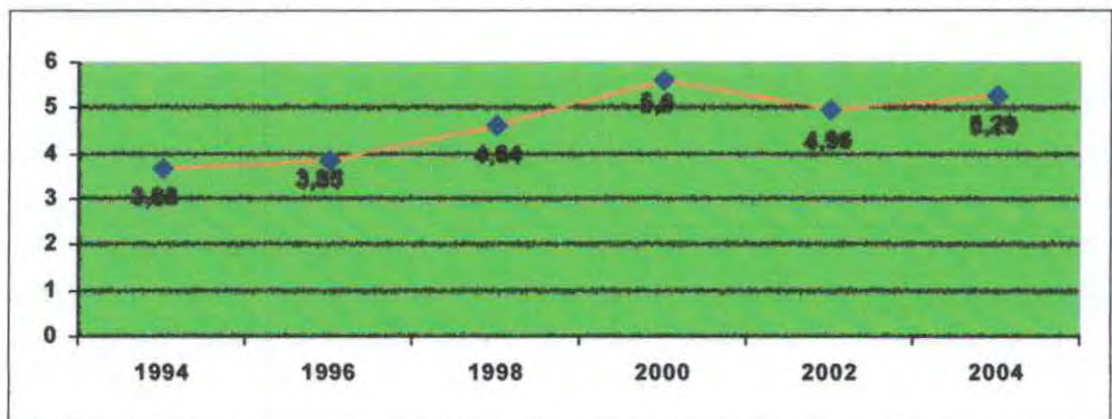


Fuente: CONACE, 2005.

El uso de cualquier droga ilícita (marihuana, pasta base, cocaína) alcanzó a 5,79% en el último semestre del 2004 e inicios del 2005, la cifra más alta alcanzada se da en el año 2000 (6,17%) que fue el año en que se obtuvieron las prevalencias⁵ más altas de consumo.

- La droga ilícita de mayor consumo en nuestro país sigue siendo la *marihuana*, y además indica que el aumento de la participación femenina en el consumo de ésta es un dato característico de toda la década. La diferencia de que por cada 4 hombres había una mujer que consumía marihuana se ha ido cerrando hasta llegar a que por cada 3 hombres una mujer consume, según los resultados actuales.

GRÁFICO 2: Evolución del consumo de marihuana entre los años 1994-2004.



Fuente: CONACE, 2005.

⁵Prevalencia: proporción de personas que en un momento determinado han consumido la droga estudiada. El consumo por última vez pudo darse: dentro del último año, es decir prevalencia del último año; y alguna vez en la vida, en lo que corresponde a la prevalencia de vida. (Estudio nacional de consumo de drogas, informe final, CONACE, 2005)

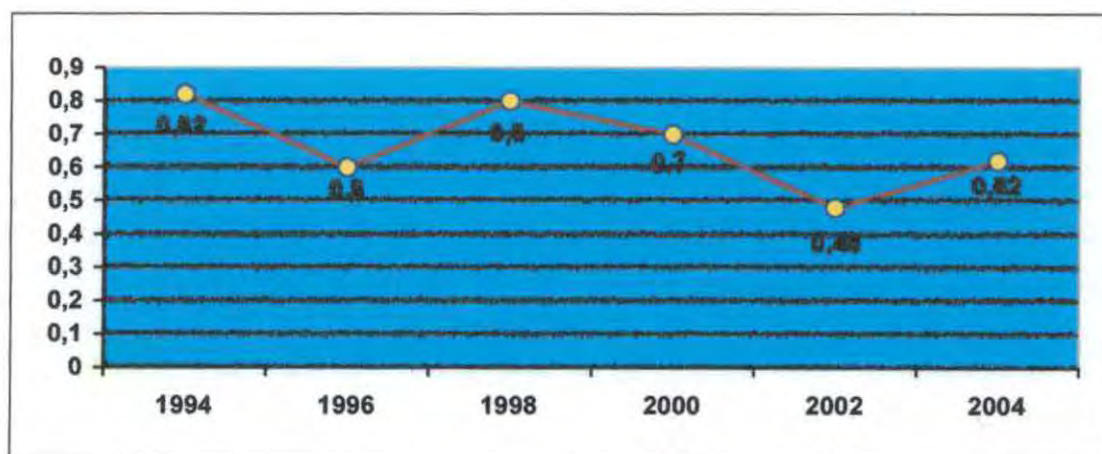
Como muestra la gráfica, el uso de marihuana marcó una curva ascendente desde 1994 (3.68%) hasta 2000 (5.6%) para estabilizarse en alrededor de una declaración del 5% en estos últimos años. El resultado actual confirma que la progresión de la marihuana en los noventa se ha detenido, tomando en cuenta que estas cifras son otorgadas por aquellas personas que “declararon consumir marihuana”.

- En el caso específico del uso reciente de marihuana en regiones, ésta se presenta de la siguiente manera: la Primera Región, con un 7,9%, seguida por la Metropolitana (7,2%), Quinta (6%) y Sexta (5,1%), ésta última se encuentra por debajo de la tasa nacional (5,8%).

Las regiones mencionadas anteriormente, son aquellas que registran las mayores prevalencias, con relación a las otras nueve regiones del país. Mientras que en el año 2002 la mayor tasa de consumo regional era presentada por la *Quinta Región*, en el 2004 es la Primera Región del país la que presenta la mayor prevalencia de consumo de marihuana.

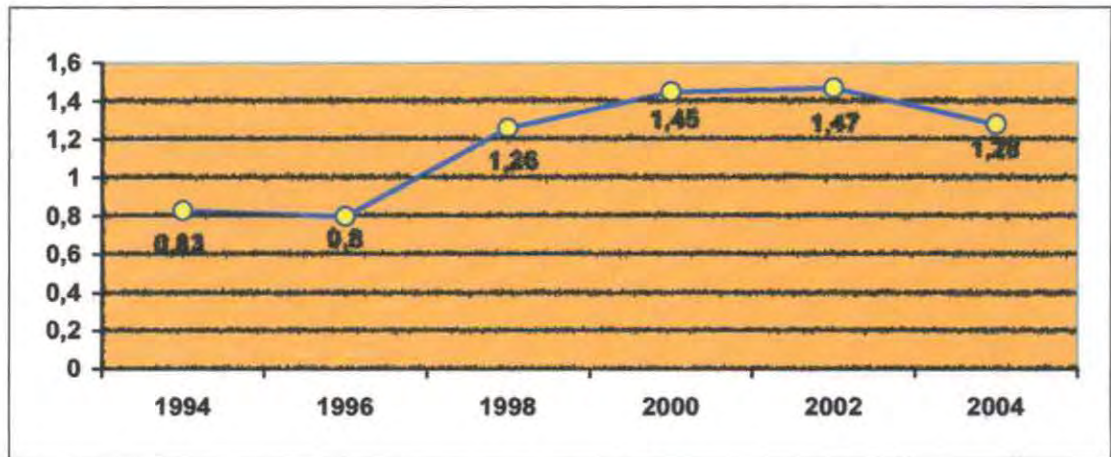
En términos del consumo de sustancias como la pasta base y la cocaína en Chile, se pueden establecer las siguientes conclusiones:

GRÁFICO 3: Evolución del consumo de pasta base entre los años 1994-2004.



Fuente: CONACE, 2005.

GRÁFICO 3.1: Evolución del consumo de cocaína entre los años 1994-2004.



Fuente: CONACE, 2005.

Como se expresa en los gráficos anteriores, la declaración de consumo de *pasta base* el último año marcó 0,62%. Los resultados del consumo de pasta base indican una proporción de uso constante que fluctúa entre 0,5% y 0,8% de la población. En tanto, la declaración de consumo de cocaína en el último año marcó, por su parte, 1,28%, a diferencia de la pasta base. El uso de cocaína mostró un aumento sostenido desde 1994 (0,83%) hasta 2000 (1,45%).

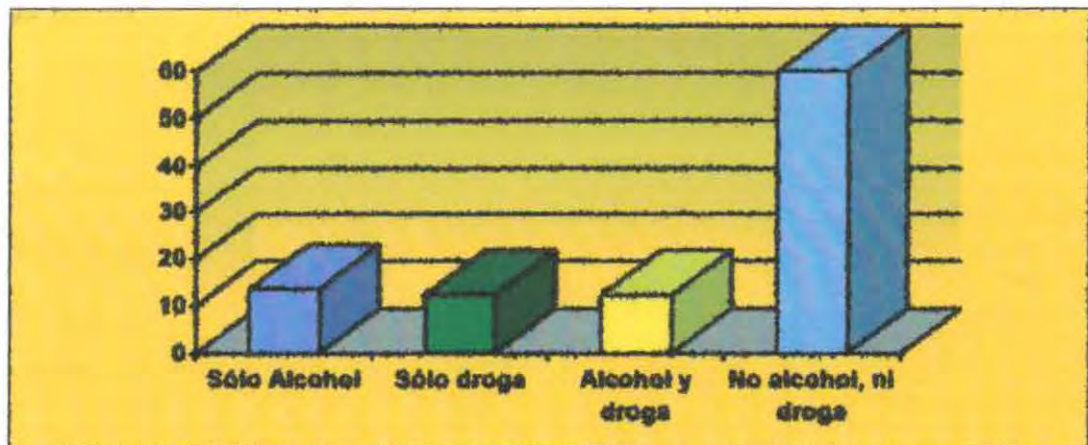
Por lo anterior, queda claro, que el consumo de drogas mantiene un aumento sostenido debido al incremento del consumo de marihuana, pasta base y cocaína, la que se produce en todos los sectores, principalmente en aquellos altamente vulnerables como son los adolescentes y los niveles socioeconómicos bajos (principalmente el consumo asociado a la marihuana y pasta base).

¿Qué pasa entonces cuando estos dos problemas sociales se conjugan? ¿Existe una relación causal entre estos dos fenómenos?

El vínculo entre droga y delincuencia es muy complejo. Algunos factores de riesgo explican tanto el abuso de sustancias, como la comisión de ciertos delitos. Sin embargo, parece evidente que existen algunas vías a través de las cuales las drogas parecen detonar un comportamiento delictivo posterior, como por ejemplo, la comisión de delitos para financiar el consumo; la comisión de delitos bajo los efectos de alcohol y drogas; y la participación en hechos de violencia, delitos como robo, hurto o microtráfico, podrían deberse a la necesidad de financiar un hábito que, en promedio, cuesta unos veintinueve mil pesos mensuales (\$29.000) a los

que consumen sólo marihuana, y unos trescientos cincuenta y cinco mil pesos mensuales (\$355.000) a los consumidores habituales de cocaína y pasta base⁶. El abuso de sustancias y la comisión de delitos son dos conductas que muchas veces se podrían presentar juntas, por lo que intervenir en una de ellas tiene consecuencias positivas para la reducción de ambas.

GRÁFICO 4: Comisión del primer delito bajo influencia de alcohol / drogas⁷.



Fuente: Centro de Tratamiento de Adicciones-CPV, 2006

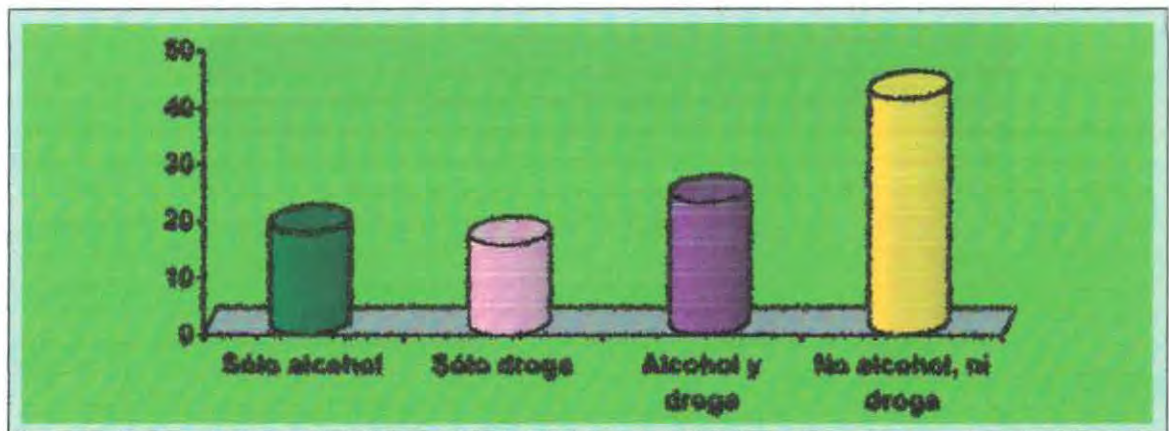
Desde los datos expuestos, el primer delito se efectúa en un 38,5% bajo los efectos del alcohol o droga. Sin embargo, el 59,9% de los delitos en una *primera instancia* no son cometidos bajo la influencia del alcohol y/o droga.

En relación a la influencia de alcohol y/o drogas en la comisión del delito la situación varía, ya que quienes cometen el delito bajo los efectos de alcohol o droga representan un 56,8%, en tanto la comisión de delitos sin la presencia de alcohol y/o drogas baja a un 41,5%, en comparación con el gráfico anterior.

⁶ Fuente: "Modelo de Intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, recluidas en los establecimientos penitenciarios chilenos" Tomo 1, Documento entregado por CONACE, Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV.

⁷ Los antecedentes estadísticos que se entregan, son extraídos de un estudio sobre la población penal que ha sido beneficiaria del Centro de Tratamiento de Adicciones del Complejo Penitenciario de Valparaíso en sus 3 años de implementación. El universo de internos que participan de esta experiencia es de 65 hombres (año 2006)

GRÁFICO 5: Comisión de delito actual bajo influencia de alcohol y/o drogas.



Fuente: Centro de Tratamiento de Adicciones-CPV, 2006

Con el objeto de profundizar en este tema, Fundación Paz Ciudadana⁸ realizó en el año 2005 el estudio "Consumo de drogas en detenidos". A través de una entrevista (633 casos) y test de orina (532 casos) a mayores de edad detenidos en flagrancia por delitos de mayor connotación social (robo, hurto, lesiones, homicidio y violación) y Ley de Drogas (tráfico, porte y consumo), en 15 comisarías del Gran Santiago, se obtuvieron los siguientes datos:

- ▶ Entre los resultados más importantes, extraídos del test de orina, se observa que el 73% de los imputados había consumido alguna droga. De ellos, el 87% había usado cocaína o pasta base y el 55%, marihuana.
- ▶ Con respecto a los aprehendidos por delitos de mayor connotación social, el 67% había consumido drogas; en el 89% de los casos, cocaína o pasta base. Además, se detectó una mayor presencia de drogas en los detenidos por robos que en los aprehendidos por hurtos y lesiones.
- ▶ En el caso de los imputados por Ley de Drogas, el 90% había usado alguna sustancia ilícita; el 83% de ellos, cocaína o pasta base.
- ▶ Si se comparan los resultados de la encuesta sobre consumo en imputados con otras encuestas nacionales, se observa que el uso de drogas en el último año es mucho más frecuente en los aprehendidos que en la población general, especialmente en el caso de la pasta base

⁸ Fundación Paz Ciudadana, es una institución de derecho privado, sin fines de lucro, creada en abril de 1992 con el objetivo de contribuir a la disminución de la delincuencia a través de la colaboración técnica en la formulación de políticas, y del desarrollo y transferencia de herramientas de trabajo. Fuente: <http://www.pazciudadana.cl>

Cuadro1: Comparación entre imputados por delitos de mayor connotación social y detenidos por la ley de drogas (año 2005)

	DETENIDOS POR DMCS (MENORES 18 AÑOS)	DETENIDOS POR LD (MENORES 18 AÑOS)	POBLACIÓN GENERAL (ENTRE 18 Y 64 AÑOS)
MARIHUANA	43,4%	68,2%	5,3%
PASTA BASE	33,9%	47,5%	0,6%
COCAÍNA	26,9%	46,4%	1,4%

Fuente: Fundación Paz Ciudadana, Abril 2005.

- ▶ El consumo de cocaína y/o pasta base se asocia a ciertos indicadores de compromiso delictual. De hecho, quienes presentaron en la orina una o ambas drogas, declararon haber sido imputados en promedio 2.3 veces el último año. En el caso de los no consumidores, el promedio fue de 1.12 veces.
- ▶ Asimismo, el 46% de quienes resultaron positivos (test de orina) señala haber estado en la cárcel el último año. Entre los no consumidores esta cifra fue de 24%.
- ▶ El 34% de los imputados se siente dependiente de, al menos, una de las tres drogas ilegales analizadas. El 70% de quienes se declararon dependientes, estaría dispuesto a comenzar un tratamiento⁹.

Hoy en día, el sistema penitenciario establece escasas posibilidades de tratamiento a los condenados y condenadas, quienes cuentan con 300 cupos para una población reclusa que bordea las 40.000 personas. Pero la oferta de tratamiento no sólo es insuficiente para infractores e infractoras, sino que también para la población general. Estimaciones de CONACE indican que en Chile hay unos 200.000 consumidores problemáticos de drogas ilícitas, de los cuales unos 37.000 quieren tratarse y sólo 12.000 fueron atendidos durante el 2004. Parece fundamental, entonces, aumentar la cobertura de tratamiento efectivo e intentar disminuir las brechas existentes entre oferta y demanda para las diversas poblaciones en riesgo, considerando a los infractores de ley precisamente como uno de estos grupos que requiere con urgencia mecanismos efectivos de derivación a tratamiento.

⁹ Datos obtenidos de pagina Web <http://www.pazciudadana.cl>, 26 de Mayo 2006.

Constatando el significado y amplitud del fenómeno como tal, es que Gendarmería de Chile en conjunto con CONACE impulsan el “PLAN DE INTERVENCIÓN INTEGRAL EN DROGAS” dirigido a personas privadas de libertad; un proyecto que promueve la implementación de Comunidades Terapéuticas en recintos penitenciarios abordando la problemática desde la prevención y control de adicciones. Es así como en 1998, se inauguró la primera Comunidad Terapéutica que desde entonces funciona al interior del recinto penal Colina I, entregando tratamiento individualizado a los reclusos y convirtiéndose en un modelo para el resto de las Comunidades que se han implementado a lo largo del país.

Sin embargo, desde el año 2005, las Comunidades Terapéuticas Intrapenitenciarias abordan la perspectiva de la rehabilitación y reinserción social desde un punto de vista centrado principalmente en el individuo, cambiando la forma de abordar el tratamiento, que hasta ahora incluía aspectos grupales, a uno en donde cada interno posee y desarrolla un proceso de intervención que considere ante todo su individualidad.

Atendiendo a este cambio de perspectiva, que básicamente establece una reforma en las áreas y enfoques del tratamiento, es que se determina la modificación en la denominación de estas instancias, cambiando de Comunidades Terapéuticas a Centros de Tratamiento de Adicciones.

A continuación se presenta un cuadro con las regiones del país que poseen Centro de Tratamiento de Adicciones dentro de recintos penales.

Cuadro 2: CENTROS DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES INTRAPENITENCIARIOS

REGIÓN	NOMBRE DEL CENTRO	RECINTO PENITENCIARIO	POBLACION ATENDIDA	CAPACIDAD
METROPOLITANA	Nueva vida	Centro de Cumplimiento Penitenciario de Colina I	Hombres, mayores de 18 años	20 internos
	Trascender	Centro Penitenciario Femenino de Santiago	Mujeres, mayores de 18 años	20 internas
I REGIÓN	Volver a nacer	Centro de Cumplimiento Penitenciario de Arica	Hombres mayores de 18 años	12 internos
	En busca de un nuevo camino	Centro Penitenciario Femenino de Arica	Mujeres mayores de 18 años	14 internos
	Nuevo amanecer	Centro de Cumplimiento Penitenciario de Iquique	Mujeres mayores de 18 años	20 internas
II REGIÓN	Tamarugal	Centro de Cumplimiento Penitenciario de Antofagasta	Hombres mayores de 18 años	25 internos
	Hacia un nuevo camino	Centro Penitenciario Femenino de Antofagasta	Mujeres mayores de 18 años	25 internas
V REGIÓN	Suricata	Centro de Cumplimiento Penitenciario de Valparaíso	Hombres mayores de 18 años	20 internos
VII REGIÓN	Amor por el cambio presente	Centro de Cumplimiento Penitenciario de Talca	Hombres mayores de 18 años	25 internos
VIII REGIÓN	Alwe	Centro de Cumplimiento Penitenciario de Concepción	Hombres mayores de 18 años	12 internos
IX REGIÓN	Renacer	Centro de Detención Preventiva de Angol	Hombres mayores de 18 años	16 internos

Fuente: Centro de Tratamiento de Adicciones-CPV, 2006

La implementación del modelo de intervención, establecido por CONACE y Gendarmería de Chile en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, recluidas en los establecimientos penitenciarios chilenos, establecen las siguientes etapas del programa de intervención en drogodependencia, con el fin de ordenar metodológicamente el tratamiento dando una estructura lógica al proceso¹⁰: **Sospecha y confirmación diagnóstica, Pretratamiento, Tratamiento, Post tratamiento e integración social.**

¹⁰ Citado en "Modelo de intervención en personas con consumo problemático de sustancias, recluidas en los establecimientos penitenciarios de Chile" tomo II, corresponden a etapas propuestas a nivel nacional.

Tomando en cuenta los antecedentes expuestos anteriormente y entendiendo que *no todas las personas que cometen delitos son consumidores problemáticos de sustancias ilícitas y que no todos los consumidores problemáticos son delincuentes*, la investigación que se llevará a cabo por el equipo seminarista dentro del Centro de Tratamiento de Adicciones del Complejo Penitenciario de Valparaíso pretende configurar y abarcar los elementos que componen y guían la intervención psicosocial que se realiza al interior de éste, con el fin de identificar y determinar los factores incidentes en el funcionamiento del proceso de rehabilitación, esto dirigido a un segundo momento dentro de la investigación, en donde se presentarán estrategias para potenciar los elementos positivos de la intervención que se le brinda a los beneficiarios, y por otro lado identificar los factores que impiden la adecuada implementación del tratamiento.

Esta investigación posee características que la ligan directamente con el trabajo social, en tanto las estrategias que se desarrollarán poseen un enfoque que incluye la dimensión social como un factor preponderante para abordar la problemática de la que se hace cargo el Centro de Tratamiento de Adicciones (CTA).

Dentro de las múltiples funciones que se desarrollan desde la profesión en el Centro de Tratamiento de Adicciones se presenta el rol de *educador y articulador de redes sociales* como las de mayor importancia. Así, considerando que la ejecución de acciones conjuntas contribuirá al desarrollo efectivo de la intervención, es necesario involucrar a los diversos actores que trascienden el abordaje individual y sitúan a la persona en un contexto y rol determinado.

No es objetivo de este estudio intervenir sobre las causas de la delincuencia y la drogodependencia, sino más bien ser partícipe de una experiencia (Centro de Tratamiento de Adicciones) que se perfila como una iniciativa -que aunque aun insuficiente en términos de cobertura- se transforma en un espacio importante para quienes reclusos también enfrentan adicción a las drogas.

SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN.

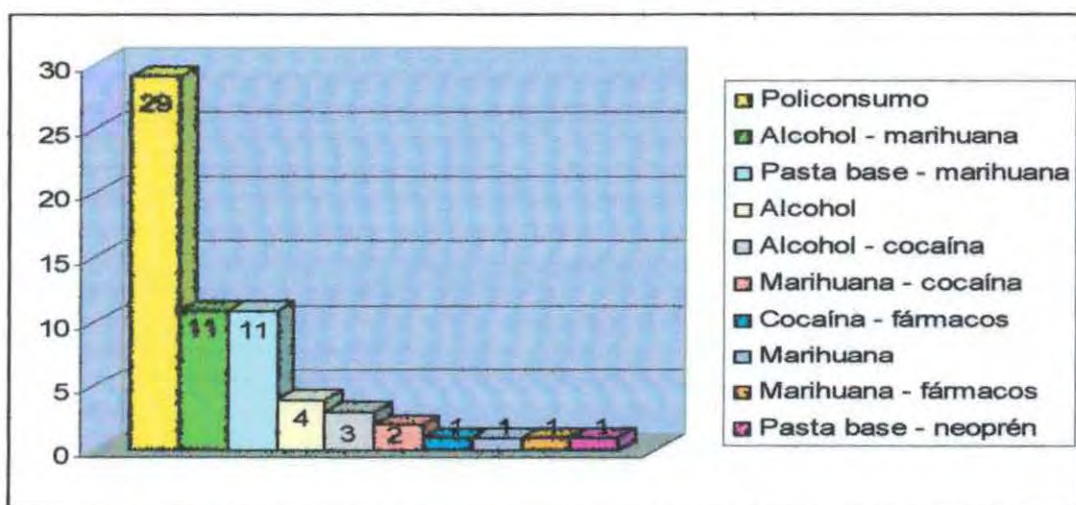
A través de los antecedentes recopilados por la investigación preliminar, y tomando en cuenta los requerimientos e inquietudes de los profesionales encargados del Centro de Tratamiento de Adicciones (CTA), se establecen como supuestos de investigación los siguientes:

- ▶ La forma en que se aplica el tratamiento de rehabilitación y reinserción social actualmente en el Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV sería insuficiente.
- ▶ El tipo, estructura y dinámica familiar que presentan los internos que actualmente son beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV incidirían directamente en el tratamiento de rehabilitación y reinserción social de los internos.
- ▶ Las características individuales, sociales y delictuales que se presentan actualmente en los internos del Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV influirían en el proceso de rehabilitación de éstos.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.

Dentro de los antecedentes que se pueden mencionar en relación a la población penal que ha sido beneficiaria (65 internos) entre los años 2003-2006 del Centro de Tratamiento de Adicciones, cabe mencionar los delitos cometidos tienden a relacionarse con actos contra la propiedad (55% de los casos) –robo con fuerza, robo con intimidación, robo con violencia- encontrándose también casos de homicidio (5% de los casos) y tráfico (3% de los casos), comprobando de igual forma una alta manifestación en la unión de delitos cometidos (35% de los casos), afirmando una importante reincidencia delictual.

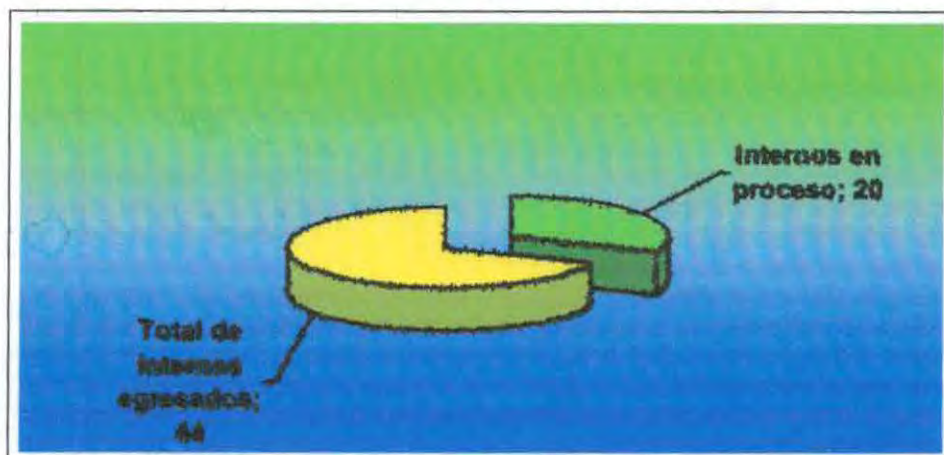
GRÁFICO 5: Tipo de sustancias de consumo.



Fuente: Centro de Tratamiento de Adicciones-CPV, 2006

Se puede apreciar en la gráfica que el consumo de sustancias ilícitas dentro de la población penal del CTA equivale principalmente a policonsumo (44%), que coincide con los índices entregados a nivel nacional en este mismo ámbito.

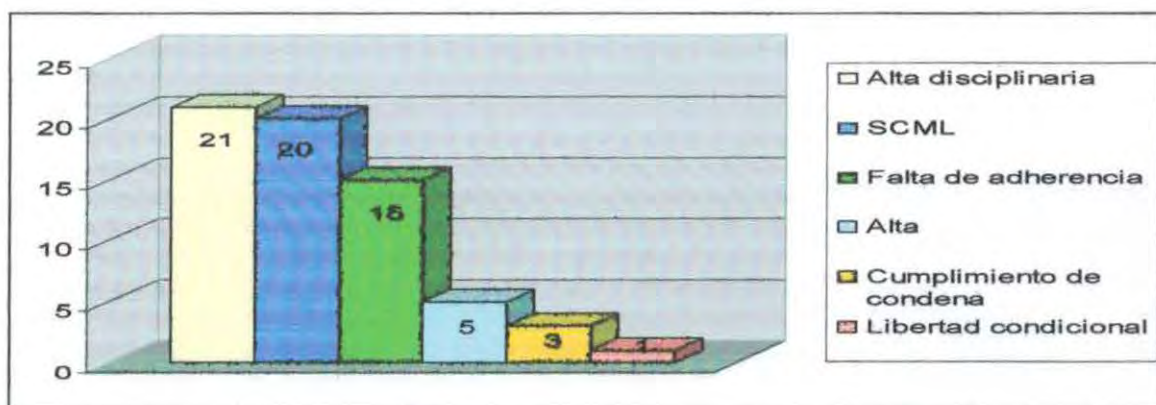
GRÁFICO 6: Internos egresados y en proceso.



Fuente: Centro de Tratamiento de Adicciones-CPV, 2006

Los valores entregados corresponden al total de los internos que han sido beneficiarios del Centro, los que se relacionan a 65 internos, de los cuales actualmente 20 se encuentran desarrollando el proceso de tratamiento.

GRÁFICO 7: Egresos de internos.



Fuente: Centro de Tratamiento de Adicciones-CPV, 2006.

El gráfico muestra que han egresado 15 internos por alta disciplinaria, la que corresponde al interno que no ha cumplido el contrato terapéutico y/o ha transgredido al régimen y normativa del Centro, debido a lo cual el equipo estipula la *expulsión* del programa.

Cada uno de estos datos establece y define el perfil de la labor realizada dentro del Centro de Tratamiento de Adicciones, mediatizando cada uno por diversos factores entre los que podemos mencionar el período de intervención (3 años), las condiciones estructurales sobre las que opera (infraestructura, materiales, financieros, recursos humanos), las características de los internos, que han incidido hasta ahora en la flexibilidad del proceso de intervención en el contexto específico en comparación con sus disposiciones institucionales nacionales.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Tomando en consideración los antecedentes recopilados y expuestos por el equipo seminarista, se puede establecer la existencia de cifras- entre los años 2003 y 2006, el 56% de los internos no han terminado el tratamiento de rehabilitación y reinserción social - que dan cuenta del egreso temprano del programa por parte de los internos beneficiarios sin finalizar el proceso de intervención en el Centro de Tratamiento de Adicciones (CTA) "SURICATA" del Complejo Penitenciario de Valparaíso.

De esta forma, el problema identificado corresponde a la no existencia de un seguimiento previo y/o documento que determine por qué los internos beneficiarios de generaciones anteriores no han terminado el tratamiento de rehabilitación y reinserción social, por lo que existe una incógnita respecto de los factores causales o de riesgo que inciden en el egreso temprano de los internos que han sido participantes del programa CTA.

DELIMITACIÓN DEL TEMA.

La investigación se llevará a cabo en el Complejo Penitenciario Valparaíso, específicamente en dependencias del Centro de Tratamiento de Adicciones "SURICATA" (ex Comunidad Terapéutica). El responsable de este Centro es el señor Luis Carrasco, psicólogo y director del CTA. Dentro de éste se cuenta con una planta profesional compuesta por un psicólogo, una asistente social y un monitor laboral, quienes están a cargo de coordinar todas las actividades realizadas por los internos, tanto tareas cotidianas como propias del tratamiento.

La atención de los internos debe ser integral incorporando los aspectos bio-psico-sociales, además de lo relativo al consumo y conducta delictiva. Dentro del tratamiento se valora la contención emocional que entrega el grupo, así como el modelaje conductual, se establece un ordenamiento de la rutina diaria, a través de la distribución de roles y funciones complementarios.

En términos de la implementación del proceso de intervención propiamente tal, éste cuenta con tres etapas¹¹: acogida, tratamiento y reinserción. Cada una de estas etapas posee objetivos generales y específicos, además de contar con

¹¹ Las etapas mencionadas corresponden a las implementadas actualmente por los profesionales dentro del Centro de Tratamiento de Adicciones del Complejo Penitenciario de Valparaíso.

actividades concretas que van determinando el proceso individual y colectivo de los internos en relación a la rehabilitación y reinserción social.

El tratamiento psicosocial que se lleva a cabo al interior del CTA corresponde a un tratamiento ambulatorio, ejecutado de lunes a viernes de 9:00 a 16:30 horas. Durante la jornada los internos desarrollan diferentes tipos de actividades comunitarias, laborales, deportivas, de reflexión, entre otras. Las que están siendo coordinadas por los profesionales del Centro.

Los internos que componen actualmente el Centro- junio 2006- , son 20 varones, sus edades fluctúan entre los 20 y 37 años, cuya calidad procesal corresponde a *condenados*, con consumo problemático de alcohol y/o drogas. En relación a la etapa de la intervención dentro del CTA, la etapa de adaptación no cuenta con internos, 12 internos se encuentran en la etapa de tratamiento/comunidad y 7 se encuentran en reinserción.

Es necesario mencionar que 5 de los 7 internos que se encuentran en la etapa de reinserción social se encuentran postulando al beneficio de Salida Controlada al Medio Libre (SCML) por su buena conducta y responsabilidad en el beneficio de salida dominical.

Los antecedentes entregados anteriormente, corresponden a la población penal con la que se trabajará en la primera instancia investigativa, enfatizando el estudio de las características sociodemográficas y delictuales, además de los grupos familiares de los internos y el proceso que éstos llevan a cabo al interior del Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV.

OBEJTIVOS DE INVESTIGACIÓN.

Luego de realizada la investigación preliminar para establecer los lineamientos generales que guiarán este seminario de título, se plantean los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Establecer los factores causales o factores de riesgo que incidirían en el egreso temprano¹² de los internos que han sido beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones (2003-2006) del Complejo Penitenciario de Valparaíso.

Objetivo específico N° 1:

- Identificar si la adaptación del Plan Nacional de rehabilitación y reinserción social, para internos de recintos penitenciarios del país, incidiría en el proceso que desarrollan los beneficiarios del CTA del Complejo Penitenciario de Valparaíso.

Objetivo específico N° 2:

- Establecer el tipo, dinámica y estructura del grupo familiar que presentan los internos que actualmente son beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV.

Objetivo específico N° 3:

- Establecer las características sociodemográficas de los internos que son beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV, con el objeto de diseñar un perfil de los participantes.

Objetivo específico N° 4:

- Establecer las características delictuales y de consumo de los internos que son beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV, con el objeto de diseñar un perfil de los participantes.

¹² Egreso temprano corresponde a aquellos internos que no han terminado su proceso de tratamiento, tanto por decisión del equipo profesional, como por otras causales.

TIPO DE INVESTIGACION.

La investigación pretende abordar el estudio e intervención que se realiza en el proceso de rehabilitación y reinserción social con personas con consumo problemático de drogas y privadas de libertad.

La modalidad de estudio a utilizar se establece como *descriptiva-exploratoria*; descriptiva porque corresponde a una investigación que pretende construir un perfil sobre la problemática drogas y comisión de delito, considerando que existe conocimiento anterior del fenómeno. Además se pretende describir el proceso global de intervención psicosocial que se implementa dentro del Centro (CTA), con el fin de identificar los factores asociados directamente a ésta.

Por otra parte, el estudio se establece como exploratorio, porque pretende incluir elementos que no han sido desarrollados de manera explícita, específicamente en la identificación de instancias que no se han considerado en la implementación del proceso anteriormente.

UNIDADES DE ANÁLISIS.

La investigación tendrá como objeto de estudio la población penal masculina comprendida dentro del Centro de Tratamiento de Adicciones (durante el desarrollo de la investigación) y que actualmente desarrollan el proceso de intervención en función de la rehabilitación de la comisión de delitos y el consumo de drogas, correspondiente a 20 internos.

Es necesario mencionar que en el estudio que se presenta no se trabajará bajo la modalidad de "muestra", esto principalmente porque la investigación incluirá el universo total de la población del Centro de Tratamiento de Adicciones (20 internos) con el fin de que los datos entregados cuenten con un mayor grado de asertividad al momento del análisis de los mismos.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Para la elaboración del Diagnóstico Social que guiará este seminario de título, se utilizarán las siguientes técnicas de recolección de datos:

- 📄 Cuestionario, aplicado a internos beneficiarios actuales del Centro.
- 🗨️ Entrevistas, aplicado a internos y profesionales a cargo del Centro de Tratamiento de Adicciones.
- 👁️ Observación simple, en función de la intervención, tratamiento y actividades diarias que realizan los internos beneficiarios del CTA.
- 📄 Revisión de documentos, fichas personales de internos y documento de Modelo de intervención, aplicado en los Centros de Tratamiento de Adicciones del país.

PLAN DE ANÁLISIS.

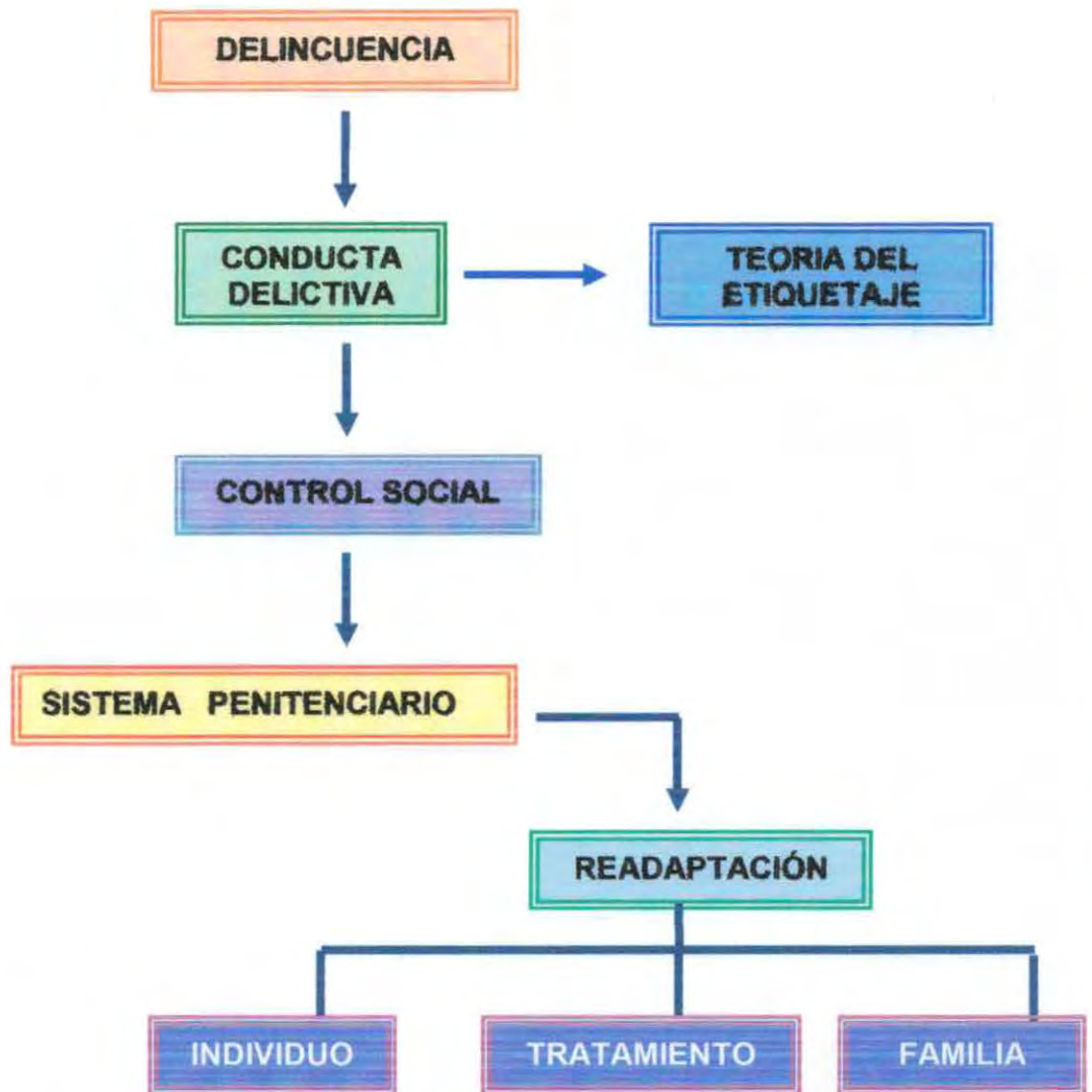
El plan de análisis que guiará esta investigación concentrará elementos que se encuentran adscritos tanto a una metodología Cuantitativa como Cualitativa, buscando ante todo fortalecer la obtención de datos confiables y el posterior análisis exhaustivo de los mismos.

El *análisis cuantitativo* (variables de investigación) permitirá incluir una mejor comparación de variables, a través de datos numéricos que demuestren sustento y veracidad de la información obtenida.

En tanto el *análisis cualitativo* contribuirá a establecer y entregar respuestas más amplias, considerando que es un elemento importante en una investigación establecida como *descriptiva-exploratoria*, para así complementar ambos niveles de análisis en función de los resultados posteriores.

MARCO DE REFERENCIA.

MAPA CONCEPTUAL.



La delincuencia es un fenómeno complejo, cuyas causas, consecuencias y factores asociados son múltiples y de variada naturaleza. Quienes cometen delitos no constituyen un grupo homogéneo de personas, y las circunstancias que rodean cada hecho son muy diversas.

Considerando lo anterior, se hace imprescindible para estudiar el fenómeno encuadrarlo en los factores considerados de mayor relevancia y que se ajustan a la perspectiva que se quiera desarrollar.

Es frente a lo anterior, que emprender el análisis desde la Criminología -en tanto disciplina que aborda el conocimiento del comportamiento humano en el ámbito delictivo- permitirá establecer un ordenamiento claro y extenso. De esta forma se aborda la realidad de la delincuencia de manera globalizada, considerando los aportes de distintas disciplinas (biología, psicología, sociología) que estudian el comportamiento humano.

De acuerdo a González Berendique, para la Criminología las aproximaciones a una explicación de la conducta delictiva están dadas principalmente por las Teorías Biocriminogenéticas -siendo aquellas que minusvalidan la importancia de los factores psíquicos y sociales y subrayan el aporte al delito del equipo genético y de la estructura somática del individuo -Teorías Psicocriminogenéticas- teorías que enfatizan determinados aspectos o mecanismos psíquicos en el proceso criminogenético, con notoria infraestimación de los aportes biológicos o sociales- incorporando también las Teorías Sociocriminogenéticas- son aquellas que acentúan la importancia de los factores ambientales en la génesis del comportamiento criminal y minusvaloran, consecuentemente, los componentes biológicos o psíquicos.

Dentro de este último acervo teórico, se encuentra una aproximación a las conductas delictuales que nos permiten establecer y comprender las razones y consecuencias que están tras las conductas delictuales:

1. TEORÍA DE LA ROTULACIÓN.

La Teoría de la Rotulación, llamada también la Teoría de la Etiqueta, se enmarca en la Escuela del Interaccionismo Simbólico y en consecuencia, utiliza como elemento central del enfoque, la conformación del Mí social.

George Mead, como fundador de esta escuela, desarrolla el concepto de un *Mí social*, constituido a partir de la formación social del *otro generalizado* que se estructura en base al conjunto de las actitudes, conductas y juicios de los "otros", percibidas socialmente por el sujeto hacia su persona, y por la conciencia de la relación de los roles propios, con los roles que juegan los demás.

Es decir, el proceso mediante el cual un sujeto cualquiera se constituye en "actor social" y conforma su auto-identidad y auto-concepto, es *de carácter social* y se construye paulatinamente, mediante la percepción social e interpersonal de cómo se es rotulado, clasificado, descrito o tratado en los procesos de interacción y comunicación social. El otro generalizado pasa así a constituir una parte de la personalidad a partir del cual se genera el Mí, que posibilita la génesis de la identidad y de los controles sociales internos.

La Teoría de la Rotulación rescata este elemento de Mí social como un factor fundamental. Si un individuo es rotulado como delincuente, es decir, percibe que los demás le clasifican como criminal y sustentan actitudes acordes con ese rol en la interacción social, el individuo terminará por convencerse que lo es y actuará como tal. En este sentido, el control social formal (los representantes de la ley como jueces, policías, carabineros y gendarmes) pueden generar una reorganización simbólica del otro generalizado y en consecuencia del Mí, si clasifican o etiquetan al individuo como delincuente: podría adoptar definitivamente esa conducta, a pesar de haber infringido una sola vez la ley en forma voluntaria o involuntaria.

La primera desviación o "desviación primaria", no produce espontáneamente una reorganización del otro generalizado, sino que ésta se genera una vez que se es etiquetado como delincuente (o como desviado, drogadicto, homosexual, etc.), lo cual puede conducir a posteriores desviaciones de carácter secundario.

El individuo acepta así, progresivamente, que es un desviado o un delincuente, y lo adopta como forma de vida (Lamnek S. 1986:70-71). Lemert E. M. afirma al respecto que "el control social provoca la conducta desviada", aludiendo al hecho de la rotulación y la definición social del delito, que en esencia es relativa al medio social que la califica como tal (relativismo cultural), pudiendo existir otras conductas desviadas, incluso más graves y que sin embargo no son sancionadas.

En este sentido, Howard Becker confirma que el comportamiento desviado es producto de la interacción que se produce entre un grupo social y una persona, a la cual se le considera como infractor.

Kitsuse J. concuerda con este criterio y sostiene que "son las respuestas de los miembros convencionales y conformistas de la sociedad, que identifican e interpretan el comportamiento como desviado, las que, sociológicamente transforman las personas en desviadas". Definitivamente desde esta perspectiva teórica, los que establecen las normas son los que definen el comportamiento desviado o criminal.

Para este autor la desviación como concepto sociológico, es un proceso mediante el cual los miembros de un grupo, comunidad o sociedad: A) interpretan una conducta como desviada. B) definen a los individuos que así se comportan como determinado tipo de desviados. C) los tratan como consideran pertinente.

Lemert elabora la distinción entre desviación primaria y secundaria. La desviación primaria consiste en una primera trasgresión producto de un impulso desviado presente en la mayor parte de los individuos. La desviación de tipo primario sin embargo, no tiene repercusiones marginales en la estructura psíquica del individuo, y no produce una reorganización simbólica del otro generalizado, con consecuencia en el mí social.

La desviación de tipo secundario en cambio, corresponde a una manifestación de conductas desviadas o delictuales concretas, correspondientes al juego de roles contraculturales, conductas que "han sido elegidas más o menos concientemente", (la teoría de la rotulación incluye el *libre albedrío* como proposición teórica) para apoyar la identidad de la reacción social le ha conferido reiteradamente, a partir de la desviación primaria. En este caso se ha producido una reestructuración del Mí social debido a la exclusión y estigmatización del control formal.

La Teoría de la Rotulación propone como elemento etiológico fundamental, la rotulación y exclusión de las que son víctima los individuos, que han cedido al impulso (común) de cometer una conducta definida como desviada o criminal por el control formal, y en consecuencia por los grupos de poder político central, que elaboran las leyes, definiendo lo ilegal.

La Teoría de la Rotulación, incluye una perspectiva de carácter sociológico y psicosocial. Integra además, la posibilidad de realizar un análisis transcultural e histórico, en la medida que en toda conformación sociocultural se definen conductas sancionables formalmente. Es el medio social y especialmente el *Control Social* el que etiqueta, y esto ha variado a través de la historia. Esta teoría se basa principalmente en el proceso perceptivo de los individuos interactuantes, en su capacidad de libre elección, en la relevancia del medio simbólico, y sustenta la influencia del neo-idealismo y el pragmatismo.

Existen diversas maneras de ejercer el *Control Social*, entendido éste como el derecho y deber que tiene todo ciudadano considerado individual o colectivamente para prevenir, racionalizar, proponer, acompañar, sancionar, vigilar y controlar la gestión pública, sus resultados y la prestación de los servicios públicos suministrados por el Estado y los particulares, garantizando la gestión al servicio de la comunidad. El control social también puede ser entendido como la autorregulación social. Este derecho define el papel de la participación social en asuntos públicos, consagrándolo como principio y deber en ejercicio por parte de los ciudadanos y como obligación por parte del estado en garantizarlo.

Para obtener la conformidad y adaptación del individuo a sus postulados normativos, existen en la sociedad dos instancias de control social:

- **Informal:** la familia, escuela, profesión, opinión pública.
- **Formal:** policía, justicia, administración penitenciaria.

Los agentes de control social informal tratan de condicionar al individuo, de adaptarle a las normas sociales, de disciplinarle a través de un largo y sutil proceso que comienza en sus núcleos primarios (familia), pasa por la escuela, la profesión y la instancia laboral y culmina con la obtención de su actitud conformista, interiorizando el individuo las pautas y modelos de conducta transmitidos y aprendidos. Cuando las instancias informales del control social fracasan, entran en funcionamiento las instancias formales, que actúan de modo coercitivo e imponen sanciones.

El control social cuenta con numerosos medios o sistemas normativos de diversos órganos o portadores del mismo. La justicia constituye sólo uno de los posibles portadores del control social; el Derecho Penal representa sólo uno de los medios o sistemas normativos existentes.

Una de las formas de control social más coercitivas se representa en los *sistemas penitenciarios*, puesto que éstos son la última instancia que otorga la sociedad para sancionar las conductas que se constituyen como delito.

El *control social penal*, es un subsistema en el sistema social global, difiere de éste por sus fines (prevención o represión del delito) y por los medios de que se sirve (penas, medidas de seguridad, entre otros). Éste tipo de control social posee limitaciones estructurales, inherentes a su naturaleza y función, de modo que no es posible exacerbar indefinidamente su efectividad para mejorar, de forma progresiva, su rendimiento. Debe considerarse que la prevención eficaz del crimen no ha de limitarse al perfeccionamiento de las estrategias y mecanismos del control social.

Es necesario mencionar que cada estado nación estructura un sistema de control social penal que esté acorde con las exigencias e instancias correspondientes a cada realidad social, en Chile, el control social penal está condicionado por el sistema penitenciario, el cual contempla tres regímenes de reclusión: el sistema cerrado, el sistema abierto, y el semiabierto.

2. SISTEMA PENITENCIARIO.

De acuerdo a lo establecido en el Decreto con Fuerza de Ley N° 2859, del 12 de Septiembre de 1979, se constituye la Ley Orgánica de Gendarmería de Chile, que define la naturaleza, los objetivos, las funciones y estructura orgánica del Servicio, siendo su misión: *“Atender, vigilar y asistir a las personas que por resolución de las autoridades competentes, fueron detenidas, privadas de libertad o con libertad restringida, contribuyendo a su reinserción social”*

Los tres énfasis contemplados en la misión de Gendarmería de Chile son:

Vigilancia: Acción ejercida directamente por la administración penitenciaria que implica la observación activa, atenta y personalizada de la conducta de las personas puestas a su disposición en cualquier condición, con el fin de prevenir toda la acción que pueda atentar contra el deber institucional de hacerlas cumplir con penas impuestas y de ponerlas oportunamente a disposición de tribunales cuando éstos lo soliciten y de proporcionarles atención y asistencia.

Atención: Acción de proporcionar a las personas reclusas, un conjunto de condiciones básicas en materia de infraestructura, higiene ambiental, alimentación,

vestuario personal y de cama, aseo personal, atención de salud, protección a la integridad física y psicológica, facilidades de comunicación y atención espiritual.

La acción de atender, incluye la labor asistencial penitenciaria, consistente en contribuir a la solución inmediata de problemas específicos de orden social o judicial del recluso. Gendarmería podrá atender directamente a su población objetivo o a través de terceros.

Asistencialidad: Toda acción por medio de la cual la Administración Penitenciaria, directamente o a través de terceros, estimula el desarrollo de condiciones personales de las personas condenadas durante el período de permanencia en el sistema penitenciario, de manera de lograr la modificación de conductas y motivaciones que inciden en la génesis de los actos delictivos y en la preparación y fomento del individuo para su incorporación activa en el medio libre.

El Asistir, adquiere el carácter de intervenciones sistemáticas y diferenciadas, consistentes principalmente en:

- * Capacitación.
- * Actividad Laboral.
- * Apoyo Psicosocial.
- * Intervención Psicológica, Social y Criminológica.
- * Apoyo al tratamiento de la Drogadicción y el Alcoholismo.
- * Apoyo Post Penitenciario: Acciones orientadas de la promoción de los egresados del sistema penal, facilitando así su reinserción familiar, laboral y social.
- * Fortalecimiento de Redes Sociales de apoyo.

Readaptación social: Contribuir a mantener insertas socialmente o contribuir a la reinserción social de las personas puestas a su disposición durante el período de permanencia y al egreso del sistema penitenciario. Para estos efectos, se entiende la reinserción social como un proceso que se presenta en:

- * La decisión del condenado a no volver a delinquir.
- * El potenciamiento de sus capacidades personales.
- * El otorgamiento de oportunidades de subsistencia al egreso por parte de la sociedad.

Consecuente con lo anterior, el tratamiento y la rehabilitación en drogas al interior de los recintos penitenciarios está sustentado, no sólo por aspectos sociosanitarios, sino también en lineamientos legales, que reflejan una concepción moderna de la pena, que apuesta por la rehabilitación y reinserción social de las personas y que reconoce como fundamental la intervención, aún en aquellas personas que llegan a la cárcel y que evidencian el fracaso de otras instituciones en la tarea de adaptación social.

2.1 TRATAMIENTO PENITENCIARIO

Tratamiento penitenciario es el conjunto de acciones referidas a la vigilancia, atención y asistencia de las personas reclusas, con el propósito de contribuir a su reinserción social. Así se entiende por tratamiento, el conjunto de intervenciones que se realizan en las áreas: laboral, educativa, sociocultural, personal y social. Estas intervenciones deben ser concebidas y ejecutadas de manera tal que impulsen el desarrollo y ejercicio de habilidades personales, que incrementen las competencias de los/as internos/as para integrarse a la vida en comunidad compatibilizando, sus propios intereses y necesidades con las de los otros.

2.2 OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO PENITENCIARIO.

Es posible distinguir propósitos específicos del tratamiento de acuerdo a la calidad procesal en que se encuentre la persona bajo custodia de Gendarmería.

En el caso de los/as internos/as en calidad de "detenidos/as", el propósito básico del tratamiento penitenciario será: evitar el daño físico y/o psicológico como consecuencia de su estadía en reclusión.

Frente a las personas sometidas a "proceso" y/o imputados/as, los objetivos del tratamiento se orientarán tanto a evitar el daño físico y/o psicológico como consecuencia de su estadía en reclusión, como a, por lo menos, mantener destrezas y habilidades personales para vivir en comunidad.

Respecto de las personas que se encuentran reclusas en calidad de "condenados/as" los objetivos del tratamiento serán: evitar el daño físico y/o psicológico como consecuencia de su estadía en reclusión, mantener y facilitar el desarrollo de sus capacidades y habilidades para integrarse a la vida en comunidad.

2.3 TRATAMIENTO PENITENCIARIO COMO UN PROCESO.

El tratamiento penitenciario, guiado por los objetivos expuestos, debe entenderse, planificarse y desarrollarse como un proceso que se indica desde el primer ingreso del interno/a a un establecimiento penitenciario y se mantiene y desarrolla durante su estadía, perseverando aún cuando cambie su calidad procesal o el establecimiento en el que se encuentre recluso.

Es factible distinguir dos niveles de tratamiento durante el proceso:

- Nivel General: apunta a condiciones básicas en que se ejercen la atención y vigilancia de los/as internos/as, de modo de cumplir esencialmente con los objetivos de evitar un daño físico o psicológico como consecuencia de la estadía en reclusión y de mantener destrezas y habilidades personales para la vida en comunidad.
- Nivel Específico: se orienta al objetivo de facilitar el desarrollo de capacidades y habilidades que incrementen la competencia social del individuo. Este nivel se caracteriza por responder a necesidades individuales de grupos de internos/as.

3. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PARA EL TRATAMIENTO DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS.

Reconocer la drogodependencia como un fenómeno complejo (multideterminado), dinámico y cambiante, permite el surgimiento de ciertos principios en el ámbito de la intervención, donde las variables biológicas, psicológicas y sociales, juegan un papel importante:

- ▶ La constatación de que la intervención en el uso, abuso y dependencia de drogas va a exigir de actuaciones en una serie de áreas o dimensiones básicas (educativa, psicológica, social y orgánica)
- ▶ El trabajo interdisciplinario se convierte en un requisito imprescindible para asegurar el éxito de las actuaciones a promover en este ámbito.
- ▶ Las diferenciaciones en el consumo de las drogodependencias (la distinción entre uso, abuso, dependencia) requerirá de políticas amplias, que incluyan tanto acciones de tipo preventivo como de carácter asistencial y favorecedoras de los procesos de intervención social.

Las intervenciones en drogas, tanto desde una perspectiva preventiva como asistencial, exige actuaciones no sólo sobre los individuos, sino sobre los contextos microsociales en que se desenvuelven éstos (familia, grupo de iguales, etc.) y macrosociales (la comunidad).

3.2 ÁMBITO DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA

Las intervenciones preventivas en el consumo de drogas, se agrupan desde dos ámbitos generales, desde la reducción del consumo y desde su disponibilidad, llamado reducción de la demanda y reducción de la oferta de drogas y otras sustancias de abuso, respectivamente. La primera se orienta a evitar y prevenir el consumo de drogas, así como abordar las negativas consecuencias de su ingesta, tanto para la salud personal como para la sociedad, utilizando para ello medidas preventivas, programas de tratamiento, rehabilitación y reinserción o integración social. La segunda, refiere a los modos de hacer frente por parte de los distintos países, a los problemas ocasionados por la disponibilidad de drogas, la producción, tráfico y distribución ilícita de drogas y está asociada a medidas de control.

3.2 ÁMBITO DE INTERVENCIÓN EN TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN.

La intervención terapéutica ha llegado en la actualidad a cierto acuerdo en la naturaleza multidimensional del consumo de drogas. Abordando la problemática desde un enfoque de intervención biopsicosocial, con una integración interdisciplinaria y multiparadigmática. El objetivo de la intervención terapéutica desde un enfoque biopsicosocial es mejorar la calidad de vida de la persona con problemas asociados al consumo de drogas, apoyándola en su integración social, familiar y laboral y en la construcción de un estilo de vida alternativo.

4. MODELO DE INTERVENCIONES TERAPEUTICAS INTRAPENITENCIARIAS

4.1 PROYECTO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA DEL SISTEMA PENITENCIARIO CHILENO

Los Centros de Tratamiento presentan dos modalidades, dependiendo de los recursos y espacio físico con que se cuenta:

- Modalidad Residencial. Los/as Internos/as viven y permanecen durante todo el tratamiento en un espacio determinado, construido especialmente para ese fin, segregando del resto de la población penal.

- Modalidad Ambulatoria. En esta modalidad los/as internos/as son reunidos/as en un módulo que alberga a internos/as que presentan ciertas características favorables a la intervención, sea por el bajo compromiso delictual, por la condición de trabajadores/as, o por estar beneficiados con permisos de salida. Los/as internos/as en esta modalidad se trasladan y permanecen durante el día a un espacio determinado, acondicionado para realizar tratamiento, pero durante la noche se trasladan al módulo que alberga internos con características favorables a la intervención, segregados del resto de la población penal.

5. CENTRO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES.

La implementación del modelo de intervención establecido por CONACE y Gendarmería de Chile en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, recluidas en los establecimientos penitenciarios chilenos, establecen las siguientes etapas del programa de intervención en drogodependencia, con el fin de ordenar metodológicamente el tratamiento dando una estructura lógica al proceso¹³:

Sospecha y confirmación diagnóstica:

Consiste principalmente en establecer una "sospecha de consumo problemático" derivando luego a una confirmación diagnóstica que comprende principalmente un diagnóstico clínico asociado al consumo de sustancias, diagnóstico de trastornos psiquiátricos asociados, diagnósticos del estado motivacional.

Esta etapa a su vez se divide en tres:

- Diagnóstico clínico asociado al consumo de sustancias.
- Diagnóstico de los trastornos psiquiátricos asociados.
- Diagnóstico del estadio motivacional.

Pretratamiento: "grupos motivacionales y/o conversación": se trata de una intervención terapéutica motivacional y educativa, con sesiones temáticas y contenidos co-construidos sesión a sesión por los participantes. A través de ellos

¹³ "Modelo de intervención en personas con consumo problemático de sustancias, recluidas en los establecimientos penitenciarios de Chile" tomo II, corresponden a etapas propuestas a nivel nacional.

se pretende informar, motivar, atender a los internos y acompañar a aquellos que teniendo indicación de tratamiento, no cuentan con cupo para ingresar a la etapa o grupo de tratamiento.

Tratamiento: programa libre de drogas en modalidad ambulatoria o residencial, en un contexto grupal, el equipo de tratamiento debe construir un plan individual de intervención criminológico y de adicciones, el cual debe complementarse con actividades comunes a todos los internos. Este plan, constituye un conjunto de intervenciones terapéuticas y psico/socioeducativas, personales y familiares-individuales o grupales, recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos. Su objetivo general es facilitar la recuperación personal y social del interno con consumo problemático de drogas.

Objetivos específicos:

- Reevaluar todas las áreas o aspectos de la vida del interno que puedan estar afectadas como consecuencias del consumo problemático de drogas e intervenir en aquellas comprometidas.
- Realizar estabilización final del síndrome de abstinencia.
- Fomentar la adquisición de un estilo de vida saludable que lo aparte del consumo problemático de drogas y de la comisión de nuevos delitos.
- Brindar apoyo psicoterapéutico para la resolución de conflictos intrapsíquicos y conflictos relacionales o interpersonales.
- Trabajar conciencia de delito y de mal causado.
- Desarrollar y ejercitar estrategias para el manejo y control de los impulsos y de la agresión.
- Desarrollar competencias y habilidades sociales que le permitan enfrentar situaciones de agresión externa.
- Desarrollar estrategias y habilidades para afrontar situaciones de estrés y de ansiedad.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento y de prevención de recaídas.
- Facilitar la reestructuración permitida de las experiencias de consumo y comisión de delito.
- Favorecer la participación en grupos de apoyo.
- Incentivar la incorporación de la familia al proceso terapéutico.
- Habilitar a la familia para la integración funcional del interno una vez que se encuentre dentro del medio libre.
- Fomentar alternativas de apoyo para los internos cuya inserción dentro del sistema familiar resulta disfuncional.

El programa de tratamiento se plantea y proyecta como un proceso subdividido en fases, que presentan la particularidad de ser acordes con la realidad de la subcultura penitenciaria.

Fases del tratamiento:

- **Adaptación:** tiene una duración de tres meses y se inicia con la derivación del interno desde la etapa de pretratamiento.

El objetivo general de esta primera etapa corresponde a adaptarse a un sistema de tratamiento residencial o ambulatorio, intrapenitenciario, libre de drogas, en un contexto grupal dirigido a la rehabilitación del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Se establece también que dentro de esta fase es necesario y trascendental para el interno y profesionales que estarán a cargo de su rehabilitación y reinserción social, el establecer e identificar las características personales, sociales, familiares, criminógenas, entre otras, con el fin de realizar un diagnóstico para tratamiento.

Se requiere adaptación al espacio terapéutico y a las exigencias emocionales que esto conlleva; a estilos de vinculación positiva y pro social, a la suspensión total del consumo de drogas, abstraerse de la subcultura carcelaria, en cuanto a filosofía y valores, adaptarse a nuevas formas del manejo del poder, así como también, la imposibilidad de la instrumentalización del medio y de los otros.

- **Tratamiento por ejes de intervención:** esta fase tiene una duración máxima de 10 meses y corresponde al abordaje de cuatro ejes de tratamiento: A) Mantenimiento de la abstinencia y tratamiento de la fisio y psicopatología asociada al consumo de sustancias psicoactivas. B) Criminológico / psicopatología concomitante. C) Redes de apoyo. D) Integración socio ocupacional.

Estas fases se dan en un espacio de alta contención social y emocional y en un estado de abstinencia. La conducta de los internos se ha normado y la adaptación al sistema permite una mayor intervención individual.

Es necesario tener presente que dada la alta complejidad que presentan los internos, el equipo terapéutico se verá altamente demandado al momento de implementar los planes de tratamiento individual. Algunos aspectos será posible abordarlos en grupo, pero probablemente exigirá una atención personalizada, específica y única.

Objetivos generales:

- Mantener una conducta abstinentes y prosocial.
- Implementar el plan de tratamiento individualizado.

Fase de programación al medio libre: su duración es de 4 meses y corresponde al proceso de consolidación y de preparación para la etapa de integración social, implica comprobar y reforzar las competencias y destrezas para desenvolverse en un medio libre, sin la contención que implica el grupo terapéutico y el sistema organizado y controlado del Centro de Tratamiento.

Requiere de un proceso de independencia y autonomía significativa que probablemente genera ansiedad e inseguridad en los internos y su red significativa; que puede traducirse en conductas contradictorias y ambivalentes, tales como el aparente retroceso en las conductas adquiridas, crisis y situaciones de conflicto con el resto de los internos y el equipo profesional, entre otros.

Esta fase considera dos momentos; uno en el espacio intramuro y otro en el medio libre, por lo que los objetivos específicos planteados se presentan como un continuo de menor a mayor autonomía y eficacia y dependerá del programa de beneficios y salidas de cada interno en particular.

Los objetivos generales de esta fase corresponden a:

- Desarrollar un proyecto de vida en el medio libre.
- Desarrollar y ejercitar competencias y habilidades para desenvolverse en el medio social en donde proyecta su reinserción psico-socio-laboral.

Post tratamiento e integración social: su objetivo principal es poner en práctica los conocimientos, las habilidades y destrezas aprendidas durante todo el proceso de tratamiento, pero con todas las dificultades que implica estar inserto en un contexto social de alta vulnerabilidad y adversidad, pero sin contención emocional. Pretende dar continuidad al proceso terapéutico de integración, con un seguimiento y monitoreo por parte del equipo del Centro y la coordinación de los equipos del medio libre, cuando corresponda.

La fase de post tratamiento, cuya duración es de 12 meses, implica un importante apoyo frente al manejo de conflictos o situaciones de crisis, y a las dificultades experimentadas en la inserción, reinserción e integración social. El apoyo debe considerar la promoción de la autonomía y la autoeficiencia fundamentalmente, así como también la prevención de recaídas.

6. DROGODEPENDENCIA: FACTORES Y ELEMENTOS A CONSIDERAR.

Las drogas deben ser entendidas como toda sustancia que introducida en el organismo produce cambios en la percepción, en las emociones, el juicio o el comportamiento, siendo susceptible de generar en el usuario una necesidad de seguir consumiéndola.¹⁴

Un criterio para la clasificación de las drogas es considerar sus efectos sobre la actividad del Sistema Nervioso Central (S.N.C.). Sobre esa base se describen tres grupos.

Cuadro 2: Clasificación de drogas según efectos sobre el Sistema Nervioso Central.

GRUPO	SUSTANCIAS	EFECTOS
Estimulantes	Cocaína, pasta base, anfetaminas, cafeína, tabaco.	Se llaman drogas estimulantes, las drogas que excitan las funciones del Sistema Nervioso Central, provocando sensación de euforia y bienestar, reduciendo el apetito y el sueño.
Depresoras	Alcohol, solventes volátiles (tolueno, benceno, kerosene, gases anestésicos) tranquilizantes, barbitúricos, opiáceos.	Se llaman depresoras del S.N.C. a las drogas que disminuyen la actividad de éste. En dosis pequeñas pueden ayudar a disminuir la ansiedad, inducir el sueño y calmar el dolor. En dosis mayores hacen dormir, y en dosis muy altas pueden provocar coma y muerte.
Distorsionadoras	Marihuana, alucinógenos	En esta tercera categoría se agrupan las drogas que desorganizan el funcionamiento de los mecanismos cerebrales, provocando un desorden en la interpretación de las percepciones sensoriales y en la actividad intelectual (ilusiones, alucinaciones, despersonalización).

Fuente: Centro de Tratamiento de Adicciones-CPV

El uso de cualquier sustancia o droga, necesariamente es un riesgo para la salud, su uso puede ser circunstancial, con un objetivo experimental y no acarrear modificación alguna en su personalidad y en su estilo de vida. Es su uso reiterativo lo que puede derivar en una dependencia, lo que supone una tendencia a la auto administración continua en la persona. Según la OMS en su informe técnico 516, se pueden distinguir las siguientes formas de consumo:

¹⁴ CONACE. "Modelo de intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, recluidas en establecimientos penitenciarios chilenos.", página 28, Chile, 2005

- ▶ **Experimental:** cuando una persona prueba una o más drogas, una o varias veces, sin continuar posteriormente su consumo.
- ▶ **Ocasional:** cuando el consumo continúa intermitente, pero no se desarrolla dependencia.
- ▶ **Episódicos:** cuando el consumo se hace asociado a actividades sociales, recreativas y puede durar una hora o varios días.
- ▶ **Sistemático:** cuando su consumo es frecuente y se ha desarrollado tolerancia.

6.1 NIVELES DE PREVENCIÓN: PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA

Concepto de niveles de prevención.

Estos conceptos enfatizan el aumento u oportunidad de la intervención de acuerdo al grado de evolución del fenómeno. Según ellos, se considera que cualquier intervención es preventiva, incluso cuando la enfermedad o problema social ha alcanzado un nivel crónico y generado algún deterioro físico o psicosocial. Cuando esto sucede, como ocurre en las discapacidades, aun se puede evitar que las consecuencias negativas se profundicen o se generen otras nuevas.

Según el tipo de relación que el individuo o grupo destinatario tuviera con las drogas, la literatura clásica de prevención ha distinguido tres niveles de intervención: primario, secundario y terciario.

- **Prevención primaria:** actúa antes de cualquier indicio evidente que presagia el consumo de drogas, para impedir o retrasar la aparición de un acontecimiento o situación relacionada con el uso de drogas. Las actuaciones de prevención primaria requieren fundamentalmente una modalidad inespecífica de intervención. No obstante, la modalidad específica no debe ser descartada.
- **Prevención secundaria:** busca disminuir la prevalencia (casos acumulados). Actúa cuando se ha producido un acontecimiento o situación relacionada con el uso de drogas, para evitar la consolidación de un uso problemático. Por lo tanto, en la prevención secundaria es imprescindible incluir acciones en las que el uso de drogas sea tratado de forma específica.
- **Prevención terciaria:** una vez instaurado el consumo problemático de drogas, intenta impedir que la situación o el acontecimiento sea grave y persigue la disminución de las posibles secuelas asociadas al consumo. La prevención

terciaria está asociada a las diferentes tipologías de tratamiento a drogodependientes: tratamiento ambulatorio, comunidad terapéutica, programa de reducción de daños, entre otros.

6.2 RELACIÓN DROGAS – DELITOS

El consumo de drogas, entendido como un problema social, es causado por múltiples factores que se entremezclan (individuales, familiares, comunitarios, laborales, entre otros). A esta diversidad de factores hay que agregar el hecho de que ninguno de ellos parece ser requisito necesario y suficiente para explicar por sí solo el inicio y posterior mantención del consumo de drogas, por ellos es inapropiado establecer relaciones de causa – efecto.

Dentro de las consideraciones teóricas que se pueden establecer en relación a la comisión de delitos y el consumo de drogas, no parece ser fácil explicar esta relación desde una perspectiva causal. Para estudiar esta relación se realizará desde “los principales hallazgos” acerca de la relación droga delincuencia, donde la pregunta ¿qué causa qué? podrá constituirse en el inicio del estudio (¿drogas-delincuencia, delincuencia-droga, o quizá son otros factores los responsables de la relación?). Tal análisis nos permitirá ante todo identificar, a grandes rasgos, cual es el estado actual a este respecto.

Otero-López, en su libro “Droga y delincuencia, un acercamiento a la realidad” (1997) identifica principalmente tres hipótesis, a saber:

A) Primera hipótesis causal de la relación droga delincuencia.

Esta hipótesis cuenta con una importante adherencia, sin embargo, posee limitados aportes empíricos y, a menudo, se derivan de muestras específicas y de drogas concretas. Algunos estudios, en un intento de proporcionar evidencia indirecta a esta hipótesis, han demostrado que la actividad delictiva, después de la adicción, es significativamente mayor que antes de la adicción. No obstante, la evidencia mostrada por estos trabajos tampoco parece firme, ya que los cambios en la actividad delictiva pueden ocurrir independientemente de la adicción y ser resultado de otros factores. En cualquier caso, parece razonable afirmar que para algunos sujetos, bajo algunas condiciones, el consumo de drogas pueda llegar a la realización de actividades delictivas, existe poca evidencia empírica para creer que esto ocurre en la mayoría de los individuos.

B) Segunda hipótesis causal de la relación drogas delincuencia.

Con respecto a la relación “delincuencia causa droga” existe un mayor apoyo empírico, aunque prácticamente la totalidad de los estudios no examinan la relación en términos de causalidad, sino en términos de cual es la conducta que ocurre primero. En la mayor parte de los estudios se demuestra que la conducta delictiva (tanto leve como severa) precede al consumo habitual de drogas ilícitas, no obstante y a pesar del mayor apoyo empírico que recibió esta hipótesis la evidencia tampoco puede considerarse como definitiva. En este sentido, algunos autores afirman que el patrón de progresión delincuencia- droga no refleja el patrón dominante.

C) Tercera hipótesis causal de la relación droga delincuencia.

Esta hipótesis asume que “no tiene sentido” examinar la relación causal entre las conductas de consumo y delictivas, ya que esta relación es artificiosa y es el resultado de que ambas conductas tiene determinantes comunes, lo que implica que el examen de la relación debe comenzar necesariamente por la constatación de cuales son los correlatos de ambas conductas.

Los hallazgos realizados sobre esta problemática se determinan como poco consistentes y difícilmente generalizables, dada la diversidad de muestras y definiciones operativas que se han realizado. Se puede apelar entonces a la imposibilidad de definir la relación de manera universal, puesto que ésta parece depender de múltiples factores entre los que cabe determinar el tipo de población a la que pertenezca la muestra utilizada, la edad de los sujetos, el sexo, la frecuencia y el tipo de consumo y la conducta delictiva en que se considere, y la variable tiempo.

Una propuesta de determinantes comunes en esta relación establece principalmente tres estadios: apego y consumo de los padres (contexto familiar), apego, consumo y delincuencia de los iguales (marco grupal) y búsqueda de sensaciones y autoestima (ámbito personal).

6.3 FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO ASOCIADOS A LA APARICIÓN DE CONSUMO DE DROGAS.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
En lo personal	En lo personal
<ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para el manejo de las emociones. -Impulsividad. -Problemas con la autoestima y autoconcepto. -Dificultad para postergar la satisfacción. -Intolerancia a la frustración. -Curiosidad y búsqueda de nuevas sensaciones. -Predisposición genética hacia el consumo de alcohol u otras drogas. -Poca claridad en el proyecto de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> -Autoconcepto sano. -Capacidad para comunicarse. -Capacidad para manejar las emociones e impulsos. -Capacidad para postergar la satisfacción inmediata de necesidades. -Capacidad para manejar la presión del grupo. -Habilidad para la toma de decisiones -Presencia de un proyecto de vida. -Habilidad para resolver problemas. -Pensamiento autónomo y crítico. -Claridad en el sistema de valores -Sentido de trascendencia. -Valoración de la salud.
En lo familiar	En lo familiar
<ul style="list-style-type: none"> -Abandono. -Poco reconocimiento y expresión de afecto. -Ausencia de normas y límites claros -Ausencia de respeto y disciplina. -Poca claridad en los valores -Modelos paternos autoritarios o muy rígidos. -Maltrato y violencia intrafamiliar. -Problemas de comunicación. -Conflictos familiares frecuentes. -Patrones familiares de consumo de drogas. -Patrones familiares de conductas delictivas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Apego y vínculo. -Familia integrada. -Límites claros y explícitos. -Disciplina. -Comunicación abierta. -Ambiente de armonía y afecto. -Claridad en los valores familiares. -Reconocimiento de los logros. -Necesidades básicas cubiertas. -Participación en actividades y responsabilidades del hogar.
En la comunidad	En la comunidad
<ul style="list-style-type: none"> -Escasa organización y participación comunitaria. -Actitud permisiva frente al consumo de drogas. -Disponibilidad de drogas y presencia de tráfico. -Ausencia de solidaridad y espíritu de trabajo. -Desarraigo cultural. -Carencia de líderes comunitarios. -Ambiente de violencia y maltrato. 	<ul style="list-style-type: none"> -Elevados niveles de organización y participación comunitaria. -Actitud crítica frente al consumo de drogas. -Solidaridad. -Espíritu de trabajo comunitario. -Escasa disponibilidad de drogas. -Jóvenes incorporados al sistema escolar. -Presencia de líderes positivos. -Promoción de valores culturales. -Ambiente de seguridad. -Área de recreación, cultura y deporte. -Red de apoyo local

En lo social	En lo social
<ul style="list-style-type: none"> -Crisis de valores. -Pocas oportunidades educativas. -Empobrecimiento creciente de la población. -Exclusión social. -Desempleo. -Programas de prevención insuficientes. -Presencia de redes de distribución de drogas. -Nuevas modalidades de penetración de las drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Políticas y programas efectivos de prevención del tráfico y consumo de drogas. -Red de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de apoyo. -Existencia de oportunidades de estudio y empleo. -Promoción del desarrollo humano y social.
En el recinto penitenciario	En el recinto penitenciario
<ul style="list-style-type: none"> -Subcultura carcelaria. -Internalización de pautas de la subcultura carcelaria -Presencia de redes de distribución de drogas al interior del recinto. -Presión de líderes negativos al interior de la cárcel. -Conductas que llevan consigo la aplicación de alguna medida disciplinaria. -No incorporarse a programas de intervención. -Carencia de redes familiares de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Participación en actividades de tratamiento. -Vinculación con las redes familiares o de apoyo. -Bajo compromiso delictivo. -Escaso nivel de internalización de normas de la cultura carcelaria. -Escolarización. -Beneficios intrapenitenciarios.

7. LA FAMILIA COMO FACTOR TRASCENDENTE EN LA REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL DEL INDIVIDUO.

La familia, en tanto grupo primario de socialización y trascendente en el desarrollo del individuo, logra establecer las directrices que permitirán guiar las acciones de toda persona como ser social.

7.1 CONCEPTUALIZACION DE FAMILIA¹⁵:

Grupo social: grupo socialmente formado por miembros emparentados entre sí por sangre, adopción o matrimonio incluyéndose las uniones consensuales cuando éstas son estables. (Lira, L; 1976).

¹⁵ Fuente: Balbontín Pamela. "Contexto sociofamiliar de niños y niñas que presentan una permanencia prolongada en los hogares de protección simple de la red SENAME, Quinta Región, un enfoque cualitativo centrado en la percepción de los sectores involucrados". Seminario de Título 2005, Escuela de Trabajo Social; Universidad de Valparaíso.

Institución social: sistema de relaciones que, como toda institución, se da en un orden de roles y status y tales relaciones están basadas en normas y valores definidos culturalmente y destinados a cumplir funciones sociales.

Sistema social: conjunto de elementos que se influyen mutuamente, de tal forma que los cambios en uno de ellos alteran a los otros generando una nueva configuración. En este sentido, los cambios que ocurren en los miembros del grupo familiar y los cambios de composición del grupo familiar recomponen la vida familiar.

Instituto nacional de estadísticas (INE): grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas.

7.2 TIPOLOGÍA FAMILIAR.

Contemplar una tipología familiar se transforma en un proceso complejo en tanto el desarrollo cultural e histórico permite la inclusión de variaciones y la naturalización de éstas.

- SEGÚN TIPO DE HOGAR.

Hogar: grupo constituido por una sola persona o un grupo de personas, con o sin vínculo de parentesco que hacen vida en común, es decir, se alojan y alimentan juntos.

-Hogar unipersonal: El hábitat está constituido por una sola persona, generalmente por un adulto mayor.

- Hogar familiar: El hábitat es compartido por uno o más núcleos familiares.

- Hogar no familiar: El hábitat es compartido por dos o más personas, sin vínculos de parentesco entre sí.

- SEGÚN COMPOSICIÓN.

Según Composición familiar, ésta se puede categorizar de acuerdo a criterios de parentalidad, conyugalidad y consanguinidad:

Familia nuclear: Integrada por una pareja adulta, con o sin hijos o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos. De aquí se desprenden tres sub-categorías:

- Familia nuclear simple: integrada por una pareja sin hijos.

- Familia nuclear biparental: integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos.

- Familia nuclear monoparental: integrada por uno de los padres y uno o más hijos.

Familia extensa: Integrada por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y por otros miembros que pueden ser parientes o no parientes.

- Familia extensa simple: Integrada por una pareja sin hijos y por otros miembros, parientes o no parientes.
- Familia extensa biparental: Integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos y por otros parientes.
- Familia extensa monoparental: Integrada por uno de los miembros de la pareja, con uno o más hijos y por otros parientes.
- Familia extensa amplia o familia compuesta: Integrada por una pareja o uno de los miembros de ésta, con uno o más hijos y por otros miembros parientes y no parientes.

- **SEGÚN LA PERTENENCIA DEL INDIVIDUO.**

- Familia de origen: familia en la que se nace.
- Familia de procreación: cuando las personas forman sus propias familias.

7.3 FAMILIA Y FUNCIONES.

La familia como unidad básica de la sociedad contempla diversas funciones, entre ellas están:

- Función reproductora, la que tiene por finalidad perpetuar la especie en el tiempo y así asegurar la continuidad de la humanidad.
- Función económica, orientada a proporcionar a los miembros de la familia seguridad y estabilidad a través de la satisfacción de las necesidades básicas. Así mismo, contribuye a la asignación de estatus, pues los bienes materiales y la posición social están vinculados a la economía familiar.
- Función cognitiva afectiva: se relaciona con la interacción entre sus miembros, entre las que se encuentra la socialización, entendida como el proceso a través del que la familia entrega a sus miembros valores, normas, creencias, hábitos, entre otros, para que el individuo pueda internalizarlas, con el fin de que se integren adecuadamente a la sociedad. Otra de estas funciones es el control social, mediante el que la familia ejerce un control sobre sus miembros, a fin de que respondan según lo que se espera de ellos, de acuerdo a pautas de conducta socialmente aceptadas.

El control debe ser entendido en relación con una autoridad legítima de los padres, es decir, basado en la cercanía y en la identificación de los hijos, con sus padres como modelos.

- Función afectiva y de apoyo emocional: consiste en la demostración y expresión de afectos en forma verbal, no verbal, gestual, etc., por lo tanto la familia ejerce en sus miembros, influencias que permiten percibir en los individuos, su imagen y valoración propia. Por lo que se reviste de importancia el ejercer esta función, ya que determinará la condición en la que los miembros de ella enfrentarán su desarrollo y vida en los diferentes ámbitos sociales.

En la actualidad la familia, producto de los cambios que ha generado la modernidad al interior de ésta, ha visto influidas dichas funciones, lo que se expresa en un debilitamiento o nulidad en el ejercicio de algunas de ellas, cobrando importancia las funciones de tipo material por sobre las cognitivas-afectivas, delegándose estas últimas a otras instituciones, como por ejemplo: la de socialización y afectividad a la escuela, al trabajo o a los amigos, entre otras, así mismo, la función de control social se ha visto menoscabada por el débil establecimiento de normas y reglas intrafamiliares.

SINTESIS DE TIPOLOGÍAS FAMILIARES

TIPOLOGÍAS FAMILIARES	DEFINICIÓN OPERACIONAL
1. HOGAR UNIPERSONAL. Estructura unipersonal y ciclo individual	El hábitat está constituido por una sola persona, generalmente un adulto. Surge por opción o necesidad, independiente de su situación afectiva, lo que no excluye el desarrollo de relaciones erótico-afectivas o de pareja o filiales. Es frecuente en las personas solteras, viudos o ancianos y crece en grupos poblacionales que han vivenciado procesos de conyugalidad y parentalidad, prevaleciendo en los estratos altos de la sociedad.
2. FAMILIA UNIPARENTAL/MONOPARENTAL.	Corresponde a la unidad familiar que desde su constitución tiene una estructura monoparental centrada en la figura materna o paterna; o que debido a la desintegración de la díada parental – conyugal, falta el padre o la madre, sea por fallecimiento, separación o ausencia temporal o definitiva, y en el que junto a los habidos se constituye la familia incompleta.
3. FAMILIAS CONSENSUALES	Son aquellas unidades familiares en las que hay comunidad de hecho y techo, asidua y duradera y en donde la vida en pareja se desarrolla ostensiblemente a los ojos de los demás como si se tratara de un verdadero matrimonio.
4. FAMILIA REESTRUCTURADA, RECOMPUESTA, RECONSTITUIDA O SIMULTANEA	Es la unidad familiar que se constituye después de una desintegración reestructurando la díada conyugal – parental, a través del matrimonio o unión consensual. En la nueva familia es frecuente que los hijos/as sean de diferentes padres o madres; siendo mayor el número de hijos que en las formas nuclear o monoparental. Por lo general, la segunda unión y las siguientes son de hecho. Por lo tanto, las familias reestructuradas pueden dar lugar a un nuevo matrimonio, a una convivencia o a una familia agregada.
5. FAMILIA AGREGADA	Es aquella unidad familiar formada por dos personas divorciadas, con hijos/as, que se casan entre sí, aportando los hijos/as de sus relaciones matrimoniales anteriores
6. FAMILIAS ADOPTIVAS	La familia adoptiva es aquella que nace de un acto jurídico o resolución judicial y que crea entre dos personas, que no son necesariamente parientes consanguíneos, relaciones ficticias y civiles de parentesco y filiación.
7. HOGAR O UNIDAD DOMESTICA U HOGAR COLECTIVO	Es una estrategia de sobrevivencia donde las personas están unidas voluntariamente para aumentar el número de perceptores económicos y lograr economías de escala. Algunas formas de hogar más reconocidas son: cuarteles, conventos, campamentos, asilos, hospitales, hogares estudiantiles, cohabitación juvenil, etc.

Fuente: La diversidad familiar. Quiroz 1998.

Esta tipificación logra reconocer la complejidad de la realidad familiar nacional, con lo que es posible apreciar una clasificación de hogares y familias poniendo de relieve la existencia de redes de parentesco, redes de apoyo y solidaridad, así como también, la distinción entre núcleos primarios y secundarios en la familia.

7.4 ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR DESDE EL MODELO DE OLSON.

El modelo Circumplejo de Olson, Rossel y Strenkel (1983) es un marco conceptual que describe y tipifica a las familias a partir de tres dimensiones emergentes de su comportamiento, como son: la Adaptabilidad, la Cohesión y la Comunicación parental como mecanismo articulador de las dos primeras.



VARIABLE ADAPTABILIDAD.

La adaptabilidad se centra básicamente en la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras, roles y normas en respuesta a las exigencias que se le plantean. Cuando se cambian las estructuras de un sistema, se modifican o cambian los límites del sistema y se predispone a las demandas del medio externo y a las necesidades de desarrollo de sus miembros.

Para enfrentar tanto los desafíos internos como externos, la familia dispone de dos mecanismos: la morfostasis, entendida como el patrón de resistencia a cambiar y la morfogénesis, referido al potencial para desarrollarse y crecer como sistema. Sólo cuando logre una integración equilibrada entre estabilidad y cambio, la familia podrá adaptarse adecuadamente, reestructurándose según sus necesidades y manteniendo una continuidad en el tiempo.

La adaptabilidad comprende los siguientes elementos: liderazgo familiar, expresado a través de la asertividad, el control, la disciplina, el estilo de negociación sustentado por los miembros, la relación de roles y reglas de relaciones. El comportamiento que asumen estos elementos, en su conjunto, permiten distinguir cuatro niveles de adaptabilidad, en un continuo de alto-bajo que dan origen a diferentes tipos de familia.

Todos los tipos de familia tienen capacidad de adaptación, pero difieren en la forma como lo hacen. El grado de desarrollo de ésta está vinculado a las características de la familia y a los procesos que cada uno ha desarrollado en su historia como sistema.

La familia puede pasar durante su historia por distintas dimensiones de la variable adaptabilidad y por tanto hay períodos en que la familia puede estar centrada en una mayor rigidez, alta estructuración, flexibilidad o vivir un período caótico.

Definición de familia estructurada.

Se caracterizan porque tienden a ser organizadas y centradas en sí mismas, todo está planificado de antemano, el liderazgo corresponde exclusivamente a los padres.

Las responsabilidades están claramente definidas y las normas básicas explicitadas, el ambiente familiar es muy protector para sus miembros y todo está previsto, incluso los conflictos.

Definición de familia flexible.

A diferencia de la anterior, es bastante más democrática. En estas familias existe la posibilidad de cambiar los planes familiares y hay también una mayor apertura en las negociaciones. Los padres ponen ciertos límites, pudiendo planear situaciones que se pueden negociar. Estas familias tienen valores, pero están más abiertas al mundo exterior y permiten en algún grado la incorporación de nuevos valores, logrando de este modo una mayor capacidad para apoyar el pensamiento autónomo de sus miembros.

Definición de familia caótica.

Se caracteriza por la falta de responsabilidad y porque no han sido capaces o no han sabido establecer límites familiares. En estas familias no hay normas básicas y las reglas van cambiando permanentemente, otorgándole inestabilidad al sistema. Estas familias transmiten poco apoyo y seguridad a sus miembros, no existe planificación alguna y suelen enfrentar consecutivas crisis.

Las personas que se forman en este ambiente generalmente pierden su centro (sentido de equilibrio) y buscan en qué apoyarse (en el caso de los niños/as es frecuente que caigan en la vagancia y otras conductas antisociales como la drogadicción). Estas familias generan problemas de baja autoestima en los hijos/as, ya que al no tener éstos en quien apoyarse les afecta la confianza en sí mismos y la seguridad personal. Éstas no tienen valores explícitos y por lo mismo no hay una demanda hacia los hijos/as por la observancia de determinadas situaciones.

Definición de familia rígida.

A diferencia de la anterior, se caracteriza por la excesiva responsabilidad de los padres. Ellos piensan que si todo no está bajo su control, las cosas no funcionan bien. El ideal de esta familia es que todos sean iguales, por lo tanto, los padres establecen sistemas de normas inflexibles que deben ser acatados rígidamente y exigen de todos los miembros, especialmente de sus hijos/as, total sumisión a las normas, frente a cualquier rebelión o discrepancia, la reacción de los padres es imponer más y nuevas normas. En esta familia no existe, por tanto, la discusión de los miembros, exigen una estricta observancia de los valores y cualquier miembro que no los comparta es visto como amenazante.

El problema de fondo de estos grupos, es que no se puede ser distinto sin sentirse rechazado y por lo tanto, los miembros se limitan en el crecimiento individual.

VARIABLE COHESIÓN.

Es el conjunto de toda la afectividad, intimidad y el significado que constituye la esencia de las relaciones familiares.

La cohesión, entendida como los lazos o uniones emocionales que unen a los miembros de una familia, se conforma por tres elementos relacionados entre sí:

1. Dependencia emocional: tiene directa relación con la frecuencia o calidad de la interacción familiar, con la voluntad de unión existente entre los miembros y el afecto expresado entre éstos.
2. Actividades familiares compartidas: se refiere al grado de participación individual en ellas, al tiempo dedicado a la familia, el espacio físico disponible para encuentros familiares a los amigos en común que tenga la familia y a la toma de decisiones que se pueda realizar en conjunto.
3. Consenso conyugal: está estrechamente vinculado al grado de compromiso entre la pareja y al grado de importancia que ésta asigna al matrimonio y a la familia.

El modelo establece cuatro niveles de cohesión familiar que representan un continuo de alto-bajo y que permiten clasificar y tipificar a la familia en cuatro tipos:

Definición de familias aglutinadas.

Desde el punto de vista de la ajustabilidad, se corresponde con la familia rígida.

Se caracteriza porque sus miembros están excesivamente involucrados unos con otros y existe un alto grado de dependencia.

Los límites de estas familias suelen ser muy difusos, su idea central es ser todos una sola persona, si alguien intenta diferenciarse constituye una amenaza en el sistema familiar. El problema más grave de estas familias, es que se inhibe el desarrollo de sus miembros, en términos de su autonomía e identidad personal.

Definición de familia desligada (Separada).

El nivel de cohesión es mínimo. Son familias en las cuales los padres no han tenido la capacidad de conducción y de centro del sistema familiar. Existe muy poca intimidad entre sus miembros, y éstos son extremadamente individualistas, se comunican poco entre sí y si lo hacen es referente a aspectos superficiales.

Cada miembro de esta familia trata de satisfacer sus necesidades afectivas fuera del hogar y el compromiso con el sistema familiar por parte de cada uno de los miembros es mínimo.

Definición de familia unida.

Existe una moderada dependencia entre sus miembros, los límites externos son semiabiertos y los límites generacionales son claros. Se aceptan las individualidades, como también se comparten actividades familiares y separadas. Las decisiones son más compartidas que en las familias aglutinadas y la mayoría de éstas se toman pensando en la familia.

Definición de familia independiente.

Tienen una moderada independencia entre sus miembros, los límites internos y externos son semiabiertos y los límites generacionales son claros.

En la toma de decisiones, priman las individualidades sobre las familiares, sin embargo, tienen la capacidad para tomar decisiones familiares cuando es necesario.

Predominan las actividades individuales por sobre las familiares.

VARIABLES DE INVESTIGACION.

De acuerdo a la investigación que se ha realizado, se identifican las siguientes variables de investigación:

Características sociodemográficas: Son aquellas características que tienen directa relación con los antecedentes personales de cada interno del CTA y su entorno.

Caracterización delictual y de consumo: Tiene relación con los antecedentes delictuales que presentan los internos, además de los antecedentes de consumo que poseen los internos que son beneficiarios del CTA.

Tratamiento: Proceso que se lleva a cabo dentro del Centro de Tratamiento de Adicciones, a través del que se pretende abordar la rehabilitación de la drogodependencia del interno y reinsertarlo en la sociedad.

Categorización Familiares: Configuración de las características y tipificaciones de las personas que integran el grupo familiar y/o personas significativas que actualmente están presentes en el proceso de rehabilitación y reinserción social que realizan los internos que son beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo específico N° 1:

Identificar si la adaptación del Plan Nacional de rehabilitación y reinserción social, para internos de recintos penitenciarios del país, incidiría en el proceso que desarrollan los beneficiarios del CTA del Complejo Penitenciario de Valparaíso.

VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIM.	INDICADOR	SUBINDICADOR
Plan Nacional: Conjunto organizado de intervenciones terapéuticas basadas en un enfoque biopsicosocial.	Tratamiento: Proceso a través del que se pretende abordar la rehabilitación de la drogodependencia del interno y reinsertarlo en la sociedad.	Implementación de etapas: Corresponde a la ejecución del programa de rehabilitación y reinserción social que se les otorga a los internos que son beneficiarios del CTA.	- Etapa de sospecha y confirmación diagnóstica. - Etapa de pretratamiento o grupos motivacionales. - Etapa de tratamiento. - Etapa de postratamiento e integración social.	- Objetivos de cada etapa. - Actividades relevantes de cada etapa. - Tiempos. - Responsables y sus roles.
		Recursos: Se establecen como los elementos que son necesarios para la implementación del programa de rehabilitación y reinserción social.	- Materiales.	- Material educativo. - Material fungible - Alimentación para internos
		- Financieros	- Aportes de CONACE. - Aporte de Patronato Local de Reos. - Aportes de Gendarmería de Chile.	

			- Humanos.	- Director - Psicólogo - Asistente social - Monitor laboral - Funcionario - Equipo de salud.
		Espacio físico: Corresponde a la infraestructura de la que dispone el Centro de Tratamiento de Adicciones para acoger a los internos que son parte del programa	- Capacidad.	- Número de internos. - CTA ambulatorio.
			- Estructura.	- Sala multiuso. - Oficinas profesionales. - Taller de trabajo. - Patio. - Baños - Baños del personal. - Cocina.

Objetivo específico N° 2:

Establecer el tipo, dinámica y estructura del grupo familiar que presentan los internos que actualmente son beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV.

VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIM.	INDICADOR	SUDINDICADOR
Caracterización Familiar: Configuración de las características y tipificaciones de las personas que integran el grupo familiar y/o personas significativas que actualmente están presentes en el proceso de rehabilitación y reinserción social que realizan los internos que son beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones.	Tipo: Corresponde a la categoría en donde se pueden incluir a las familias de los internos de acuerdo a diferentes características de los miembros del programa.		- Nuclear.	Nuclear simple. Nuclear monoparental Nuclear biparental
			- Extensa	Extensa simple Extensa monoparental Extensa biparental Extensa amplia o familia compuesta
			- Unipersonal. - Familiar. - No familiar.	Una sola persona, generalmente por un adulto mayor. El hábitat es compartido por uno o más núcleos familiares Dos o más personas, sin vínculos de parentesco entre sí.

	<p>Adaptabilidad familiar: Se centra básicamente en la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras, roles y normas en respuesta a las exigencias que se le plantean.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Familia rígida. - Familia estructurada. - Familia flexible. - Familia caótica. 	<p>Se caracteriza por la excesiva responsabilidad de los padres. Ellos piensan que si todo no está bajo su control, las cosas no funcionan bien. El ideal de esta familia es que todos sean iguales, por lo tanto, los padres establecen sistemas de normas inflexibles</p> <p>Tienden a ser organizadas y centradas en sí mismas, todo está planificado de antemano, el liderazgo corresponde exclusivamente a los padres.</p> <p>En estas familias existe la posibilidad de cambiar los planes familiares y hay también una mayor apertura en las negociaciones. Los padres ponen ciertos límites, pudiendo planear situaciones que se pueden negociar.</p> <p>Se caracteriza por la falta de responsabilidad y porque no han sido capaces o no han sabido establecer límites familiares. En estas familias no hay normas básicas y las reglas van cambiando permanentemente, otorgándole inestabilidad al sistema</p>
--	---	--	---	--

<p>Apoyo familiar: Relaciones familiares que establece el interno con el grupo primario al cual pertenece.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de apoyo. - Ausencia de apoyo. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Ejerce apoyo la familia de origen. - Ejerce apoyo pareja. - Ejerce apoyo otros familiares. - ejerce apoyo amigos. - Otras personas. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo material. - Apoyo moral. - Apoyo afectivo. - Apoyo financiero. - Otros. 	
	<p>Frecuencia de visitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dos veces por semana. - Una vez por semana. - Cada 15 días. - Una vez al mes. - Otros. 	
	<p>Participación de familia en talleres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En CRS¹⁶ - En CPV¹⁷ 	

¹⁶ CRS: Centro de Reinserción Social.

¹⁷ CPV: Complejo Penitenciario de Valparaíso.

Objetivo específico N° 3:

Establecer las características individuales y sociales de los internos que son beneficiarios del CTA, determinando si éstas inciden positiva o negativamente en el proceso de rehabilitación y reinserción social.

VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIM.	INDICADOR	SUBINDICADOR
Características Sociodemográficas: Son aquellas características que tienen directa relación con los antecedentes personales de cada interno del CTA y su entorno.	Características Individuales: Corresponde a las características propias del individuo	- Edad	- 19- 24 años - 25- 30 años - 31-37 años	
		- Estado civil.	- Casado. - Soltero. - Viudo. - Separado. - Divorciado.	
		- Hijos.	- Sin hijos - 1 hijo - 2 hijos o más	
		- Institucionalización	- Permaneció en Hogares de menores. - No permaneció en Hogares de menores.	
		- Alfabetización	- Sabe leer. - Sabe escribir.	

		- Abandono escolar	- Sin abandono. - 1 abandono. - Más de un abandono.	
		- Repitencias	-Ninguna repitencias. - Repite 1 vez - Repite 2 veces - Más de dos veces.	
		- Último año cursado en el medio libre.	- Enseñanza básica. - Enseñanza media. - Enseñanza superior.	
	Características Sociales: Corresponden a las características propias del entorno del individuo.	- Lugar de procedencia.	-Valparaíso - Otro lugar de la V región. - Fuera de la V región.	
		- Domicilio actual.	-Valparaíso - Otro lugar de la V región. - Fuera de la V región.	
		-Situación socioeconómica	- Indigente. - Pobre. - No pobre.	

		- Capacitación laboral	- Formal. - Informal.	
		- Situación laboral	- Trabajo estable - Trabajos esporádicos. - Sin trabajo.	
		- Tipo de trabajo	- Dependiente. - Independiente.	
		- Situación previsional.	- Con previsión. - Sin previsión.	
		- Actividades laborales que desarrolla en CPV	- Artesanía. - Mozo - Otros	
		- Remuneraciones	- Percibe remuneraciones. - No percibe remuneraciones	
		- Destino del dinero	- Personal. - Familiar. - Otros.	

Objetivo específico N° 4:

Establecer las características delictuales y de consumo que presentan actualmente los internos que son beneficiarios del CTA estableciendo si existe una relación causal que predisponga el egreso de los internos.

VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR
Características delictuales y de consumo: Tiene relación con los antecedentes delictuales que presentan los internos, además de los antecedentes de consumo que poseen los internos que son beneficiarios del CTA.	Delictual: Corresponde a las características del delito por el que están cumpliendo condena los internos que son participantes del CTA.		Tipo de delito: - Robo con violencia. - Robo con intimidación. - Robo con fuerza. - Homicidio. - Tráfico.	
			Reincidencia: - Legal - Criminológica - Sin reincidencia	
			Compromiso delictual: - Bajo - Mediano bajo - Mediano alto - Alto	
	Consumo: Uso de sustancias lícitas e ilícitas que alteran la conducta, las funciones psicofisiológicas y/o		Tipo de consumo: - Consumo de una sustancia. - Consumo de 2 sustancias. - Policonsumo.	

	salud de las personas.		Frecuencia de consumo: - Experimental. - Ocasional. - Episódicos. - Sistemático.	
			Motivo de Consumo: - Consumía para delinquir. - Consumía para evadirse. - Otros	
			Consumo en CPV: - Consumo en CPV - Ausencia de consumo en CPV	
	Factores protectores y de riesgo asociados a la aparición consumo de drogas.		En lo personal: Factores Protectores:	- Presencia de factores protectores en lo personal - Ausencia de factores protectores en lo personal
			Factores de Riesgo:	- Presencia de factores de riesgo en lo personal - Ausencia de factores de riesgo en lo personal

			<p>En lo familiar: Factores protectores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de factores protectores en lo familiar. - Ausencia de factores protectores en lo familiar.
			Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de factores de riesgo en lo familiar. - Ausencia de factores de riesgo en lo familiar.
			<p>En la comunidad: Factores protectores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de factores protectores en la comunidad - Ausencia de factores protectores en la comunidad
			Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de factores de riesgo en la comunidad. - Ausencia de factores de riesgo en la comunidad.

			<p>En lo social: Factores protectores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de factores protectores en lo social. - Ausencia de factores protectores en lo social.
			Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de factores de riesgo en lo social. - Ausencia de factores de riesgo en lo social
			<p>En recinto penitenciario Factores protectores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de factores protectores en recinto penitenciario - Ausencia de factores protectores en recinto penitenciario
			Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de factores de riesgo en recinto penitenciario - Ausencia de factores de riesgo en recinto penitenciario

CAPÍTULO III

DIAGNÓSTICO SOCIAL

PRESENTACIÓN.

El siguiente capítulo tiene relación con la presentación de los antecedentes obtenidos en la investigación preliminar realizada por el equipo seminarista, a través de la utilización de los instrumentos y técnicas de recolección de datos.

Estos instrumentos - entrevistas en profundidad, encuestas, observación simple- fueron aplicados a los internos (20 hombres) que son actuales beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones (CTA) del Complejo Penitenciario de Valparaíso, así como también a los profesionales a cargo del Centro.

Es necesario destacar dentro de este punto que, en el Complejo Penitenciario Valparaíso, la intervención al consumo problemático de sustancias psicoactivas se da de manera explícita sólo en la población masculina condenada, específicamente en 20 cupos dentro del programa CTA, la población femenina de CPV no cuenta con intervención integral en el consumo problemático de drogas y/o alcohol, lo que se deriva principalmente por la falta de recursos para su implementación.

A través de la investigación preliminar realizada por el equipo seminarista, se estableció la existencia de cuatro variables a estudiar: *caracterización sociodemográfica, caracterización delictual y de consumo, categorización familiar y el tratamiento de rehabilitación y reinserción social* que llevan a cabo los internos participantes del programa. En tanto, es objeto de este estudio analizar estas variables tanto a nivel cuantitativo como cualitativamente.

La presentación de los datos cuantitativos se realizará mediante gráficos, que representarán los antecedentes sociodemográficos de la población penal estudiada, como también los datos referentes a las características delictuales y de consumo de drogas y/o alcohol de los sujetos de estudio -incorporando el análisis referente a la presencia y/o ausencia de factores protectores y de riesgo, que estuvieron presentes al momento de iniciar el consumo problemático de drogas y/o alcohol de la población estudio-.

Posteriormente, se presentará el análisis de datos cualitativos referentes a la categorización familiar de los internos, haciendo hincapié en la percepción que éstos han configurado frente al rol que ha jugado la familia en el proceso de rehabilitación y reinserción social que llevan a cabo, así como también en la

percepción individual del tratamiento, estimando la posibilidad de evidenciar la realidad de los sujetos de estudio.

Dentro del análisis cualitativo se presentará también un cuadro comparativo relativo al Plan Nacional: **“Modelo de intervención en personas con consumo problemático de sustancias, recluidas en los establecimientos penitenciarios de Chile”**, y el Tratamiento de Intervención que actualmente se implementa en el Centro de Tratamiento de Adicciones, permitiendo evidenciar tanto los elementos incorporados como los omitidos actualmente en el proceso de intervención en el Centro.

De esta forma, se pretende realizar un análisis integrado que permita entregar un enfoque amplio del fenómeno estudiado, con el fin de determinar la incidencia de factores múltiples en el proceso de rehabilitación y reinserción social de los beneficiarios del CTA.

En tanto, se debe consignar, que la investigación abarcará a los 20 internos que se encuentran actualmente en el CTA, ya que la información¹ sobre los internos que han egresado del tratamiento (45 internos) no se encuentra en su totalidad disponible.

¹ Carpetas individuales de registro de antecedentes personales y actividades de cada interno que utiliza la Unidad Técnica Local.

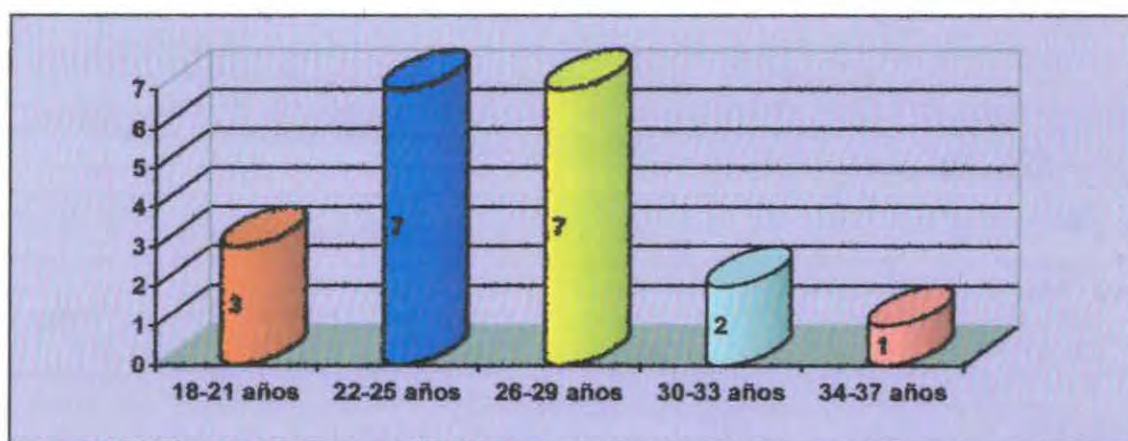
ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA INFORMACIÓN.

Los antecedentes entregados a continuación corresponden a los datos cuantitativos que se han recabado mediante la utilización de cuestionarios y fichas de registro, los que consignarán información referente a: perfil sociodemográfico de los internos, antecedentes sociales, situación laboral en el medio libre, antecedentes laborales en CPV, delictuales, de consumo de drogas y/o alcohol y familiares. Estos datos serán presentados a través de gráficos y tablas, las que permiten mayor claridad en la presentación de las referencias.

1. Antecedentes sociodemográficos.

Estos antecedentes presentarán los datos referentes al colectivo de estudio en relación a: edad, estado civil, número de hijos, escolaridad- último año cursado en el medio libre, repitencia, abandono escolar, último año cursado en CPV- lugar de procedencia, domicilio actual, niveles de ingreso familiares y número de integrantes familiares.

Gráfico N° 1: Edad de los internos actualmente beneficiarios del CTA – CPV.



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

El gráfico N° 1 identifica las edades - agrupadas por rangos- que presentan los internos que actualmente son beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones (20 internos).

Se puede establecer que la edad promedio de los beneficiarios corresponde a 25 años, etapa desde la que se pretenden enfrentar desafíos ligados a la adultez media que estarán determinados por la concreción de ciertas expectativas unidas al fortalecimiento de la identidad y a la toma de decisiones que influirán en ésta.

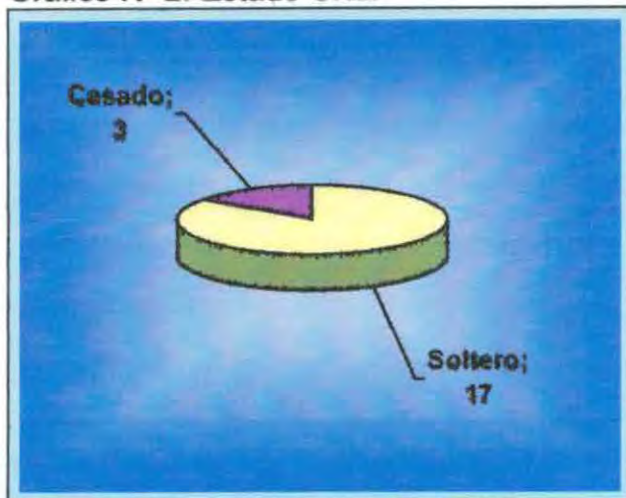
En relación a las edades de los internos agrupadas por rango, encontramos que entre 18-21 años se encuentran 15% de los internos, en tanto, entre 22-25 años se encuentran agrupados 7 internos (35%); vale decir, desde un punto de vista teórico, en el primer rango se encontrarían jóvenes que deberían preparar y fortalecer su inserción de adolescente en la sociedad, como también se pueden aunar criterios para el segundo rango donde la transición se enfocaría en la adquisición de un trabajo, oficio o profesión, y en la formación de la familia. Sin embargo, en el caso de los internos, esta transición está claramente influida por el proceso de reclusión que deben cumplir, unido al proceso de rehabilitación de drogas que llevan a cabo, con ello se determina que los objetivos en esta etapa están relacionados para los internos en el hecho de culminar la instrucción académica -preferentemente enseñanza media- como también adquirir habilidades laborales que puedan estar al alcance y sean objetivo del Centro entregárselas- entre ellas, talleres de pastelería y repostería, cocina, mueblería, entre otros-.

En los siguientes rangos encontramos que, entre los 26-29 años actualmente se encuentran 7 internos (35%), entre 30-33 años se identifica a 3 internos (15% de los casos) y 1 interno con 37 años (5%). Determinando estos rangos de edad, se puede inferir que son personas que enfrentan un periodo donde se conjugan los diversos desafíos que se han planteado y la evaluación de la concreción de ellos. Se buscará determinar las fortalezas y debilidades personales, familiares y sociales de las que disponen, que en el caso de los internos tendrán directa relación con las capacidades laborales que posean, la evaluación del proceso de rehabilitación que llevan a cabo y de las consecuencias implícitas y explícitas que ha comportado la reclusión a nivel personal como en su entorno.

Desde lo expuesto, se afirma que la población estudio se encuentra en edad productiva, vale decir, mantienen la posibilidad de que en el medio libre se incorporen al grupo de personas activas a nivel laboral, sin embargo las inferencias obtenidas desde el análisis de esta variable deben estar directamente relacionadas con el nivel educacional de los internos, la capacitación laboral y las referencias que existan de trabajos que anteriormente hayan desarrollado, tanto en el medio libre como durante el tiempo en que se han encontrado reclusos.

Gráficos N° 2 – N° 3: Relación estado civil y número de hijos de los internos actualmente beneficiarios del CTA – CPV.

Gráfico N° 2: Estado Civil.

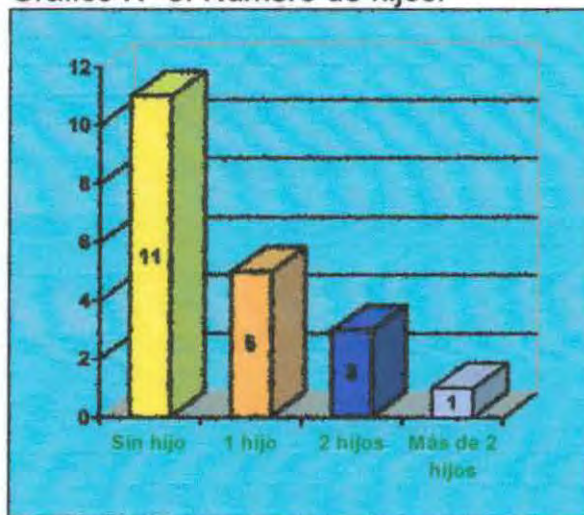


Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

La gráfica corresponde al estado civil que presentan actualmente los internos que son beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV, se establece que el 85% de ellos son solteros, en tanto un 15% de internos que son casados.

Al tomar en cuenta el indicador que señala que 17 de los internos que componen actualmente el CTA son solteros, se puede inferir que un importante número de los internos no mantiene responsabilidades directas para con el grupo familiar –como figura de jefe de hogar- sin embargo, de aquellos que se declaran solteros un 30% tiene hijos/as, asumiendo su rol paternal en el 20% de los casos desde el recinto penitenciario, este rol se realiza a través del envío de dinero (el cual sirve para costear, en parte, las necesidades de los/as hijos/as) que periódicamente realizan los internos a sus familiares y/o personas significativas, así como también los internos reciben las visitas de sus hijos/as.

Gráfico N° 3: Número de hijos.



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006

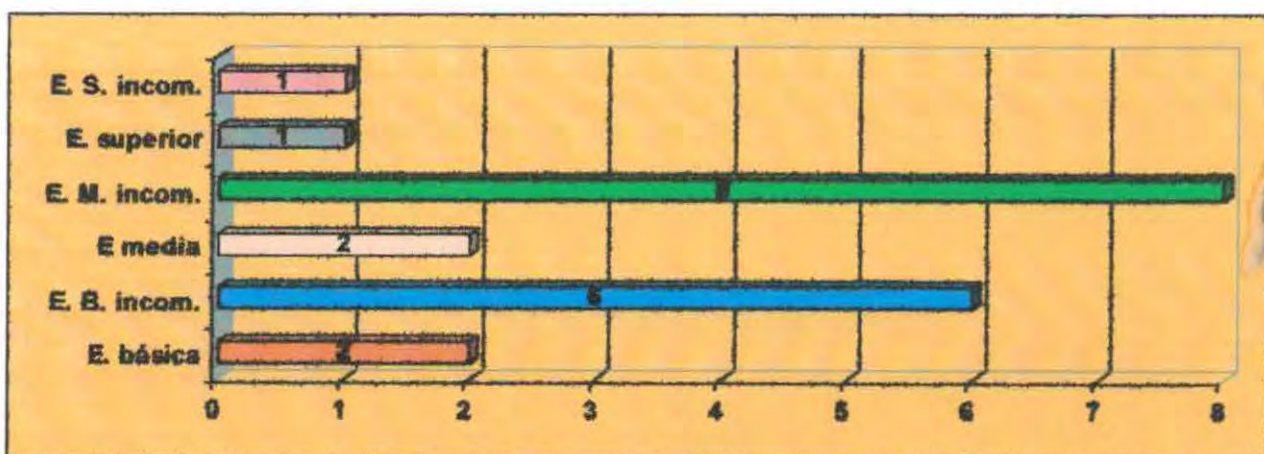
Dentro de la población estudio se presenta un 55% de los internos sin hijos, un 25% con 1 hijo, un 15% con dos hijos/as y un 5% con más de dos hijos/as. Se puede establecer entonces, que un 45% de la población actualmente participante del CTA presenta explícitamente obligaciones paternas, siendo éstas ejercidas en el 30% de los casos y no ejercidas en el 15% de los mismos.

Se infiere entonces, que en promedio se encuentran en edad productiva, solteros y sin responsabilidades asociadas al ejercicio de rol paternal directamente, más bien en esta última variable ellos ejercen un rol secundario, en tanto -por razones

obvias- no son parte de la cotidianidad que requiere el ejercicio paternal tanto a nivel afectivo como económico. La consideración asociada a la pérdida del sentido cotidiano con las familias y/o personas significativas que construyen sus espacios afectivos más cercanos, es de válida importancia, en tanto existirán irremediablemente situaciones de las que no serán participantes activos y mantendrán una visión secundaria de los conflictos, avances y retrocesos que se constituyan en la atmósfera familiar y que deberán, necesariamente, comprender y/o asumir cuando se reincorporen a este espacio, siendo uno de los aspectos más coyunturales la reintegración a la vida familiar con sus parejas y el rol que deberán asumir en la educación de sus hijos e hijas.

Frente a la capacidad productiva de los sujetos de estudio, se estima que ésta en sí se transforma en un referente, en tanto son personas que –desde la edad que presentan- deberían asumir un rol mayormente activo, sin embargo, es factible inferir que podría estar ligado fuertemente al ejercicio de labores desde el ámbito informal, tal como puede ser afirmado y contrastado con los datos que se grafican tanto a nivel educacional como de actividades laborales que realizaron antes de ingresar al CPV.

Gráfico N° 4: Último año cursado en el medio libre por los internos actualmente beneficiarios del CTA – CPV.



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006

Desde el análisis de los datos de la población en estudio se advierte que la totalidad de los internos que son beneficiarios del Centro saben leer y escribir, cuya habilidad fue adquirida fuera del recinto penitenciario.

En cuanto al último año cursado por parte de los internos en el medio libre, se puede inferir que en el 40% de ellos (8 internos) corresponde a Enseñanza Media (44% de ellos en segundo año medio) un 30% (6 internos) cursó su último año en la Enseñanza Básica; un 10% (2 internos) Completó Enseñanza Media en el

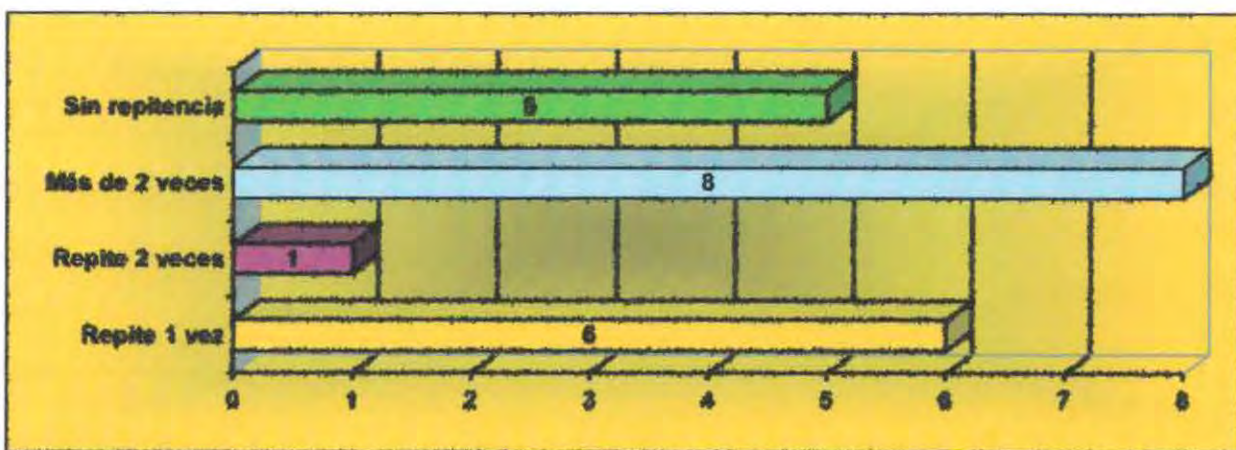
medio libre; 10% en la Enseñanza Básica (38% en 7° básico y 25% de ellos en 8° básico), un 5% en Enseñanza Superior incompleta y sólo un caso, correspondiente al 5% terminó sus estudios superiores de soldador en el medio libre.

Lo anterior hace manifiesto el hecho de que los internos, en su mayoría, presentan irregularidad durante el desarrollo de sus actividades académicas, considerando que la oferta educacional municipalizada en Chile para la enseñanza básica primero y la enseñanza media después, se hace efectiva gratuitamente.

Más crítica aún es la situación que demuestran los datos en tanto un considerable número de internos cursó el último año de instrucción durante la Enseñanza Básica, obteniendo un nivel mínimo en cuanto a conocimientos y habilidades académicas, como también es de consideración que un consecuente abandono escolar se produjo a muy temprana edad.

En cuanto a quienes cursaron el último año de enseñanza durante la Educación Media, se infiere que estando en la transición de edad desde la niñez a la adolescencia no contaron con las exigencias familiares, motivacionales a nivel personal o bien con las capacidades económicas para continuar (se pueden identificar casos donde la continuidad educacional se encuentra supeditada a la situación socioeconómica que presente el grupo familiar)

Gráfico N° 5: Repitencias escolares en el medio libre de los internos actualmente beneficiarios del CTA – CPV.



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

En términos de establecer cuantos de los internos que actualmente participan del programa presentan repitencias escolares, se puede precisar que 8 de ellos (correspondientes al 40%) han repetido más de una vez en su vida escolar; un 30% de los internos (6 de ellos) repiten 1 sola vez; 5 internos no repiten ningún nivel durante su proceso escolar y sólo 1 interno repite dos veces.

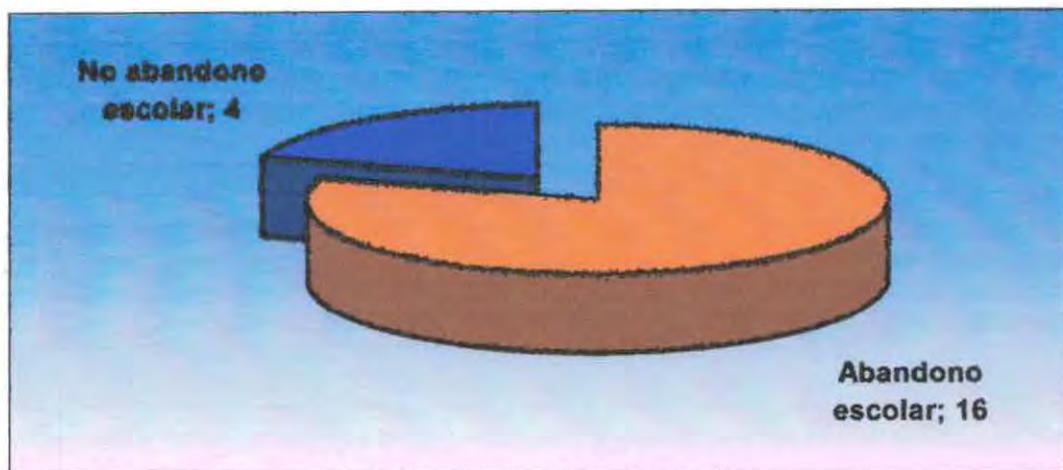
Mediante la recolección de datos se pudo establecer además, que estas repitencias que presentan los internos en su proceso escolar, corresponden básicamente a inasistencias, entendida como la falta prolongada al sistema escolar, la que no se califica como abandono de éste. Estas inasistencias principalmente se consumaron por falta de interés en el sistema escolar, por formar parte de un grupo de pares que no valida esta conducta ni presenta motivación hacia ella o por considerar la inclusión en el medio laboral más importante que la continuación y culminación del proceso básico estudiantil. En el último caso, los internos que en reiteradas ocasiones repitieron niveles educacionales por trabajar, esta acción estaba calificada como positiva y común dentro del grupo familiar, ya que se concretaba la suma de un ingreso más al presupuesto familiar.

Estos datos confirman el análisis del gráfico N° 4, en tanto la valoración de la asistencia y la mantención en el sistema escolar estarán –en un importante número de los casos estudiados– condicionados por las motivaciones y expectativas que coincidan en el ámbito personal y familiar, como también de la situación económica que mantengan.

Importante sería el análisis de la valoración que las familias entregan a la educación de sus miembros, a la instauración de una disciplina que no amerite cuestionamientos a la continuidad escolar, como también la importancia que ellos entregan a la inmediatez laboral, en tanto la alternativa educacional sería considerada como una estrategia a largo plazo posible de soslayar.

Sin duda, las repitencias escolares deben ser analizadas desde múltiples posiciones, sin embargo será clave la constatación temprana de las capacidades psicológicas e intelectuales de los niños y las niñas, como también la valoración que se entregue desde el núcleo familiar así como además del ambiente escolar para lograr la retención del niño/niña en el sistema, ya que las constantes repitencias darán lugar a las frustraciones personales y servirán, en muchos casos, como justificación para el posterior abandono escolar, sin la detención mayor en las causas subyacente al problema.

Gráfico N° 6: Abandono escolar en medio libre de los internos actualmente beneficiarios del CTA – CPV.



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

Como se puede apreciar en el gráfico N° 6, de los internos que actualmente son beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones, 16 de ellos abandonaron el sistema escolar (80% de los casos) y sólo 4 de ellos (20% de la población) continuaron con sus estudios en el medio libre.

Dentro de las causales que ellos identifican ante la justificación del abandono, se pueden establecer el inicio de actividades laborales (35% de la población), adherir fuertemente al grupo de pares que no compartían la valoración y motivación por la continuidad escolar (15% de ellos) y en otras ocasiones por falta de interés (30% de los internos) sin mayores consideraciones negativas por parte de sus núcleos familiares.

Cuando más allá de los datos entregados, se analizan las justificaciones concretas que dan los internos para sustentar el abandono escolar, existen ciertas referencias que se hacen mayormente reconocibles –influencia de grupo de pares o realización de actividades laborales remuneradas- sin embargo, llama la atención el hecho de que un porcentaje importante argumente “la falta de interés” como única consideración -aun cuando la motivación es un estado que se va gestando y en el que influyen múltiples instancias: familia, sistema escolar, entre otras-. Queda claro entonces, que el análisis realizado necesariamente deberá ser mayor y no obedecer al principio de uncausalidad.

Entenderemos invariablemente el abandono escolar como un problema social² del que en muchas ocasiones se suelen determinar sus efectos pero no sus verdaderas causas, desde un ejercicio simplista del tema se pueden argumentar diversas estimaciones, sin embargo, la situación es más compleja y amerita detenerse en la aproximación que se realice.

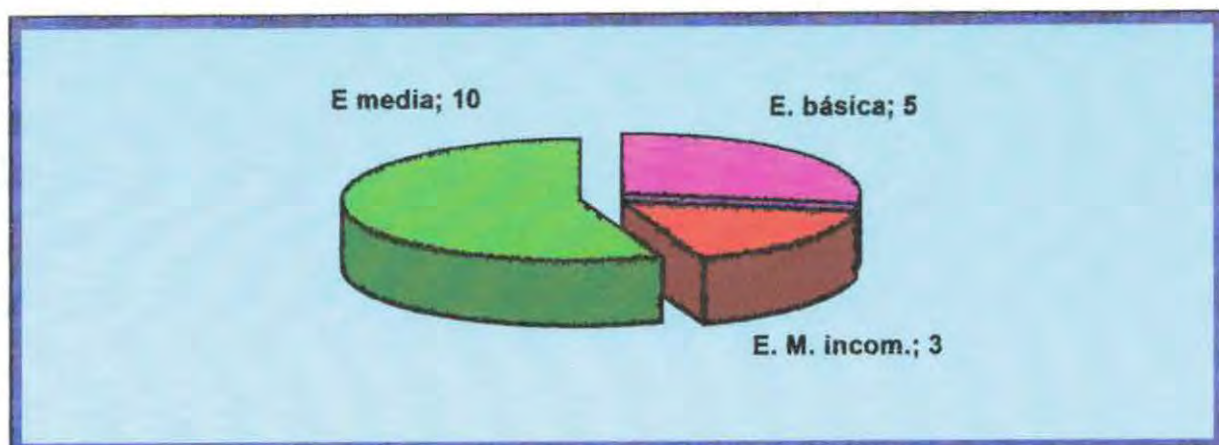
Desde una perspectiva regional, como señala el estudio realizado por la CEPAL: *Panorama Social de América Latina 2001 – 2002*, “la repetición y el retraso escolar -fenómenos que frecuentemente anteceden a la deserción escolar -, así como el limitado aprendizaje de los contenidos básicos de la enseñanza, son características de los sistemas educacionales latinoamericanos que reducen su potencial para actuar como mecanismo de igualación de oportunidades y de inclusión social”. En tanto, se ha identificado en la educación una estrategia imperativa en el desarrollo, en la disminución de la pobreza y desigualdad social. Se argumenta también que “el abandono escolar, es mucho más frecuente entre los adolescentes de los hogares de menores ingresos, y ésta es una de las principales vías a través de las cuales se reproducen las desigualdades sociales”³.

¿Las causas del abandono?, en ello se apela a la complejidad del problema, en tanto se podrán argumentar aspectos de orden estructural (del sistema educacional propiamente tal), social, políticos y económicos que confluyan. Es así como, se debe hacer la distinción también de que el abandono escolar no establece una relación causal con la comisión de delitos, sino más bien se instaure como un aspecto a consignar en el análisis educacional de los sujetos de estudio.

² Por su parte, las estadísticas nos indican que en nuestro país existen al menos 138 mil jóvenes fuera del sistema escolar y un 11% de menores, entre 14 y 17 años, que no asiste a ningún establecimiento educativo (Encuesta Casen 2000)

³ Idem.

Gráfico N° 7: Último año escolar cursado por los internos que actualmente son beneficiarios del CTA en CPV.



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

En relación a la nivelación de estudios a la que han logrado acceder los internos del Complejo Penitenciario de Valparaíso, se puede establecer que entre los actuales participantes del CTA, el 50% terminó la Enseñanza Media (correspondiente a 10 internos) en los establecimientos educacionales intrapenitenciarios⁴, como también un 25% (5 internos) niveló su Enseñanza Básica, mientras que un 15% (3 internos) de la población estudiada está actualmente cursando la Enseñanza Media.

Es necesario mencionar que dos internos de la población de estudio terminaron su proceso escolar fuera del Complejo Penitenciario de Valparaíso, por lo que no son considerados en el establecimiento de la escolaridad al interior del CTA, en tanto dos internos, habiendo terminado la Enseñanza Media fuera del CPV vuelven a cursar el mismo nivel en el recinto penal, por lo que los sujetos que son beneficiarios actuales del Centro de Tratamiento de Adicciones, 16 de ellos han realizado su nivelación de estudios dentro del colegio Juan Luis Vives del CPV–instrucción reconocida por el Ministerio de Educación–.

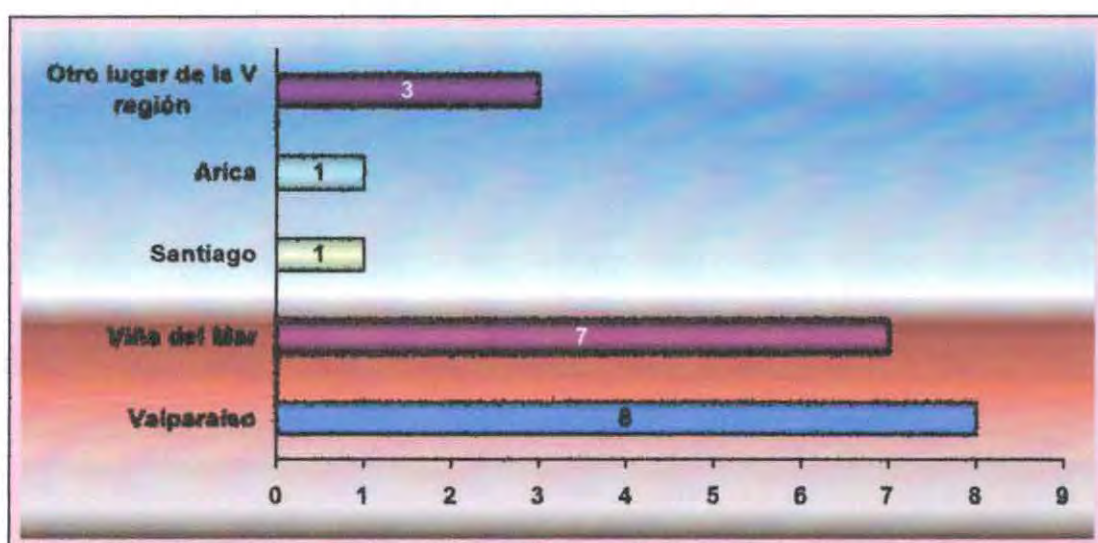
El hecho de que los internos accedan a la nivelación de estudios se considera objetivamente como una oportunidad concreta que va en directo beneficio en su proceso de reinserción y que se proyecta como una herramienta importante en el medio libre, ya que a través de los mecanismos que se pueden entregar a los internos para el aprendizaje y desarrollo de habilidades ya sean talleres, colegio, intervenciones psicosociales, entre otras, les permite contar con una base que contribuirá en el medio libre a desarrollar actividades laborales correspondientes al nivel educacional que poseen, por lo que el reconocimiento de estas iniciativas es

⁴ Colegio Juan Luis Vives, Liceo Politécnico Cardenal Oviedo.

fundamental en el fortalecimiento del autoestima y crecimiento de seguridad en sí mismos.

La importancia de esta información radica, entre otras cosas, en la comparación con los antecedentes anteriormente analizados, considerando que un número importante de internos abandonaron el proceso educativo (80%) pero, de igual forma, accedieron a la nivelación posterior dentro del Complejo, desde donde se podrían argumentar acciones motivacionales desde lo personal relacionadas con la importancia que podrían entregar a la nivelación de estudios como herramienta explícitamente significativa en su posterior reinserción en el medio libre-considerando también las posteriores consecuencias en las clasificaciones conductuales dentro del CPV-.

Gráfico N° 8: Lugar de procedencia de los actuales internos del Centro de Tratamiento de Adicciones.



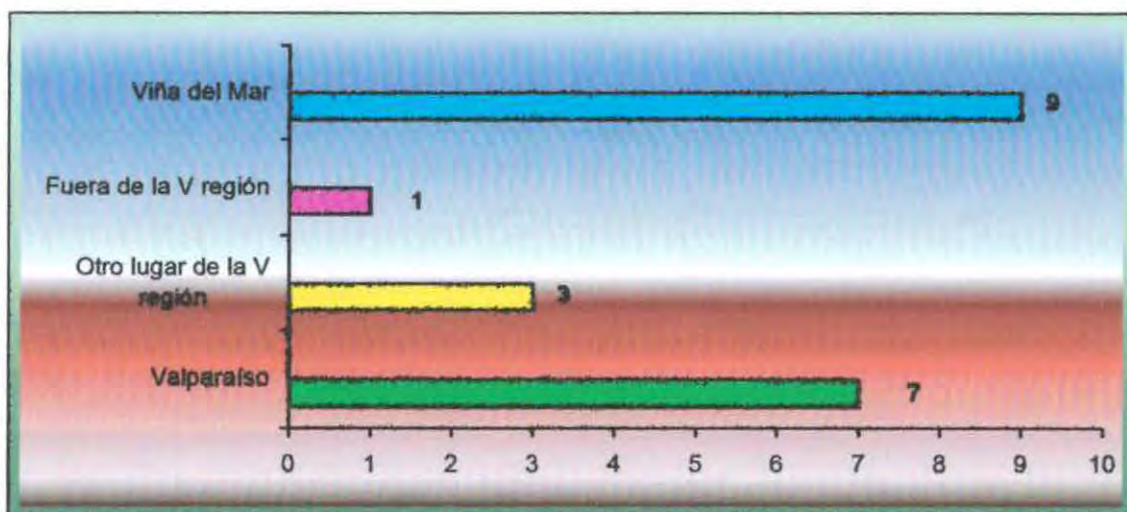
Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

Como se aprecia en la gráfica, un 90% de la población estudiada (18 internos) proviene de la Quinta Región, principalmente de la ciudad de Viña del Mar (7 internos que representan un 35% del total), en tanto 8 internos (40% de la población) del CTA proviene de la ciudad de Valparaíso, también se puede establecer que tres internos (15% de la población estudio) provienen de otro lugar de la Quinta región, específicamente de las comunas de Puchuncaví, Quilpué y Villa Alemana. Por último, 2 internos que representan el 10%, registran su lugar de nacimiento fuera de la Quinta Región, especificando en las ciudades de Arica y Santiago respectivamente.

En términos del lugar en donde habitaban los internos, se puede precisar que en su totalidad corresponden a sectores urbanos, no encontrándose ningún caso en

sectores rurales. Coincidiendo con la clasificación que realiza la socióloga Doris Cooper⁵, en tanto expone “un tipo de delincuencia urbana masculina extrema, característico de las grandes urbes industriales y comerciales. Este tipo de delincuencia concentra en la actualidad un 90% de delitos contra la propiedad. Presenta la más alta reincidencia y habitualidad delictual comparativa. Es el único tipo de delincuencia que se caracteriza por sustentar una contracultura compleja, directamente asociada a una economía contractual, redistributiva violenta. Presenta roles laborales bien definidos (para ellos robar es un trabajo, es decir, lo perciben como un trabajo) y una estratificación social alternativa a la normativa, un Código Ético, un Código Penal, un lenguaje diferencial (Coa), música específica (especialmente la importada por los ladrones internacionales o europeos), formas de expresión psicosocial asociadas a percepciones sociales de la justicia, la política, la economía normativa, la ciencia y las explicaciones científico-teóricas de la delincuencia, etc. Sustentan altos grados de modernismo mental. El 98% de ellos pertenece al estrato bajo y la mayor parte de ellos son jóvenes y solteros”, frente a la categorización que realiza la investigadora, se advierte que el perfil configurado por los sujetos de estudio coincide en referentes específicos tales como la reincidencia, que el caso de los internos esta asociada preferentemente a reincidencia criminológica⁶, a la identificación de un código ético y penal específico a la contracultura, el rango etéreo y estratificación socioeconómica, encontrándose mayores divergencias en el reconocimiento de la acción delictual como un trabajo, en tanto los internos beneficiarios responden a un perfil de selección que pretende detectar tal percepción – y que se valora negativamente-.

Gráfico Nº 9: Domicilio actual de los beneficiarios del CTA - CPV



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

⁵ En Cooper D. "Código ético, estratificación social de los ladrones y el nuevo rol del ladrón internacional" - Ponencia presentada al XIII Congreso Mundial de Sociología. Bielefeld, Alemania, julio 1994.

⁶ Ver perfil socio-criminal

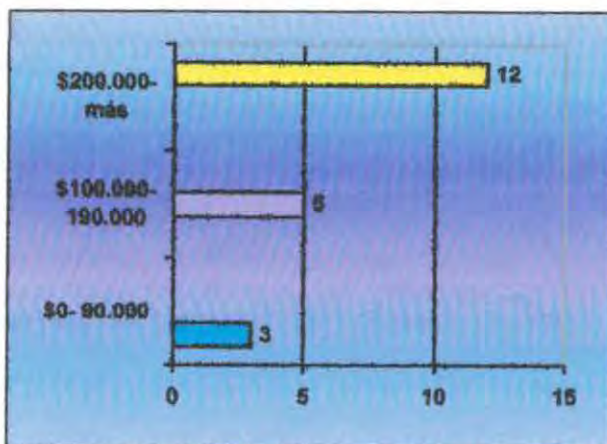
Con relación al domicilio actual de los beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones, se puede precisar que un 45% de la población posee domicilio en la ciudad de Viña del Mar, por su parte 7 internos (que representan un 35% de la población estudio) presentan residencia en la ciudad de Valparaíso, un 15% registra domicilio en otro lugar de la Quinta Región –Puchuncaví, Villa Alemana, Quilpué- mientras que fuera de la Quinta Región sólo 1 interno presenta domicilio actual, específicamente en la ciudad de Santiago.

En relación a las poblaciones o sectores en los cuales los internos beneficiarios del CTA presentan domicilio actual, se puede precisar que corresponden a zonas urbanas, que cuentan con acceso a los servicios públicos, sin embargo, en un 65% de los casos corresponden a poblaciones periféricas del centro de la ciudad de Viña del Mar (Reñaca Alto, Glorias Navales, entre otras) así como también en el caso de los internos que viven en Valparaíso corresponden a cerros tales como Barón, Rodelillo, Playa Ancha, entre otros (desde donde se infieren niveles importantes de consumo y tráfico de drogas e ingresos económicos bajos).

Por otra parte, el hecho de que, en su mayoría, los internos presenten sus domicilios actualmente en la V región se considera un factor positivo en las probables postulaciones a Beneficios Intrapenitenciarios a los que puedan acceder, ya que quienes cuentan con una evaluación positiva frente al proceso de rehabilitación por parte del equipo profesional tienen significativas posibilidades de acceder a Salida Controlada al Medio Libre, en tanto cumplan con el perfil determinado por equipo profesional y autoridades competentes.

Gráficos N° 10 – N° 11: En relación a niveles de ingresos familiares y número de integrantes de grupo familiar de los actuales beneficiarios del CTA - CPV.

Gráfico N° 10: Niveles de ingresos.



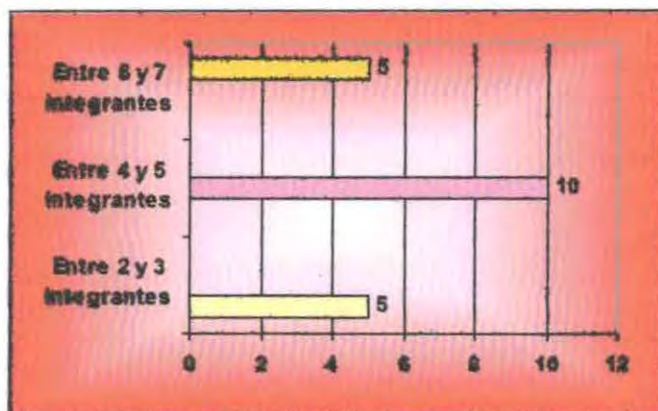
Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

Con relación al nivel de ingreso de las familias de los internos que son beneficiarios del Centro, se puede establecer que 12 grupos familiares (60%) reciben sueldos mensuales de más de \$200.000, mientras que 5 de los internos

presentan grupos familiares que perciben mensualmente entre \$100.000 y \$190.000, lo que representa un 25% de la población estudio, por último sólo tres grupos familiares viven mensualmente con un ingreso menor a \$90.000.

Tomando en cuenta los antecedentes de ingreso familiar, se puede establecer que los grupos familiares – en su mayoría - mantienen un nivel de ingresos adecuados, específicamente si se toma en cuenta el ingreso y el número de integrantes del grupo familiar. Es necesario mencionar además, que de los integrantes del grupo familiar son los padres los que ejercen un trabajo estable o esporádico, siendo ellos los que sostienen a la familia en términos económicos.

Gráfico N° 11: Número de integrantes grupo familiar.

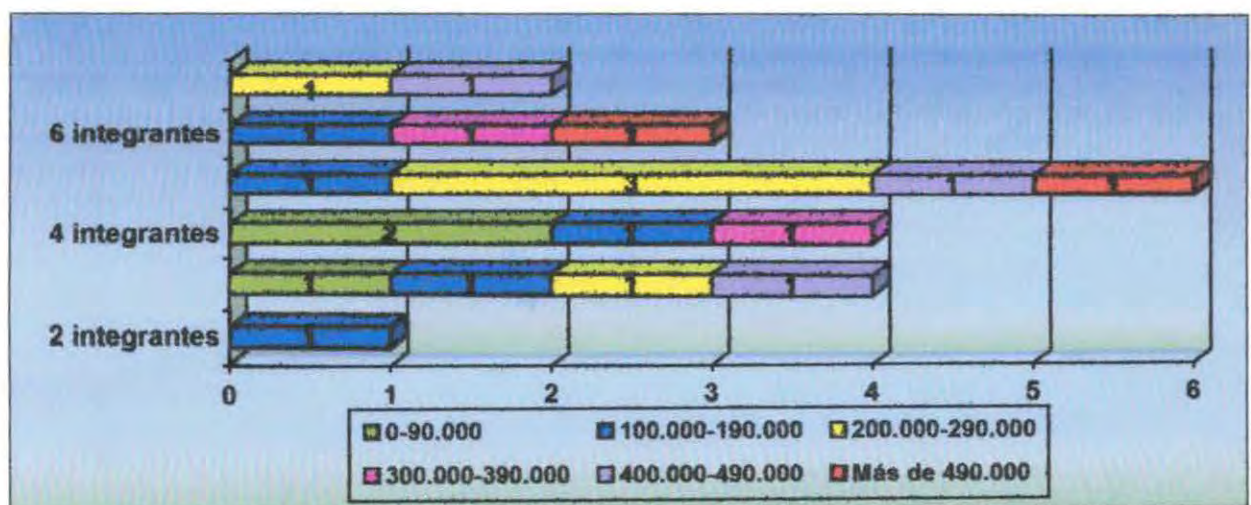


Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

Si se analiza entonces, el número de integrantes de los grupos familiares de los internos del CTA, se establece que 10 internos (50%) cuentan con un grupo familiar que en promedio agrupa a 4-5 integrantes, en tanto 5 internos (25%)

Presentan un grupo familiar promedio de 6-7 integrantes y otro 25% presenta un número variable entre 2 y 3 integrantes

Gráfico N° 12: Relación entre variables nivel de ingreso y número de integrantes familiares de los actuales beneficiarios de CTA - CPV.



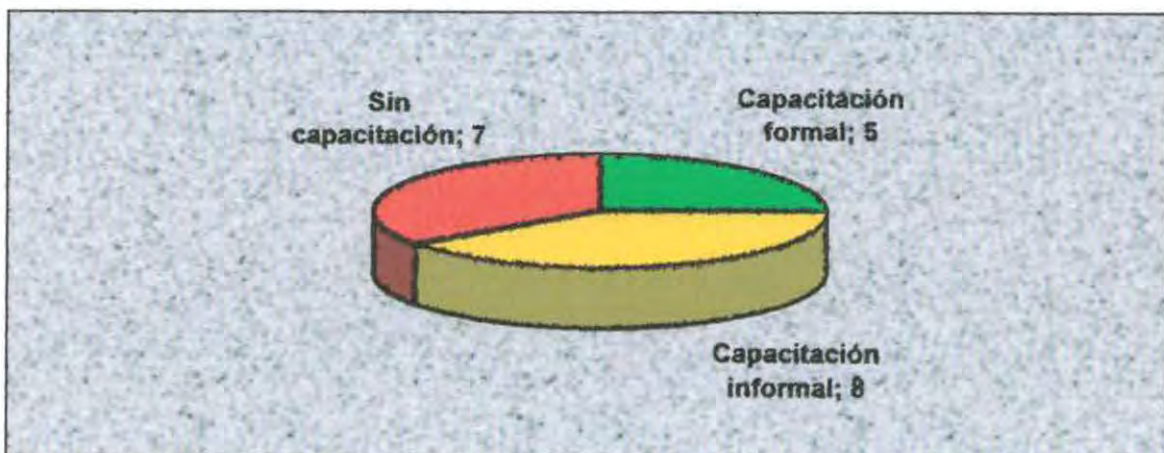
Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

Desde el análisis de ambos gráficos, cabe establecer que su interpretación puede estar dada en la relación ingreso-número de integrantes del grupo familiar (ingreso per cápita), donde se pueden mencionar como ejemplo los siguientes valores: una familia que cuenta con un ingreso mensual de \$250.000 y con 3 integrantes adultos, el per cápita corresponde a \$83.000, sin embargo una familia que cuenta con un ingreso aproximado de \$240.000 y con 5 integrantes en el grupo familiar el ingreso per cápita es de \$48.000 mensual.

Se debe consignar, en tanto, que los ingresos que percibe el grupo familiar actualmente no está determinado por los aportes que al respecto puedan realizar los internos, más bien éstos realizan aportes poco significativos en términos económicos, determinados principalmente por los artículos artesanales que puedan realizar en CPV, los que mayoritariamente son entregados a las familias para que ejecuten la venta.

La marginación que mantienen los internos en referencia al ingreso que percibe el grupo familiar del que son parte, se podrá identificar también como un factor importante en el análisis que se realice ante la “desvinculación” a la que se hacía referencia anteriormente, ya que necesariamente la futura reinserción tendrá que abarcar esta dimensión.

Gráfico N° 13: Capacitación laboral en el medio libre de los internos actualmente beneficiarios del CTA – CPV.



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

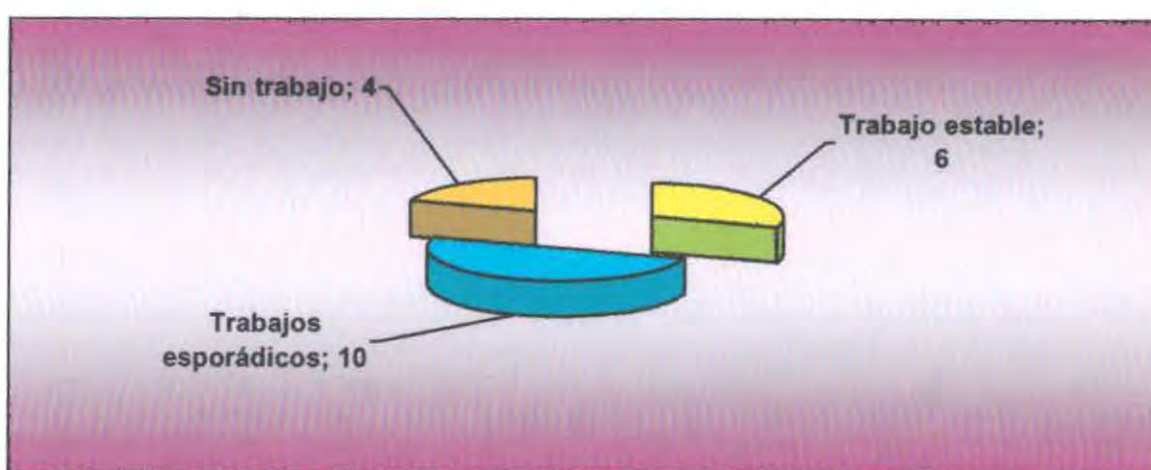
Se presenta el número de internos que en el medio libre hayan adquirido algún tipo de capacitación laboral, ya sea formal- a través del estudio certificado por instituciones reconocidas por el Estado- o informal. En estos términos se puede establecer que un 60% de la población estudiada cuenta con capacitación a nivel informal, principalmente adquirida en el ejercicio laboral (vendedores, obreros,

peonetas, entre otros); un 35% no se encuentra capacitado para desarrollar algún trabajo en el medio libre, y en otros casos los internos que no cuentan con capacitación laboral se debe principalmente a encontrarse estudiando en el medio libre, mientras que un 25% posee capacitación formal (en mecánica y herramientas, programación en computación, electricidad, soldador), a través de Centros de Formación Técnica y Liceos Industriales.

Adquirir algún tipo de capacitación para los internos posee un valor agregado, considerando las probabilidades de acceder a un trabajo estable una vez cumplida su condena o bien al ser otorgado el beneficio de Salida Controlada al Medio Libre, es por esta razón que cobra importancia la certificación de la capacitación laboral que los internos llevan a cabo dentro del CPV.

El análisis de esta variable tiene también relación con la referencia que se hizo, en tanto un porcentaje significativo de los internos se encuentra en edad productiva, pero de igual forma se presenta un nivel menor de capacitación laboral certificada, afirmando la consecución posterior de actividades relacionadas con el sector informal que paralelamente, en la mayoría de los casos, no garantizan seguridad laboral ni previsional.

Gráfico N° 14: Situación laboral en el medio libre de los internos que son actualmente beneficiarios del CTA- CPV



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

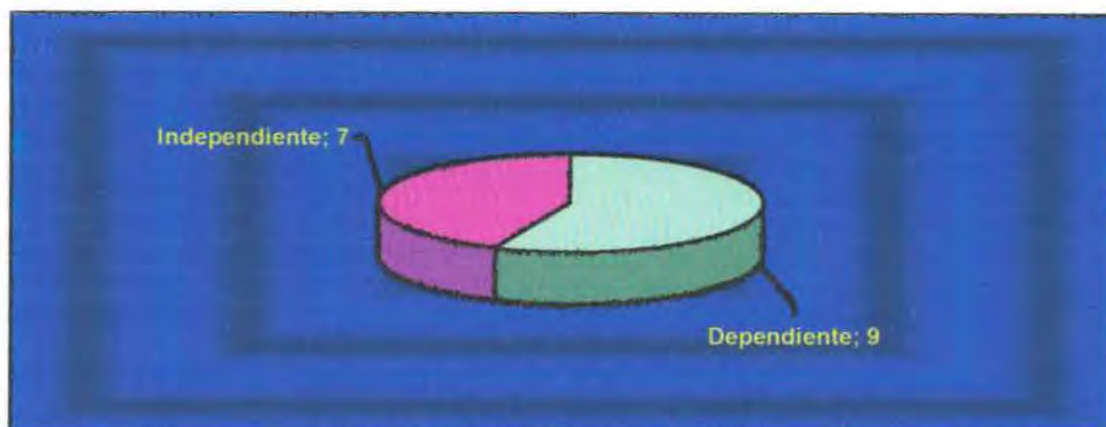
En términos del tipo de trabajo que desarrollaban los internos del Centro de Tratamiento de Adicciones en el medio libre, se puede establecer que 10 internos (50%) ejercían trabajos esporádicos, considerados aquellos trabajos realizados sin contrato y por un tiempo no prolongado (construcción, auxiliar de aseo, comerciante ambulante, entre otros), en tanto 6 internos (30%) desarrollaron

trabajos estables, con contrato; 4 internos no desarrollaron ningún tipo de trabajo en el medio libre. En este último punto es necesario precisar que de los 4 internos que no trabajaron en el medio libre, 1 se encontraba estudiando y 3 internos no presentaban interés por el ejercicio laboral.

Si se considera la información antes expuesta, se puede precisar que los internos que desarrollaron trabajos de manera esporádica y sin contrato en un importante número de los casos se debe a que no contaban con capacitación laboral que les pudiera permitir acceder a un trabajo estable y mejor remunerado, principalmente por no contar con las habilidades y requerimientos necesarios para desarrollar los mismos.

Estos datos confirman que los internos se encuentran en edad productiva, no poseen mayor capacitación laboral certificada y los trabajos que realizaron con anterioridad a su ingreso al CPV se refieren en un importante tramo a labores esporádicas, en donde influyen nuevamente el abandono escolar, la adquisición mínima de habilidades laborales, como también se pueden realizar inferencias desde la tipificación delictual, en tanto, como se verificará en la información posterior, éstos tienen directa relación con delitos contra la propiedad privada.

Gráfico N° 15: Tipo de trabajo que desarrollaron en el medio libre los internos actualmente beneficiarios del CTA – CPV.



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

El gráfico representa a los internos que al momento de ingresar al CPV contaban con trabajo (con o sin contrato), por lo que el universo corresponde a 16 internos de los 20 que actualmente son beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones.

En relación al tipo de trabajo que desarrolló la población estudio, se establece que el 56% trabajaba de manera dependiente, en algunos casos (33% de la población estudiada) dependiendo de un empleador sin contrato y en otras situaciones el trabajo lo realizaban con contrato (23% de los casos). Por su parte, los internos que realizaban trabajos de manera independiente corresponden al 44% del total (7 de ellos), éstos últimos referidos a trabajos como comerciante ambulante, peonetas, entre otros.

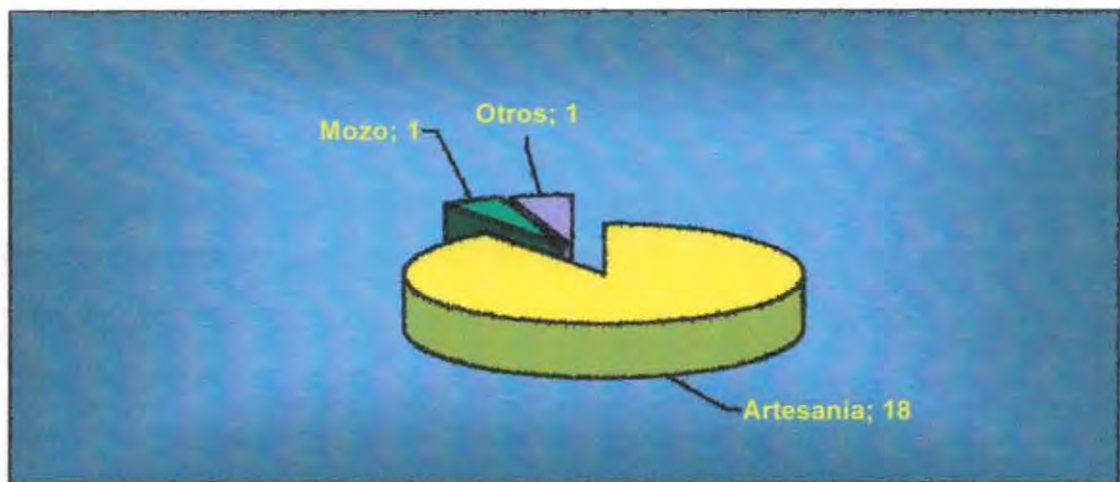
Si se toman en consideración datos entregados en anteriores gráficas, se puede establecer que los internos que actualmente son beneficiarios del CTA en el medio libre contaban con trabajos esporádicos por sobre trabajos estables con contrato, esto podría deberse a que la población estudio no contaba con capacitación formal para desempeñar un trabajo, sin embargo, existe un número importante de internos que a través del ejercicio continuo de un trabajo en específico, adquirieron capacitación a nivel informal, lo que les permitió poder ejercer trabajos en el medio libre.

Como la dependencia laboral, en la mayoría de los casos, se hacía efectiva sin contrato o bien se ejercían actividades independientemente, la situación previsional de los internos mantiene vacíos que deberán, en el mejor de los casos, ser resueltos con las actividades laborales que desarrollen una vez cumplida su condena, sin embargo, se declaran las dificultades inminentes que deberán sobrellevar relacionadas con el sistema de salud y previsión social.

2. Antecedentes laborales en CPV.

En este ítem se analizarán los datos asociados a los antecedentes laborales de los internos dentro del Complejo Penitenciario de Valparaíso, estos datos corresponden a: Actividades laborales realizadas en CPV, remuneraciones por trabajos realizados, destino del dinero que obtienen por este concepto.

Gráfico N° 16: Actividades laborales realizadas por los internos actualmente beneficiarios del CTA - CPV.



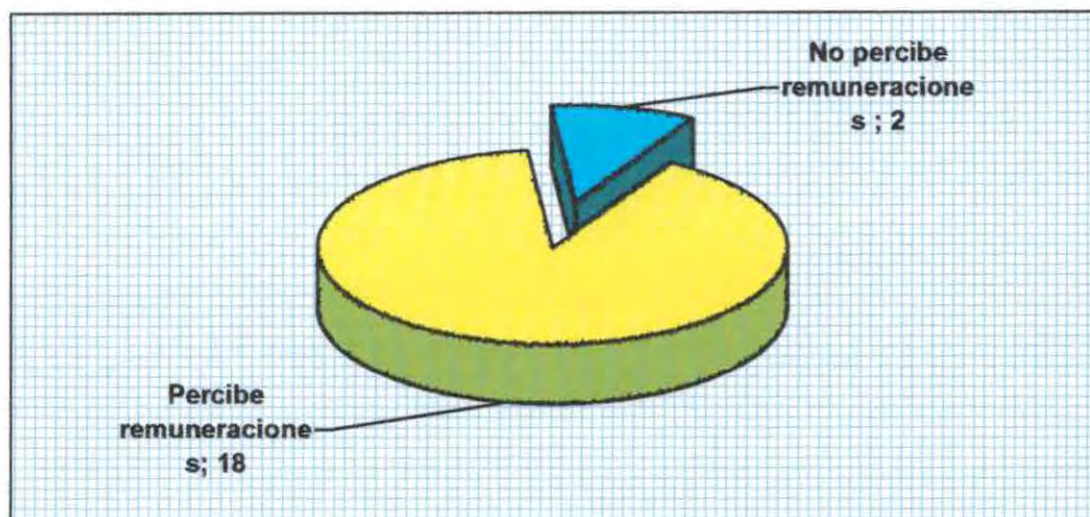
Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

En referencia al número de internos del Centro de Tratamiento de Adicciones que realizan actividades laborales dentro del recinto penitenciario, se puede mencionar que 18 de los beneficiarios realizan trabajos en artesanía, principalmente en cuero (5% de los casos) madera (10% de los internos), espejos (5%) mientras que 1 interno se desempeña actualmente como mozo del casino del CPV y 1 interno realiza trabajos eléctricos al interior del módulo de origen (módulo 101).

En las actividades realizadas por los internos dentro del ítem artesanía cabe mencionar que este trabajo lo han aprendido, en la mayoría de los casos, dentro de las dependencias del Complejo Penitenciario de Valparaíso, mientras han permanecido en módulos –aprendiendo del resto de la población reclusa que los desarrolla-. La obtención de materiales para realizar los artículos es una de las mayores dificultades para desarrollar la actividad, debido a las complicaciones de las familias para obtener los materiales, como también las posteriores autorizaciones que deben entregar las autoridades competentes de Gendarmería para el ingreso de éstos.

Estos datos confirman que los aportes que pueden entregar los internos al ingreso del grupo familiar se ven supeditado a este tipo de actividades que no ameritan la obtención de mayores ingresos económicos como se grafica posteriormente.

Gráfico N° 17: Remuneraciones percibidas por trabajos realizados por los internos actualmente beneficiarios del CTA – CPV.



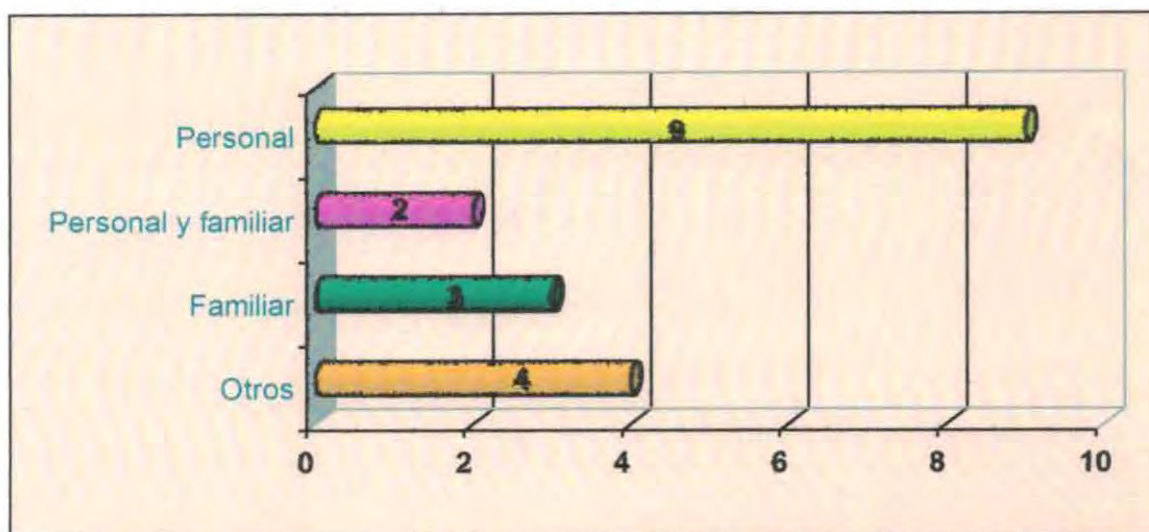
Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

De los trabajos realizados por los internos, se puede precisar que 18 de ellos (90% de la población estudiada) venden los productos a internos, personal del Complejo Penitenciario de Valparaíso o los envía con familiares y/o visitas para la comercialización de los trabajos en el exterior del recinto penal, (esta acción se realiza periódicamente por los internos que son beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones) mientras que 2 internos no perciben remuneraciones por los trabajos realizados al interior del CPV.

En términos de los internos que envían los productos al exterior para que los comercialicen sus familiares, no reciben remuneraciones directamente, ya que el dinero recaudado por la venta de los productos es destinado a los familiares que venden los mismos.

Si bien se estima que el dinero obtenido por los internos es significativamente menor, de igual forma se destaca el hecho de que realicen trabajos a través de los que accedan a ciertos ingresos, aunque se debe consignar que la urgencia en la venta, en muchas ocasiones, amerita la venta a un precio menor del que se estima, como también la falta de un comprador estable y que exija niveles de calidad permanentes.

Gráfico N° 18: Destino de las remuneraciones percibidas⁷ por los internos actualmente beneficiarios del CTA - CPV



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

Del total de internos que perciben remuneraciones por los trabajos realizados al interior del CPV, 50% de ellos (9 internos) destinan el dinero para solventar sus gastos personales (compra de utensilios de aseo, comida, entre otros), mientras que el 22% (4 internos) destina las remuneraciones con otros fines (principalmente para la compra de materiales que le permitan seguir realizando las labores artesanales o de otra índole) por su parte, 3 internos destinan el dinero para la familia (compra de enseres y ahorro) y otros 2 internos dividen sus remuneraciones entre los artículos personales y las necesidades familiares.

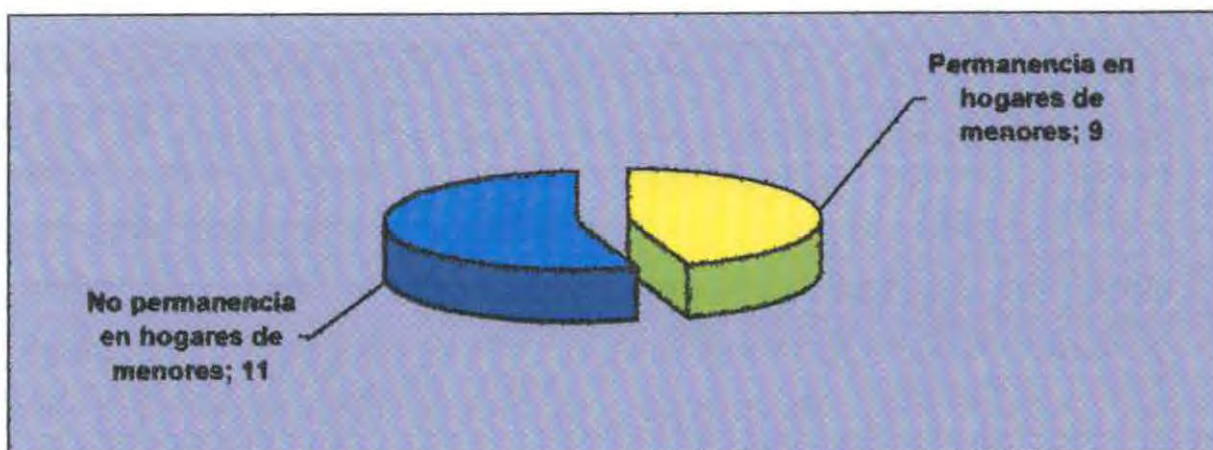
Es necesario mencionar, que si bien las remuneraciones obtenidas por la venta de los productos no son significativamente mayores (aproximadamente \$15.000 mensuales) los internos consideran que el apoyar al grupo familiar en los gastos económicos en los que incurran, es una necesidad que no disminuye al momento de estar en un recinto penitenciario, por lo que se hace indispensable comercializar estos productos, de manera de sentirse útil y parte de su grupo familiar, disminuyendo el nivel de “desvinculación”.

⁷ El gráfico representa a 18 internos de los 20 que son beneficiarios del CTA, ya que está relacionado con los internos que desarrollan trabajos en CPV y perciben remuneración.

3. Antecedentes delictuales.

Se consideran dentro de este referente los datos recopilados que tienen relación con los antecedentes delictuales que presentan los internos que actualmente participan en CTA. Estos datos corresponden a la institucionalización de los internos en Hogares de Menores, el tipo de delito y la reincidencia delictual y/o criminológica respectivamente.

Gráfico N° 19: Permanencia en hogares de menores que presentaron los internos actualmente beneficiarios del CTA - CPV.



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

Se establece en la gráfica anterior que los internos que son actualmente beneficiarios del CTA, en 11 de los casos, que representa un 55% de la población de estudio, no permanecieron en hogares de menores durante su infancia. En tanto un 45% de los internos (9 de ellos) permaneció 1 o más veces en hogares de menores, entre los cuales se encuentran “Refugio de Cristo”- Valparaíso (1 interno), “Luis Amigo” (1 interno), hogar de menores “Granizo”- Quilpue (1 interno), “Fundación Mi Casa”- San Carlos (1 de los casos) y CTD⁸ de Playa Ancha, en este último es donde se encontraron 5 de los 9 casos.

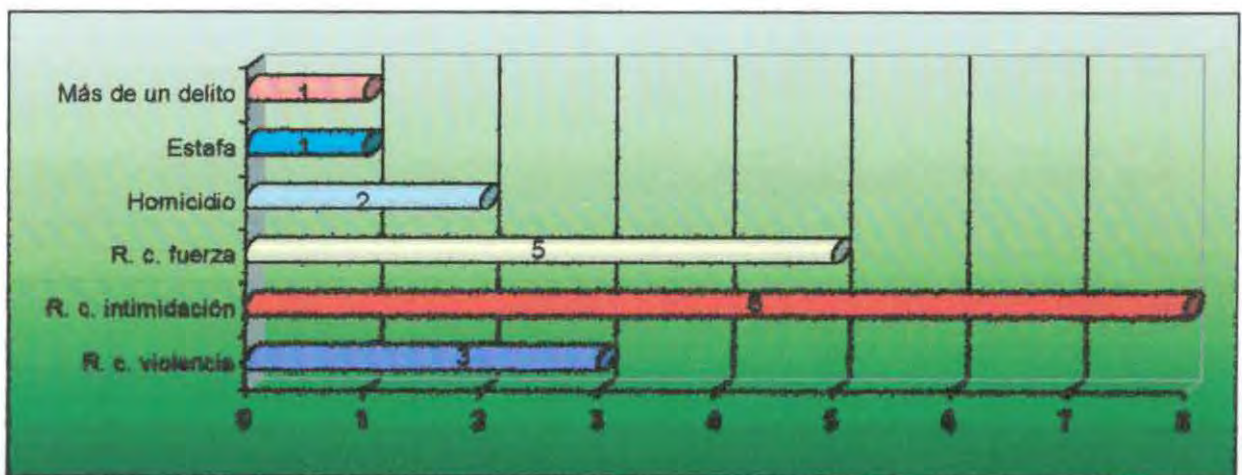
El permanecer en un hogar de menores en la infancia de los internos que son actualmente beneficiarios del CTA, tiende a suponer la situación de vulnerabilidad y riesgo social en el que se encontraban los sujetos de estudio, preferentemente a nivel socio – familiar.

⁸ Centro de Tránsito y Distribución, dentro de sus objetivos están satisfacer adecuadamente las necesidades de cuidado del niño(a) durante el periodo de internación, en las áreas física, afectiva, intelectual, recreacional, cultural y social, mientras se realiza una evaluación que permita calificar la situación de vulneración de derechos que justificó el ingreso al Centro, para ello elaboran Informes que permiten asesorar a tribunales en la adopción de medidas que contribuyan a la restitución y reparación de derechos vulnerados. (Fuente: Servicio Nacional de Menores - SENAME)

Es necesario mencionar además, que de los 9 internos que en la infancia permanecieron en Hogares de Menores, 8 de ellos abandonaron el sistema escolar a temprana edad, como se precisa en gráficos anteriores, si bien no se pueden establecer relaciones causales, éste se transforma en un antecedente importante a considerar.

La inclusión de un niño o niña en instituciones que asumen las responsabilidades de cuidado y protección propias del núcleo familiar, necesariamente viene fundamentada por una situación de vulnerabilidad e incapacidad familiar/parental para consumir las responsabilidades de protección, afecto, cubrimiento de necesidades básicas, entre otras. El proceso de institucionalización de niños y niñas inevitablemente se presentará como instancia de importante aprendizaje, convirtiéndose en un espacio clave para el proceso de socialización que llevan a cabo, en tanto asumirán un importante rol el grupo de pares y el equipo de trabajo profesional.

Gráfico N° 20: Tipo de delito por el cual están cumpliendo condena actualmente los internos beneficiarios del CTA -CPV.



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

Uno de los requisitos que se necesitan para el ingreso de un interno al Centro de Tratamiento de Adicciones, corresponde a que la condena no esté asociada a delitos sexuales, así como también a los delitos tipificados por la ley N° 20.000 de drogas.

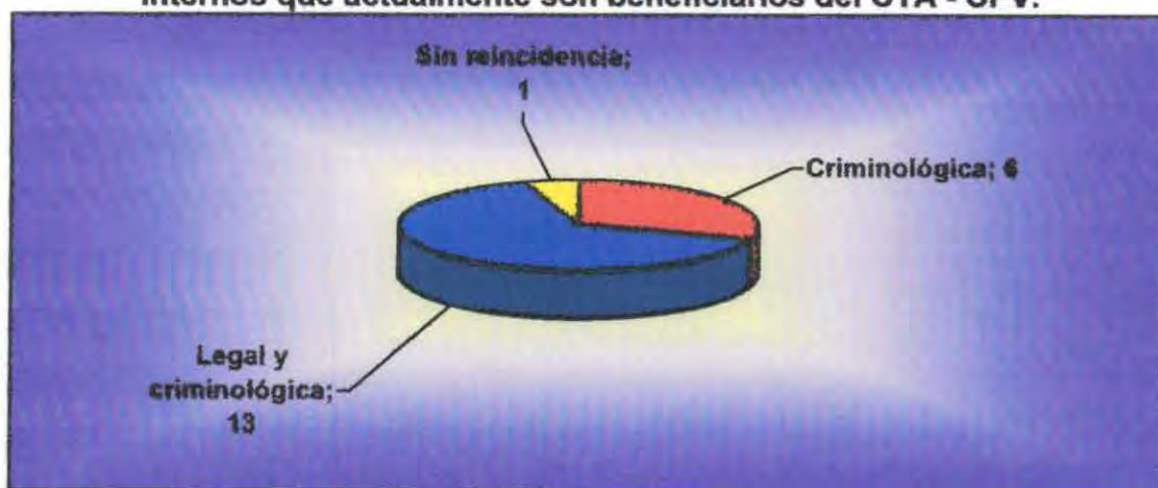
En términos de los delitos por los cuales los internos participantes de CTA están cumpliendo condena, 8 de ellos están condenados por *robo con intimidación*, que corresponde al 40% de la población; un 25% (5 internos) *robo con fuerza*; 15% (3 internos beneficiarios de CTA) *robo con violencia*; 10% *homicidio* (2 internos); 5%

condenado por *estafa* (1 interno) y otro 5% por más de un delito (hurtos reiterados, robo con fuerza, robo con intimidación), es decir, la condena actual engloba 2 delitos diferentes.

Se debe mencionar que la comisión de delitos de los internos beneficiarios del CTA deben estar directamente relacionados con el consumo problemático de drogas y/o alcohol, en algunos, casos el delito es cometido para consumir más drogas, en otros casos la droga está presente en la comisión del delito como una sustancia que permite al sujeto obtener las condiciones necesarias para cometer el ilícito. La dependencia que generan algunas drogas, como la cocaína y la pasta base, hacen que el individuo busque maneras ilegales de conseguir ese tipo de sustancias, por lo que el robo, los hurtos, entre otros les permiten sustentar una conducta que en promedio es muy costosa, por ejemplo en el caso de las personas que sólo consumen marihuana (droga de rápido y mayor acceso) mensualmente sugiere un costo de \$29.000 aproximadamente, y unos \$355.000 mensuales a los consumidores habituales de cocaína y pasta base⁹

Los datos también confirman el hecho de que la mayoría de los delitos cometidos por hombres en zonas urbanas corresponden a delitos contra la propiedad, de hecho, en cerca del 80% de quienes actualmente son beneficiarios del CTA el delito tiene relación con el robo.

Gráfico N° 21: Reincidencia y tipo de reincidencia que presentaron los internos que actualmente son beneficiarios del CTA - CPV.



Fuente: Elaboración propia - Agosto 2006.

⁹ Fuente: "Modelo de Intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, reclusas en los establecimientos penitenciarios chilenos" Tomo 1, Documento entregado por CONACE, CTA - CPV.

Al identificar la reincidencia se debe consignar, que existe una diferenciación en tanto reincidencia legal como criminológica, la reincidencia legal involucra la comisión de delitos y su respectiva sanción judicial, que en este caso ninguno de los internos beneficiarios son tipificados en esta categoría. Ahora bien, la reincidencia criminológica tiene relación con la comisión de delitos sin sanción judicial, que en el caso de los internos en estudio corresponde a un 30% (6 casos).

La reincidencia en tanto legal y criminológica, involucra a los casos que han cometido delitos anteriormente sin recibir sanción judicial, como también a quienes la han recibido, caracterizando esta situación con los dos tipos de reincidencia unidas, que en el caso de la población estudio corresponde al 65% de los casos. Por lo que se advierte una historia delictual importante o significativa en la mayoría de los usuarios del CTA.

Cabe mencionar, que de los beneficiarios, sólo 1 interno no ha presentado reincidencia de tipo criminológica ni legal, ya que es primerizo en acciones delictivas, por otro lado ningún interno presenta sólo reincidencia de tipo legal.

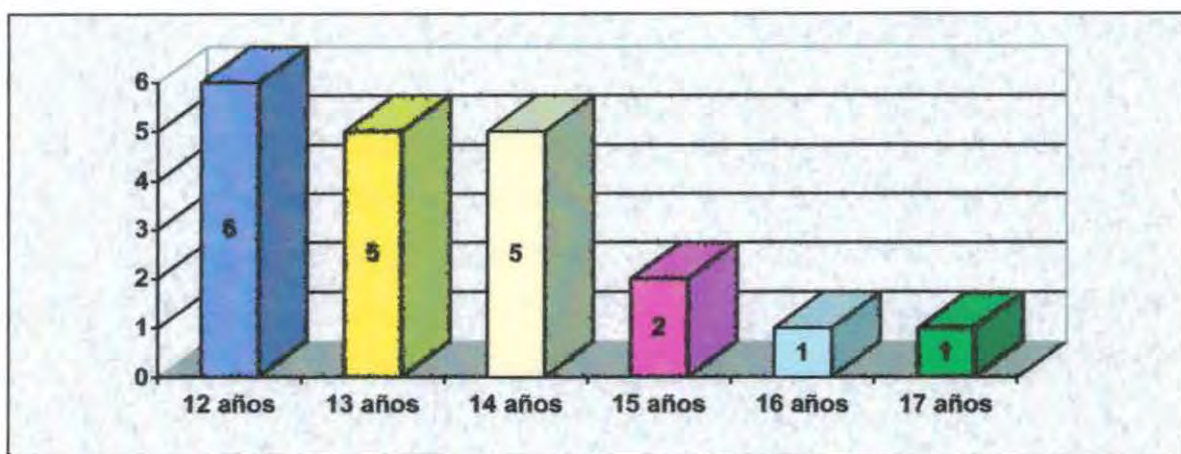
Convengamos entonces, que nuevamente se cumple – en un amplio porcentaje - lo dispuesto por la socióloga Doris Cooper Mayr, en tanto la delincuencia masculina urbana presentaría los índices más altos de reincidencia. Desde los datos se confirman tanto una reincidencia legal como criminológica, en esta última los sujetos de estudio solían identificar la imposibilidad de cuantificar los delitos que habían cometido sin recibir sanción judicial, indicándose un rango superior a las 50 ocasiones. Demostrando un importante historial y cierta experticia en la comisión de delitos contra la propiedad.

4. Antecedentes de consumo.

En este ítem se consideran los datos entregados por los internos beneficiarios del CTA que tienen relación con el consumo problemático de drogas y/o alcohol, considerando características referidas a la edad de inicio de consumo, tipo y frecuencia de éste, motivo de consumo y presencia de consumo en Complejo Penitenciario de Valparaíso.

Se consideran además en este punto los factores protectores y de riesgo que estuvieron presentes al momento de iniciar el consumo por parte de la población estudiada.

Gráfico N° 22: Edad de inicio de consumo de drogas y/o alcohol por parte de los internos actualmente beneficiarios del CTA – CPV.



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

En referencia, a la edad de inicio en el consumo de drogas, se establece que el 80% de los internos, actualmente usuarios del CTA, lo iniciaron entre los 12 y 16 años de edad. Mientras que el 20% lo hizo entre los 16 y 17 años de edad. Desde los datos se infiere que todos los casos iniciaron el consumo antes de ser mayores de edad, principalmente en la etapa de adolescencia, específicamente entre adolescencia inicial y adolescencia media.

La adolescencia inicial, se caracteriza por los cambios biológicos de la pubertad, el despertar emocional, surgen caracterizaciones específicas del desarrollo cognoscitivo – se avanza desde el pensamiento lógico concreto al pensamiento operatorio formal, orientándose hacia lo posible, y procede contrastando sistemáticamente las alternativas de solución de un problema. Se comienza la liberación de la realidad concreta inmediata y se adentra en el terreno de lo abstracto y de las operaciones simbólicas. Sin embargo, estas características tipificadas desde la psicología, se entremezclarán con el inicio en el consumo de

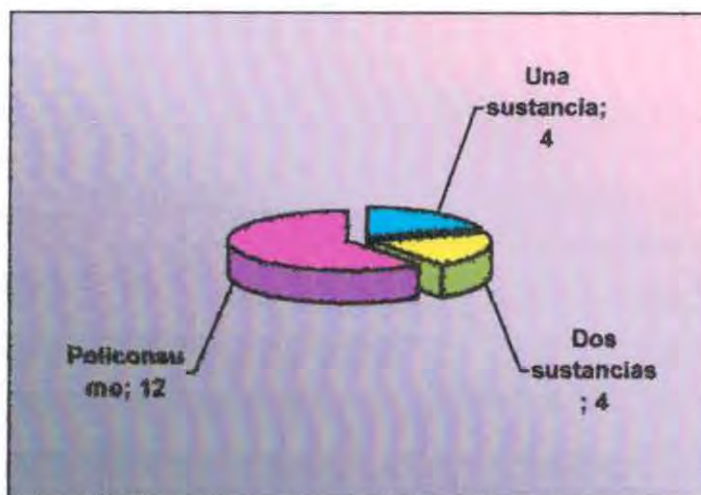
drogas, siendo reconocidas por el espacio familiar y/o por los grupos de pares con los que comienza una adherencia simbólicamente diferente. La adolescencia media, se verá caracterizada por el distanciamiento afectivo de la familia y el fortalecimiento del acercamiento con los grupos de amigos. Esto implicará una profunda reorientación en las relaciones interpersonales.

Desde el punto de vista teórico, el inicio del consumo de drogas en niños y niñas se asocia preferentemente a la adolescencia media y/o adolescencia final, sin embargo la detección, en el último tiempo del inicio en el consumo de drogas en niños/as que no sobrepasan los 12 o 13 años se ha vuelto patente y con ello lo significativo del estudio en el espacio de desarrollo de éstos tanto a nivel familiar, comunitario y social unido a las consecuencias explícitas e implícitas asociadas al consumo de drogas a nivel físico y cognoscitivo en el niño /a.

Desde los datos obtenidos, la primera sustancia a la que accedieron los internos en la adolescencia corresponde a la marihuana en el 80% de los casos, lo que desde su argumentación comienza con el consumo con el grupo de pares/amigos, para divertirse, para evadir los problemas. Este consumo se presume esporádico. Una de las relaciones que se puede dar desde los datos entregados con anterioridad, hace referencia al abandono escolar, desde lo que se logra inferir que los internos que son beneficiarios del CTA ya habían comenzado a consumir sustancias psicoactivas al momento de abandonar el sistema escolar.

Gráfico N° 23 – N° 24: Tipo y frecuencia de consumo que presentaron los internos actualmente beneficiarios del CTA- CPV

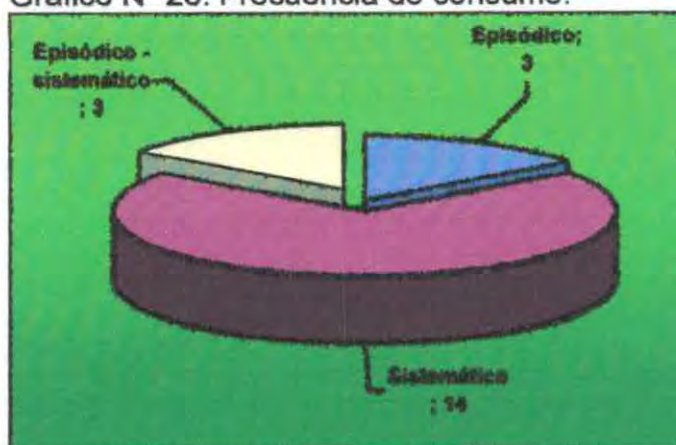
Gráfico N° 23: Tipo de consumo.



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

Desde el gráfico se infiere, que los actuales beneficiarios del CTA en un 60% presentaron *policonsumo* (vale decir consumo de más de dos sustancias) durante el periodo que consumieron drogas, mientras que un 20% consumió una sustancia y el otro 20% dos sustancias.

Gráfico N° 23: Frecuencia de consumo.



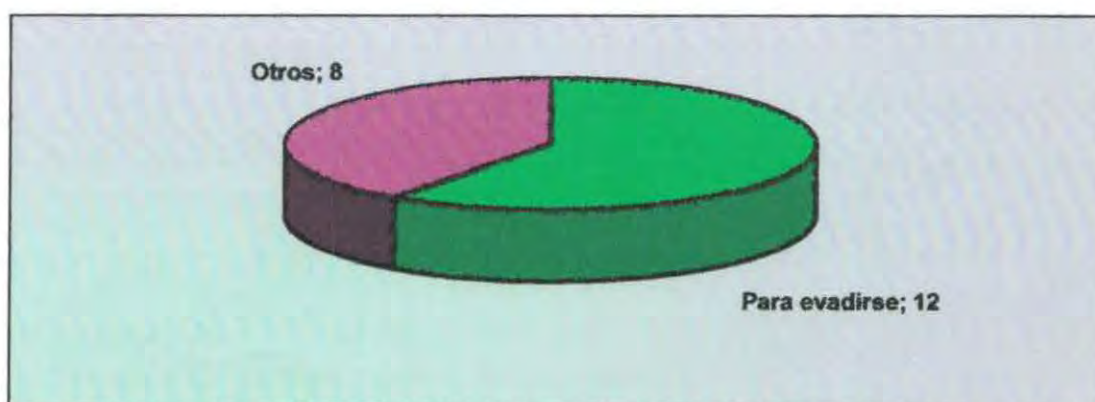
Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

La frecuencia de consumo de los internos, puede ser tipificada en un 70% como sistemática, vale decir, el consumo era diario y en dosis considerables (preferentemente asociado a la Marihuana).

Ante lo expuesto, se nos permite establecer que el consumo de los internos se considera problemático, en tanto, el consumo, en la mayoría de los casos, es de varias sustancias y durante periodos prolongados de tiempo, entre las sustancias más consumidas se encuentra la marihuana, el alcohol, la pasta base - está última es la que provoca la mayor adicción en relación con otras drogas-.

Si bien se considera que el gráfico de *frecuencia de consumo* especifica que se trataba de un consumo sistemático de marihuana preferentemente, esto se debe a que la marihuana se considera entre los internos como una droga de acceso fácil y de menor costo.

Gráfico N° 25: Motivación para el inicio de consumo de drogas y/o alcohol en internos actualmente beneficiarios del CTA- CPV.



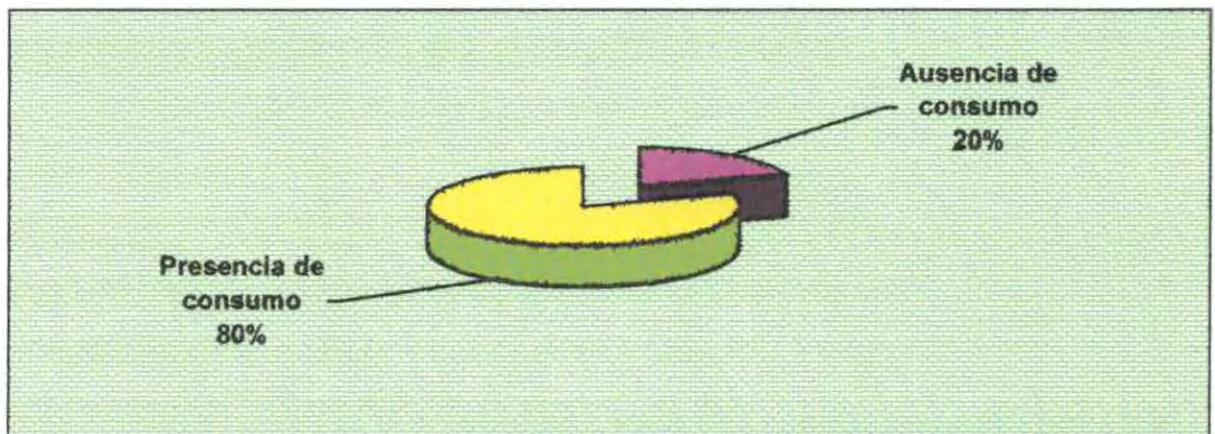
Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

Ante la identificación de los motivos que llevaron al individuo al consumo de drogas, éstos establecieron en un 60% que estaban relacionados con la *necesidad de evadirse* (preferentemente por problemas personales y/o familiares), mientras que un 40% manifiesta otras causales, tales como problemas de personalidad, por diversión y/o imitación de conductas.

En este punto, es necesario tomar en cuenta la acción del grupo de pares/amigos y el contexto social que rodeaba a los individuos al momento de comenzar su consumo problemático de alcohol y/o drogas, las conductas aprendidas y/o asociadas por los sujetos, corresponden a la imitación de su grupo, en donde las pautas que se establecen para los participantes son relevantes al momento de buscar la pertenencia y permanencia en un grupo, sobre todo en la adolescencia. Los padres, en tanto, presentan un importante rol en las conductas aprendidas por parte de sus hijos, ya que en el 30% de los casos, estas conductas fueron aprendidas dentro del núcleo familiar, en donde el tráfico, el alcoholismo y la comisión de acciones ilícitas estaban presentes.

Cuando los internos hacen evidente en su discurso el argumentar como motivación al consumo “evadir problemas”, tiene sentido en tanto se configuraría un espacio de desarrollo altamente vulnerable a nivel personal (descalificaciones, sentimiento de culpa), familiar (presencia de violencia intrafamiliar, escasos espacios para compartir afectivamente a este nivel) y comunitario, con un entorno socioeconómico y culturalmente deprimido.

Gráfico N° 26: Consumo que presentaron los internos beneficiarios en Complejo Penitenciario de Valparaíso, antes de ingresar a CTA.



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

Los internos, en un 80% afirman que mantuvieron consumo de drogas (preferentemente marihuana) durante la permanencia en CPV antes de ingresar a CTA, mientras que sólo un 20% afirma no haber consumido durante el periodo de reclusión, reconociendo de igual forma que la oferta existe. El consumo de marihuana según los internos es expedito, obteniéndolo fácilmente durante la permanencia en módulo.

Se debe establecer también que el consumo de drogas y/o tenencia de ésta amerita las sanciones correspondientes, establecida por la autoridad. La descripción de ésta situación, sin duda amerita tenerse presente, ante todo por la autoridad competente.

En referencia al ámbito de acción específica a nivel profesional, la detección de consumo problemático de drogas durante la reclusión de los internos es, actualmente, competencia de la dupla psicosocial (Asistente Social – Psicóloga/o) que a través de los diagnósticos y reevaluaciones de los internos les es posible detectar las situaciones más evidentes y/o complejas.

Al referirnos al consumo que presentaban estos internos, antes de ingresar al Complejo Penitenciario de Valparaíso, es necesario además de identificar las características que rodeaban a este consumo, los factores tanto protectores como de riesgo que estuvieron presentes en su consumo de drogas. Estos factores se pueden presentar tanto a nivel personal, familiar, comunitario, social como también una vez reclusos (recinto penal).

Determinados los factores tanto protectores como de riesgo se puede identificar que pese a las individualidades y a las diferentes historias personales, existen ciertas aproximaciones que dan cuenta de similitudes en la presencia o ausencia de estos factores.

Los resultados entregados posteriormente corresponden a 17 de los 20 internos que componen actualmente el CTA.

4.1. Factores protectores y de riesgo que estaban presentes al momento de consumir drogas y/o alcohol por parte de los internos que actualmente son beneficiarios del CTA- CPV.

De acuerdo a lo establecido en el marco de referencia, se consigna que en el proceso de consumo de alcohol y/o drogas se evidencian factores que facilitan como también protegen el ambiente de consumo problemático que entabló el interno al momento de iniciar esta conducta.

Se abordarán los factores protectores y de riesgo desde el ámbito personal, familiar, desde la comunidad, lo social y el recinto penitenciario.

a. Factores asociados a características personales:

EN LO PERSONAL		
Factores protectores	% de internos que reconocen presencia de factor	% de internos que no reconocen presencia de factor
Autoconcepto sano.	12%	88%
Capacidad para comunicarse.	29%	71%
Capacidad para postergar la satisfacción inmediata de necesidades.	24%	76%
Habilidad para la toma de decisiones	24%	76%

EN LO PERSONAL		
Factores de riesgo	% de internos que reconocen presencia de factor	% de internos que no reconocen presencia de factor
Dificultad para el manejo de las emociones.	88%	12%
Problemas con la autoestima y autoconcepto.	65%	35%
Curiosidad y búsqueda de nuevas sensaciones.	71%	29%
Poca claridad en el proyecto de vida.	88%	12%

Los datos entregados, permiten visualizar el porcentaje de internos, que afirmaron la existencia y/o ausencia de factores protectores y de riesgo en el ámbito personal al momento de encontrarse consumiendo sustancias psicoactivas.

En relación con lo identificado por los internos referente a los factores protectores que a nivel personal poseían, este corresponde en general a la capacidad que ellos poseían para comunicarse, remitida a la aptitud de *"decir lo que piensan"*. En términos de factores de riesgo en lo personal, el 88% de los internos declara una dificultad en el manejo de las emociones, al igual que poca claridad en el proyecto de vida, situación que necesariamente se conjuga con la comisión de delitos y que inevitablemente deberá ser intervenida desde el proceso de reinserción.

Una de las dimensiones que comúnmente destacan los internos como un ámbito de interés significativo para ellos a trabajar, tiene relación con las dificultades que reconocen en la valoración que tiene de ellos, ésta suele ser negativa y constantemente reforzada por el sistema del que son parte. La autoestima se vuelve por cierto un espacio de intervención reconocida por los internos y que se vuelve un punto de encuentro desde la perspectiva profesional y los intereses que ellos presentan, más aun cuando se refuerzan las estrategias para la auto

superación como también para disminuir las posibilidades de que esas mismas pautas sean reproducidas en sus espacios afectivos más cercanos (familia, parejas, hijos/as).

En síntesis, se advierte que a nivel general, en esta categoría la presencia de factores de riesgo a nivel personal posee un porcentaje mayor o una mayor ponderación que los factores protectores.

b. Factores asociados a características familiares:

EN LO FAMILIAR		
Factores protectores	% de internos que reconocen presencia de factor	% de internos que no reconocen presencia de factor
Apego y vínculo.	53%	47%
Comunicación abierta.	35%	65%
Claridad en los valores familiares.	18%	82%
Reconocimiento de los logros.	41%	59%
Necesidades básicas cubiertas.	88%	12%

EN LO FAMILIAR		
Factores de riesgo	% de internos que reconocen presencia de factor	% de internos que no reconocen presencia de factor
Abandono.	41%	59%
Poco reconocimiento y expresión de afecto.	59%	41%
Ausencia de respeto y disciplina.	41%	59%
Maltrato y violencia intrafamiliar.	71%	29%
Patrones familiares de consumo de drogas.	53%	47%

A nivel familiar, los factores protectores identificados por los internos poseen una mayor ponderación en la variable “*necesidades básicas cubiertas*”, en contraste con la ponderación que se da a la *claridad de los valores familiares*. Por su parte, en los factores de riesgo se da de manera significativa el maltrato y/o violencia intrafamiliar, ya sea hacia los hijos o en la relación de pareja.

Es necesario mencionar, que si bien en el grupo familiar existían las instancias para una comunicación abierta y en donde, además, se presentaba apego y vínculo familiar, en muchas ocasiones los internos que presentaban consumo problemático de drogas se marginaban del grupo familiar. También en un

porcentaje importante de los casos, la comunicación que se podía establecer, sólo era en relación con temas superficiales.

Históricamente las funciones atribuidas a la familia han sido de suma exigencia, muchas veces imputando a este espacio la determinación posterior de los logros y fracasos que el individuo alcance, se podrá convenir que como espacio clave en la socialización del individuo, sus integrantes deberán asumir la importancia que sus acciones u omisiones tendrán en la configuración de quienes sean parte de este espacio.

Sin duda, es significativo identificar que un importante número de los internos sentían *abandono* por parte de su núcleo afectivo más cercano, donde el respeto intrínseco que se supone en este espacio está ausente y la disciplina se confunde con violencia, asignando a ella la valoración de "*preocupación*" más que de maltrato.

Hoy los internos entregan un valor permanente a la relación que establecen con sus familias y/o personas significativas, en tanto identifican la importancia del fortalecimiento de los lazos como la restitución de los mismos.

c. Factores asociados a características comunitarias:

EN LA COMUNIDAD		
Factores protectores	% de internos que reconocen presencia de factor	% de internos que no reconocen presencia de factor
Elevados niveles de organización y participación comunitaria.	12%	88%
Actitud crítica frente al consumo de drogas.	24%	76%
Área de recreación, cultura y deporte.	76%	24%
Red de apoyo local.	24%	76%

EN LA COMUNIDAD		
Factores de riesgo	% de internos que reconocen presencia de factor	% de internos que no reconocen presencia de factor
Escasa organización y participación comunitaria.	82%	18%
Actitud permisiva frente al consumo de drogas.	65%	35%
Disponibilidad de drogas y presencia de tráfico.	76%	24%
Ambiente de violencia y maltrato.	59%	41%

Frente a los espacios que otorgaba la comunidad en la que se encontraban insertos los internos, ésta presentaba una débil organización comunitaria (apoyada principalmente en la Junta de Vecinos del sector) y los espacios que se establecían eran escasamente utilizados por ellos.

En cuanto a la actitud comunitaria frente al consumo de drogas, ésta era altamente permisiva (unida a la disponibilidad y presencia de tráfico) ésta situación se acrecentaba cuando los espacios comunitarios contaban con escasa intervención externa ante la prevención del consumo de drogas.

En referencia a los espacios destinados a la recreación y/o deporte se advierte que éstos contaban con escasa organización y no eran mayormente utilizados por los internos, teniendo importante arraigo las iniciativas religiosas en éstos.

En esta categorización se logra una doble dimensión, ya que los internos reconocen la presencia de ciertos espacios que contribuirían al desarrollo comunitario, sin embargo, ellos no presentaban mayor interés por los espacios, determinando que los objetivos que éstos trazaban no tenían relación con sus expectativas y/o intereses.

d. Factores asociados a características sociales:

EN LO SOCIAL		
Factores protectores	% de internos que reconocen presencia de factor	% de internos que no reconocen presencia de factor
Políticas y programas efectivos de prevención del tráfico y consumo de drogas.	29%	71%
Red de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de apoyo.	29%	71%
Existencia de oportunidades de estudio y empleo.	53%	47%
Promoción del desarrollo humano y social.	35%	65%

EN LO SOCIAL		
Factores riesgo	% de internos que reconocen presencia de factor	% de internos que no reconocen presencia de factor
Empobrecimiento creciente de la población.	29%	71%
Exclusión social.	65%	35%
Desempleo.	65%	35%
Presencia de redes de distribución de drogas.	76%	24%

Frente a los factores protectores en el área social, el de mayor ponderación se identifica como “*existencia de oportunidades de estudio y empleo*” aunque, es consignado por los internos que los espacios y oportunidades que se presentaban no necesariamente comprometían su participación.

Los factores de riesgo con mayor porcentaje, se dan en la presencia de redes de distribución de drogas, unido a la exclusión social y el desempleo, en el caso de estas últimas dos variables los internos las identifican con una mayor trascendencia al momento de obtener la libertad, ya que necesariamente deberán enfrentarlas.

Se confirma con esto, que la presencia de drogas y la distribución de las mismas estuvo altamente presentes durante el inicio y posterior consumo de los internos.

Uno de los reconocimientos importantes que realizaron los internos, es que si bien se presentaban altos índices de desempleo en los sectores a los que pertenecían, éstos podían ser mermados con el mismo tráfico de drogas, actividad que los/as pobladores/as podían realizar sin mayores obstáculos.

e. Factores asociados a características penitenciarias:

EN RECINTO PENITENCIARIO		
Factores protectores	% de internos que reconocen presencia de factor	% de internos que no reconocen presencia de factor
Participación en actividades de tratamiento.	76%	24%
Escaso nivel de internalización de normas de la cultura carcelaria.	53%	47%
Escolarización.	76%	24%
Vinculación con las redes familiares o de apoyo.	100%	0%

EN RECINTO PENITENCIARIO		
Factores de riesgo	% de internos que reconocen presencia de factor	% de internos que no reconocen presencia de factor
Internalización de pautas de la subcultura carcelaria	41%	59%
Presencia de redes de distribución de drogas al interior del recinto.	47%	53%
Presión de líderes negativos al interior de la cárcel.	65%	35%
No incorporarse a programas de intervención.	6%	94%
Carencia de redes familiares de apoyo.	0%	100%

Desde la identificación que hacen los internos entrevistados en referencia a la presencia de factores protectores en el recinto penal, éstos tienen directa relación con el apoyo que han recibido y mantienen desde sus familias y/o personas significativas. Sin embargo, el factor que involucra netamente al recinto, tiene relación con las oportunidades que se les presentan para completar sus estudios tanto a nivel básico como enseñanza media.

Analizando los factores de riesgo identificados por los internos, éstos coinciden en la *presión que han recibido de líderes negativos al interior de la cárcel*, más aun cuando estas presiones no son excluyentes a la permanencia en CTA, ya que la mantención en módulo los obliga a seguir ciertas pautas carcelarias.

Una vez reconocidos los factores protectores y de riesgo que estuvieron presentes e incidieron en el consumo de drogas y/o alcohol por parte de los internos, se hace necesario identificar que *los factores de riesgo priman sobre los protectores* en los ámbitos estudiados, es así como en el ámbito individual la gran mayoría de la población estudio reconoce no tener un auto-concepto sano o positivo, presenta problemas de autoestima y no posee capacidades adecuadas para comunicarse, principalmente con su núcleo familiar. Sin embargo, cuando se les pregunta a los internos por las condiciones de la dinámica familiar, se establece y reconoce que ellos eran los que de cierta forma facilitaban las oportunidades para desligarse y no se consideraban partícipes de las decisiones importantes tomadas por su grupo familiar, si bien las necesidades básicas en el 100% de los casos estaban cubiertas, los internos de igual forma buscan también satisfacer estas necesidades fuera del núcleo familiar.

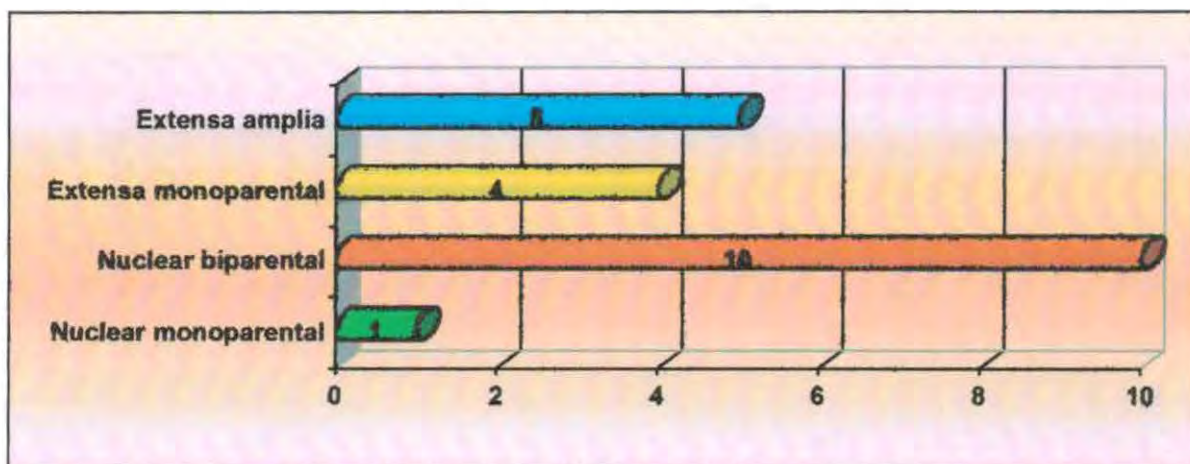
Es importante además identificar que en los niveles de comunidad y en lo social priman los factores de riesgo por sobre los factores protectores, ya que en el 1º nivel el 82% reconoce que en la comunidad hay escasa participación y organización, así también a nivel social un 76% reconoce la presencia de redes de distribución de drogas, por lo que estas características de valor negativo permiten entender y visualizar de mejor manera el contexto social que el interno configuraba al momento de comenzar su consumo de drogas y concretar la posterior adicción. Por su parte, en el recinto penal los factores protectores poseen un mayor reconocimiento que los factores de riesgo, ya que los internos en su mayoría participan de las actividades que se realizan, se reconoce el valor de la nivelación de estudios y en el 100% de los casos se destaca la vinculación con las redes familiares o de apoyo.

Para el equipo profesional del Centro de Tratamiento de Adicciones, así como también para el Equipo Seminarista, se hace necesario el identificar los factores protectores y de riesgo que están presentes en todos los niveles, sin embargo los factores presentes tanto a nivel personal como familiar en los internos que son beneficiarios del Centro, cobran una mayor importancia en el análisis, ya que son éstos los intervenidos directamente por el programa del CTA, poder convertir esos factores de riesgo y potenciarlos para que se estimen como factores protectores que contribuyan en la futura reinserción de los internos en el medio libre. Esta es una de las metas que guía este programa, fomentando la comunicación familiar y la capacidad de internalizar las situaciones en su conjunto y determinar las posibles soluciones, trabajando actualmente (interno y familiares o personas significativas) para practicar las capacidades y habilidades que les permitan no recaer en el consumo de drogas.

5. Antecedentes familiares.

Los datos entregados a continuación, corresponden a la categorización de la familia de los internos que actualmente son beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones, esta tipología familiar es establecida por el número de integrantes y núcleos familiares que componen el contexto familiar de los internos, entonces, podemos inferir lo siguiente:

Gráfico N° 24: Tipología familiar de los internos que actualmente son beneficiarios del CTA - CPV.



Fuente: Elaboración propia – Agosto 2006.

Al analizar la variable familia de los internos participantes del Centro de Tratamiento de Adicciones, se identifica que el 50% de los casos corresponden a familias *nucleares biparentales*, vale decir, se presentan ambos padres con 1 o más hijos, situación que se da en 10 grupos familiares, un 25% corresponden a familias extensas amplias, integradas por una pareja o uno de los miembros de éstas, con uno o más hijos y por otros miembros parientes y no parientes.

En la tipología familiar denominada *extensa monoparental*, se encuentra en el 20% de los casos, lo que se relaciona a uno de los miembros de la pareja, con uno o más hijos y por otros parientes, mientras que 1 interno presenta familia nuclear monoparental, vale decir integrada por uno de los padres y uno o más hijos.

Lograr la clasificación de las familias a través de ésta tipología permite, más que la reducción, lograr una identificación clara del modelo familia del que son parte.

5.1. Dinámica y estructura familiar de los internos que actualmente son beneficiarios del CTA-CPV.

El modelo Circumplejo de Olson, Rossel y Strenkel es un marco conceptual que describe y tipifica a las familias a partir de tres dimensiones emergentes de su comportamiento, como son, *la Adaptabilidad, la Cohesión y la Comunicación parental* como mecanismo articulador de las dos primeras.

Los datos entregados a continuación, han sido recabados mediante la realización de un cuestionario, el cual está relacionado con las características (establecidas por el modelo de Olson) que estaban presentes en el grupo familiar de los internos antes de ingresar al Complejo Penitenciario de Valparaíso, identificando los elementos más característicos de la dinámica y estructura familiar.

De las afirmaciones de los internos beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones se puede inferir las siguientes conclusiones:

CUADRO 3: Dinámica familiar¹⁰.

TIPO DE DINAMICA FAMILIAR	PORCENTAJE
FAMILIA DESLIGADA	76%
FAMILIA SEPARADA (INDEPENDIENTE)	18%
FAMILIA CONECTADA (UNIDA)	6%
FAMILIA AGLUTINADA	0%

Al determinar la dinámica de las familias de los internos beneficiarios del CTA, se identifica que el 76% de ellos posee una familia *desligada*, esto quiere decir, el nivel de cohesión es mínimo, son familias en las cuales los padres no han tenido la capacidad de conducción y de centro del sistema familiar, además de existir muy poca intimidad entre sus miembros, siendo éstos extremadamente individualistas. Desde la reflexión que hacen los internos se identifica un importante apego al grupo de pares y temprana independencia y desapego de su grupo familiar.

Los internos que presentan una dinámica familiar separada (independiente), corresponden al 18% de ellos, las características con mayores afirmaciones corresponden a tener una *moderada independencia* entre sus miembros, los límites internos y externos son semiabiertos y los límites generacionales son

¹⁰ Los antecedentes entregados en el cuadro 3 corresponde a 17 internos del Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV.

claros. En la toma de decisiones, priman las individualidades sobre las familiares, sin embargo, tienen la capacidad para tomar decisiones familiares cuando es necesario, mientras que las familias conectadas o unidas representan un 6% de la población estudio, las características más relevantes corresponden a una moderada dependencia entre sus miembros, los límites externos son semiabiertos y los límites generacionales son claros. Se aceptan las individualidades, como también se comparten actividades familiares y separadas. Las decisiones son más compartidas que en las familias aglutinadas y la mayoría de éstas se toman pensando e la familia.

CUADRO 4: Estructura familiar.

TIPO DE ESTRUCTURA FAMILIAR	PORCENTAJE
FAMILIA CAÓTICA	24%
FAMILIA FLEXIBLE	24%
FAMILIA ESTRUCTURADA	41%
FAMILIA RÍGIDA	12%

La estructura familiar está dada por variables tales como la disciplina, roles, reglas, el control, entre otras. Al determinar la estructura de los grupos familiares que presentan los internos que son beneficiarios directos del Centro, se puede precisar que el 41% de los casos presenta familias estructuradas, vale decir, que tienden a ser organizadas y centradas en sí mismas, todo está planificado de antemano y el liderazgo corresponde exclusivamente a los padres. De igual forma, se reconoce por parte de los internos (7% de los casos) que presentan esta estructura familiar, que ellos no adhieren continuamente las normas y reglas establecidas por la familia y/o padres. (Desde el Feedback del sistema, el Modelo de Olson establece que una familia estructurada posee una evaluación más negativa que positiva).

Por otro lado, un 24% corresponde a familias flexibles -es bastante más democrática, en estas familias existe la posibilidad de cambiar los planes familiares y hay también una mayor apertura en las negociaciones. Los padres ponen ciertos límites, pudiendo planear situaciones que se pueden negociar- y otro 24% a familias caóticas. Se caracteriza por la falta de responsabilidad y porque no han sido capaces o no han sabido establecer límites familiares. En estas familias no hay normas básicas y las reglas van cambiando permanentemente, otorgándole inestabilidad al sistema- mientras que sólo un 12% advierte una dinámica familiar rígida, familias caracterizadas por la excesiva responsabilidad de los padres. Ellos piensan que si todo no está bajo su control,

las cosas no funcionan bien. El ideal de esta familia es que todos sean iguales, por lo tanto, los padres establecen sistemas de normas inflexibles que deben ser acatados rígidamente y exigen de todos los miembros, especialmente de sus hijos, total sumisión a las normas, frente a cualquier rebelión o discrepancia, la reacción de los padres es imponer más y nuevas normas.

Desde el análisis de la dinámica y estructura familiar, se identifican importantes índices de comparación, quedando claro que las particularidades de cada familia hacen la variación de los datos, encontrándose características de considerable importancia, como el hecho de que los hijos no siempre son partícipes de las decisiones tomadas por el grupo familiar o por los padres y que en el caso de los internos prefieren mantenerse al margen de éstas. Otra característica importante tiene relación con el tiempo establecido para compartir con la familia de forma exclusiva, tiempo que se identifica como escaso y el cual no está destinado a conversaciones que traspasen la cotidianidad.

La importancia de los datos anteriormente graficados, radica en múltiples dimensiones. Determinar las características generales que configuran al grupo de internos en estudio concitará atención, entre otras cosas, porque permitirá crear una visión preliminar de ámbitos de intervención que bien se pueden modificar como también reforzar, más aun cuando se explicita que existen ámbitos que grupalmente son compartidos.

Las dimensiones analizadas mantuvieron ejes definidos desde los ámbitos sociodemográficos, de consumo, delictuales como también de estructura y dinámica familiar. Desde ellos se indicaron numerosos antecedentes que se estudiaban tanto desde la historia de vida de los internos, como también desde los avances y retrocesos actuales que han manifestado durante el periodo de reclusión y de posterior tratamiento de rehabilitación.

La caracterización realizada, tiende a coincidir con numerosos supuestos que se manejan desde las ciencias sociales, entre ellos el rango etéreo de las personas que cometen delitos contra la propiedad – principalmente jóvenes - que buscan una forma de validarse socialmente y adquirir bienes materiales que solventaran carencias individuales y/o afectivas, la existencia de zonas poblacionales que se encuentran en franca desventaja y/o desprotección social; la importancia de los procesos que conlleva la socialización en sus más diversos estadios, el núcleo

familiar y/o personas significativas se configuran en un espacio clave para el desarrollo de la persona, como también tendrán parte considerable de atención los procesos de institucionalización que han sobrellevado durante la niñez y adolescencia, que en muchos casos tiende a agudizar problemáticas que de por sí involucrarán un esfuerzo considerable de profesionales e instituciones que mantienen en su misión la protección y el interés superior de los niños y niñas.

Entre otros aspectos, los individuos estudiados comparten una rotulación y exclusión social de las que han sido víctimas, y que el periodo de reclusión y posterior reinserción bien puede mermar como también agudizarse, en tanto la estructura social mantenga la clasificación del individuo sumida en su proceso de reclusión y la constante vulnerabilidad social de la que ha sido parte, en tanto su configuración personal -Mí Social- tendrá directa relación con el esquema que configuren los otros, en tanto ser social -otro generalizado- donde tendrán trascendencia el conjunto de actitudes, conductas y juicios de los "otros", percibidas socialmente por el sujeto hacia su persona, y por la conciencia de la relación de los roles propios, con los roles que juegan los demás.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA INFORMACIÓN

El siguiente análisis tiene como finalidad entregar una perspectiva cualitativa al proceso investigativo, la cual permitirá visualizar de manera más integral el fenómeno estudiado, reconociendo e identificando los elementos que están presentes específicamente en la variable *tratamiento de rehabilitación y reinserción social* y el papel que ha jugado la *estructura familiar* en el proceso que llevan los internos al interior del Centro de Tratamiento de Adicciones -CPV.

En términos de la variable *tratamiento*, se entrega a continuación una síntesis comparativa del modelo de intervención que se implementa actualmente en el Centro de Tratamiento de Adicciones y el Plan Nacional: "*Modelo de intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, reclusas en los establecimientos penitenciarios chilenos*", con el fin de identificar las similitudes y diferencias de la implementación del programa CTA¹¹.

Posteriormente se entregará la *percepción* que tienen los internos en términos del tratamiento que han llevado a cabo dentro del Centro, considerando los elementos más significativos de éste, además de reconocer el rol que han jugado sus familias o personas significativas, quienes -desde los lineamientos del programa- se constituyen en un agente clave de apoyo para la rehabilitación y reinserción social de los internos.

El análisis cualitativo de la información obtenida mediante entrevistas tanto al equipo de profesionales a cargo del Centro de Tratamiento de Adicciones como a los internos que llevan a cabo el proceso de rehabilitación y reinserción social, permitirá la realización de un análisis referido a los dos ejes principales de la investigación: tratamiento y percepción de los internos frente al proceso.

¹¹ Se anexan las actividades y objetivos de ambos modelos de intervención. Ver anexo 1.

1. Síntesis comparativa de Modelos de Intervención Plan Nacional/ Modelo de Intervención en Centro de Tratamiento de Adicciones 2006.

Desde lo dispuesto en el Modelo de Intervención que entrega el *Plan Nacional para Centros de Tratamiento de Adicciones*, se puede realizar un ejercicio práctico donde éste sea contrastado con el *Modelo de Intervención* que se realiza actualmente en el CTA del Complejo Penitenciario de Valparaíso, para efectos de esta investigación, se graficaran las *diferencias y similitudes* como también las particularidades que involucran el contexto de desarrollo del programa.

COMPARACIÓN PLAN NACIONAL / CTA- CPV	
1ª FASE SOSPECHA Y CONFIRMACION DIAGNÓSTICA	
<p>1. La <i>sospecha diagnóstica</i> es realizada por la dupla psicosocial del Área Técnica. Sus hallazgos son comunicados a equipo del CTA para su evaluación.</p> <p>2. La <i>confirmación diagnóstica</i> es realizada por la dupla psicosocial del CTA., quienes determinan el ingreso del interno.</p>	<p>1. La <i>confirmación diagnóstica</i> es realizada a través de una entrevista semi estructurada, sin la utilización del instrumento CIE 10 o del DSM IV.</p>

En la primera fase que determina el proceso de rehabilitación y reinserción del CTA, las similitudes se aplican tanto en la sospecha como en la confirmación diagnóstica, sin embargo esta última no es realizada a través de los instrumentos que determina el plan, sino más bien a través de una entrevista semiestructurada que realiza la dupla psicosocial al entrevistado mientras permanece en el Módulo de origen, esta entrevista permite determinar preliminarmente aspectos socio familiares, de consumo, conductuales y motivacionales, quedando la opción de ingreso a total disposición del equipo profesional cuando el interno cumpla con los requisitos de ingreso.

COMPARACIÓN PLAN NACIONAL / CTA - CPV	
2ª FASE PRETRATAMIENTO	
1. La etapa de pretratamiento está predeterminada para motivar a los internos que cuentan con los requisitos para ingresar al CTA, pero no cuentan con cupo para el ingreso inmediato.	1. La etapa de pretratamiento se comienza a implementar con la llegada del equipo seminarista al CTA, proyecto piloto. (julio 2006)

Como se ha descrito la etapa de Pretratamiento y/o grupo motivacional, tiene como finalidad identificar el *estadio motivacional para el cambio* en el que se encuentra el interno, la capacidad de abstracción que éste posea, así como también la disposición explícita para el trabajo grupal y acatamiento de normas de buen desempeño grupal – atención y escucha, respeto, entre otras-.

Es durante el presente año que comienza la ejecución de esta etapa en el CTA – CPV, cuya intervención está a cargo del Equipo Seminarista (estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso), aunque la selección previa de los internos es de competencia de la dupla psicosocial del Centro (confirmación diagnóstica).

El trabajo que se ha desarrollado, se realiza a través de intervenciones individuales (atención social y psicológica en módulo) y grupales semanales (talleres), que permiten la preparación constante para el potencial ingreso a CTA.

Actualmente la clave en la ejecución de esta etapa radica en la identificación y monitoreo conductual y motivacional constante del potencial beneficiario de CTA, en la detección temprana de psicopatologías que se determinan contraproducentes al proceso y el diagnóstico preliminar de la situación social que involucra al interno, en tanto el logro de lo anterior busca disminuir la detección de situaciones desfavorables al proceso una vez integrado el interno al Centro.

COMPARACIÓN PLAN NACIONAL / CTA – CPV	
TRATAMIENTO POR EJES DE INTERVENCIÓN	
FASE DE ADAPTACION	
<p>1. Las actividades planteadas por el equipo tienen directa relación con los objetivos planteados desde el Plan Nacional, acentuando su intervención en <i>lograr la adecuada incorporación de normas y reglas por parte del interno al nuevo régimen al que se enfrenta.</i></p> <p>2. La fase de adaptación es realizada por el monitor laboral del Centro.</p>	<p>1. La duración estimada desde el Plan Nacional es menor a la actualmente ejecutada en el Centro.</p>

La clave de esta fase está en *lograr la adecuada incorporación del interno al régimen del Centro*, ya que debe tener claridad que las normas que lo rigen tienen directa contraposición a lo establecido en la convivencia en Módulo. Ejemplo de ello es la prohibición de consumir mate en el Centro, hablar en coa, caminar como se estila en los módulos, acatar las rutinas semanales predeterminadas, respetar los tiempos de ergoterapia, entre otros.

La intervención profesional será constante, buscando reconocer los avances y retrocesos del interno como también se realizará contención en crisis cuando se requiera.

Esta etapa mantiene su importancia principalmente es la contribución que realizará para que el interno incorpore las normas implícitas y explícitas que mantienen la dinámica del Centro. El tiempo que se destina para esta etapa en el Centro figura relativamente mayor al dispuesto por el Plan Nacional, sin embargo tiene directa relación con el proceso que llevan a cabo cada interno y con la preparación que deben tener para el paso a etapa de Comunidad.

COMPARACIÓN PLAN NACIONAL / CTA - CPV	
TRATAMIENTO POR EJES DE INTERVENCIÓN	
FASE DE TRATAMIENTO/ COMUNIDAD	
<p>1. Las actividades planteadas por el Plan Nacional coinciden con las establecidas por el equipo profesional del Centro.</p> <p>2. La fase de tratamiento es realizada por el psicólogo del Centro.</p>	<p>1. No se realiza actualización diagnóstica para la siguiente fase establecida por el Plan Nacional.</p> <p>2. El tiempo requerido para la etapa de tratamiento es superior a la establecida por el Plan Nacional.</p>

Esta etapa viene a dar el sustento al proceso de rehabilitación de los internos, trabajando profundamente las razones concomitantes del consumo y de las acciones delictuales.

Se refuerzan las configuraciones personales desde el cuestionamiento de las conductas y el reconocimiento de los factores protectores y de riesgo que influyeron en la situación que actualmente sobrellevan, la culminación de los aspectos a trabajar en esta etapa permitirán posteriormente el trabajo focalizado en la reinserción social del interno.

COMPARACIÓN PLAN NACIONAL / CTA - CPV	
TRATAMIENTO POR EJES DE INTERVENCIÓN	
FASE DE REINSERCIÓN	
<p>1. Las actividades realizadas durante esta fase, coinciden con las establecidas en el Plan Nacional.</p> <p>2. El tiempo establecido para esta fase por el Plan Nacional, es también el utilizado en el Centro, teniendo en consideración que las extensiones en el proceso dependen de Gendarmería de Chile.</p> <p>3. La fase de reinserción es realizada por la Asistente Social del Centro.</p>	<p>1. No se realiza ningún tipo de seguimiento por parte del Centro de Tratamiento de Adicciones.</p>

Esta etapa se establece como la culminación del proceso de rehabilitación y reinserción social.

Dentro de las opciones que tienen los internos que logran el ingreso a esta etapa, está dada por la posibilidad concreta de obtener la Salida Controlada al Medio Libre (SCML) u optar a culminar su sentencia en un Centro de Estudio y Trabajo (CET).

Si mantienen los requisitos para la postulación a estos Beneficios, será clave el trabajo que realice el /la profesional en tanto reforzamiento de vínculo familiar y redes de apoyo.

Si bien se han establecido las principales diferencias entre el Plan Nacional y el programa ejecutado en el CTA, existen también ciertas características que deben ser consignadas, entre ellas la *calidad de ambulatorio* del proceso de intervención. Desde el Plan Nacional se establecen dos modalidades: una ambulatoria (las dependencias físicas en las que se lleva a cabo el tratamiento no cuentan con espacio residencial, por lo que los internos participantes deben trasladarse diariamente al módulo de origen) y otra residencial (el espacio destinado al tratamiento incorpora instalaciones que permiten a los internos participantes mantenerse en espacio físico distinto al resto de la población penal).

El hecho de que el Centro "Suricata" tenga la característica de ambulatorio, tiene importante relación con los espacios destinados al Centro - éste se encuentra en el Centro de Cumplimiento Penitenciario – CCP- y sus usuarios utilizan un espacio específico del Módulo 101 - en el CPV, ya que no cuenta con espacio ni infraestructura para cambiar su modalidad. Sin embargo, entrega las condiciones mínimas necesarias y exigidas de higiene, no así de seguridad, ya que se encuentra ubicado en un espacio donde el contacto con otros módulos es habitual. Si bien hasta ahora el tratamiento se ha realizado bajo ésta modalidad, se advierte de igual forma la necesidad de analizar la posibilidad de transformar el Centro en uno que tenga la calidad residencial. Una de las importantes justificaciones es evitar el contacto directo con la subcultura carcelaria y así controlar el aumento de la *contaminación* de los internos pertenecientes al Centro.

En tanto el Centro propiamente tal, cuenta con un espacio que debe ser compartido por 20 internos, 3 profesionales y 1 funcionario de Gendarmería, viéndose las principales deficiencias en la calidad de los espacios destinados al ejercicio profesional.

Los recursos materiales son proporcionados por Gendarmería de Chile, en tanto material fungible y la alimentación para los internos y profesionales, que logran ser suficientes para el desarrollo de las actividades.

Los recursos financieros son sólo otorgados a través del Patronato Nacional de Reos, quienes reciben mensualmente los recursos desde CONACE, destinados al pago de sueldos de los profesionales.

Los recursos humanos corresponden a: Director, Psicólogo, Asistente Social, Monitor Laboral, funcionario de Gendarmería y 1 profesional del área salud cuando es requerido -éste último no está considerado dentro de los profesionales estables del CTA, sin embargo, su participación actualmente se remite a la realización de los test de orina para verificar que los internos no se encuentran consumiendo drogas- los que de igual forma son evaluados como suficientes para el desarrollo del programa.

2. Percepción de los internos: tratamiento de rehabilitación y reinserción y rol familiar en el proceso.

En el siguiente punto se dan a conocer las percepciones que tienen los internos que son actualmente beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones, en relación a dos variables que son analizadas cualitativamente, éstas tiene relación con:

A. Tratamiento de rehabilitación y reinserción social.

B. Rol que ha jugado la familia en el proceso de rehabilitación y reinserción.

La obtención de las percepciones de los internos mantiene su importancia en relación a identificar la configuración que ellos establecen tanto del tratamiento como del rol que las personas más significativas para ellos juegan en el mismo. Se podrá verificar si sus percepciones tienen relación con los objetivos que se trazan desde el plan y si su ejecución realmente es percibida como tal por los propios beneficiarios.

2.1 Percepción de los internos con relación al tratamiento de rehabilitación y reinserción social que llevan a cabo en el Centro de Tratamiento de Adicciones-CPV.

En relación a la evaluación por parte de los internos del proceso de tratamiento.

Si bien se ha considerado que hay datos concretos, diferencias y similitudes entre el proceso de implementación de tratamiento en el CTA, también pueden ser consideradas las percepciones directas que tienen las personas que son beneficiarios y que construyen una perspectiva diferente de tratamiento:

“...Gracias a este tratamiento me di cuenta que la droga me tenía cegado y perdido mucho tiempo de mi vida y en este lugar he aprendido a quererme a mí mismo y a saber valorar mi vida...” (F.M.O.).

El proceso que los internos desarrollan al interior del Centro, incide directamente en su autoestima y en la percepción positiva de sí mismo.

Estas capacidades son reforzadas principalmente en las actividades y talleres individuales y grupales programados por los profesionales del Centro, donde se busca reconocer las limitaciones que han tenido y que siguen manteniendo, como también las capacidades que pueden desarrollar para superarlas.

Cuando se analizaban los factores protectores y de riesgo presentes en el inicio del consumo de drogas, se evidenciaron los juicios negativos que ellos auto reconocían como también la importancia que desde un proceso terapéutico éste se conformara en un espacio directo de intervención, pues la afirmación de este interno lo confirma, ya que reconoce dos espacios opuestos, uno inicial donde sus aptitudes, habilidades y destrezas eran nulamente reconocidas y uno posterior donde él cae en cuenta de que han existido situaciones que le permiten replantear juicios negativos y descalificadores y avanzar desde lo que hoy es capaz de reconocer.

Se afirma en tanto, que este “*darse cuenta*” es un ejercicio sumamente complejo para el interno, ya que serán múltiples acontecimientos los que deberán cuestionar, criticar, enfrentar y de los que deberán “*hacerse cargo*” en pro de un proceso cierto y autodeterminado.

La dinámica del Centro es distinta, ya lo hemos graficado, ya que existe un trabajo profesional directo y constante, advirtiendo sin embargo, que aun existiendo una relación vertical entre profesionales e internos se logran establecer los espacios de confianza y una atmósfera cálida donde los internos pueden explicitar los momentos y/o recuerdos más importantes y significativos de sus vidas, teniendo plena claridad que existen los espacios de apoyo y de respeto profesional.

"...Estoy muy conforme con el trato y la ayuda que me han dado los profesionales, creo que es una oportunidad que en realidad va a cambiar mi vida, yo sé que se tratan temas muy fuertes del pasado, pero es necesario para poder superar y no cometer los mismos errores..."(D.B.M)

"...Yo encuentro que me han tratado bien como persona y me han ayudado bastante en trabajar mis temas personales..." (R.V.G.)

Nuevamente se vuelve importante el reconocimiento de sus historias de vida, la confrontación y la actitud crítica frente a los hechos que la configuran.

La cercanía y empatía con los internos es un aspecto ampliamente reconocido por éstos, en tanto el buen trato y respeto permanente hacia ellos no ha sido una constante en sus relaciones interpersonales y más bien han debido actuar y legitimarse desde la violencia y la desvalorización de los otros.

Esta situación se agudiza, ya que esta forma de legitimarse no ha estado ausente de su espacio familiar donde el abandono, la violencia intrafamiliar, la ausencia de respeto y disciplina son ampliamente reconocidos por ellos.

Ahora bien, si se establece la importancia del proceso individual, también se trabaja directamente con el entorno y/o apoyo familiar con que cuenta el interno, dando paso, en muchas oportunidades, a la reconstrucción de lazos afectivos con su familia, como también al fortalecimiento de éstos.

"...La evaluación que yo he tenido en este proceso ha sido muy buena, porque he podido ver de otro punto de vista la vida que llevaba anteriormente, he podido establecer la comunicación con mi familia..." (M.R.C)

Este testimonio aclara la importancia de establecer un avance crítico de las acciones que se ejecutan, sin aceptar o castigar por los acontecimientos que

han formado sus marcos de referencia. Es una reflexión constante que los profesionales guían y permiten abordar nuevas dimensiones.

Si bien los criterios que cada interno maneja para el análisis del proceso en el CTA poseen puntos de referencia similares, también existe la visión de quienes actualmente han obtenido Beneficio Intrapenitenciario (Salida Dominical) y que logran identificar escenarios diferentes que les han permitido equilibrar los alcances que su proceso ha desarrollado.

“...Divisé una necesidad de ayudarme que fue poco a poco creciendo, lo que dio paso a una confianza mutua entre los profesionales y yo... para mí, el proceso que he vivido en el CTA fue muy enriquecedor, lo que para mí marca un antes y un después...” (M.G.E.)

Se identifica en tanto, que el proceso, si bien es llevado a cabo en un ambiente comunitario, son los avances individuales los que hacen la verdadera diferencia entre los logros de los internos. Estos avances están directamente relacionados con la capacidad de creer en el proceso que han desarrollado y en la transparencia evidenciada y luego demostrada tanto en el espacio intrapenitenciario como también en el medio libre.

La confianza que se establece entre interno – terapeuta es en parte significativa, un proceso que debe cimentar el profesional a través de hechos claros y concretos como también subyacentes. Cuando los objetivos de tratamiento tienen un fuerte fundamento en las percepciones y en los testimonios de los individuos, necesariamente la relación deberá ser reconocida desde la ayuda y acompañamiento efectivo que esta relación profesional reconoce.

Es clave que el interno reconozca un interés permanente por lograr la superación de su problema con todas las dimensiones que éste involucra – a nivel personal, familiar, comunitario, social – por parte del equipo profesional, considerando que esta relación será innumerablemente puesta a prueba por los internos.

“...En el fondo hay un verdadero cambio en mi vida, un verdadero y definitivo cambio que primeramente comenzó con mi propio bienestar, un estilo diferente de vida, normal, tranquila y verdadera...” (C.S.R)

Se tiene claro, que las evaluaciones que cada interno realice del proceso, tendrán directa relación con los avances y retrocesos que han evidenciado individualmente y en los que influyen el acercamiento profesional y la asertividad de éstos, como también en el “ambiente de colectivo” que los internos logren establecer.

El tratamiento incorporará elementos suficientes para que los internos confluyan en la necesidad de que la motivación al cambio involucra ante todo una dimensión y proyección individual, que luego podrá ser manifiesta en los espacios desde los que se desarrolle. Se suele advertir en el discurso de los internos que la motivación al cambio esta dada desde lo que esperan de ellos sus familias -madre, padre, pareja e hijas/os- sin embargo, un enfoque distinto se trabaja desde una motivación individual al cambio, independientemente de las relaciones que establezca o desde lo que otros esperen de su proceso, la idea central es que el interno obtenga un cuerpo de valores y formas de proceder que permitan la autoprotección- en este caso del consumo de drogas y de la acción delictiva- y que se extrapole a su entorno afectivo y de desarrollo social cercano.

En relación a los hitos personales más importantes y significativos durante el proceso.

A través de la identificación de los aspectos más significativos para los internos durante el proceso, se pretende graficar y fundamentar dichas estimaciones, en tanto se permitirán reforzar el proceso en cuanto las actividades han sobrepasado la cotidiana y obligatoria realización de éstas y se han transformado en espacios claves para el fortalecimiento del tratamiento.

“...En este proceso hay muchas cosas que me han marcado y una de esas cosas fue enfrentar los problemas y retroceder en mi vida y darme cuenta cuales fueron las cosas que me llevaron a ser una persona drogadicta, cuando pasé de fase a tratamiento fue algo que nunca se me va a olvidar...” (F.M.O)

En el desarrollo de la etapa de comunidad -la más extensa del proceso- es donde los internos identifican las situaciones más importantes del proceso que llevan a cabo, graficadas principalmente en la *Historia de Vida e Historia de Consumo*.

Estas actividades cumplen dos funciones principales: por un lado permite a los internos realizar un ejercicio retrospectivo de forma crítica relacionado con sus

estilos de vida y patrones de consumo y por otro, permite fortalecer habilidades sociales tales como la exposición de un discurso coherente y previamente construido, esperando de quienes reciben el mensaje el respeto y la capacidad de escucha necesaria.

“...El hito más importante fue haber recuperado mi libertad, es la parte del proceso donde finalmente se produce la prueba de fuego y siento haberla pasado satisfactoriamente...” (C.S.R)

Dentro del proceso que realizan los internos, la consecución del Beneficio Intrapenitenciario (BIP) se convierte en la última instancia que dará prueba del sustento del proceso llevado a cabo y demostrará cuan significativa fue la estructuración del proceso de rehabilitación y reinserción social del interno.

La postulación a BIP, tal como se realiza en el Centro, posee múltiples simbolismos, ya que es estimada como la confirmación del equipo profesional hacia el adecuado y positivo proceso que ha desarrollado el interno, en tanto deberán *“defender”* en Consejo Técnico el mérito del interno para obtenerlo donde serán cuestionados y confrontados los criterios profesionales y de la autoridad competente para la obtención de éste.

Sin duda obtener el BIP es un trascendente paso para los internos, en tanto, tal como explica el interno C.S.R. se deberá hacer patente el aprendizaje del interno en CTA y contrastarlo con las situaciones cotidianas.

Cuando se identifican las percepciones de los internos en este ámbito, se entienden que éstas están ligadas tanto al proceso grupal como individual que llevan a cabo, a las fases que establece el proceso y la coherencia que ellos logran advertir en ésta.

2.2. Percepción de los internos de CTA, en función del rol que las familias desarrollan en el proceso de rehabilitación del consumo de drogas y/o alcohol.

En cuanto al rol que ha jugado el grupo familiar en el proceso del interno.

Para configurar este análisis, se debe consignar que se entenderá como familia a todas aquellas personas que mantengan un lazo afectivo significativo con el interno y que manifiesten su apoyo al proceso que ellos han desarrollado. El análisis del rol familiar estará determinado desde la propia percepción de los internos, identificando las fortalezas y debilidades que ellos manifiestan junto a los avances y retrocesos que han advertido en el proceso de tratamiento desde el apoyo familiar.

“...Creo que han sido fundamental en mi proceso porque cuando salga no estaré solo y estarán ellos para apoyarme, así como me han apoyado todo el tiempo que llevo preso...estoy muy agradecido de Dios por bendecirme con la familia que tengo, por el apoyo incondicional que me han dado, porque gracias a ellos puedo hacer un proceso de verdad...” (D.B.M)

Si bien es cierto que los internos que son parte del Centro de Tratamiento de Adicciones deben contar con el requisito de apoyo familiar, es dentro de éste en donde en muchos casos, se van fortaleciendo los lazos, principalmente al evidenciar los avances en el proceso que desarrolla el interno y al advertir la importancia que como familia les cabe.

Nuevamente cobra sentido el abordar la relación familiar desde el reestablecimiento de lazos como también desde el fortalecimiento de los mismos, según sea el caso. Durante el proceso, el apoyo debe manifestarse explícitamente ya que se requerirá de la asistencia de algún miembro de la familia a los talleres e intervenciones que realiza el equipo profesional, por lo mismo es clave disminuir las incertidumbres que del vínculo se tengan.

Si bien la “desvinculación” es un proceso que se ha agudizado durante la reclusión, el enfoque que se entrega desde la intervención profesional también apunta al logro de una nueva perspectiva donde la compañía (en contraposición al sentimiento de abandono que algunos internos manifestaron durante la recolección de información) sea clave y explícita.

“...Ellos me dieron la vida y a pesar que en algún momento todo fue negativo, actualmente hemos aprendido juntos a querernos y a respetarnos como familia y como persona, me atrevo a decir que si ellos no hubiesen estado conmigo tal vez jamás habría cambiado, es necesario sentir el apoyo de alguien que sea tu familia independiente de que esa familia no sean precisamente los padres...” (C.S.R)

Analizando el párrafo anterior cobra real sentido el identificar a las familias de los internos no sólo por aquellas que establecen una estructura nuclear, sino también de aquellas que se establecen por lazos afectivos más allá de los consanguíneos, identificándose así como personas significativas para el interno que acompañan el proceso de éste.

Tanto los conceptos como las tipologías y/o clasificaciones familiares se convierten en muchas ocasiones en conceptualizaciones reduccionistas que bien pueden buscar que la realidad se acomode a los planeamientos más que ellas adecuarse a la realidad, en tanto, se acude a ellas con el fin de establecer parámetros que faciliten el trabajo profesional aun cuando se corra riesgo de no identificar el punto de equilibrio que lo sustente.

Desde lo planteado queda claro que las conceptualizaciones de familia abarcarán los más amplios parámetros donde la clave estará dada por los acompañamientos afectivos más que por los lazos consanguíneos y propietarios.

“...Es un pilar fundamental en mi tratamiento porque ellos son los que me apoyan en este momento y nunca me han dejado de lado...” (R.V.G)

“...El rol familiar ha sido fundamental en este proceso porque ellos me dan las fuerzas para seguir adelante y poder dejar la droga y no delinca más y así sea una persona de bien...”(M.R.C)

Si bien son dos situaciones familiares diferentes (porque a través de las entrevistas se evidencia que en el primer caso el apoyo ha sido tanto fuera como en el CPV y en el segundo caso se ha acrecentado mientras el interno ha estado recluido), se manifiesta de igual forma que desde los internos se da una ponderación mayor al apoyo familiar, considerándolo muy trascendental durante el proceso y más aun cuando tengan la posibilidad cierta de estar en libertad.

“...Mi familia me ha apoyado y ha creído en lo que estoy haciendo, me ha entregado mucho cariño y confianza y también me da buenos consejos y me apoya en los proyectos que tengo para mi vida y futuro...” (F.M.O)

En el caso anterior la información obtenida, durante otras intervenciones con el interno, permite identificar un avance considerable en el fortalecimiento de los lazos familiares, principalmente porque es durante el proceso en el CTA donde el interno ha tenido la posibilidad de reconstruir sus vínculos familiares, que durante un largo período no logró fortalecer.

Como se puede apreciar en los extractos expuestos anteriormente, la familia y las personas afectivamente significativas de los internos que actualmente son beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV desarrollan un rol esencial en el proceso de rehabilitación y reinserción social, ya que tanto ellos como los internos entienden que la vinculación positiva y el respeto familiar son elementales a la hora de llevar a cabo un proceso de rehabilitación y un pilar fundamental para la reinserción en el medio libre.

El trabajo profesional que al respecto se realiza necesariamente trasciende el ámbito de intervención directa con las personas que asisten a los talleres familiares motivacionales y se vuelve también un espacio para la adquisición de habilidades de las que serán depositarios quienes mantengan un rol secundario pero, que de igual forma, mantengan un lazo familiar con el interno; sin duda los efectos en este tipo de intervenciones es amplio y complejo de medir.

La recolección de datos y el posterior análisis cualitativo ha presentado una dimensión de amplia riqueza para el trabajo profesional, como también la contrastación del deber ser de la intervención con el trabajo que efectivamente se realiza desde el Centro. Si bien se advierten ciertas diferencias, éstas son sustentadas bajo justificaciones que se plantean desde la flexibilidad del programa. En tanto, se advierten dificultades en el trabajo que tienen directa relación con las capacidades estructurales que ofrece el Complejo Penitenciario de Valparaíso para desarrollar una nueva modalidad – en este caso residencial – si bien se cuenta con el equipo y las capacidades de éste para desarrollar un trabajo permanente y concreto con los internos beneficiarios, el que indudablemente deberá ser contrastado con los resultados explícitos como implícitos que se adviertan.

Realizar un ejercicio comparativo en cifras, es un proceso medianamente complejo, sin embargo, donde surgen las mayores complicaciones y desafíos tiene relación con los datos y apreciaciones que se entregan de modo directo por los propios beneficiarios, ya que las acciones que se realicen irán en directa manifestación de los espacios personales y familiares que han configurado, de allí la importancia de las acciones u omisiones que materialice un equipo profesional. La reclusión entregará numerosos códigos y enseñanzas – aprendizajes a los internos, sin embargo, la posibilidad que tienen los actuales beneficiarios del CTA de recobrar y /o fortalecer espacios de su vida débilmente orientados como también no identificados abre una incomparable posibilidad de intervención que si bien es de largo plazo apuesta por efectos concretos y significativos.

SINTESIS DIAGNÓSTICA

Considerando los antecedentes anteriormente analizados, determinando los factores que tendrían causalidad al momento de concretarse el egreso de los internos que son beneficiarios del CTA e identificando las características similares entre los internos y su entorno, se puede precisar que estos elementos, incidirían en el proceso de rehabilitación y reinserción social que desarrollan los participantes actuales del Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV.

Los internos que son beneficiarios del Centro poseen un perfil sociodemográfico, caracterización delictual y de consumo problemáticos de sustancias psicoactivas *acordes con las características de quienes deberían materializar su ingreso al programa.*

Desde el estudio de la variable familiar, el hecho de que el interno cuente con personas y/o familiares significativos que lo acompañe en el proceso de rehabilitación y reinserción social, se transforma en un factor que interviene, entre otros aspectos, entre el interno y su incorporación al medio libre, siendo éstos los que tendrán la tarea de contribuir a la reinserción del interno fuera del recinto penal. Frente a esta variable, es de importancia considerar que en la mayoría de los casos el trabajo directo que se debe realizar tiene relación con la *restitución de lazos y el fortalecimiento de éstos*, a través de un trabajo que incorpore el reconocimiento de fortalezas y debilidades que desde lo personal se grafiquen también en la dinámica familiar que configuren, aportando en el proceso de “revinculación” familiar que deberán construir los internos.

En relación al *tratamiento* llevado a cabo en el Centro, si bien éste se considera *suficiente*, es preciso identificar la ausencia de dos etapas en la implementación del programa, que a juicio del equipo seminarista son necesarias para una intervención más completa en términos de la rehabilitación de los internos, ya que una de ellas incide directamente en la determinación del diagnóstico motivacional al cambio que presenta el interno antes de su ingreso y la otra se relaciona con la situación posterior al egreso del tratamiento. Se establece además que la falta de estas dos etapas podría incidir directamente en el temprano egreso de los internos del CTA, por razones diferentes a alta terapéutica¹² o Salida Controlada al Medio

¹² Alta terapéutica: egreso del espacio terapéutico determinada por el equipo profesional cuando se estime que el interno ha cumplido con los objetivos terapéuticos y debe regresar a Módulo o derivarse a CET.

Libre. Estas etapas corresponden a Pretratamiento o grupo motivacional y a Post tratamiento e integración social.

Frente a lo expuesto, el equipo seminarista propone establecer la programación de actividades que configuraría la intervención de pretratamiento como también la consiguiente ejecución de la fase en tanto el periodo destinado al seminario de título lo consigne.

Se debe establecer, que si bien el trabajo directo ha sido realizado con la población masculina beneficiaria del Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV, es significativo advertir que desde una perspectiva más amplia y dando lugar a temáticas emergentes, es que desde las situaciones detectadas tanto por el equipo seminarista como por el equipo profesional del CTA se estima también la necesidad de un espacio donde la problemática de drogas asociada a la conducta delictiva sea trabajada desde la perspectiva de género o la particularidad de la población femenina reclusa. Actualmente en el CPV no se cuenta con un espacio físico ni con la disposición de profesionales para su concreción, realizándose sólo con población masculina.

Considerando que el perfil de las mujeres que cometen delitos y consumen drogas ha sido históricamente diferente al de los hombres, es que el equipo seminarista propone la elaboración de un documento que haga explícitos los lineamientos generales que debería comprender un futuro proyecto de Centro de Tratamiento de Adicciones Femenino en el Complejo Penitenciario de Valparaíso.

PROGNÓISIS.

En relación a los antecedentes presentados producto de la investigación y posterior diagnóstico realizado, se puede establecer que la omisión de la etapa de Pretratamiento y/o grupo motivacional, como también el post tratamiento e integración social, incidiría en los actuales índices de abandono y/o alta disciplinaria¹³ que presenta el CTA durante los tres años de ejecución del tratamiento.

Por ende, el equipo seminarista se propone intervenir en la etapa de Pretratamiento y/o grupo motivacional, diseñando las actividades que éste debe involucrar, acordes al Plan Nacional.

Como segunda instancia, es posible abordar el desafío de establecer una primera aproximación teórica a la intervención terapéutica femenina, en tanto se determinaran las particularidades que éste proceso involucraría como también las consideraciones que necesariamente se deben abordar desde perspectiva de género.

¹³ Alta disciplinaria corresponde al egreso de los internos por resolución del equipo profesional, ya que los sujetos de estudio han trasgredido las normas generales del CTA, además del alta disciplinaria los internos pueden egresar por abandono del programa, por fin del proceso.

CAPÍTULO IV

PROGRAMACIÓN

FUNDAMENTACIÓN.

Esta programación, tiene como objeto determinar las acciones que se desarrollarán como plan de intervención del seminario de título que se lleva a cabo en el Centro de Tratamiento de Adicciones (CTA) del Complejo Penitenciario de Valparaíso.

Con la realización del diagnóstico social, el análisis cuantitativo y cualitativo de las variables estudiadas, el equipo seminarista determinó la existencia de elementos que se podrían abarcar para una intervención posterior, dentro de estas variables se consideran dos de ellas, las que se derivan en un programa de trabajo que contempla 2 proyectos.

Los hallazgos obtenidos desde el diagnóstico realizado, están directamente relacionados con la trascendencia de los vínculos familiares durante el desarrollo del proceso de intervención, el reconocimiento y estudio de las variables asociadas al consumo de drogas y a la comisión de delitos, la significancia que tiene también el cumplimiento que cada miembro tenga del perfil preestablecido para su ingreso a CTA como también la falta de ejecución de dos etapas del tratamiento, vale decir: Etapa Motivacional y de Post Tratamiento.

Frente a lo anterior es que los proyectos determinados para éste proceso de intervención tienen relación con la *implementación de la etapa de Pretratamiento y/o grupos motivacionales*¹, con la que se pretende la realización de talleres socioeducativos para aquellos internos del Complejo Penitenciario de Valparaíso que cumplen con los requisitos y perfil para ingresar al Centro de Tratamiento de Adicciones, pero que por el momento no cuentan con cupo para su ingreso, por lo que se seleccionará a internos que estén interesados en la participación de intervenciones enfocadas a la motivación al cambio, a la rehabilitación del consumo problemático de drogas y/o alcohol y la reinserción social.

Se debe consignar en tanto, que el diseño de este proyecto se fundamenta en la programación de actividades para el grupo de internos seleccionados desde el 29 de junio de 2006, los que se constituyeron como el primer grupo participante de la etapa motivacional y/o pretratamiento.

¹ Según el "Modelo de Intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, reclusos en los establecimientos penitenciarios chilenos" (Plan Nacional) corresponde a la 2ª etapa de intervención del programa Centro de Tratamiento de Adicciones, etapa que hasta el segundo semestre del año 2006 no se había implementado.

El inicio de actividades con este grupo, respondió a la necesidad institucional de complementar el proceso designado desde el Plan Nacional referente a los Centros de Tratamiento de Adicciones, unido a la disponibilidad de recursos humanos (estudiantes seminaristas y estudiante de psicología) para la ejecución de tal etapa.

El segundo proyecto de intervención corresponde a uno de los hallazgos obtenidos, en tanto temática emergente y de proyectiva consideración, ésta es la *elaboración de un documento que - desde un punto de vista teórico - respalde la importancia y necesidad de implementar un tratamiento contra el consumo de drogas y/o que alcohol desde perspectiva de género, en beneficio de la población femenina reclusa en CPF – CPV.* , específicamente determinando los elementos a considerar para una posterior intervención integral de internas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Cabe mencionar, entonces, que si bien el proyecto N° 1 se desarrolla específicamente en la implementación de talleres socioeducativos para internos seleccionados en la etapa de Pretratamiento, el proyecto N° 2 contempla un proceso de investigación y análisis de los elementos que se deben rescatar para solventar una intervención posterior en internas con consumo problemático de alcohol y/o drogas, con el fin de presentar estos hallazgos, argumentos y lineamientos generales a los directivos y personal correspondiente tanto del Área Técnica, así como profesionales del Centro de Tratamiento de Adicciones.

NOMBRE DEL PROGRAMA:

“Estrategia de fortalecimiento y proyección del tratamiento de rehabilitación y reinserción social en Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV”.

- Dependencia legal y administrativa:

La dependencia legal y administrativa de este programa está dada desde el Complejo Penitenciario de Valparaíso, Gendarmería de Chile.

- Responsables del programa:

Será responsabilidad de las estudiantes seminaristas de la escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso: Srta. Pilar Aguirre Navarro, Srta. Maudy Muñoz Astorga y Srta. Natalia Soto Quiroz.

- Beneficiarios:

El programa está dirigido a los internos que cumplan con los requisitos para ingresar a CTA, en tanto esta primera etapa pretende la selección de ellos.

Serán beneficiarias también, la población femenina que potencialmente puede ser usuaria de un posible programa de rehabilitación y reinserción social para internas del CPF.

- Objetivos del programa:

Contribuir al fortalecimiento de la rehabilitación y reinserción social de los internos beneficiarios del Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV, buscando una aproximación de este tratamiento a la población femenina recluida en CPF, desde perspectiva de género.

- Objetivos específicos:

- Implementar la etapa de pretratamiento y/o grupos motivacionales que determina el Plan Nacional de Intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, recluidos en los establecimientos penitenciarios chilenos.
- Confeccionar un documento que establezca las bases que fundamentan la implementación de un Centro de Tratamiento de Adicciones para mujeres en CPV.

- Estrategia evaluativa del programa:

Se establece que la estrategia evaluativa del programa estará determinada por el **Modelo de evaluación iluminativo** de Parlett y Hamilton, el cual es un modelo que se presenta acorde a la perspectiva del interaccionismo simbólico.

La evaluación iluminativa se apoya preferentemente en un paradigma subjetivista que privilegia el uso de información cualitativa y que busca, finalmente, no la explicación de los procesos en términos de relaciones teóricas más generales o de factores causales, sino su interpretación mediante los significados que tales procesos tienen para los autores que participan en un programa.

El modelo representa un enfoque cultural, por lo que este tipo de evaluación ha sido modelado sobre la base de programas educacionales de pequeña escala. El modelo pretende contribuir a la toma de decisiones, mediante informaciones, comentarios y análisis destinados a aumentar el conocimiento y la comprensión del programa en evaluación.

La caracterización del modelo Iluminativo está dada por los siguientes conceptos: Holística, Hermenéutica, Interpretativa, Iluminativa y Sensible. *Es holística* en tanto se interesa por el programa a evaluar en forma global, permite describir el conjunto de contextos en donde se opera, buscando las relaciones entre estos contextos de manera de comprender el proceso de forma total. *Es hermenéutico* ya que tiene gran interés por el lenguaje como la expresión de los significados que tienen los programas para los involucrados y los procesos que allí se desencadenan. *Será interpretativa* porque se apoya predominantemente en metodologías y técnicas que privilegian lo cualitativo (sin por ello dejar fuera lo cuantitativo) para describir los significados que tiene la experiencia evaluada para aquellos que están involucrados; la interpretación de este modelo toma preferentemente la forma de una descripción del programa evaluado.

PROYECTO 1: IMPLEMENTACIÓN ETAPA DE PRETRATAMIENTO Y/O GRUPOS MOTIVACIONALES.

El proyecto se desarrolla con internos del Complejo Penitenciario de Valparaíso (cupó máximo de 15 internos) que presenten consumo problemático de drogas y/o alcohol, que cuenten con apoyo familiar constante, que posean calidad procesal de condenados y que demuestren interés voluntario de participar en talleres

semanales, socioeducativos/ psicosociales, destinados a potenciar habilidades sociales y generar motivación al cambio.

Estas actividades serán complementadas además con intervenciones terapéuticas individuales por parte de los profesionales a cargo del Centro de Tratamiento de Adicciones, psicólogo y asistente social, de manera de realizar una intervención integral del interno antes de su ingreso al CTA.

Objetivo general del proyecto:

- Implementar la etapa de pretratamiento y/o grupos motivacionales que determina el Plan Nacional de Intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, reclusos en los establecimientos penitenciarios chilenos.

Objetivos específicos:

1. Entregar a los internos seleccionados para la etapa de Pretratamiento los lineamientos generales que guían al CTA, de modo de prepararlos de hacerse efectivo su ingreso al Centro.
2. Potenciar las habilidades sociales de los internos tanto a nivel de desarrollo personal como el desarrollo en un grupo determinado.
3. Entregar herramientas necesarias para la motivación al cambio de los internos que participan de los talleres socioeducativos en la etapa de Pretratamiento.

Responsables del proyecto:

Corresponde a las estudiantes seminaristas, quienes ejecutarán los talleres, Srta. Pilar Aguirre Navarro, Srta. Maudy Muñoz Astorga y Srta. Natalia Soto Quiroz.

Recursos a utilizar:

Recursos materiales: corresponden a los utilizados en los talleres, material de apoyo y material fungible que es otorgado por el Centro de Tratamiento de Adicciones del CPV y aporte voluntario del equipo seminarista en talleres específicos.

Cabe mencionar que las actividades serán realizadas en el Liceo Politécnico "Cardenal Oviedo" del Complejo Penitenciario de Valparaíso.

Recursos humanos: profesionales del Centro de Tratamiento de Adicciones en intervenciones individuales psicosociales (psicólogo y asistente social),

estudiantes seminaristas a cargo de talleres socioeducativos, internos seleccionados para el proyecto. (13 internos)

Recursos financieros: para la realización de este proyecto no se requieren recursos financieros, puesto que todo lo requerido para la implementación de los talleres está dado por Gendarmería de Chile, específicamente por el Centro de Tratamiento de Adicciones del Complejo Penitenciario de Valparaíso.

PROYECTO 2: LINEAMIENTOS TEÓRICOS GENERALES A CONSIDERAR EN LA INTERVENCIÓN CON MUJERES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN CPF - CPV.

El consumo problemático de drogas y/o alcohol es un tema de preocupación transversal, el cual está presente tanto en hombres como mujeres que están reclusos en establecimientos penitenciarios del país.

Si bien a lo largo de Chile existen sólo 4 recintos penales que cuentan con un espacio terapéutico que entrega intervención integral a internas con consumo problemático de drogas y/o alcohol, es necesario incrementar este número de instancias que permiten la rehabilitación y reinserción social.

El Complejo Penitenciario de Valparaíso, desde el año 2003, cuenta con un Centro de Tratamiento de Adicciones, que atiende a 20 internos que presentan consumo problemático de sustancias psicoactivas, sin embargo, la preocupación y el interés por extender esta iniciativa ha traspasando la variable género y ha estado presente desde el comienzo de esta experiencia.

Es necesario entonces establecer que el equipo seminarista pretende identificar los elementos y lineamientos que pueden permitir la incorporación de un espacio terapéutico para mujeres condenadas del Complejo Penitenciario de Valparaíso, con el fin de entregar y exponer un documento que respalde y establezca las bases generales para la implementación futura de un Centro de Tratamiento de Adicciones para mujeres.

Objetivo general:

- Confeccionar un documento que establezca las bases teóricas que fundamentan la intervención con mujeres con consumo problemático de drogas en CPF - CPV.

Objetivos específicos:

1. Identificar la información relativa a la temática del consumo de drogas y/o alcohol en mujeres recluidas en establecimientos penales chilenos.
2. Identificar las aproximaciones a la temática desde la Unidad Técnica Local (UTL).
3. Identificar las aproximaciones a la temática desde el equipo profesional del Centro de Tratamiento de Adicciones.
4. Realizar cruce de información obtenida.

Responsables del proyecto:

Corresponde a las estudiantes seminaristas, quienes establecerán los lineamientos generales a considerar en la implementación de un CTA para mujeres en el Complejo Penitenciario de Valparaíso, Srta. Pilar Aguirre Navarro, Srta. Maudy Muñoz Astorga y Srta. Natalia Soto Quiroz.

Recursos a utilizar:

Recursos materiales: bibliografía, estudios realizados sobre el tema, documentos de experiencia en otros Centros Penitenciarios, material de oficina (computador, impresiones, hojas, etc.)

Recursos humanos: estudiantes seminaristas, profesionales del Centro de Tratamiento de Adicciones, Jefe de Área técnica del CPV, dupla psicossocial a cargo del CPF² (Centro Penitenciario Femenino).

Recursos financieros: para la realización de este proyecto no se requieren recursos financieros, puesto que todo lo requerido está dado por Gendarmería de Chile.

² Los profesionales mencionados contribuirán en entrevistas y recolección de información para la elaboración de documentos para implementación de un Centro de Tratamiento de Adicciones para mujeres.

PROYECTO 1: ETAPA DE PRETRATAMIENTO Y/O GRUPOS MOTIVACIONALES.

Objetivo general: Implementar la etapa de pretratamiento y/o grupos motivacionales que determina el Plan Nacional de Intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, reclusos en los establecimientos penitenciarios chilenos.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	TIEMPO	TÉCNICAS	RECURSOS	SISTEMA DE REGISTRO
1. Seleccionar a internos del CPV que presenten un consumo problemático de drogas y/o alcohol, además de contar con el perfil que establece el CTA.	1. Realizar entrevistas de selección de internos.	2 semanas	- Entrevistas dirigidas. - Empatía. - Respeto.	<u>Recurso humano:</u> Equipo seminarista. Dupla psicosocial CTA. <u>Recurso material:</u> Sala de entrevistas en módulo. Entrevistas semi-estructuradas.	- Registro de actividades. - Entrevistas de selección de internos.
2. Determinar espacio físico, horarios, y temáticas de talleres.	1. Coordinar en Liceo politécnico disponibilidad de salas.	2 semanas	- Empatía. - Respeto. - coordinación con personal responsable.	<u>Recurso humano:</u> Equipo seminarista. Personal a cargo de Liceo politécnico. Profesionales de CTA.	- Registro de intervenciones.

	2. Reunión con psicólogo del CTA para definir temática y tiempo de talleres.			<u>Recurso material:</u> Material de oficina (hojas, impresora, etc.) Teléfono para contactos.	
3. Elaboración y presentación de cronograma de actividades.	1. Seleccionar los temas, recursos, responsables, técnicas, etc. a desarrollar en talleres.			<u>Recurso humano:</u> Equipo seminarista. <u>Recurso material:</u> Material de oficina (hojas, impresora, etc.	- Registro de intervenciones. - Cronograma de actividades.
	2. Presentar cronograma a profesionales del CTA.				
4. Realizar las actividades programadas por el Equipo Seminarista	*Las actividades realizadas en esta fase se explican a continuación de la matriz.	14 semanas	- Empatía. - respeto. -retroalimentación	<u>Recurso humano:</u> Equipo seminarista. Profesionales de CTA. <u>Recurso material:</u> Material de oficina. Sala de liceo politécnico. Material para desarrollo de talleres.	- Registro de actividades. - Registro de asistencia a talleres. - Material utilizado en talleres.

<p>5. Evaluar conjuntamente Equipo Seminarista y profesionales del CTA el desarrollo de la etapa de Pretratamiento.</p>	<p>1. Reunión de equipo seminarista para realizar auto evaluación. 2. Reunión con Jefe de Área Técnica y Profesionales del CTA.</p>	<p>2 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Empatía. - respeto. -retroalimentación 	<p><u>Recurso humano:</u> Jefe Área Técnica. Equipo seminarista. Profesionales de CTA.</p>	<p>- Registros de ejecución.</p>
---	---	------------------	--	--	----------------------------------

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ETAPA DE PRETRATAMIENTO Y/O GRUPOS MOTIVACIONALES.

SESIÓN	ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN DE ACT.	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLE
SESIÓN 1. Presentación de programa	<p>1. Exposición a internos participantes del pretratamiento.</p> <p>2. Presentación de equipo seminarista como responsables de realización de talleres.</p> <p>3. Presentación de internos.</p>	<p>Corresponde a la primera actividad de "grupos motivacionales y/o de conversación" en donde los profesionales presentan el programa de trabajo a los internos que han sido elegidos para formar la etapa de pretratamiento, se les entregará además a cada participante un folleto explicativo del proceso del CTA.</p> <p>Junto con la presentación del programa se presentarán además a los responsables del desarrollo de las actividades que se llevarán a cabo (Equipo Seminarista).</p> <p>En un segundo momento se realizará una dinámica grupal para que cada interno se presente frente al grupo y los profesionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Material de apoyo para exposición. - Documento explicativo sobre CTA. - Recurso humano. 	2 horas.	<p>Profesionales del Centro de Tratamiento de Adicciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Psicólogo. -Asistente social. -Equipo seminarista.

<p>SESIÓN 2. Conocimiento.</p>	<p>1. Mi semana³</p> <p>2. Proyecciones.</p>	<p>Exposición por parte de los internos de lo que fue su semana al resto del grupo, se pretende rescatar las percepciones e impresiones de los internos en su primera semana como grupo motivacional, esta actividad corresponde a una dinámica grupal.</p> <p>En un segundo momento de la sesión las responsables de la actividades dan a conocer las temáticas que se van a trabajar en las sesiones posteriores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas en blanco. - Plumones. - Lápices grafitos. 	<p>2 horas.</p>	<p>Equipo seminarista.</p>
<p>SESIÓN 3. Motivación al cambio.</p>	<p>1. ¿Cuán motivado estoy?</p>	<p>Aplicación de test de estado de motivación al cambio que presentan los internos al comienzo de la actividad.</p> <p>Se trabaja en grupos de 3 internos, para que tengan la posibilidad de compartir experiencias y expectativas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recurso humano. - Test de motivación al cambio. - Lápices. 	<p>2 horas.</p>	<p>Equipo seminarista.</p>

³ Esta actividad será realizada al comienzo de cada sesión, de manera que los participantes puedan dar a conocer sus expectativas y resquemores ante cada actividad.

SESIÓN 4. Habilidades sociales.	1. ¿Cuándo estuve más motivado?	En duplas se trabajará el momento o el acontecimiento en la vida de los internos participantes en donde se sintieron más motivados por lograr resultados o simplemente lograr una satisfacción personal.	<ul style="list-style-type: none"> - Papelógrafos. - Plumones. -Recortes de revistas y diarios. 	2 horas	Equipo seminarista.
SESIÓN 5. Habilidades sociales.	1. Actualidad.	Se le entrega a cada interno una noticia de actualidad, la cual debe ser analizada individualmente y debe ser expuesta al grupo, dejando claro sus puntos de vista frente al desarrollo de la noticia.	<ul style="list-style-type: none"> - Material de apoyo para exposición. - Noticia. - Papelógrafos. - Plumones. 	2 horas.	Equipo seminarista.
SESIÓN 6. Habilidades sociales.	1. ¿Cómo es mi familia?	Cada interno deberá exponer antecedentes que considere relevantes de su grupo familiar más cercano y que significan hoy un apoyo importante en su proceso de rehabilitación. La forma de exponer será individual y el material de apoyo será elegido por cada interno.	<ul style="list-style-type: none"> - Material de apoyo. - Papelógrafos. - Lápices. 	2 horas.	Equipo seminarista.

SESIÓN 7. Análisis de contenido de película.	1. "La ciudad de Dios."	Se presentará a los internos la película "La ciudad de Dios", se entregará una ficha a cada interno para que escriban un análisis comparativo de la película y su vida, además de responder preguntas estructuradas en relación al film.	<ul style="list-style-type: none"> - Película. - Televisor. - Reproductor de DVD. 	2 horas.	Equipo seminarista.
SESIÓN 8. Habilidades sociales	1. Revisión de "La ciudad de Dios." 2. ¿Con qué puedo aportar?	Antes de comenzar esta sesión se les pide a los internos que expongan sobre la película vista la sesión anterior, de manera de recoger percepciones y reflexiones que los participantes han podido realizar de la película. Actividad dirigida a proporcionar información frente a la identificación y análisis de habilidades sociales, buscando potenciar el reconocimiento de estas por parte de los internos tanto en ellos como en otras personas.	<ul style="list-style-type: none"> - Material de apoyo. - Material de oficina. - Folletos alusivos a habilidades sociales 	2 horas.	Equipo seminarista.
SESIÓN 9. Motivación al cambio.	1. ¿Cuán motivado estoy?	Segunda aplicación del test de motivación al cambio que presenta los internos	<ul style="list-style-type: none"> - Test de motivación al cambio. 	2 horas.	Equipo seminarista.

		<p>cuando ya han realizado actividades que potencian la motivación. Se trabaja en grupos de 3 internos, para que tengan la posibilidad de compartir experiencias y expectativas.</p>	- Lápices.		
<p>SESIÓN 10. Habilidades sociales.</p>	<p>1. Mis amigos</p>	<p>Cada uno de los internos debe exponer a los demás participantes cuales eran las características y elementos que pueden rescatar de su grupo de pares, estableciendo si estos fueron positivos o negativos. Se debe establecer además que si dentro del grupo motivacional se han establecido relaciones de grupos de pares, identificando los elementos significativos que contribuyeron a estas uniones.</p>	<p>- Material de apoyo para exposición. - Material de oficina.</p>	<p>2 horas.</p>	<p>Equipo seminarista.</p>
<p>SESIÓN 11. Análisis de contenido.</p>	<p>1. La noticia.</p>	<p>Los internos de manera individual deben presentar a los demás participantes una noticia, elegida por</p>	<p>- Material de apoyo para exposición.</p>	<p>2 horas.</p>	<p>Equipo seminarista.</p>

		ellos, permitiendo y dando espacio a la reflexión y análisis de la actualidad.	- Material de oficina.		
SESIÓN 12. Habilidades sociales.	1. Convivencia.	Actividad que pretende establecer un espacio distendido en donde los internos puedan compartir de forma espontánea dentro de un ambiente estructurado. El objetivo es básicamente potenciar un espacio para compartir sin actividades profesionales establecidas.	- Material recreativo. - Comestibles.	2 horas.	Equipo seminarista.
SESIÓN 13. Motivación al cambio.	1. ¿Cuán motivado estoy?	Tercera aplicación del test de motivación al cambio que presenta los internos que están terminando la etapa de pretratamiento. Se trabaja en grupos de 3 internos, para que tengan la posibilidad de compartir experiencias y expectativas.	- Test de motivación al cambio. - Lápices.	2 horas.	Equipo seminarista.
SESIÓN 14. Evaluativo.	1. Evaluémonos.	Este espacio está destinado a determinar la evaluación que el grupo hará sobre la dinámica llevada a cabo durante el proceso de intervención,	- Recurso humano. - Material de apoyo.	2 horas.	Equipo seminarista.

		considerando los aspectos positivos y negativos que fue desarrollando la dinámica grupal.			
SESIÓN 15. Cierre de actividades realizadas por Equipo Seminarista.	1. Recreación y finalización.	<p>Esta actividad está enfocada a dar término a la etapa de pretratamiento en su primera experiencia, dando a los internos un diploma que certifique su participación en el proyecto.</p> <p>Los profesionales que están a cargo del CTA serán responsables de finalizar este proceso rescatando los aspectos positivos y negativos de la intervención.</p> <p>(las actividades continuaran siendo realizadas por dupla psicosocial con los internos seleccionados para la segunda etapa de ejecución)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Material de apoyo. - Certificados de talleres. - Café. 	2 horas.	<p>Profesionales del CTA.</p> <p>Equipo seminarista.</p>

PROYECTO 2: LINEAMIENTOS TEÓRICOS GENERALES A CONSIDERAR EN LA INTERVENCIÓN CON MUJERES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN CPF - CPV.

Objetivo general: Confeccionar un documento que establezca las bases teóricas que fundamentan la intervención con mujeres con consumo problemático de drogas en CPF - CPV.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	TIEMPO	TÉCNICAS	RECURSOS	SISTEMA DE REGISTRO
1. Identificar la información relativa a la temática del consumo de drogas en establecimientos penales chilenos.	1. Revisión bibliográfica.	4 semanas	- Recolección de información.	<u>Recurso humano:</u> Equipo seminarista. <u>Recurso material:</u> Material de oficina. Documentos de apoyo en relación a CTA de mujeres en recintos penales del país.	- Bibliografía utilizada. - Pauta preestablecida.
	2. Contrastar la información obtenida con la determinada por el Plan Nacional.				
	3. Selección de información.				
2. Identificar las aproximaciones a la temática desde la Unidad Técnica Local. (UTL)	1. Entrevista al Jefe de UTL.		- Recolección de información.	<u>Recurso humano:</u> Equipo seminarista. Jefe de UTL. Asistente social del CPF. <u>Recurso material:</u> Material de oficina.	- Bibliografía utilizada. - Pauta preestablecida.
	2. Entrevista a Asistente Social del CPF.				

<p>3. Identificar las aproximaciones a la temática desde el equipo profesional CTA.</p>	<p>1. Entrevista con Asistente Social del CTA.</p>		<p>- Recolección de información.</p>	<p><u>Recurso humano:</u> Equipo seminarista. Psicólogo de CTA Asistente social de CTA <u>Recurso material:</u> Material de oficina.</p>	<p>- Bibliografía utilizada. - Pauta preestablecida.</p>
	<p>2. Entrevista con Psicólogo del CTA.</p>				
<p>4. Realizar cruce de información obtenida.</p>	<p>1. Reunión de Equipo Seminarista para contrastar la información.</p>	<p>1 semana</p>	<p>- Sistematización de información.</p>	<p><u>Recurso humano:</u> Equipo seminarista. <u>Recurso material:</u> Material de oficina. Información obtenida.</p>	<p>- Pauta preestablecida.</p>
<p>5. Elaboración de documento que establezca las bases para la implementación de un Centro de Tratamiento de Adicciones Femenino en CPV.</p>	<p>1. Determinar información contenida en documento.</p>	<p>3 semanas.</p>		<p><u>Recurso humano:</u> Equipo seminarista. Profesionales de CTA. Jefe UTL <u>Recurso material:</u> Material de oficina. Documento preliminar.</p>	<p>- Documento preliminar.</p>
	<p>2. Revisión de documento preliminar con el equipo profesional del CTA.</p>				
	<p>3. Revisión de documento con el Jefe de UTL</p>				

	4. Redacción de documento final.				
6. Entregar a Jefe de UTL documento final que respalde la intervención psicosocial con internas con consumo problemático de sustancias y la posterior implementación de un CTA para mujeres en el CPV	1. Entrega de documento a Jefe de UTL.	1 semana	- Entrega de información.	Recurso humano: Equipo seminarista. Profesionales de CTA. Jefe UTL. Profesionales a cargo de CPF. Público asistente.	- Documento final.

CARTA GANTT.

PROYECTO 1: ETAPA DE PRETRATAMIENTO Y/O GRUPOS MOTIVACIONALES.




ETAPAS	TIEMPOS (SEMANAS)																							
	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Selección de internos.	X 	X 																						
2. Organización de talleres.		X	X 																					
3. Implementación de talleres socioeducativos.				X	X 	X	X	X	X	X 	X	X	X	X	X 	X	X							
4. Evaluación de proyecto.																			X 	X 				

- X : TIEMPO ESTIMADO.
- : TIEMPO DE HOLGURA.
- : TIEMPO REAL.
- : CONTROLES

CARTA GANTT.

PROYECTO 2: LINEAMIENTOS GENERALES A CONSIDERAR EN LA INTERVENCIÓN CON MUJERES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN CPF - CPV.

FASES	TIEMPO (SEMANAS)											
	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Recolección de información.	X 	X	X	X 								
2. Organización de información.				X	X 							
3. Diseño del documento.						X	X	X				
4. Exposición de hallazgos y entrega de documento final.									X 			

- X : TIEMPO PROGRAMADO.
- : TIEMPO DE HOLGURA.
- : TIEMPO REAL.
- : CONTROLES.

CAPÍTULO V EJECUCIÓN

PRESENTACIÓN.

A través de la siguiente presentación se pretende la graficación de la tercera etapa del Ciclo Tecnológico: Ejecución de actividades realizadas, determinadas por la previa Programación de los proyectos:

-IMPLEMENTACIÓN ETAPA DE PRETRATAMIENTO Y/O GRUPOS MOTIVACIONALES.

-LINEAMIENTOS TEÓRICOS GENERALES A CONSIDERAR EN LA INTERVENCIÓN CON MUJERES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN CPF - CPV.

La matriz que determina la Ejecución de las actividades programadas, será guiada por la presentación de los objetivos y actividades, la fecha de realización, los participantes, contenidos y resultados de cada actividad,

PROYECTO 1: IMPLEMENTACIÓN ETAPA DE PRETRATAMIENTO Y/O GRUPOS MOTIVACIONALES.

OBJETIVO: Implementar la etapa de pretratamiento y/o grupos motivacionales que determina el Plan Nacional de Intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, reclusos en los establecimientos penitenciarios chilenos.

OBJETIVO	ACTIVIDAD	FECHA	PARTICIPANTES	CONTENIDOS	RESULTADOS
1. Seleccionar a internos del CPV que presenten consumo problemático de drogas y/o alcohol, además de contar con el perfil que establece el CTA.	Realizar entrevistas de selección de internos.	02 – 16 DE JUNIO	- Equipo seminarista - Dupla: asistente social – psicólogo, CTA. - Internos pre seleccionados.	Coordinación equipo seminarista – dupla psicossocial. CTA. Determinación de contenidos a desarrollar en entrevista.	- se realizan entrevistas a 13 internos. - se selecciona a 8 internos como participantes de etapa de pretratamiento.
2. Determinar espacio físico, horarios, y temáticas de talleres.	Coordinar en Liceo politécnico disponibilidad estable de salas. Reunión con psicólogo del CTA para definir temática y tiempo de talleres.	22 DE JUNIO	- Equipo seminarista. - Director Liceo Politécnico. - Equipo seminarista. - Psicólogo CTA	Coordinación con director de politécnico.	Se acuerda horario y sala para realización de talleres en dependencias de Liceo Politécnico – CCP.
3. Elaboración y presentación de cronograma de actividades.	Seleccionar los temas, recursos, responsables, técnicas, etc. a desarrollar en talleres.	15 – 20 DE JUNIO	- Equipo seminarista.	Coordinar con equipo profesional de CTA los temas y contenidos de talleres socioeducativos. Trabajar en la elaboración de planilla de sesiones.	Selección de temas a tratar en sesiones socioeducativas.

	Presentar cronograma a profesionales del CTA.	22 DE JUNIO	- Equipo seminarista - Dupla: asistente social – psicólogo, CTA.	Reunión con equipo profesional de CTA para discutir cronograma de actividades.	Cronograma de actividades de etapa de pretratamiento.
4. Realizar las actividades programadas por el Equipo seminarista ¹	Ejecución de las 15 actividades previamente programadas	29 DE JUNIO HASTA 19 DE OCTUBRE	- Equipo seminarista - Dupla: asistente social – psicólogo, CTA. - Internos pre seleccionados.	Realización de actividades determinadas por los siguientes contenidos: <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de normativa del Centro. • Motivacionales y Adaptación al cambio. • Actitud crítica frente al consumo. • Desarrollo de capacidad de abstracción. • Manejo de habilidades grupales. • Desarrollo de habilidades sociales. 	Ejecución de actividades (15 sesiones socioeducativas.) Capacitación de los internos que se encuentran actualmente en etapa de adaptación en CTA. (6 internos)
5. Evaluar conjuntamente Equipo seminarista y profesionales del CTA el desarrollo de la etapa de Pretratamiento.	Reunión de Equipo Seminarista para realizar auto evaluación.	19 DE OCTUBRE	- Equipo seminarista - Dupla: asistente social – psicólogo, CTA.	Presentación a equipo profesional de matriz de trabajo como guía de ejecución de la etapa de pretratamiento.	Reconocimiento de matriz de actividades trabajadas como ejes para la continuación de la ejecución de etapa de pretratamiento.

¹ Ver anexo de actividades

PROYECTO 2: LINEAMIENTOS GENERALES A CONSIDERAR EN LA INTERVENCIÓN CON MUJERES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN CPF - CPV.

OBJETIVO: Confeccionar un documento que establezca las bases teóricas que fundamentan la implementación de un Centro de Tratamiento de Adicciones para mujeres en CPV.

OBJETIVO	ACTIVIDAD	FECHA	PARTICIPANTES	CONTENIDOS	RESULTADOS
1. Identificar la información relativa a la temática del consumo de drogas en establecimientos penales chilenos.	1. Revisión bibliográfica.	4 de septiembre al 20 de septiembre.	Equipo seminarista.	Bibliografía en relación a: 1. consumo de drogas. 2. delincuencia femenina. 3. PMG (programa de mejoramiento de gestión) con perspectiva de género. 4. identificación preliminar población femenina de CPV con consumo de drogas.	Se definen contenidos que servirán de base para la propuesta.
	2. Contrastar la información obtenida con la determinada por el Plan Nacional.				
	3. Selección de información.				
2. Identificar las aproximaciones a la temática desde CPV	1. Entrevista al Jefe de UTL.	3 de octubre 2006	Equipo seminarista. Jefe UTL Sr. Juan Carlos Olguín G.	Reunión para determinar áreas de profundización temática.	Definición de aspectos a considerar en propuesta.
	2. Entrevista con personal de área salud CPV	3 de octubre 2006.	Equipo seminarista. Sr. Luis Nuñez, enfermero Hospital CPV.	Reunión para determinar antecedentes de población femenina con consumo de drogas.	Obtención de listado con información referente a internas de CPF con patologías psiquiátricas asociadas a consumo problemático de drogas y/o alcohol.

	3. Entrevista con Capitana CPF.	5 de octubre 2006.	Capitana Helen Leal. CPF.	<p>Reunión para determinar antecedentes de la población femenina con consumo de drogas.</p> <p>Determinar cuales son las aspiraciones de CPF frente a tratamiento de consumo de drogas y/o alcohol.</p>	<p>Obtención de listado de internas que actualmente presentan consumo de drogas y/o alcohol al interior de CPF.</p> <p>Definición de expectativas a largo plazo en relación a la intervención psicosocial en consumo problemático de sustancias en CPF</p>
3. Identificar las aproximaciones a la temática desde el equipo profesional CTA.	<p>1. Entrevista con Asistente Social del CTA.</p> <p>2. Entrevista con Psicólogo del CTA.</p>	9 de octubre al 16 de octubre.	Equipo seminarista. Asistente social del CTA. Psicólogo de CTA	Reunión para establecer propuestas de tratamiento de dicciones en mujeres.	Definición de lineamientos para propuesta de tratamiento de adicciones en mujeres.
4. Realizar cruce de información obtenida.	1. Reunión de equipo seminarista para contrastar la información.	9 de octubre al 16 de octubre.	Equipo seminarista.	Identificación de información teórica y práctica frente al desarrollo del estudio.	Definición de la información a desarrollar en el informe preliminar.
5. Elaboración de documento que establezca las bases para la implementación de un Centro de Tratamiento de Adicciones femenino en CPV.	<p>1. Determinar información contenida en documento.</p> <p>2. Revisión de documento preliminar con el equipo</p>	17 de octubre a 24 de octubre 2006.	Equipo seminarista. Dupla psicosocial de CTA. Jefe de UTL	Desarrollo de los contenidos que abordará el documento.	<p>Revisión de documento preliminar con antecedentes teóricos y propuesta para intervención de población femenina con consumo problemático de drogas en CPV.</p> <p>Redacción de documento</p>

	<p>profesional del CTA.</p> <p>3. Revisión de documento con el Jefe de UTL.</p> <p>4. Redacción de documento final.</p>				<p>que fundamenta la intervención y tratamiento de la población CPF con consumo problemático de drogas.</p>
<p>6. Entregar a Jefe de UTL documento final que respalde la intervención psicosocial con internas con consumo problemático de sustancias y la posterior implementación de un CTA para mujeres en el CPV</p>	<p>1. Entrega de documento a Jefe de UTL.</p>	<p>25 de octubre 2006.</p>	<p>Equipo seminarista.</p> <p>Jefe de UTL.</p>	<p>Propuesta de tratamiento psicosocial a la población femenina con consumo problemático de drogas que se encuentra actualmente en CPV.</p>	<p>Entrega de documento y Distribución a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jefe UTL. - Dupla psicosocial de CTA. - Dupla psicosocial de CPF. - Capitana CPF

CAPÍTULO VI EVALUACIÓN

PRESENTACIÓN.

Siguiendo la lógica que propone el ciclo tecnológico, la evaluación del proceso se consolida como la última etapa gráfica de éste, considerando que, de igual forma, la evaluación ha estado presente durante el desarrollo metodológico del proceso en general, es ahora necesario presentarlo y manifestar los alcances que éste ha presentado.

La estrategia evaluativa que se desarrollará es el Modelo de Evaluación Iluminativa, propuesta por M. Parlett y D. Hamilton.

Por su parte se profundizará en la *evaluación del programa, del proceso metodológico y de la temática que se abordó.*

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.

Tal como se explicitó en el Diseño de Investigación, la estrategia evaluativa a desarrollar corresponde al *Modelo de Evaluación Iluminativo*, reconociendo su pertinencia frente al tema y al planteamiento que a éste se ha pretendido incorporar.

El Modelo Iluminativo se configura como un enfoque que prioriza una perspectiva holística, hermenéutica, interpretativa y sensible¹, como también se reconoce su congruencia en la evaluación de programas pequeños, siendo el caso de los programas que se establecen en este seminario de título.

Frente a la evaluación que es factible realizar, ésta se guía por la *trascendencia* que se permitió dar al trabajo realizado. La investigación propiamente tal, estuvo sustentada por la observación directa que se pudo realizar de la dinámica que se lleva a cabo en el Centro de Tratamiento de Adicciones, ya que la inserción institucional se configuró suficientemente flexible en el trabajo diario que fue posible desarrollar -en forma concreta, se contaba con la autorización de ingreso de lunes a viernes-. En cuanto a la *recolección de datos*, a través de cuestionarios y entrevistas, éstas permitieron un acercamiento directo con los participantes/beneficiarios del Centro, objetivo que fue implícitamente guiando la intervención. El cuestionario que sustentó el perfil sociodemográfico, delictual y de consumo -graficado en el capítulo III- permitió un reconocimiento claro y cronológico de los aspectos más significativos en la historia de vida de los internos, incorporando un análisis de variables tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, acercando un nivel de mayor comprensión y explicación de los conflictos desde su propio marco de referencia y configuración simbólica, situación que contribuyó al contraste teórico -práctico esencial para la investigación. Con esto, se declara ciertamente que los instrumentos de recolección de datos fueron utilizados de forma tal que permitieron la identificación de datos concretamente determinados para ser utilizados en la investigación, como también dieron base a la identificación de aspectos que influyeron en el análisis que de cada dato se realizó durante el desarrollo del Diagnóstico Social, cuyos hallazgos mantiene concordancia con la posterior síntesis diagnóstica y programación.

¹ Características ya definidas en el Diseño de Investigación, apartado estrategia evaluativa.

La implementación de la etapa de Pretratamiento y/o grupos motivacionales permitió sentar las bases desde la dinámica de trabajo directo con los internos seleccionados –de no haber ejecutado este proyecto, los internos seleccionados hubiesen ingresado directamente desde la confirmación diagnóstica en módulo a etapa de Adaptación en CTA-. En tanto, fue requisito resolver los aspectos de orden práctico, como también metodológicos, éste último asociado a definir las directrices de las actividades y los ámbitos temáticos de mayor significancia para la preparación de los internos para el potencial ingreso a CTA. Desde el orden práctico, se debió manejar los conductos regulares que autorizan y facilitan la realización de talleres y que garantizan seguridad tanto para los internos como para el propio equipo ejecutor.

Las actividades fueron planteadas desde un enfoque constructivista, que potenciara el desarrollo de habilidades individuales y sociales, siendo a la vez la instancia grupal, el espacio concreto de observancia de las capacidades que se pudiesen desarrollar, se mantuvo siempre la plena claridad frente al hecho de que la dinámica de trabajo con personas privadas de libertad, se debe tratar de forma diferenciada, donde existe una normativa contracultural de la que se deben tener ciertos elementos identificados, en tanto, también estos parámetros determinarán el accionar de los integrantes del grupo de trabajo.

Los contenidos fueron desarrollados semanalmente, dando cabida central tal como se explicitó, al desarrollo de habilidades sociales y manejo en grupo, como también a la identificación de capacidades para manejar pensamiento abstracto e interpersonal y la mantención de una rutina de intervención psicosocial, la que sólo fue pospuesta por determinaciones de la autoridad. La rutina que opera en Módulo se diferencia absolutamente de la establecida en CTA, por lo tanto, existieron una serie de parámetros en los que se debió comenzar a introducir al interno, asociadas principalmente a la identificación de la normativa del Centro, a los derechos y deberes que debían manejar para continuar en el proceso de Pretratamiento y convertirse en potenciales participantes/beneficiarios del CTA.

En referencia al *impacto y/o trascendencia* del trabajo realizado en este proyecto, éste se evalúa positivamente, ya que se logró la implementación de la etapa de intervención mencionada, se establecieron las directrices del trabajo que se realizó y se configuró la matriz de programación que permitirá la ejecución aproximada de cinco meses con sesiones semanales detalladas, lo que facilitará y/o

complementará el desarrollo que hagan de ellas la dupla psicosocial del CTA. Unido a lo anterior, se transformará en un referente importante, el estudio de los internos que han sido seleccionados para el ingreso con la previa intervención desde pretratamiento contrastado con quienes no la recibieron, estudio que se verá ante todo en la etapa de adaptación -primera etapa a la que se enfrenta el interno al ingreso-.

Los tiempos establecidos para este programa -determinados en Carta Gantt- correspondieron a los utilizados tanto desde lo planteado en tiempo esperado y tiempo de holgura, contribuyendo en ellos al orden específico que requería la intervención y que favorecía tanto a lo esperado por el equipo seminarista como por lo concertado con la dupla psicosocial del CTA.

En cuanto al segundo proyecto realizado -*Lineamientos generales a considerar en la implementación de un Centro de Tratamiento de adicciones para mujeres en CPV*- éste significó ante todo un importante referente desde el *proceso de investigación* previa que se debió realizar. La falta de intervención en drogas con mujeres privadas de libertad desde la modalidad de Centro de Tratamiento de Adicciones, es desde el CPV un hecho que se visualizan tan sólo con el estudio de la estructura de intervención que se realiza en CPF, sin embargo, pese a lo explícito del problema, se carecía de un documento que se confirmara desde lo preliminar como un aspecto diferenciador y que buscara guiar, a grandes rasgos, el trabajo futuro que al respecto se pudiese realizar. Se trabajó desde la investigación y *recolección de información* frente al consumo de drogas, de éste específicamente con mujeres, de la situación multifactorial que rodea a las mujeres privadas de libertad, tanto desde un punto de vista práctico como teórico, asociando también la perspectiva de género a la intervención que es necesario realizar. Se trabajó desde la formulación de propuesta a grandes rasgos, pero permitiendo de igual forma la claridad necesaria para contribuir a que se pueden manifestar/concretar en futuros proyectos de intervención.

Este trabajo permitió visualizar la importancia de trabajar sobre niveles diferenciales, de contribuir a la disminución, desde lo concreto, de estrategias que tienden a la homogeneización de la intervención psicosocial con mujeres y hombres con consumo problemático de sustancias, en este caso, la propuesta trabajada deja absoluta claridad en los errores o sesgos que con tal situación se dimensionan y en los que es fácil incurrir. También fue considerable en esta

propuesta el interés explícito que presentan los equipos de trabajo que actualmente tienen intervención directa con el Centro Penitenciario Femenino del CPV, tanto desde el Área Técnica, Área Salud, como del personal uniformado que allí trabaja, si bien los antecedentes fueron recabados de forma segmentada, se visualiza claramente que existe el reconocimiento del problema, por ello, el desafío se configura entonces en el siempre citado trabajo multidisciplinario, en la profundización de los aspectos teóricos y prácticos frente a la temática, en la unificación de criterios, en la valoración del trabajo realizado en tanto contribución al desarrollo de actoras sociales, hasta ahora invisibilizadas.

El *tiempo* invertido en este proyecto, tuvo directa concordancia con lo estimado en la Carta Gantt presentada en la etapa de programación, utilizando el tiempo esperado como de holgura, según fuese el caso.

Frente a la evaluación de los *recursos* utilizados en ambos proyectos, se estima que los recursos humanos configuran una evaluación positiva, en tanto, el trabajo que ameritaban ambas iniciativas se estableció desde el trabajo de equipo que se requería conjugando los criterios individuales en un desafío común. Los recursos materiales fueron otorgados/facilitados por el CTA, entregando lo requerido para las intervenciones desde los recursos de que ellos disponen anualmente.

Frente a los recursos utilizados queda claro que, por la naturaleza de los proyectos ejecutados, el valor agregado está dado por las facilidades que las autoridades del Centro de Cumplimiento Penitenciario -CCP- entregaron, por la disposición manifiesta de los funcionarios/as para el adecuado desarrollo de éstas, de los equipos profesionales presentes en Área Técnica y CTA, siendo éstos últimos quienes contribuyeron en el proceso desde lo práctico e inmediato de estos, como también en la guía teórica para el desarrollo de la propuesta de intervención con mujeres.

La evaluación que se realiza tanto de la supervisión académica como institucional es ampliamente positiva. La supervisión académica guió los referentes teóricos y metodológicos de este seminario, permitiendo la configuración de un estudio significativo frente a la criminalidad, como también de la valoración que, desde Trabajo Social, se puede realizar de un problema social multifactorial y que sin duda, confirma el hecho de que las relaciones causales y las explicaciones reduccionistas tienden a la acción inoportuna y efectista, más que significativa y trascendente.

La supervisión institucional, tendió al apoyo desde lo práctico y a la reflexión constante de las perspectivas que este estudio podía desarrollar, permitió la profundización en las dimensiones que se trabajan desde la institución y que, en no menores ocasiones, contrastan con las determinadas por el discurso institucional externo, frente a esto, existió un aporte significativo a la reflexión y detección de las perspectivas que actualmente se configuran frente a la criminalidad, permitiendo una visión crítica de ellas, bien vale reconocerlas, analizarlas y luego adherir a ellas según sea el caso.

EVALUACIÓN DEL PROCESO METODOLÓGICO.

El proceso metodológico fue llevado a cabo desde lo planteado por el Ciclo Tecnológico y sus consiguientes etapas: Diagnóstico- Programación- Ejecución- Evaluación.

El desarrollo de cada etapa fue complementario, la investigación permitió que si bien se trabajaba en el desarrollo de una etapa específica se operara sobre el análisis de las posteriores, apelando a la congruencia que de cada una de ellas se debía manifestar. Esto permitió lograr acoplar cada hallazgo y trabajar sobre la base de adecuar la metodología a la realidad, negando la situación inversa.

La etapa de mayor complejidad y que requirió, por lo mismo, de una mayor inversión de tiempo y trabajo analítico, correspondió al *Diagnóstico Social*, ya que la investigación previa aportaba importantes datos cuantitativos y cualitativos, el mayor esfuerzo fue configurar los hallazgos, presentarlos claramente, establecer relaciones y análisis diferenciados, desarrollarlos desde lo que previamente se configuró en el Marco de Referencia y sobre lo que el trabajo práctico manifestaba.

Por su parte la etapa de *Programación* ameritaba el desafío de lograr una contribución cierta al proceso, al trabajo que se realiza en la institución y que tuviera plena concordancia con los antecedentes obtenidos, ante esto, se trabajó en la propuesta de dos proyectos que, teniendo como eje la intervención psicosocial con personas con consumo problemático de sustancias y personas reclusas, se desarrollaran desde lo concreto en el espacio actual destinado a la intervención, como también se intentara la configuración general de aspectos a considerar en una futura intervención con mujeres en el Complejo Penitenciario Valparaíso.

La etapa de *Ejecución* fue sustentada por lo previamente dispuesto en la Programación, dando espacio para invertir los esfuerzos y recursos -humanos y materiales- en la adecuada implementación sin correr el riesgo de actuar bajo improvisación.

La *Evaluación* realizada se ejecutó bajo los planteamientos del Modelo Iluminativo, respondiendo a la naturaleza del proyecto y a la visión que el equipo seminarista se propuso desarrollar frente a la temática.

El proceso metodológico -sustentado en este Ciclo- se presentó ordenado y coherente, traduciéndose en aspectos significativos para la presentación posterior del trabajo realizado.

EVALUACIÓN FRENTE A LA TEMÁTICA ABORDADA.

Hoy, a través de la contingencia, concurrimos a la presentación de datos, pero no necesariamente de personas tras ellos, acoplamos a estrategias segmentarias que tienden al desarrollo y fortalecimiento de marginación e injusticia social, incorporamos conceptos estigmatizadores que en nada contribuyen a la construcción de un *espacio social inclusivo*. El proceso que implica el reconocimiento de los anterior, no es privativo de quienes trabajan bajo el conocimiento que otorgan las ciencias sociales, sino más bien, se trata de obtener una posición ante el espacio social que reconozca los problemas y responsabilidades más allá del ámbito privado.

El trabajo y la convivencia cotidiana con personas que se encuentran privadas de libertad, se ha consolidado como una experiencia ampliamente significativa; viene a entregar la certeza de que el trabajo serio, consiente, responsable y constante permite la obtención de mayores y positivos significados que los juicios efectistas realizados en pro de la obtención del fortalecimiento de lo que hoy presenciamos como la "*industria del medio*".

La delincuencia es un problema social, el consumo problemático de drogas también lo es, por ende requiere de responsabilidad en éste ámbito: *el ámbito social*. La desvinculación familiar, las condiciones psicosociosanitarias en las que se encuentran las personas reclusas, la falta de espacios concretos que realicen un trabajo constante para su rehabilitación —o habilitación, como plantea J.M.

Ávila- y reinserción social son fundamentales en su análisis. Fue ante esto, que al manifestar la inquietud como equipo seminarista de trabajar con personas privadas de libertad, se debió operar en la construcción de una visión frente al tema que abordara y trabajara sobre orientaciones que del trabajo se realizarían.

La comisión de delitos y el consumo problemático de sustancias no se establece como una relación causal, en ella se incorporan múltiples dimensiones que necesariamente deben ser parte de la intervención que profesionalmente se realice y que, si bien pueden encontrarse puntos de referencia similares, en esencia éstos necesariamente serán configurados desde las historias de vida que cada persona mantenga. De allí la importancia de la estructura que siguen los Centros de Tratamiento de Adicciones, vale decir, de un proceso llevado a cabo a través de una dinámica grupal, pero los avances y retrocesos específicos del tratamiento ponen también un fuerte énfasis en el desarrollo individual que manifieste el interno y del fortalecimiento o reestructuración de lazos afectivos con familia y *personas afectivamente significativas*.

En síntesis el trabajo desde esta temática ha sido ampliamente significativo, más aun cuando desde Trabajo Social, es absolutamente necesario crear espacios de conocimiento que se complementen con la labor asistencialista y que configuren el rol educativo y de transformación social que cada área de ejercicio profesional requiere.

CONCLUSIONES.

Existe el consenso frente al hecho de que cada situación que involucre al ser humano y sus consiguientes dimensiones concitará múltiples aproximaciones y las relaciones que de cualquier situación se puede establecer podrán abordarse y concluir las más diversas opciones, asumiendo la complejidad que podrá manifestar.

El trabajo realizado durante el proceso de seminario de título no ha estado exento de lo anterior, como tampoco se han dejado de reconocer que los juicios estigmatizadores, reduccionistas y unicausales son de mayor facilidad pero de dudosa contribución.

Insertarse en la dinámica que involucra el estudio de las conductas desviadas e infracción de las normas sociales que ameritan sanción judicial, la comisión de los más diversos delitos, las repuestas a ello desde el control social informal y formal, el proceso de prisionización, las condiciones psicosociosanitarias en que se encuentran los/as internos/as, el respeto y/o vulneración de los derechos humanos han sido un trascendental desafío en este proceso.

La investigación bibliográfica, el seguimiento y análisis de los diversos investigadores/as e instituciones que abordan el tema, se transformó en un desafío claro, más aún cuando se tuvo la plena certeza de que existiría una contrastación teórico- práctica, ya que -si bien la teoría y la contingencia comunicacional planteaban múltiples aproximaciones-, se tendría la oportunidad inminente de comenzar un estudio serio que incorporaría el trato directo y en su espacio de quienes eran el colectivo de estudio.

La investigación que se comenzó a realizar frente a este problema social como también la convivencia cotidiana con los internos del Centro de Tratamiento de Adicciones (CTA) permitió dar las primeras aproximaciones al estudio de esta contracultura, identificado preliminarmente el código ético y penal que manejan, las significaciones simbólicas que necesariamente se debe hacer el esfuerzo por operar, entre otras.

No ha sido objeto de este estudio establecer líneas temáticas que quieran identificar las causas de la delincuencia, sino más bien insertarse en un espacio destinado institucionalmente para abordar desde un paradigma biopsicosocial el consumo problemático de drogas y la comisión de delitos, espacio que se configura actualmente como una alternativa concreta para el tratamiento contribuyente a la rehabilitación y reinserción social de sus beneficiarios, que con debilidades y fortalezas trabajan en pro de la reestructuración individual y social de los participantes.

El proceso de investigación fue sumamente complejo, se pretendió la mayor rigurosidad, sin embargo, se entiende que el estudio siempre será dinámico y lo hoy propuesto servirá bien para sustentar un proceso y como reestructurarlo en el futuro.

En el proceso de investigación social e intervención profesional se visualizaron de forma amplia historias de vida marcadas por el miedo, angustias, violencia, agresiones, estigmatizaciones, desvalorizaciones, negación de la afectividad desde un nivel individual, familiar como también social, vistas desde una absoluta normalidad siendo irreconocibles las manifestaciones que difieran de éstas.

Cómo actores y actoras sociales hemos contribuido -y seguimos contribuyendo- a la consolidación de espacios sociales y poblacionales donde la segmentación y/o segregación son explícitas, nos hacemos parte, sin crítica, de una industria del miedo -también denominado negocio del miedo- que nos hace responder a estereotipos sociales, se acepta la complejidad cotidiana desde lo mercantil y de la valoración económica, en tanto se diluye la complejidad de aspectos que involucran al ser humano (a través de una vista preliminar y unicausal que tiende a la agudización).

Un desafío amplio y trascendente estará en las estrategias que se llevan y se llevarán a cabo en los recintos penitenciarios donde, desde lo planteado por la Asistente Social María Angélica Jiménez, la facultad de escarmiento es muy baja en comparación con su capacidad de deteriorar. La cárcel puede sacar de circulación al/la delincuente por corto tiempo, pero nos devuelve un sujeto cada vez más dañado.

Todo lo anterior, hace ampliamente significativa la intervención que desde Trabajo Social se puede realizar, obedeciendo a principios que validan el respeto a las personas en esencia. Contribuyendo al reconocimiento de un proceso de intervención que tienda a la transformación social y que apele a la autodeterminación de las personas, configurándolos/as como actoras y actores que no ameritan el *depósito* de alternativas de resolución de conflictos sociales si no más bien como agentes claves en la transformación de un espacio social más justo, igualitario e inclusivo.

Las conductas delictivas requieren ser enfrentadas, el dilema estará en cuales serán las estrategias. Sin embargo, debería estar claro que los razonamientos oportunistas desde las autoridades no se convertirán en las mejores, ya que podrían tender a esconder las verdaderas causas y trabajar sobre algunos de sus efectos o más bien disminuir las verdaderas implicancias que los planteamientos que ellos validan podrían tener en el espacio cotidiano que ciudadanos y ciudadanas desarrollamos.

HALLAZGOS TEMÁTICOS.

La investigación profesional realizada, ha entregado numerosos referentes, desde los que es posible identificar y analizar las problemáticas presentes en el trabajo directo con personas recluidas. En este caso concreto, desde la intervención que se realiza con personas -hombres y mujeres- con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Entre las dimensiones específicas que se estudian desde Trabajo Social, el desafío desde el punto de vista del equipo seminarista, está en la plena certeza de que un *espacio social inclusivo*, que omita las segregaciones territoriales y sociales será un claro referente de estudio. Desde un punto de vista práctico y/o trabajo directo, estará el considerable desafío de intervención con personas y familias que han visto claramente dañados sus espacios afectivos y de resolución de conflictos. El proceso de reinserción se transformará también en un campo donde la habituación y el manejo del tiempo en libertad será una clara dimensión a considerar, más aun cuando se ha mantenido una rutina carcelaria donde la cotidianidad ha estado guiada por las determinaciones que la autoridad competente ha predispuesto.

El trabajo con personas privadas de libertad, al que se articula un consumo problemático de sustancias, requiere de unificación de criterios, de manejo trascendente de técnicas de intervención, otorgamiento de valor agregado a aquellos espacios afectivos donde la persona se desarrolló -considerando las verdaderas implicancias que éste tendrá en su futura reinserción- el reconocimiento de los actos u omisiones que propiciaron sus conductas como también el manejo claro y real de las proyecciones que realicen en el medio libre.

Los hallazgos obtenidos desde la investigación específica en mujeres reclusas y con consumo de drogas ha marcado otro referente, en tanto cuanto, se ha visualizado lo trascendente de una intervención diferencial, que si bien puede manejar ciertos ámbitos temáticos similares, se debe tener la certeza que el abordaje de éstos deberá mantener el principio de diferenciación del que ampliamente se ha dado referencia.

El desarrollo temático de este trabajo ha involucrado significativos elementos, desde los cuales se nos es posible hoy comenzar un análisis serio del problema de la delincuencia, pues el reconocimiento de las perspectivas analíticas que se reproducen actualmente, los sesgos sociales, juicios de valor, acatamiento de relaciones unicasales, de estrategias efectistas, de razonamientos cortoplacistas e inmediatos como también de los estudios y/o acercamientos constructivistas, propositivos y holísticos han entregado un significativo aporte para el desarrollo constante que es posible realizar en estudios subsiguientes, más cuando se cuenta con el conocimiento práctico para hacerlo.

El estudio e intervención con personas privadas de libertad se configura complejamente, sin embargo se plantea también la certeza de que los profesionales y autoridades que reconozcan las implicancias directas de sus estrategias de trabajo deberán asumir la responsabilidad inminente que se les otorga a través del deber ser.

BIBLIOGRAFÍA.

LIBROS.

- ✚ Acevedo J. "Reflexiones acerca de Trabajo Social en cárceles" Editorial Espacio, Buenos Aires. 2003
- ✚ Briones G. "Evaluación de programas Sociales" Editorial Trillas, México. 2002
- ✚ Cardenal Violeta "Evaluación de programas de reinserción social" Mionel Gómez Ediciones. 1994
- ✚ CONACE. "Modelo de Intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, recluidas en establecimientos penitenciarios Chilenos" Tomo I y II, Santiago de Chile. 2005
- ✚ CONACE. "Mujeres y tratamiento de drogas", orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas, Noviembre 2004.
- ✚ Cooper M. Doris. "Delincuencia y Desviación juvenil" LOM Ediciones. 2005
- ✚ Cooper M. Doris. "Criminología y Delincuencia femenina en Chile" LOM Ediciones. 2002
- ✚ Florenzano R. Zegers B. "Psicología Médica" Editorial Mediterráneo. 2003
- ✚ García Pablos A. "Manual de criminología, Introducción y teorías de criminalidad" Editorial Espasa CALPE. 1998
- ✚ García Pablos A. "Criminología, una introducción a sus fundamentos teóricos para juristas" Editorial Tirant Lo Blanch, Valencia España. 1994
- ✚ Gendarmería de Chile, Departamento de Readaptación. "Material de apoyo a la formación de internos monitores en prevención de consumo de drogas" Santiago de Chile. 2004
- ✚ González Berendique M. "Criminología" Cap. I y II. Editorial Jurídica de Chile, Santiago. 1998

- ✚ Guzmán J, Ramos M. "La guerra y la paz ciudadana" LOM Ediciones.2000
- ✚ Hernández Sampieri R y Otros. "Metodología de la Investigación" Editorial Mc. Graw-Hill, México. 1998
- ✚ Otero López José. "Droga y delincuencia, un acercamiento a la realidad" Editorial Pirámide Madrid, España. 1997
- ✚ Pasten Cordovez F. "Elaboración de diagnósticos sociales con la utilización de técnicas cualitativas de investigación" EDEVAL. 2000
- ✚ Valdés Teresa. "De lo político a lo social, la acción de las mujeres latinoamericanas" LOM Ediciones. 2000

ARTÍCULOS.

- ✚ Arriagada I, Godoy L. "prevenir o reprimir: falso dilema de la seguridad ciudadana" Revista de la CEPAL N° 70, Abril. 2000
- ✚ Blanco Javiera. "La rehabilitación de reclusos, una prioridad país" Fundación Paz Ciudadana. 2005
- ✚ Dammert Lucía, Díaz Javiera "¿Es la cárcel la solución para la delincuencia?" FLACSO- Chile, mayo. 2005
- ✚ Fundación Paz Ciudadana. "Una mirada a las cárceles Chilenas" Agosto. 2003
- ✚ Fundación Paz Ciudadana. "Drogas en Chile" Febrero. 2006
- ✚ Hurtado Paula. "Tratamiento de drogas para infractores" Fundación Paz Ciudadana. 2005
- ✚ Hurtado Paula. "Consumo de drogas en detenidos" Fundación Paz Ciudadana. 2004
- ✚ Hurtado Paula. "Diversificando la respuesta frente al delito: procedimientos y penas alternativas" Universidad Alberto Hurtado. 2005

- ✚ Instituto Vasco de la Mujer: EMAKUNDE. "Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en programas y proyectos de desarrollo" 1998
- ✚ Núñez Vega Jorge. "Hipertrofia represiva: la cuestión carcelaria en América Latina" FLACSO- Ecuador. 2004
- ✚ Salum A. Sara. "Criminología y control social" Revista de Ciencias Sociales N° 42. Pág. 119 a la 132. Universidad de Valparaíso.
- ✚ Valle Leoni Sergio. "Programa de capacitación sobre modelo de Comunidades Terapéuticas" 2003
- ✚ Williamson Bernardita. "desafíos carcelarios para Chile" Fundación Paz Ciudadana. 2003

SEMINARIOS DE TÍTULO.

- ✚ Balbontín L. Pamela y otras. "Contexto sociofamiliar de niños y niñas que presentan una permanencia prolongada en los hogares de protección simple de la red SENAME, Quinta región; un enfoque cualitativo entrado en la percepción de los sectores involucrados" Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso. 2005
- ✚ Cid I, Mesías A. "Una experiencia de intervención desde la perspectiva de trabajo social a través de un estudio descriptivo- explicativo, en torno a la prevención de quebrantamiento de beneficiarios intrapenitenciarios y reinserción social de la población adulta masculina que postula a beneficios de salida dominical y salida de fin de semana en el CPV" Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso. 2005
- ✚ Olave Pamela. "Una estrategia de prevención de violencia intrafamiliar a través de la promoción de métodos alternativos de resolución de conflictos y redes sociales de apoyo en mujeres entre 15 y 19 años de la comuna de Puchuncaví" Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso. 2002
- ✚ Silva Marión. "Sobre la reconstrucción de la experiencia en la Comunidad Terapéutica del Complejo Penitenciario de Valparaíso" Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. 2004

PAGINAS WEB.

- 📄 www.CONACE.cl
- 📄 www.CEPAL.cl
- 📄 www.fundacionpazciudadana.cl
- 📄 www.gendarmeriadechile.cl
- 📄 www.ministeriodesalud.cl
- 📄 www.ministeriodlinterior.cl
- 📄 www.FLACSO.cl

ANEXOS

ANEXO N° 1.

1. TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL DE LOS INTERNOS DEL CTA.

MODELO DE INTERVENCIÓN EN PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS RECLUIDAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS CHILENOS.

El programa de tratamiento de drogodependencia de Gendarmería de Chile y CONACE, se considera un conjunto organizado de intervenciones terapéuticas basadas en un enfoque biopsicoosocial que pretende abordar dos ámbitos generales:

- Consumo problemático de drogas.
- Conducta delictiva.

El objetivo general es lograr que los internos/as que se encuentran privados de libertad y que presentan consumo problemático de drogas, una vez egresados del programa de tratamiento en adicciones se integren socialmente sin consumir drogas y sin cometer delitos.

Los objetivos específicos del programa están determinados por áreas:

1. Área formativa.
2. Área psicosocial.
3. Área criminológica.
4. Área de integración social.

Etapas del programa de intervención en drogodependencia.

La implementación del modelo de intervención, establecido por CONACE y Gendarmería de Chile en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, recluidas en los establecimientos penitenciarios chilenos, establece las siguientes etapas del programa de intervención en drogodependencia, con el fin de ordenar metodológicamente el tratamiento dando una estructura lógica al proceso¹:

1. Sospecha y confirmación diagnóstica:

El cumplimiento de esta etapa conlleva la confirmación diagnóstica que permite la detección de un problema. Esta sospecha debe ser confirmada o desconfirmada a través del siguiente procedimiento:

Sospecha de consumo problemático (Área Técnica)

Se trata de la pesquisa y detección de posibles consumidores problemáticos de drogas. la sospecha diagnóstica de la población de condenados que presentan consumo problemático de drogas, estará a cargo del equipo diagnóstico del establecimiento penitenciario, constituido por una dupla psicosocial: psicólogo/a asistente social.

Procedimiento:

Aplicación de una entrevista estructurada por parte de la dupla psicosocial del Área Técnica, la cual contiene preguntas específicas sobre el consumo de drogas (la ficha se encuentra anexada en el manual de procedimiento del Centro de Tratamiento de Adicciones).

Si los resultados son positivos, los casos son informados al director del CTA, si los casos son negativos los resultados no son informados, deberán ser evaluados respecto de la atención psicosocial.

¹ "Modelo de intervención en personas con consumo problemático de sustancias, recluidas en los establecimientos penitenciarios de Chile" tomo II, corresponden a etapas propuestas a nivel nacional.

En el caso de los internos con resultado positivo, el director del Centro debe cruzar esta información con los datos estadísticos y seleccionar a aquellos internos que se encuentran a un año de cumplir el tiempo mínimo para postular a Beneficio Intrapenitenciario (BIP)

Confirmación diagnóstica.

Corresponde a la evaluación clínica especializada realizada por el equipo de profesionales del Centro, que permite confirmar o desconfirmar las sospechas diagnósticas.

Las etapas que comprende la confirmación diagnóstica son:

- Diagnóstico clínico asociado al consumo de sustancias (estado del consumo de alcohol y drogas- CIE 10 o DSM IV)
- Diagnóstico de los trastornos psiquiátricos asociados (psicopatología excluyente- CIE 10)
- Diagnóstico del estado Motivacional (estadio Motivacional- escala de evaluación del cambio, Universidad de Rhode Island)

Equipo a cargo de la confirmación diagnóstica.

Equipo del Centro de Tratamiento de Adicciones del establecimiento penitenciario.

Respecto de aquellos internos que se les haya confirmado el consumo problemático de alcohol y/o drogas, el Área Técnica del establecimiento penitenciario deberá hacer entrega de los antecedentes criminológicos con que cuenta para efectos de realizar una intervención integral del interno/a.

2. Pretratamiento: "Grupos motivacionales y/o conversación".

El pretratamiento consiste en un período de corto a mediano plazo, en donde el interno/a participa de grupos terapéuticos, cuyo objetivo es generar la motivación para cambiar. Se pretende informar, motivar, atender a los internos y acompañar a aquellos que teniendo indicación de tratamiento, no cuentan con cupo para ingresar a la etapa de tratamiento. Los grupos motivacionales deben ser abiertos a los internos condenados con diagnóstico de consumo problemático de drogas.

Los internos que participan de estos grupos son derivados por el equipo profesional de CTA, que realizó la confirmación del consumo problemático de drogas, evaluó la psicopatología asociada y el estado motivacional o dispocisional del interno; y también se aceptarán internos que soliciten participar de forma voluntaria en estos espacios de conversación.

Metodología.

Se trata de una intervención terapéutica motivacional y educativa, con sesiones temáticas y contenidos co- construidos sesión a sesión con los participantes dirigidos a favorecer la motivación al cambio.

Las sesiones deberán realizarse en un clima terapéutico acogedor y de contención emocional, se favorecerá la participación de todos los integrantes del grupo motivando y reforzando la reflexión y discusión que permitan la comprensión del tema tratado, evitando las descalificaciones o sanciones del grupo hacia alguno de sus miembros.

3. Tratamiento:

El programa de tratamiento se plantea y proyecta como un proceso subdividido en fases, que presentan la particularidad de ser acordes con la realidad de la subcultura penitenciaria. El objetivo general es facilitar la recuperación personal y social del interno, con consumo problemático de drogas.

Los internos que participan de este grupo son derivados por el equipo profesional desde la etapa de pretratamiento.

Perfil del ingreso:

- Hombres y mujeres mayores de 18 años.
- Internos/as que se encuentren a un año del tiempo mínimo para postular a beneficio.
- Que presentan consumo problemático de drogas y cuya abstinencia esté obstaculizada por factores personales y/o del entorno.
- Compromiso biopsicosocial de moderado a severo.
- Ausencia de problemas psicopatológicos excluyentes.
- La actividad delictiva no debe estar asociada a delitos sexuales.
- Debe haber pasado por la etapa de grupo motivacional.

Características.

Es un programa libre de drogas, en modalidad residencial o ambulatorio, en un contexto grupal.

El equipo profesional construirá un plan individual de intervención criminológica y de adicciones, el que debe complementarse con actividades comunes a todos los internos.

Etapas del tratamiento que estructuran el programa:

- Adaptación.
- Tratamiento por ejes de intervención.
- Fase de programación al medio libre.

Fase Adaptación (3 meses)

Se inicia con la derivación del interno desde la etapa de pretratamiento. Esta etapa requiere adaptación al espacio terapéutico y a las exigencias emocionales que esto conlleva, a estilos de vinculación positiva y pro- social, a la suspensión total del consumo de drogas, abstraerse de la subcultura carcelaria, en cuanto a filosofía y valores, adaptarse a nuevas formas de manejo del poder e imposibilidad de la instrumentalización del medio y de los otros.

Objetivo general de la fase de Adaptación.

Adaptarse a un sistema de tratamiento residencial o ambulatorio intrapenitenciario, libre de drogas y en un contexto grupal, dirigido a la rehabilitación del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

TAREAS PARA EQUIPO DE TRATAMIENTO	TAREAS PARA LOS USUARIOS/AS
1. Acoger y entregar contención emocional.	1. Abstenerse del consumo de drogas y/o alcohol
2. Reevaluar y confirmar diagnóstico: Biopsicosocial, consumo, perfil criminológico, redes sociales de apoyo y socio-ocupacional.	2. Desarrollar y/o aprender estrategias orientadas al manejo de la sintomatología del síndrome de abstinencia sub- agudo.
3. Abordaje de complicaciones médicas y psiquiátricas.	3. aceptar las demandas del proceso terapéutico y adaptarse a las exigencias emocionales que esto conlleva.
4. Fortalecer motivación y adherencia al tratamiento.	4. Adaptarse a las normas y rutina del CTA.
5. Manejo sistematológico del síndrome de abstinencia sub-agudo.	5. Aprender conductas que tiendan a la tolerancia de los demás.
6. Promover la toma de conciencia del problema de consumo y de comisión de delito.	6. Asimilar y/o desarrollar conductas pro-sociales, características inherente al sistema de tratamiento residencial o ambulatorio.
7. Detección de factores de riesgo y de protección del consumo de drogas y delito.	
8. Favorecer la incorporación de la familia o significativo afectivo al proceso terapéutico.	
9. Promover el desarrollo de conductas pro-sociales.	

Elementos a considerar en la implementación de esta fase.

- El equipo de tratamiento podrá estudiar el ingreso de un interno a tratamiento sin haber cumplido el requisito de haber logrado la abstinencia durante un mes, facilitando su ingreso cuando lo amerite.
- El equipo estudiará el caso cuando un interno manifieste el interés de ingresar a tratamiento directamente sin haber pasado por etapa de pretratamiento.
- Evaluación de la fase de adaptación: se sugiere evaluar regularmente, a lo menos 1 vez al mes al interno en cada una de las tareas a lograr en esta fase

Paso a la fase de tratamiento propiamente tal.

Una vez logradas, las tareas tanto para el interno como para el equipo, se sugiere el cambio de fase a través de una ceremonia ritual y la firma de un contrato terapéutico, en el cual se establece el compromiso del interno para trabajar en post de los objetivos del tratamiento. Deberán consignarse objetivos generales (comunes a todos los internos) y objetivos específicos concretos y diferenciados para cada uno de los usuarios.

Fase de Tratamiento por ejes de intervención (10 meses)

Esta fase corresponde al abordaje de 4 ejes de tratamiento, en un espacio de alta contención social y emocional y en un estado de abstinencia. La conducta de los internos se ha normado y la adaptación al sistema permite una mayor intervención individual y profundizar en los ejes de tratamiento.

Objetivos generales.

- Mantener una conducta abstinentes y pro- social.
- Implementar el plan de tratamiento individualizado.

Ejes de tratamiento y sus objetivos.**Eje 1: mantención de la abstinencia y tratamiento de la fisio y psicopatología asociada al consumo de sustancia psicoactivas.**

En este eje predomina el aspecto biológico de la perspectiva biopsicosocial del diagnóstico de tratamiento de adicciones. Los objetivos en este eje son el mejoramiento de la condición somática y neuro- psiquiátrica; y el desarrollo de estrategias de afrontamiento y fomento de la auto- eficacia para posibilitar la mantención de la abstinencia.

Eje 2: criminológico/psicopatología concomitante.

Predominan los aspectos psicosociales asociados a los hechos delictuales, incluye el aspecto criminológico, entendido como un posible continuo en la biografía del interno y que se interrelaciona con variables preferentemente psicosociales, así mismo incluye un aspecto psicopatológico concomitante a lo criminológico y probablemente secundario a la biografía de los internos.

Los objetivos en este eje son el diagnóstico, la revisión del estilo de vida actual, la reorientación de éste hacia la construcción de un proyecto de vida socialmente aceptable y la promoción de la ciudadanía en los usuarios.

Eje 3: redes de apoyo.

En este eje predominan los aspectos psicosociales, los objetivos son la detección, diagnóstico e intervención en las redes de apoyo en la vida del interno, en función de un nuevo proyecto de vida que incluye la mantención de la abstinencia, la ausencia de delitos y la integración socio-ocupacional, se integran los aspectos psicosociales y se incluye los elementos de la identidad ocupacional, de la competencia ocupacional, de los ambientes ocupacionales y los compromisos ocupacionales; con el objetivo de (re) orientar, (re) insertar, (re) habilitar y (re) integrar a los internos para la mantención de la abstinencia, la ausencia de delitos y la consecución de un proyecto de vida socialmente aceptable.

Tareas del equipo de tratamiento.

1. Intervenir en los factores mantenedores del consumo y prevención de recaídas.
2. Manejo de síndrome de abstinencia sub-agudo.
3. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta (redes de apoyo, conductas de auto-eficacia)

4. Entrenamiento y desarrollo de habilidades sociales.
5. Evaluación y entrenamiento en habilidades socio-ocupacionales.
6. Revisión, elaboración y resignificación de la historia personal.

Consideraciones respecto de la fase de tratamiento por ejes de intervención.

- Considerando variables asociadas al consumo de sustancia y comisión de delitos, es requisito abordar el problema desde una mirada amplia y comprensiva y que reconozcan las competencias que presentan las personas, promoviendo el cambio personal auto-gestionado.
- Evaluación: se sugiere evaluar bi- mensualmente el logro de los objetivos propuesto en el plan de tratamiento individualizado.

Paso a la fase siguiente.

Se sugiere el cambio de fase una vez logrado los objetivos propuestos a través de una ceremonia ritual y la firma de un nuevo contrato terapéutico en el que se establezca el compromiso del interno y de su red de apoyo significativa, deben establecerse objetivos generales (comunes todos los internos) y objetivos específicos concretos y diferenciados para cada uno de los usuarios y su red.

Fase de programación al medio libre (4 meses)

Corresponde al proceso de consolidación y preparación para la etapa de integración social, implica comprobar y reforzar las competencias y destrezas para desenvolverse en un medio libre, sin la connotación que implica el grupo terapéutico y el sistema organizado y controlado del CTA.

Esta fase considera dos momentos; uno en espacio intramuros y el otro en el medio libre, por lo que los objetivos específicos planteados se presentan como un continuo de menor a mayor autonomía y eficacia y dependerá del programa de beneficios y salidas de cada interno/a en particular.

Objetivos generales.

- Desarrollar un proyecto de vida en el medio libre.
- Desarrollar y ejercitar competencia y habilidades para desenvolverse en el medio social donde proyecta su reinserción psico-socio-laboral.

TAREAS DEL EQUIPO	TAREAS DEL INTERNO/A
1. Implementar estrategias de prevención de recaídas.	1. Ejercitar las habilidades sociales aprendidas en el tratamiento en el medio libre.
2. Fomentar la autonomía y autocontrol en el medio libre.	2. Enfrentar situaciones de crisis y exigencias del ambiente en el cual se inserte.
3. Promover la adecuación al medio libre de manera saludable.	3. Distribuir adecuadamente el tiempo diario.
4. Apoyar la gestión de redes, para el mejoramiento de las condiciones sociales necesarias para la integración (empleo, vivienda, salud, educación, etc.) y mantenimiento de hábitos saludables.	4. Detectar situaciones de riesgo y solicitar ayuda oportunamente cuando perciba riesgo de recaer/reincidir.
5. Promover la participación de grupos de autoayuda para el fortalecimiento de factores protectores asociados a la pertenencia y cohesión grupal.	

Consideraciones respecto a esta fase.

Dado el tránsito que pueden seguir las personas que egresan de la fase de tratamiento por ejes de intervención, es necesario hacer las siguientes distinciones:

- A. Usuarios que cumplen condena y recuperan su libertad.
- B. Usuarios que acceden al beneficio de salida dominical y eventual salida diaria.
- C. Usuarios que reciben el beneficio de salida condicional.
- D. Usuarios que terminado el programa de tratamiento debe volver a cumplir su condena en las secciones intramuros correspondientes.

Según el plan para los casos A, B, C adquiere una gran relevancia el concepto de redes en el sentido que en CTA articulará y facilitará las redes existentes en la comunidad para facilitar la integración socio-ocupacional de los usuarios, y asegurar el apoyo necesario para un proyecto de vida saludable.

4. Post tratamiento e integración social:

(Duración 12 meses) Su objetivo principal es poner en práctica los conocimientos, las habilidades y destrezas aprendidas durante todo el proceso de tratamiento, pero con todas las dificultades que implica estar inserto en un contexto social de alta vulnerabilidad y adversidad, pero sin contención emocional. Pretende dar continuidad al proceso terapéutico de integración, con un seguimiento y monitoreo por parte del equipo del Centro y la coordinación de los equipos del medio libre, cuando corresponda.

Seguimiento e integración social.

Busca dar continuidad al proceso terapéutico de integración con un seguimiento y monitoreo por parte del equipo profesional del Centro y la coordinación con los equipos del medio libre cuando corresponda. Esta fase implica un importante apoyo frente al manejo de situaciones de crisis.

2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN QUE SE REALIZA ACTUALMENTE EN CENTRO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES.

1. ETAPA DE SOSPECHA Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA.

Esta etapa es realizada en primera instancia por la dupla psicosocial del Área Técnica del CPV, quienes a través de la atención a módulo, detectan los casos que desde su criterio pueden ser beneficiarios del CTA.

Las atenciones realizadas por la dupla psicosocial, están dadas desde el diagnóstico y reevaluaciones psicosociales, documento que en uno de sus apartados identifica el consumo problemático de drogas y su relación de los delitos cometidos.

Es posible que dicha sospecha también se funde en el requerimiento específico del interno, cuando la profesional asistente social realiza las respectivas atenciones a Módulo.

Luego de esta primera sospecha, los datos son derivados al equipo profesional del CTA, quienes confirmarán la idoneidad psicosociocriminal del interno para con los requerimientos que en esta instancia se realizan.

En el caso de que la sospecha de consumo problemático de drogas sea positiva, se identificará la posibilidad de ingreso (dependiendo del cupo) al Centro.

2. ETAPA DE TRATAMIENTO.

Contando con el cupo necesario para el ingreso del interno al Centro, éste se inserta en la primera fase del tratamiento:

FASE DE ADAPTACIÓN.

Responsable: Monitor laboral.

La fase de adaptación en el CTA ha sido hasta el año 2006, la segunda etapa de intervención realizada (antecedida por la sospecha y confirmación diagnóstica), correspondería a esta fase contribuir a la reinserción del usuario en el espacio comunitario, enfocando sus esfuerzos a la identificación de normas y reglas del Centro, por parte del interno, trabajando desde el nivel individual y grupal.

Se realizan para ello talleres reflexivos semanalmente (con una estimación aproximada de dos horas). Las temáticas trabajadas en estos talleres tienen relación con elementos que tanto participantes como monitor, han detectado como necesarias de ser desarrolladas (se advierte y declara flexibilidad en ellas).

Evaluación.

La evaluación del proceso grupal e individual del interno es realizada mensualmente (ficha evaluativa de adaptación), trabajando variables diferentes en cada ocasión.

El monitor realizará estas evaluaciones, como también recibirá el apoyo del equipo profesional especializado (psicólogo, asistente social) graficado principalmente a través de *intervenciones* que ellos realizarán y unificando criterios respecto del mismo en reuniones del equipo profesional.

Finalizadas las evaluaciones del monitor y considerando adecuado el paso de etapa se firma el contrato terapéutico por parte del interno.

Tareas de la etapa de adaptación

Objetivos generales	Objetivos específicos	Actividades	Tareas a cumplir de los participante	Tareas a cumplir del equipo
1. Generar y mantener la motivación a participar del proceso terapéutico. 2. Lograr y/o mantener la abstinencia frente al consumo de droga	1. Conocer y adaptarse a las normas, deberes y derechos del CTA. 2. Generar vínculo entre el participante y el equipo. 3. Generar vínculo entre el participante y el resto de los miembros del CTA. 4. Generar un primer contacto	1. Conocimiento y firma del contrato terapéutico. 2. Participación en los diferentes espacios de la rutina semanal: -Ergoterapia. -Terapia grupal de base. -Grupo de planificación semanal. -Taller de familia. -Buenos días. -Evaluación del día. -Educación física. -Asamblea comunitaria. -Reuniones de comité comunitario. -Espacios de recreación. -Terapia individual. 3. evaluación psicológica	1. Identificar al equipo de trabajo por sus nombres y roles. 2. Identificar a los compañeros de proceso por su nombre. 3. Hacer uso práctico del espacio de ergoterapia. 4. Realizar las tareas designadas de manera adecuadas. 5. Estar presentes en todas las actividades de la comunidad. 6. Cumplir con los compromisos adquiridos de manera responsable.	1. Presentación de las normas, deberes y derechos del CTA. 2. Firma de contrato terapéutico. 3. Acompañar para el cumplimiento de la rutina establecida. 4. Generar vínculo con el participante. 5. Contacto telefónico con la familia o persona significativa para el participante. 6. Aplicación de instrumentos de evaluación. 7. Re- evaluación psicosocial (si fuera necesario)

FASE DE TRATAMIENTO

Responsable: psicólogo.

La fase de tratamiento/ comunidad corresponde a la etapa de mayor duración (de 10 a 13 meses aproximadamente) en donde los internos deben desarrollar múltiples actividades (tanto grupales como psicoterapias individuales) que están en pro de identificar las características y elementos que llevaron a los internos a desarrollar una vida ligada a lo delictivo y al consumo de drogas, dentro de estas actividades las con mayor relevancia corresponden a la Historia de Consumo e Historia de Vida.

El interno entonces, fortalece y refuerza las habilidades sociales aprendidas en la etapa anterior, además de prepararse para que después de un proceso de 10 meses pueda postular a beneficios intrapenitenciarios que darán inicio a la última etapa que corresponde a reinserción social.

Cabe señalar que si bien el psicólogo del Centro es el responsable de esta etapa, las intervenciones y alcances que puedan establecer los demás profesionales son de vital importancia, para el buen funcionamiento y desarrollo del proceso de rehabilitación y reinserción social que realizan los internos.

Tareas de la etapa de tratamiento.

Objetivos generales.	Objetivos específicos	Actividades	Tareas a cumplir de los participantes	Tareas a cumplir del equipo
1. Generar un espacio para el conocimiento personal y experiencial positivos de si mismos	1. Promover el desarrollo de las habilidades sociales e individuales de cada participante. 2. Fortalecer una positiva resolución de conflictos. 3. Brindar un espacio para fortalecer el auto estima de cada participante. 4. Lograr o fortalecer el vínculo con la familia o personas significativas según sea el caso. 5. Que el participante identifique factores de riesgo en la calle y dentro del CPV. 6. Integrar a las familias en el proceso terapéutico. 7. Que el participante conozca y adquiera un estilo de vida saludable. 8. Que el participante respete los horarios comunitarios. 9. Fortalecer rasgos de personalidad para su integridad personal.	1. Participación en los diferentes espacios de la rutina semanal: -Ergoterapia. -Terapia grupal de base. -Grupo de planificación semanal. -Taller de familia. -Buenos días. -Evaluación del día. -Educación física. -Asamblea comunitaria. -Reuniones de comité comunitario. -Espacios de recreación. -Terapia individual. 2. Mostrar proceso de instropección. 3. Control medico si fuese necesario.	1. Respeto y cumplimiento de la rutina semanal. 2. Adquirir y cumplir compromisos con la comunidad. 3. Demostrar con hechos y actitudes concretas los avances logrados en su proceso en la comunidad. 4. Prestar colaboración para las actividades relacionadas con su familia. 5. Disminución de lenguaje callejero y carcelario. 6. Disminución de conductas carcelarias. 7. Continuar con los compromisos de la fase anterior. 8. Vivir de manera activa los valores aprendidos o fortalecidos en la comunidad en los diferentes espacios. 9. Buena presencia personal. 10. Hablar en primera persona. 11. Referirse a os compañeros por los nombres. 12. Ser capaz de darse cuenta, reconocer los errores y las conductas positivas.	1. Reevaluación psicosocial si fuese necesario. 2. Realización del taller con las familias de los participantes. 3. Generar un espacio de terapia individual para familias o personas significativas de cada participante. 4. Realización de las diferentes actividades realizadas. 5. Cumplimiento de la rutina semanal. 6. Postular al participante a BIP (luego de 10 meses aprox. de proceso)

FASE DE REINSECCIÓN.

Responsable: asistente social

La etapa de reinsección corresponde a la última fase del tratamiento, tiene una duración aproximada de 4 meses, destinada a la preparación de los internos que obtienen beneficios intrapenitenciarios, comenzando por la salida dominical.

La asistente social del Centro se encarga de orientarlos en su reinsección social, abarcando tanto el área laboral como familiar.

Para postular al beneficio de la salida diaria, los internos deben contar con un contrato de trabajo que garantice que éstos ingresarán al mundo laboral.

Las actividades que se realizan durante esta fase, apuntan directamente a la revisión de las actividades realizadas durante sus salidas, a los enfrentamientos de los problemas surgidos en éstas, etc. Además de ello se realizan reuniones familiares cada 15 días.

Por último, al egresar los internos con el beneficio de salida diaria, es decir, ya fuera del Centro se realizan tres reuniones (1 mensual) entre la asistente social y el interno egresado, para evaluar la evolución de éste en el medio libre, puede además la profesional asistente social realizar visitas domiciliarias para conversar con familiares y verificar situación de los egresados.

Tareas de la etapa de reinserción.

Objetivos generales	Objetivos específicos	Actividades	Tareas a cumplir de los participante	Tareas a cumplir del equipo.
1. Que el participante comience a llevar a la práctica sus proyecciones vitales. 2. Que el participante lleve a la práctica y muestre los logros obtenidos en el proceso terapéutico. 3. Que el participante logre integrarse a la familia, sociedad y trabajo	1. Disminuir la dependencia del participante con respecto al equipo de trabajo. 2. Que el participante logre no depender de los beneficios entregados en CTA 3. Que el participante logre fortalecer rasgos de autoestima. 4. Que el participante logre sus iniciativas concretas con sus relaciones parentales 5. Que el participante demuestre los logros obtenidos en el proceso terapéutico. 6. Que el participante sea capaz de identificar las dificultades frente a su proceso terapéutico. 7. Que el participante sea capaz de pedir ayuda (si es necesario). 8. Que el participante mantenga hábitos laborales de responsabilidad. 9. Que el participante se haga responsable de su proyecto de vida.	1. Todas las pertinentes a la rutina diaria: -Ergoterapia. -Terapia grupal de base. -Grupo de planificación semanal. -Taller de familia. -Buenos días. -Evaluación del día. -Educación física. -Asamblea comunitaria. -Reuniones de comité comunitario. -Espacios de recreación. -Terapia individual. 2. Participación en encuentros terapéuticos con su familia. 3. Encuentros mixtos (familia). 4 Taller de prevención de recaídas. 5. Taller de plan de salidas. 6. Participación en encuentros terapéuticos con su familia. 7. Taller de evaluación de salidas.	1. Realización de auto- evaluación de proceso. 2. Participación activa en todas las actividades del CTA 3. Puesta en práctica de los cambios vitales y del nuevo proyecto de vida. 4. Cumplir responsablemente con la planificación de cada salida. 5. Cumplir responsablemente con el beneficio intrapenitenciario obtenido. 6. Definición de trabajo actual y posibilidades futuras.	1. Realización de taller con familias de participantes. 2. Evaluación familiar. 3. Llevar a cabo encuentros mixtos. 4. Seguimiento familiar. 5. Llevar a cabo las actividades planificadas. 6. Cumplimiento de la rutina diaria. 7. Realización de taller de plan de salida. 8. Supervisión del plan de salida. 9. Realizar contacto laboral de cada participante del CTA. 10. Seguimiento laboral. 11. Terapia individual. 12. Terapia familiar.

ANEXO N° 2.

PROPUESTA DE TRATAMIENTO DE DROGAS EN MUJERES (CPF)

Presentación.

El consumo problemático de drogas es un fenómeno que afecta transversalmente a todos los sectores de la sociedad (niños/as, adolescentes, hombres, mujeres, indistintamente de los niveles socioeconómicos a los que pertenezcan, etc.) El objetivo principal de todas las iniciativas que se han emprendido para enfrentar esta problemática tanto así a nivel gubernamental y no gubernamental, están enfocadas a rehabilitar y reinsertar socialmente a las personas que presentan consumo de drogas, mediante tratamiento y programas de intervención específica. (Ministerio de Salud, Gendarmería de Chile, CONACE, 2004)

Un punto en el que suelen converger estas iniciativas dice relación con visualizar la necesidad urgente de desarrollar intervenciones terapéuticas *diferenciadas* según las características de la población atendida, considerando tanto sus aspectos sociodemográficos, contextuales y cualitativos -tales como la población penal, adolescente y femenina- entre otras.

Desde el año 2002 se han desarrollado una serie de estrategias tendientes a potenciar los conocimientos teóricos y las habilidades clínicas de los equipos de trabajo que brindan tratamiento a la población femenina que presenta consumo problemático de drogas y/o alcohol, esto principalmente por la importancia que presenta actualmente el incorporar la *perspectiva de género* a los tratamientos terapéuticos en adicciones.

Incorporación de perspectiva de género.

El consumo problemático de drogas y/o alcohol en mujeres, generalmente se ha considerado un fenómeno menos prevalente que en los hombres y las prácticas de intervención tienden a homogeneizarse entre hombres y mujeres, como si tuvieran las mismas características y necesidades, suponiendo que este problema los afecta de manera similar, lo que es considerado por el equipo seminarista un retroceso en la implementación de tratamientos efectivos en el consumo de drogas en la población general.

El enfoque de género hace referencia a "la *construcción cultural* de lo femenino y lo masculino. De este modo, sería femenino todo lo relativo a la reproducción, la crianza de los hijos/as, las tareas del hogar, el mundo de lo afectivo y el desempeño en el ámbito privado; sería masculino cumplir las funciones de jefe de hogar, de proveedor económico, pertenecer al mundo público; también se considera terreno masculino la trasgresión a ciertas normas, lo que va emparejado a la posibilidad de innovar, descubrir y cambiar el mundo¹" Género se fundamenta, entonces, en la construcción cultural derivada del modo en que han sido vividas y percibidas las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, construcción que puede ser modificada.

Las mujeres aprender a ser afectivas, intuitivas, sumisas y maternas y, los hombres, racionales, independientes, fuertes y dominantes. Estos roles estereotipados determinan que la estructura de poder favorezca al género masculino y que cualquier intento de cambiarla desencadene sanciones que pueden llegar a incluir conductas agresivas.

¹ "Mujeres y tratamiento de drogas", orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas. CONACE, Noviembre 2004.

El impacto de la construcción de género en las mujeres puede ser explicada a través de dos niveles: lo individual y lo social. En el primer nivel y por medio del proceso de socialización se reproducen paradigmas culturales de la femeneidad y la masculinidad, a partir de los cuales se promueven actitudes y comportamientos de riesgo diferentes para la integridad física y mental de hombres y mujeres. En el segundo nivel (lo social) las condicionantes de género actúan a través de la división sexual del trabajo y la valoración asignada a estas actividades en términos de prestigio y remuneración.

➔ Mujeres y consumo de drogas.

Ser mujer y presentar consumo problemático de drogas y/o alcohol, constituye un desafío para los estereotipos sociales y culturales de una sociedad con carácter sexista. Las mujeres con problemas de drogas tienen la tendencia de experimentar un estigma mayor: "mujer adicta", que el que experimentan los hombres, desde su espacio privado está mal juzgada por el desempeño de su rol materno, y desde el ámbito público, es vista como alguien que no es capaz de controlar su situación familiar, por lo que se traduce en no además, poder desarrollar su ámbito profesional, por ejemplo.

Muchas veces, para una mujer con consumo problemático de drogas, algunos temas, tales como las tensiones al interior el hogar, la violencia intrafamiliar, la no valoración de su aporte social, la tendencia a ubicarse en segundo lugar, son temas que adquieren importancia central en el proceso de su dependencia y, generalmente, no son considerados en su proceso de tratamiento.

Por otra parte, las mujeres generalmente no cuentan con la misma comprensión, oferta de ayuda y apoyo familiar que los hombres, lo que va acompañado de que las mujeres con consumo problemático de drogas en pocas oportunidades piden explícitamente ayuda, lo que se deriva en que este proceso de mujer adicta es un proceso silencioso, poco conocido el cual tiende a ser ocultado o postergado.

Características generales de las mujeres que presentan consumo problemático de drogas (población general)².

- Edad de inicio de consumo 14 años (promedio).
- Inicio de consumo de sustancias asociado al grupo de pares y a la pareja.
- Drogas más utilizadas: cocaína, pasta base, marihuana, anfetaminas y alcohol.
- Mujeres que presentan una desestructuración familiar.
- Mujeres pertenecientes a familias con estilos de crianza inconsistentes.
- Constantes conflictos en la relación de pareja.
- Sentimiento de que su trabajo en el hogar no es reconocido.
- Mujeres que presentan crisis de identidad, pobre autoconcepto de sí misma.

Según el Manual de atención con perspectiva de género "Las mujeres y las drogas" publicado por la unidad de tabaco, alcohol y drogas del Ministerio de Salud (año 2000) se establece los factores de riesgo y las motivaciones personales que las mujeres con consumo de drogas y/o alcohol han manifestado:

FACTORES DE RIESGO	MOTIVACIONES PERSONALES
1. Falta de oportunidad para desarrollarse y capacitarse.	1. Estar a gusto, sentir placer.
2. Realizar actividades frustrantes y de escaso prestigio.	2. Aumentar capacidad de trabajo.
3. Sensación de soledad y vacío. Presión del hombre hacia la mujer para hacerla compañera de fiestas o para seducirla.	3. Disminuir estrés.
	4. Aumentar la socialización, disminuir la timidez.
	5. Evitar el sentimiento de soledad y vacío.

² "Mujeres y las drogas" manual de atención con perspectiva de género, Unidad de tabaco, alcohol y drogas del Ministerio de Salud, 2000.

4. Temor a ser rechazada por compañeros de trabajo o amigos que consumen o abusan frecuentemente de otras drogas.	6. Evitar sentir tristeza, dolor o frustración.
5. Amistad con personas que trafican drogas.	7. Disminuir el sentimiento de minusvalía.
6. Desconocimiento de los daños que el alcohol y las drogas producen en el organismo.	8. Ser aceptada y valorada por la pareja.
7. Modelos de identificación superficiales.	9. Acompañar a la pareja.

En términos de índices³ que nos corroboran la existencia de este problema social en la población femenina chilena, se puede establecer que de las personas entre 12 y 64 años consumidoras problemáticas de drogas, 37.929 son mujeres, lo que corresponde a un 18% de los consumidores problemáticos. (CONACE, 2004-2005).

De las sustancias consumidas entre la población femenina, cabe señalar el consumo indebido de drogas de uso médico, principalmente tranquilizantes, que las mujeres usan para escapar de la cotidianidad, como por ejemplo: crianza de los hijos/as, trabajo doméstico y fuera del hogar, se estima que el uso de este tipo de drogas alcanza el 4,31% de la población con adicción a drogas, en donde 3,3% son mujeres.

Dentro de este último punto, estudios clínicos (Ministerio de Salud, 2004-2005) han determinado que existe una relación directa entre consumo de drogas y/o alcohol en mujeres y las patologías psiquiátricas asociadas a la depresión, trastornos de pánico, del sueño, del apetito, entre otras. En población femenina general se estima que el 80% de las mujeres presenta diagnósticos psiquiátricos adicionales, 52% presenta depresión mayor primaria, 44% presenta fobias, 14% presenta trastornos de pánico.

Mujeres y delincuencia.

Entender el por qué las mujeres en la actualidad están ligadas al mundo delictual permitirá visualizar de manera más integral los elementos que se deben considerar en una posible intervención y/o tratamiento de adicciones en población femenina recluida en recintos penales del país.

Desde el planteamiento de la socióloga Doris Cooper Mayr en su estudio: "Criminología y delincuencia femenina en Chile" (2002) la delincuencia femenina presenta asociación directa (nichos etiológicos) con la pobreza y la extrema pobreza y el machismo cultural. El problema social de la pobreza y la extrema pobreza generaría dos tipos de delincuencia específica:

- La delincuencia del Hampa.
- La delincuencia del tráfico de drogas al minoreo.

La delincuencia urbana, consistente en el problema social de la pobreza y la extrema pobreza, ha generado paulatinamente la existencia de una economía alternativa: **economía informal alternativa ilegal**, que es complementaria a la economía neoliberal y se constituye en la economía de los pobres y de los extremadamente pobres. Esta economía informal e ilegal, se encuentra compuesta por los roles laborales del hampa, por los roles del tráfico de drogas al minoreo, por los roles laborales de la prostitución infanto-juvenil, por el trabajo infantil y por los roles laborales del comercio ambulante.

³ "Quinto Estudio Nacional de Drogas en población general", CONACE, 2004.

El segundo nicho etiológico relevante de la delincuencia femenina es el problema social del *machismo cultural occidental capitalista*, que si bien expresa y persiste aun en grandes urbes industriales, se potencia en los pequeños pueblos y particularmente en las áreas ecológicas rurales extremas. El patriarcalismo y machismo cultural genera todos los delitos asociados a los conflictos intrafamiliares, a la mujer golpeada y víctima de maltrato psicológico, el maltrato infantil, el acoso sexual, las violaciones, el incesto, parricidios, infanticidio, homicidios e incluso abortos.

En términos de la participación de las mujeres en acciones delictuales, en la actualidad, ya no participan simplemente como cómplices o encubridoras de ladrones varones, como ocurría hacia inicios de los años 80. Hoy en día ellas son ladronas que trabajan al igual que los hombres en el mundo de la economía informal e ilegal del hampa, solas o en grupos de mujeres o mixtos, con otros ladrones integrándose activamente a esta contracultura.

Se debe establecer sin embargo, que en el mundo del tráfico de drogas, las mujeres aun desempeñan roles laborales secundarios, tales como la revendedora de drogas al minoreo, en el ámbito de un pequeño comercio situado en poblaciones marginales, lo que a muchas mujeres les permite sobrevivir en la pobreza y la extrema pobreza. El rol laboral de burreras, asociado principalmente a extranjeras, también carece de poder o de la probabilidad de ejercer dominación, por lo que se establece en un rol laboral secundario en la contracultura de la mafia cuyos líderes se encuentran situados predominantemente fuera de nuestro país.

Se debe establecer también que en las grandes urbes industriales, las mujeres se incorporan a la economía informal alternativa e ilegal de la misma forma que se incorporan crecientemente a la economía informal remunerada. Es en el marco de la pobreza y la extrema pobreza entonces, donde la mujer comienza a ingresar a la contracultura del hampa o al tráfico de drogas por minoreo.

Los delitos contra la propiedad, son cometidos principalmente por actrices jóvenes, los delitos de tráfico son perpetrados principalmente por actrices adultas- mayores y los delitos contra las personas, la familia y la moral no presentan intervalos etarios preferenciales, ya que toda mujer en área ecológica relativamente tradicional, se verá expuesta a los conflictos específicamente femeninos, tales como el conflicto intrafamiliar, y la mujer golpeada, maltrato infantil, embarazos no deseados, violaciones, abusos deshonestos, etc.

Dentro de esta clasificación se puede establecer además, que las mujeres que cometen delitos ligados al tráfico de drogas y las que han cometido delitos contra la propiedad, se trata de mujeres urbanas que han tenido que enfrentar la vida económica más bien solas. Las aparentes necesidades de la jefa de hogar, asociado al hecho de que la mujer recién comienza a incursionar en la estructura económica laboral remunerada, y oportunidades en términos igualitarios a los varones, induce a muchas mujeres a buscar caminos ilegales para acceder a la supervivencia, de la misma forma que en la sociedad normativa las mujeres de clase media y alta se independizan económicamente en forma creciente e ingresan a la estructura ocupacional formal, las mujeres de clase baja en extrema pobreza y sin alternativas, incursionan en la estructura ocupacional de la contracultura del hampa, o en el mundo del comercio de la droga.

El tráfico de drogas al minoreo es un tipo de delincuencia preferentemente femenino (por su parte, el actual hacinamiento en cárceles de mujeres, se debe efectivamente al aumento de detenidas, imputadas y condenadas por tráfico de estupefacientes). Las mujeres de clase baja, jóvenes o de edad adulta, que se ven involucradas al tráfico de drogas, son mujeres jefas de hogar con varios hijos y/o mujeres mayores ancianas sin cabida al interior de la economía formal. Uno de los dramáticos problemas, es que en este

comercio ilegal, se ven además involucrados sus hijos/as, quienes logran insertarse en un trabajo infantil asociado al tráfico.

En la clase baja se percibe el comercio ambulante como un trabajo digno, y el tráfico se entiende como un comercio más, alternativo, y aunque más ilegal aún, igual proporciona un medio para la sobrevivencia, cuando no hay otra alternativa.

En este sentido, el rol laboral consiste simplemente en vender la droga, que entre las mujeres de clase baja corresponde a pasta base, marihuana y fármacos, pero no se inserta en ninguna contracultura mafiosa, no utiliza un lenguaje mafioso y no se integran a la escala de estratificación alternativa de la mafia.

El tráfico es un tipo de delincuencia esencialmente urbano, aunque en Chile y en el tercer mundo involucra también al campesinado y a las grandes masas de indígenas, en las plantaciones ilegales de marihuana, coca o amapola. En el norte de Chile, en las intersecciones de los países limítrofes.

Si bien los tipos de delitos predominantes en las áreas ecológicas urbanas e industriales, son los delitos contra la propiedad y el tráfico de drogas en el caso de las mujeres, ocurre que en los pequeños pueblos urbanos más tradicionales y en las áreas ecológicas rurales extremas, aun tiene una preeminencia cuantitativa y cualitativa los delitos específicamente femeninos y tradicionales, es decir, aquellos que se fundamentan en el rol de género, en términos asociados a las características dualistas de las formaciones sociales del sistema capitalista dependiente y tercer mundista.

Estos delitos no constituyen parte de ninguna contracultura, no tiene relación con la economía informal alternativa ilegal y sólo se etiologizan asociados al patriarcalismo y al machismo cultural.

Las mujeres condenadas por delitos tradicionales- asociados a conflictos intrafamiliares, abuso sexual, violaciones, e incesto, parricidios, infanticidios, homicidios, entre otros- son mujeres que se han visto expuestas a cometer finalmente diversos delitos de sangre en los sectores tradicionales rurales, en los pequeños pueblos e incluso en grandes ciudades inmersas en situaciones de extrema violencia familiar y en formas tradicionales de control social comunitario y societal de su vida social, económica, afectiva, sexual y reproductiva. El análisis victimológico indica que justamente en relación a los delitos contra las personas, la familia y la moral, las principales víctimas de la mujer tradicional que cometen delitos, son los integrantes de su propia familia, particularmente las regiones más al sur del país.

Esto sin duda, tanto a nivel institucional como social nos permite visualizar que en nuestro país se está dando con más fuerza el fenómeno de la delincuencia femenina, que dicho sea de paso está directamente asociada a delitos específicos, en la mayoría de los casos, tales como el tráfico de estupefacientes, hurtos, delitos contra la propiedad, entre otros, por lo que es necesario que este fenómeno se estudie de manera integral para poder detectar y prevenir aquellos elementos que están influyendo en que las mujeres ejecuten acciones derivadas del ámbito ilegal y delictual.



Mujeres, cárcel y consumo de drogas.

Estimaciones de Gendarmería de Chile determinan que, en términos de la población penal que se encuentra bajo la modalidad de sistema cerrado, 26.205 son hombres (condenados) y 1.693 personas corresponden a población femenina, vale decir un 6,5% del total de población penal recluida en sistema cerrado. (Ver cuadro 1)

Cuadro 1: Personas reclusas a nivel nacional en recintos penitenciarios del país.

POBLACIÓN	HOMBRES			MUJERES			TOTAL POBLACIÓN
	Adultos	Menores	Total	Adultos	Menores	Total	
Detenidos	222	4	226	18	0	18	244
Procesados	3693	0	3693	160	0	160	3853
Imputados	6995	220	7215	698	8	706	7921
Condenados	26129	76	26205	1690	3	1693	27898
Total sistema cerrado	37039	300	37339	2566	11	2577	39916

Fuente: Compendio estadístico de la población atendida por Gendarmería de Chile, año 2006.

Si bien es cierto, en la sociedad actual se puede considerar que la comisión de delitos está asociado exclusivamente a los hombres, se puede apreciar en el cuadro anterior, que las mujeres hoy por hoy se están vinculando a la cultura del hampa y a lo delictual en un porcentaje importante de la población total atendida por Gendarmería de Chile.

Si nos preguntamos, entonces, cuales son las características en común, que poseen las mujeres que cometen delitos se pueden dar una multiplicidad de factores, para ello Gendarmería de Chile, en el año 2004 realiza un estudio de la población femenina adulta con medidas alternativas, en este estudio la institución entrega características de la población femenina atendida, entre los datos se pueden entregar los siguientes:

- ~ Población mayoritariamente joven, promedio de edad 34 años.
- ~ Sólo 5,8% de la población femenina tiene más de 60 años.
- ~ 4,8% de la población declara tener etnia originaria (principalmente mapuche)
- ~ 3 de cada 10 mujeres no han formado familia nuclear.
- ~ 5 de cada 10 mujeres no tiene más de 2 hijos.
- ~ 9 de cada 10 mujeres se adscribe a un credo religioso (70,9% católico, 7,4% protestante)
- ~ 14,3% de las mujeres no ha terminado enseñanza básica, 28,6 % no ha hecho enseñanza media, la mitad de ellas sin embargo, cursó de manera completa la enseñanza media.
- ~ 6 de cada 10 mujeres nunca ha recibido capacitación de manera formal, ni educación superior o técnica.
- ~ 5,8% declara haber abandonado sus estudios.
- ~ 5 de cada 10 mujeres declara tener una ocupación, de estas 3 declaran tener ocupación estable.
- ~ 82% de las mujeres declara vivir en zonas urbanas, 10,1% en zonas rurales.
- ~ Sólo 1/3 de las mujeres declara tener casa propia (pagada), 22,2% vive de allegada.
- ~ 14,3% habita la vivienda en condiciones de hacinamiento.
- ~ 67,8% de las mujeres proviene del nivel socioeconómico mediano bajo, 15,9% bajo de extrema pobreza.
- ~ 37,1% de las mujeres no cuenta con previsión de salud.
- ~ 4,2% de la población femenina declara y acredita condena anterior.
- ~ 5,7% de la población fue detenida en reiteradas ocasiones como menor.
- ~ 12,7% de la población declara haber cometido el delito bajo los efectos del alcohol y/o drogas.
- ~ 13,7% inicia su consumo de drogas antes de los 18 años.
- ~ 9,6% declara haber hecho abuso de las drogas antes de los 18 años.

Dentro de las características que poseen en común las mujeres que están privadas de libertad es necesario mencionar, el cual corresponde al peso de la familia, en el caso de las mujeres con hijos la responsabilidad de la reorganización familiar; en el de las mujeres jóvenes, por el deseo inmediato de encontrar una pareja y tener una familia.

La maternidad también, tiene una importancia trascendental en el medio cerrado. Las circunstancias del embarazo, la lactancia y los primeros años de la vida de los hijos son vividas de forma muy negativa por la mujer reclusa con graves efectos psicológicos. Igual ocurre cuando sus hijos no están con ella, por las posibles repercusiones en la desestructuración y desmoronamiento del núcleo familiar.

Por otro lado, la gran dependencia afectiva de sus compañeros, con consecuencias en un mayor sentimiento de soledad y en una mayor incidencia en las depresiones, ya que, a diferencia de la fidelidad y solidaridad demostrada por las madres, esposas o compañeras cuando sus hombres están en prisión, no se da idéntica solidaridad cuando ellas se encuentran en la misma circunstancia.

El crecimiento de la población femenina en conflicto con la justicia, como se menciona anteriormente, ha presentado en los últimos años un alarmante crecimiento, implicando demandas de diversos caracteres al sistema penitenciario, los cuales se suman al déficit histórico del sistema, en las áreas de vigilancia, atención, asistencia y reinserción social.

Gendarmería de Chile, en su continuo accionar ha impulsado y ejecutado acciones en el último tiempo incorporando algunas nociones de enfoque de género, lo cual no ha sido estructurado como una política de intervención, sino como un factor de derechos y equidad entre hombres y mujeres, para esto desde el año 2004 GENCHI está dentro del proceso de Modernización del Estado, el cual plantea la necesidad de incorporar un programa denominado PMG, *Programa de Mejoramiento de la Gestión con enfoque de género*.

A través de la realización de un diagnóstico de la población general que se encontraba reclusa en los recintos penitenciarios del país, se determinaron objetivos institucionales, áreas trabajo, productos y servicios que debe desarrollar y las estrategias a utilizar, con el fin de establecer si se incorporaba la variable género, especificando las áreas respectivas.

De este estudio se puede establecer que los productos y áreas que incorporan la perspectiva de género son los siguientes:

- ✗ **Salud**, Si se está incorporando en forma progresiva en el diseño de planes y programas diferenciando las necesidades de hombres y mujeres.
- ✗ **Acceso a la educación**, Si incorpora cuando las unidades son exclusivas para cada uno de los sexos. En las unidades mixtas se discrimina a las mujeres por ser un segmento menor de la población y también considerando su seguridad.
- ✗ **Acceso al deporte y recreación**, Si incorpora cuando las unidades son exclusivas para cada uno de los sexos. En las unidades mixtas se discrimina a las mujeres por ser un segmento menor de la población y también considerando su integridad y seguridad.
- ✗ **Acceso a la información**, Si incorpora. Existe en toda la población atendida acceso a la información revistas, TV, radio etc.
- ✗ **Tratamiento en adicciones**, Si incorpora enfoque de género exclusivamente en las Comunidades terapéuticas (actuales Centros de Tratamiento de Adicciones)

Como se puede apreciar estas 6 áreas o productos entregados por Gendarmería de Chile a la población penal femenina se convierten en un hecho real de la importancia que se debe entregar a la incorporación de la variable género, ya que el querer homogeneizar a los hombres y mujeres se convierte en un retroceso en el proceso de generar una discusión en tomo a la aplicación de la perspectiva de género en la sociedad chilena.

Tomando en cuenta tres elementos entregados en el punto anterior, tales como el *porcentaje de mujeres que consumen drogas y alcohol*, *las mujeres que cometen delitos bajo los efectos del alcohol y/o drogas* (estudio de GENCHI) y *el Tratamiento de adicciones* que incorpora la variable género, se hace necesario el visualizar como estos dos elementos, situación cada vez más común, se están conjugando, nos referimos específicamente al consumo de alcohol y/o drogas y la comisión de delitos.

Si bien es cierto, la población masculina presenta índices mayores de consumo de drogas en el país, las mujeres en los últimos años han hecho uso y abuso de estas sustancias psicoactivas, lo que se deriva principalmente a las presiones que ejerce el medio. Este problema social se vuelve más preocupante al momento de cometer acciones ilícitas, que en la mayoría de los casos se deriva para el volver a consumir alguna sustancia.

Consumo de drogas en población femenina- CPV.

En términos específicos de I Complejo Penitenciario de Valparaíso, institución que acoge este seminario de título, la situación del consumo problemático de drogas en la población femenina no difiere mucho de lo que se da a nivel nacional, con la población que se encuentra recluida en los recintos penitenciarios del país.

La población penal de CPV cuenta con 102 internas, en donde la edad promedio corresponde a los 34 años. De las internas que actualmente se encuentran en la unidad CPF (Centro Penitenciario Femenino), un número importante (38% del total) inicia su consumo de drogas y/o alcohol a los 14 años app. Sus familias corresponden a familias con poca comunicación, desintegradas en donde la independencia cobra valor importante y en donde el ejercicio de lo ilegal es común. Por otro lado, el 49% de la población femenina es madre, sus hijos/as han quedado al cuidado de familiares, en hogares de menores y para los/las menores que tienen menos de 2 años se encuentran con sus madres en la sala-cuna ubicada al interior del CPF. Actualmente 29 internas de la población penal presentan consumo problemático de drogas al interior del recinto penal, de las 29 internas sólo 9 reciben atención clínica de patologías psiquiátricas derivada del consumo prolongado de sustancias psicoactivas. De las 29 internas que presentan consumo problemático de drogas, el 100% ha estado en más de una ocasión en celdas de castigo por porte ilegal de sustancias psicoactivas, entre las sustancias más comunes están la marihuana, la pasta base y fármacos.

Dentro de este último punto es necesario mencionar que si bien la población que presenta consumo problemático de drogas es menor que en la población masculina, guardando las proporciones, se puede estimar que un porcentaje importante de mujeres consume sustancias psicoactivas, lo que para implementar una intervención integral en drogas es un elemento que beneficiaría la implementación de iniciativas orientadas a la rehabilitación y reinserción de estas mujeres.

Conclusiones.

Al tomar en cuenta los antecedentes que se entregan anteriormente, el equipo seminarista establece la necesidad de realizar intervenciones *diferenciadas* entre hombres y mujeres, ya que la problemática de las drogas posee una valoración, efectos y consecuencias distintas para estos dos grupos de la sociedad, el incorporar la variable género al tratamiento terapéutico de mujeres se considera como un avance importante en materia de igualdad de género.

En términos de Complejo Penitenciario de Valparaíso y tomando en cuenta las iniciativas que la institución a emprendido para realizar intervenciones que van dirigidas a la rehabilitación y reinserción social de la población femenina, se puede establecer que durante el transcurso del año 2006 se han realizado intervenciones individuales a la población femenina del CPV, solo 2 de 5 internas están actualmente terminando su proceso de tratamiento. Estas cifras dejan en evidencia la necesidad de que exista un proyecto a corto plazo para brindar el apoyo necesario a la población femenina que posee consumo problemático de drogas y/o alcohol, apoyo, que por cierto, debe estar enfocado a la incorporación de la perspectiva de género.

Se establecen, a continuación algunos elementos que se deben tener presentes en el tratamiento de rehabilitación y reinserción social de mujeres con consumo problemático de drogas y/o alcohol:

- ✘ La dependencia y consumo de drogas y/o alcohol en mujeres debe hacerse desde una mirada amplia, incorporando el historial familiar, las vivencias de la infancia, el contexto social que la envuelve, lo que quiere decir que una intervención integral debe necesariamente incorporar a la mujer, su familia y entorno.
- ✘ Se debe tener en cuenta que dentro de las mujeres con consumo de sustancias psicoactivas se encontraran diferenciaciones, tales como la edad, el estado civil, el nivel socioeconómico de la población estudio, el apoyo familiar, entre otros. Por lo que es necesario tomar estos elementos para diseñar estrategias de intervención.
- ✘ Se debe considerar además el cómo viven el embarazo y la crianza de los hijos/as las mujeres que presentan consumo problemático de drogas, ya que se puede dar una disminución del consumo, se puede dejar de consumir o simplemente seguir con una adicción permanente, lo que afectaría considerablemente el desarrollo de su embarazo de manera normal o un buen y normal desarrollo de sus hijos/as en la etapa de infancia.
- ✘ Para poder brindar un tratamiento terapéutico a mujeres adictas a las drogas y/o alcohol se debe incorporar una mirada comprensiva y subjetiva, ya que como se menciona en datos anteriores las mujeres tienden a desvalorizarse personal y socialmente, en donde el sentimiento de soledad provoca que se de con mayor frecuencia el abuso de sustancias psicoactivas.
- ✘ En términos de intervenciones se puede precisar que a largo plazo es necesario estudiar la posibilidad de la incorporación de un espacio específico dentro de la unidad CPF que esté destinado a la rehabilitación y la reinserción social de las mujeres que presentan consumo problemático de drogas y/o alcohol, tomando en cuenta las características propias de la población estudio.
- ✘ En el corto plazo se precisa la posibilidad de realizar intervenciones grupales e individuales (semanales) a las mujeres de CPF que presentan consumo de drogas y/o alcohol y que estén dispuestas a participar de intervenciones psicosociales. Dentro de este punto es necesario mencionar que los/as funcionarias del Centro Penitenciario Femenino consideran importante el brindar tratamiento integral a la población, destinando los espacios físicos y recursos humanos para el buen funcionamiento de dichas intervenciones.

ANEXO N° 3.**MATERIALES UTILIZADOS.**

- TRIPTICOS EXPLICATIVOS.
- FICHAS DE REGISTRO.
- INTERVENCIONES A INTERNOS.
- OTROS.

CUESTIONARIO

APELLIDO	APELLIDO	NOMBRES

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ RUN: _____

ESTADO CIVIL				
Soltero	Casado	Viudo	Separado	Divorciado

HIJOS				
Sin hijos	1 hijo	2 hijos	Más de dos hijos	Especificar N°

INSTITUCIONALIZACIÓN				
Permanencia en hogares de menores	N° de veces	Tiempo (Meses – Años)	Nombre del Lugar	No permaneció en Hogares de menores
Especificar edad:				

ANTECEDENTES EDUCACIONALES:

ALFABETIZACIÓN			
Sabe leer	Sabe Escribir	No sabe leer	No sabe escribir

ABANDONO ESCOLAR			
Abandono escolar en una ocasión	Abandono escolar en dos ocasiones	Más de dos abandonos escolares	Sin abandono.
Especificar edad:	Especificar edad:	Especificar edad:	Especificar edad:

REPITENCIAS			
Repite 1 vez	Repite 2 veces	Más de dos veces.	Sin repitencias.

ULTIMO AÑO CURSADO EN EL MEDIO LIBRE.		
Enseñanza básica.	Enseñanza media.	Enseñanza superior
Especifica	Especificar	Especificar:

ULTIMO AÑO CURSADO EN CPV		
Enseñanza básica.	Enseñanza media.	Enseñanza superior
Especificar	Especificar	Especificar:

LUGAR DE PROCEDENCIA		
Valparaíso	Otro lugar de la V región.	Fuera de la V región.
	Especificar:	Especificar:

DOMICILIO ACTUAL		
Valparaíso	Otro lugar de la V región.	Fuera de la V región.
Especificar:	Especificar:	Especificar:

NIVEL DE INGRESOS FAMILIARES		
Entre 0 - \$90.000	Entre 100.000 - 190.000	\$200.000 - más
Especificar:	Especificar:	Especificar:

NÚMERO DE INTEGRANTES GRUPO FAMILIAR	Nº
Especificar parentesco:	

ANTECEDENTES LABORALES EN EL MEDIO LIBRE.

CAPACITACIÓN LABORAL		
Formal	Informal	Sin capacitación
Especificar:	Especificar:	

SITUACIÓN LABORAL		
Trabajo estable	Trabajos esporádicos.	Sin trabajo
Especificar:	Especificar:	

TIPO DE TRABAJO	
Dependiente.	Independiente.
Especificar:	Especificar:

SITUACIÓN PREVISIONAL	
Sin previsión.	Con previsión.
	Especificar:

SITUACIÓN PREVISIONAL – SALUD	
Sin previsión.	Con previsión.
	Especificar:

ANTECEDENTES LABORALES EN CPV

ACTIVIDADES LABORALES QUE DESARROLLA		
Artesanía.	Mozo	Otros:
Especificar tipo de Artesanía:	Especificar Lugar:	Especificar:

REMUNERACIONES	
No percibe remuneraciones	Percibe remuneraciones
	Especificar:

En caso de recibir remuneraciones:

DESTINO DEL DINERO		
Personal	Familiar	Otros:
		Especificar:

TIPO DE DELITO	
Robo con violencia	
Robo con intimidación.	
Robo con fuerza	
Homicidio.	
Tráfico.	
Otros:	Especificar:

REINCIDENCIA		
Legal	Criminológica	Sin Reincidencia
Especificar N°	Especificar N°	

COMPROMISO DELICTUAL			
Alto	Mediano alto	Mediano bajo	Bajo

CONDENA			
Condena	Inicio de condena	Termino de condena	Tiempo Mínimo

EDAD INICIO DE CONSUMO

TIPO DE CONSUMO		
Consumo de una sustancia.	Consumo de 2 sustancias.	Policonsumo
Especificar sustancia:	Especificar sustancias:	Especificar sustancias:

FRECUENCIA DE CONSUMO			
Experimental.	Ocasional.	Episódicos.	Sistemático.

Consumía para delinquir.	Consumía para evadirse.	Otros:

CONSUMO EN CPV ANTES DE INGRESO A CTA	
Ausencia de consumo en CPV	Presentó Consumo en CPV
	Especificar tiempo y sustancia:

Especificar con una **X** los antecedentes que usted considera estuvo presente en su consumo de drogas:

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS:	
En lo personal	En lo familiar:
Autoconcepto sano.	Apego y vínculo.
Capacidad para comunicarse.	Comunicación abierta.
Capacidad para postergar la satisfacción inmediata de necesidades.	Claridad en los valores familiares.
Habilidad para la toma de decisiones	Reconocimiento de los logros.
Valoración de la salud.	Necesidades básicas cubiertas.
Dificultad para el manejo de las emociones.	Abandono.
Problemas con la autoestima y autoconcepto.	Poco reconocimiento y expresión de afecto.
Curiosidad y búsqueda de nuevas sensaciones.	Ausencia de respeto y disciplina.
Predisposición genética hacia el consumo	Maltrato y violencia intrafamiliar.
Poca claridad en el proyecto de vida.	Patrones familiares de consumo de drogas.
En la comunidad	En lo social
Elevados niveles de organización y participación comunitaria.	Políticas y programas efectivos de prevención del tráfico y consumo de drogas.
Actitud crítica frente al consumo de drogas.	Red de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de apoyo.
Solidaridad y espíritu de trabajo comunitario.	Existencia de oportunidades de estudio y empleo.
Área de recreación, cultura y deporte.	Promoción del desarrollo humano y social.
Red de apoyo local.	
Factores de Riesgo:	Factores de Riesgo
Escasa organización y participación comunitaria.	Empobrecimiento creciente de la población.
Actitud permisiva frente al consumo de drogas.	Exclusión social.
Disponibilidad de drogas y presencia de tráfico.	Desempleo
Desarraigo cultural.	Presencia de redes de distribución de drogas.
Ambiente de violencia y maltrato.	Pocas oportunidades educativas.
En recinto penitenciario	
Participación en actividades de tratamiento.	
Escaso nivel de internalización de normas de la cultura carcelaria.	
Escolarización.	
Bajo compromiso delictivo.	
Vinculación con las redes familiares o de apoyo.	
Internalización de pautas de la subcultura carcelaria	
Presencia de redes de distribución de drogas al interior del recinto.	
Presión de líderes negativos al interior de la cárcel.	
No incorporarse a programas de intervención.	
Carencia de redes familiares de apoyo.	

A continuación se presentan afirmaciones en las que debe marcar con una **X** la alternativa que corresponda a su situación familiar antes de ingresar al CPV.

	Siempre	Casi siempre	Nunca
En su familia, el <i>liderazgo</i> era ejercido solo por los padres.			
En su familia, las <i>responsabilidades</i> estaban claramente definidas.			
La familia era muy protectora con sus integrantes			
Las situaciones vividas con su familia siempre se planificaban.			

	Siempre	Casi siempre	Nunca
En su familia existía la posibilidad de cambiar los <i>planes</i> determinados por los padres y/o cualquier miembro de la familia (es posible negociar, según los intereses de cada cual).			
Sus padres ponían ciertos límites, pudiendo planear situaciones que se pueden negociar.			
En su familia se permiten casi siempre la incorporación de nuevos valores			
En su familia se permitía que cada miembro pensara de forma independiente			

	Siempre	Casi siempre	Nunca
En su familia las responsabilidades de cada integrante NO estaban claras			
Sus padres o jefe de familia no establecieron límites familiares claros			
Las reglas familiares cambiaban permanentemente			
Existía escaso apoyo por parte de su familia hacia usted y el resto de los miembros de la familia.			

	Siempre	Casi siempre	Nunca
Desde su punto de vista, en su familia existía una excesiva responsabilidad de sus padres.			
Sus padres mantenían el control de todas las situaciones (de no ser así ellos creían que las cosas no funcionaban bien).			
Sus padres establecían de normas que no se podían cuestionar debían ser acatados rigidamente (esperaban sumisión a las normas por parte de los hijos)			
Si en su familia surgían conflictos, sus padres imponían nuevas reglas sin solucionar el problema que se presentaba.			

	Siempre	Casi siempre	Nunca
En su familia existía alta dependencia entre los miembros.			
Los límites en su familia no son muy claros.			
Las diferencias entre los miembros de la familia no son aceptadas de forma positiva.			
El desarrollo de los integrantes de la familia está determinado por el de los otros miembros.			

	Siempre	Casi siempre	Nunca
Entre los miembros de su familia los lazos afectivos son mínimos.			
Sus padres no han tenido capacidad de orientar a los miembros del núcleo familiar.			
Entre los miembros de su familia existe poca comunicación y si lo hacen es referente a aspectos superficiales (sin mayor importancia).			
Las necesidades afectivas de los miembros se satisfacen fuera del hogar.			

	Siempre	Casi siempre	Nunca
En su familia, existe adecuada dependencia entre quienes la integran			
Se aceptan las actividades que cada uno haga individualmente y también se comparten actividades en familia.			
Las decisiones son tomadas en conjunto por los integrantes de la familia.			
La autoridad entre padres e hijos son claros.			

	Siempre	Casi siempre	Nunca
En su familia, las decisiones que cada miembro tome individualmente son más importantes que las familiares, sin embargo también se toman decisiones familiares cuando es necesario.			
Las actividades más importantes se realizan de forma individual y no familiar.			
Los límites entre padres e hijos están claros. Cada uno hace lo que corresponde a su rol.			
La independencia de sus miembros es moderada.			

REGISTRO INDIVIDUAL DE INTERNO.ANTECEDENTES PERSONALES.

NOMBRE: _____

R.U.T: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO: _____

APOYO FAMILIAR: _____ Nº DE INTEGRANTES FAMILIARES: _____

HIJOS: _____ Nº DE HIJOS: _____

ESCOLARIDAD: _____

OFICIO: _____

ANTECEDENTES DELICTUALES.

DELITO: _____ AGRAVANTE: _____

NIVEL DE COMPROMISO DELICTUAL: _____ PORCENTAJE: _____

MODULO DE PROCEDENCIA: _____ TIEMPO DE CONDENA: _____

FECHA DE TÉRMINO: _____

ESCOLARIDAD DENTRO DE CPV: _____

ÚLTIMO AÑO CURSADO: _____

TIPO DE CONSUMO: _____ EDAD DE INICIO DE CONSUMO _____

REINCIDENCIA EN CONSUMO: _____ ETAPA DEL PROCESO: _____

ACTIVIDAD EN CPV: _____ TIPO DE ACTIVIDAD: _____

BENEFICIO: _____ TIPO DE BENEFICIO: _____

**PAUTA DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES.
GRUPO DE PRETRATAMIENTO.**

ANTECEDENTES GENERALES.

Nº sesión:

Nombre de taller:

Responsables:

Lugar:

Hora:

Nº de participantes:

Participantes:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

CRITERIOS DE EVALUACIÓN.

Puntualidad: _____

Participación: _____

Retroalimentación: _____

Cumplimiento de objetivos: _____

Contenidos de la sesión: _____

Observaciones:

Derechos de los internos:

- Conocer los fundamentos filosóficos, principios, normas y valores que sustentan el programa.
- Claridad de responsabilidades, entrenamiento adecuado, apoyo y supervisión que aporte el programa.
- Dignidad, respeto, salud y seguridad durante todo su proceso.
- Ser escuchados y atendidos con el debido respeto por todo el equipo de profesionales.
- Obtener respuestas oportunas en lenguaje claro, sencillo y preciso.
- Absoluta confiabilidad de la información obtenida en el transcurso del proceso terapéutico.
- Acceso a espacios de deportes y recreación.
- Evaluar el proceso terapéutico en general.
- Abandonar el programa en forma voluntaria.

**GRUPO MOTIVACIONAL
PRETRATAMIENTO
CENTRO DE TRATAMIENTO DE
ADICCIONES-CPV**

**GRUPO
MOTIVACIONAL
PRETRATAMIENTO**

**ANTECEDENTES
GENERALES DEL
CTA.**



**CENTRO DE TRATAMIENTO
DE ADICCIONES-CPV**

CENTRO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES CTA

OBJETIVO DEL PROGRAMA

"Otorgar a los reclusos la oportunidad de incorporarse a un programa que brinde tratamiento biopsicosocial del consumo de drogas, a fin de adquirir las destrezas necesarias que permitan un cambio de estilo de vida y contribuyan a su reinserción social"

El Centro de Tratamiento de Adicciones "SURICATA" ofrece a los internos beneficiarios terapias individuales, grupales y familiares, talleres ocupacionales y de crecimiento personal y la exigencia de abstenerse de consumir cualquier sustancia que altere su estado normal del organismo. Se promueve la vida sana, libre de drogas.

Previo al ingreso al CTA, el interno ha sido seleccionado por una dupla de Psicólogo-Asistente Social, quienes son los profesionales a cargo. Estos internos deben incorporarse, previo ingreso al centro, a los **Grupos motivacionales y/o de conversación, etapa de Pretratamiento** con el objeto trabajar la motivación al cambio.

El perfil de los individuos que participan del programa CTA es:

- Hombres mayores de 18 años.
- Edades que fluctúen entre 20 y 35 años.
- Que presenten consumo problemático de drogas y/o alcohol..
- Que cuenten preferentemente con apoyo familiar externo y/o red de apoyo.
- Calidad procesal: condenados.
- Que se encuentren a un año del tiempo mínimo para postular a beneficios.
- Con participación en la etapa de pretratamiento o grupos motivacionales.
- Que accedan voluntariamente. (toda actividad que se desarrolla con los internos tiene carácter de voluntariedad).

Criterios de exclusión:

- Condenados por delitos sexuales.
- Internos con psicopatología de base.
- Alta contaminación carcelaria.
- Internos con daño orgánico cerebral

Normas de convivencia:

- Presentarse correctamente vestido y aseado.
- Mostrar respeto a funcionarios y compañeros de la comunidad.
- Velar constantemente por mantener el aseo, cuidado, y orden de los materiales de uso diario.
- Abstenerse a fumar, solo podrán hacerlo en ratos libres y en espacios abiertos.
- Someterse a revisiones médicas y exámenes en forma permanente o cuando el equipo profesional lo requiera.
- No agredir a sus semejantes, ya sea verbal, psicológica y/o físicamente.
- Evitar auto agresión.
- Disposición, constancia y participación en las actividades del proceso terapéutico.
- Abstinencia en el consumo y tráfico de drogas en Centro de Tratamiento de adicciones.
- Cumplir con las normas del régimen interno que rige a toda la población penal.