



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

**“ESTUDIO CUALITATIVO DE LA SITUACIÓN ACTUAL, DESDE
UNA PERSPECTIVA BIOPSIICOSOCIAL, DE LOS EGRESADOS
POR ALTAS TERAPÉUTICAS Y ALTAS POR DERIVACIÓN
DURANTE LOS AÑOS 2009, 2010 Y 2011 DEL HDD,
PERTENECIENTE AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL
SALVADOR DE VALPARAÍSO”**

INFORME FINAL DE SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO PROFESIONAL DE ASISTENTE
SOCIAL

ESTUDIANTES: BARBARA ALARCÓN APABLAZA
PAULA CAMPOS REYES

PROF. GUÍA: SARA SALUM ALVARADO

Valparaíso, 2012



INDICE TEMATICO

Resumen.....	9
Presentación.....	11
CAPITULO I: MARCO INSTITUCIONAL.....	14
Presentación.....	15
1. Contexto Institucional.....	16
1.1. Antecedentes Generales.....	16
1.1.1. Identificación Institucional.....	17
1.1.2. Tipo de Atención.....	17
1.1.3. Cobertura.....	17
1.1.4. Radio de Acción.....	17
1.1.5. Vías de Ingreso.....	18
1.2. Principios Orientadores.....	19
1.2.1. Política Institucional.....	20
1.2.2. Objetivo de la Institución.....	20
1.3. Infraestructura.....	21
1.4. Antecedentes Históricos.....	21
1.5. Funciones de la Institución.....	24
1.5.1. Atención Abierta.....	24
1.5.2. Atención Semi cerrada.....	24
1.5.3. Atención Cerrada.....	25
1.6. Organigrama General.....	25



1.7. Planes y Programas de la Institución.....	27
1.8. Recursos de la institución.....	28
2. Contexto Programático.....	30
2.1. Antecedentes Generales.....	30
2.2. Estrategia Nacional, SENDA.....	31
2.2.1. Prevenir.....	33
2.2.2. Recuperar.....	33
2.2.3. Integrar.....	36
2.3. Hospital Día para Dependencias.....	38
2.3.1. Programa Ambulatorio Intensivo.....	39
2.3.2. Plan Terapéutico.....	41
2.3.3. Egreso.....	43
3. Trabajo Social en la Institución.....	45
3.1. Objetivo del Trabajo Social en la Institución.....	45
3.2. Roles del Trabajo Social en la institución.....	45
3.3. Funciones de Trabajo Social el HDD.....	47
3.4. Actividades realizadas por el/la Asistente Social.....	48
3.5. Problemáticas Sociales más frecuentes.....	49
3.6. Niveles de Intervención Social.....	50
CAPITULO II: MARCO REFERENCIAL.....	53
Presentación.....	54
1. Introducción.....	55
2. Drogas.....	55



2.1. Definición de Droga según Organización Mundial de la Salud....	57
2.2. Adicción.....	58
2.3. Abuso.....	58
2.4. Dependencia.....	58
2.5. Drogodependencia según la Organización Mundial de la Salud..	63
2.6. Formas de Consumo de Drogas.....	63
2.7. Tipos de Drogas.....	65
2.8. Vías de Administración de Drogas.....	6
3. Modelo Biopsicosocial.....	67
3.1. Historia del Modelo Biopsicosocial.....	67
3.2. Implicancias del Modelo Biopsicosocial.....	71
3.3. Características generales del modelo.....	72
3.4. El modelo biopsicosocial en drogodependencias.....	73
4. Situación Familiar desde una perspectiva biopsicosocial.....	77
5. Situación Ocupacional desde una perspectiva biopsicosocial.....	84
6. Salud Mental y Física desde una perspectiva biopsicosocial.....	88
7. Relaciones interpersonales desde una perspectiva biopsicosocial.....	94
8. Trabajo Social en drogodependencias desde una perspectiva biopsicosocial.....	99
CAPITULO III: INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA.....	104
Presentación.....	105
1. Planteamiento del Problema.....	106
2. Preguntas de Investigación.....	109



3. Objetivos de la Investigación.....	109
4. Justificación de la Investigación.....	110
4.1. Justificación teórica.....	111
4.2. Justificación metodológica.....	112
4.3. Justificación contextual.....	113
4.4. Justificación institucional.....	116
4.5. Justificación personal.....	118
CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.....	119
Presentación.....	120
Elementos del Diseño Metodológico.....	121
1. Fundamentos epistemológicos y metodológicos.....	121
2. Tipo de Estudio: Investigación cualitativa.....	122
3. Tipo de Investigación: Exploratorio descriptivo.....	124
4. Tipo de Diseño: Diseño no experimental.....	124
5. Carácter del Estudio: Transeccional descriptivo.....	125
6. Teoría de Muestreo.....	125
6.1. Unidad de Análisis.....	125
6.2. Características de la población.....	126
6.3. Muestra.....	126
7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	128
8. Plan de Análisis de Datos.....	130
9. Consideraciones Éticas.....	140
10. Recursos Necesarios.....	140



11. Cronograma de Actividades.....	142
CAPITULO V: ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	143
Presentación.....	144
1. Situación familiar.....	145
2. Situación ocupacional.....	156
3. Salud mental y física.....	162
4. Relaciones interpersonales.....	169
5. Conclusiones finales y hallazgos de la investigación.....	176
5.1. Situación Familiar.....	176
5.2. Situación Ocupacional.....	178
5.3. Salud Física y Mental.....	179
5.4. Relaciones Interpersonales.....	180
CAPITULO VI: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	185
Presentación.....	186
1. Introducción.....	187
2. Propuesta de Intervención	187
2.1. Taller Socioeducativo.....	187
2.2. Disminución del Paternalismo.....	188
2.3. Reevaluación de estrategias.....	189



CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES.....	191
1. Conclusiones del proceso.....	192
2. Conclusiones como estudiante.....	193
3. Aportes desde el Trabajo Social.....	194
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.....	197
1. Documentos gubernamentales.....	198
2. Libros.....	199
3. Revistas.....	200
4. Revistas en línea.....	201
5. Documentos en línea.....	202
6. Documentos académicos.....	203
7. Otros Documentos.....	203
ANEXOS.....	204
ANEXO N° 1: Instrumento de Recolección de Información.....	205
ANEXO N° 2: Consentimiento Informado.....	208

INDICE POR ILUSTRACIONES

<i>Ilustración N°1</i>	Organigrama Área de Dirección.....	25
<i>Ilustración N°2</i>	Organigrama Área de Subdirección Administrativa.....	26
<i>Ilustración N°3</i>	Organigrama Área de Subdirección Médica.....	27
<i>Ilustración N°4</i>	Dotación de Recursos Humanos.....	28
<i>Ilustración N°5</i>	Vinculación con otras instituciones y/o redes sociales...	51
<i>Ilustración N°6</i>	Clasificación de trastornos mentales y de comportamiento.....	61
<i>Ilustración N°7</i>	Comparación entre criterios diagnósticos DSM-III-R, DSM-IV y CIE-10.....	62
<i>Ilustración N°8</i>	Aplicación del modelo biopsicosocial en drogadicción..	76
<i>Ilustración N°9</i>	Matriz de ordenamiento y análisis de la información de los Casos Tipo.....	132
<i>Ilustración N°10</i>	Pauta de Observación Participante.....	135
<i>Ilustración N°11</i>	Matriz de ordenamiento y análisis de información individual.....	136
<i>Ilustración N°12</i>	Matriz de nuevas categorías Situación familiar.....	137
<i>Ilustración N°13</i>	Matriz de nuevas categorías Situación Ocupacional...	137
<i>Ilustración N°14</i>	Matriz de nuevas categorías salud mental y física.....	138
<i>Ilustración N°15</i>	Matriz de nuevas categorías relaciones interpersonales.....	138
<i>Ilustración N°16</i>	Matriz de hallazgos finales.....	139
<i>Ilustración N°17</i>	Cronograma de actividades.....	142

RESUMEN

Es evidente que en Chile ha aumentado el consumo de estupefacientes en personas de todas las edades, especialmente en la población juvenil. Al abuso tradicional de alcohol y tabaco, se han agregado el consumo de marihuana, solventes volátiles, tranquilizantes, estimulantes y derivados de cocaína (pasta base y clorhidrato). Actualmente ya no es posible sostener que el fenómeno del consumo indebido de drogas es privativo de determinados grupos. Este afecta y se manifiesta de diferentes formas a través de todos los grupos y estamentos sociales.

Lo anterior lleva a concluir que el consumo de drogas es una problemática social, ya que produce un deterioro moral y un estancamiento de las capacidades de las personas, lo cual trae como consecuencia, además del deterioro del individuo, un daño al conjunto de relaciones sociales en las que este participa, afectando así a toda la sociedad. Es por ello que actualmente existe una amplia gama de instituciones que buscan dar alguna solución a la problemática; en este contexto se encuentra el Hospital de Día para Dependencias (HDD)

Como un modo de aportar al quehacer institucional del HDD, el objetivo principal de esta investigación es conocer, desde una perspectiva biopsicosocial, la situación actual de los egresados del programa, durante los años 2009, 2010 y 2011, por altas terapéuticas y altas por derivación. Lo anterior adquiere especial relevancia si se considera que en la institución se manejan solo datos de carácter cuantitativo respecto a la situación actual de sus egresados, por lo cual en esta oportunidad el desafío consiste en pesquisar datos desde la metodología cualitativa, la cual brinda información más profunda y específica que permitirá dar cuenta del comportamiento de los pacientes ya egresados. Esto hará posible que el equipo profesional del programa pueda reflexionar en torno a sus estrategias y formas de trabajo,



para visualizar si realmente se han cumplido con los objetivos planteados a lo largo de estos años.

Como se mencionó con anterioridad, los resultados serán analizados de forma cualitativa, entregando información extraída de entrevistas en profundidad efectuadas tanto a los ex usuarios como a sus familiares.

PRESENTACIÓN

El presente Seminario de Título fue realizado para optar al grado académico de Licenciado en Trabajo Social y al Título Profesional de Asistente Social. Es por ello que dicho estudio se enmarca en el Hospital de Día para Dependencias (HDD), perteneciente al Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso. El equipo de investigación debió poner en práctica todos los conocimientos adquiridos en su proceso de formación académica para dar vida al presente trabajo.

De esta manera, el Seminario de Título se enfoca en la temática de drogodependencias, específicamente en aquellos usuarios que egresaron del programa con altos niveles de logro o por derivación a otros dispositivos asistenciales o de rehabilitación. Con el objeto de comprender dicha situación en su totalidad, la presente investigación ha considerado una muestra que abarca a los egresados entre los años 2009 y 2011.

El equipo seminarista debió aproximarse a las diversas realidades de los egresados, recabando información por medio de una entrevista semi estructurada que buscaba recopilar información referente a la situación actual de los ex usuarios luego de sus egresos. En este sentido, lo fundamental era conocer si se había logrado una rehabilitación y reinserción social exitosa, posterior a la finalización del tratamiento.

Este Seminario se encuentra estructurado en seis capítulos, que otorgan orden y comprensión al proceso de investigación.

El Primer Capítulo, busca detallar diversos contextos sobre los cuales se desarrolla el estudio, con el fin de dar a conocer tanto las políticas como los lineamientos de acción. Junto con lo anterior, se detalla todo lo

relacionado con la temática de drogodependencia, específicamente en el HDD, donde se insertan las estudiantes seminaristas, proporcionando información respecto a la política que sustenta el área propiamente tal.

El Segundo Capítulo, hace referencia a la construcción del Marco de Referencia que dará sustento a la investigación, el cual pretende exponer los referentes conceptuales y teóricos que permitirán comprender de mejor manera la temática a abordar.

El Tercer Capítulo, consta de la Investigación Diagnóstica que representa las bases que las estudiantes seminaristas proponen para levantar la información. De acuerdo al problema detectado, se formularán las preguntas de investigación y los objetivos que otorgan dirección al presente estudio.

El Cuarto Capítulo, expone el Diseño Metodológico, el cual representa la manera de organizar el proceso de investigación, controlar sus resultados y presentar posibles soluciones a un problema que conlleva la toma de decisiones.

En el Quinto Capítulo, se analizarán e interpretarán los datos obtenidos a partir de las cuatro variables de investigación: Situación Familiar, Situación Ocupacional, Salud Física y Mental y Relaciones Interpersonales, para luego exponer las conclusiones y los principales hallazgos de la investigación.

El Sexto Capítulo, corresponde a la Propuesta de Intervención elaborada por el equipo seminarista a partir de los hallazgos y falencias detectadas luego del análisis de los datos. Se incluirán recomendaciones de mejora y perfeccionamiento.



Para finalizar, se concluirá en torno a tres áreas fundamentales de la formación profesional: el proceso llevado a cabo, el crecimiento como estudiantes y los aportes desde el Trabajo Social.

Luego se presentarán las referencias bibliográficas que otorgaron sustento teórico a la investigación.

Capítulo 1:

Marco

Institucional

*"No fue fácil llegar hasta aquí, bien lo sabes... ni lo será continuar, adentrarte, ante las decisiones que marcarán la existencia.
Damos pequeños pasos tac, tac, tac... pero todavía nos encontramos en el límite de la nada..."*

PRESENTACIÓN

El capítulo que a continuación se presenta, dará a conocer el contexto en el cual se enmarca el presente Seminario de Título, el cual proporciona el sustento y respaldo para poder llevar a cabo esta investigación.

El contexto institucional al cual se hace alusión corresponde al Hospital de Día para Dependencias (HDD), el cual es perteneciente al Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso. El HDD se dirige a responder las necesidades de usuarios con dependencia a drogas con un compromiso biopsicosocial de moderado a severo. La información contenida en este capítulo proporcionará los principales lineamientos y normativas de acción, las que enmarcarán y regirán la presente investigación.

En primer lugar, se abordará el contexto institucional del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, mediante aproximaciones y antecedentes históricos relevantes. Luego se presentarán antecedentes respecto a los parámetros exigidos por SENDA, entidad del Gobierno de Chile responsable de elaborar las políticas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción para las personas con consumo problemático de drogas y alcohol. Y finalmente, se hará referencia al contexto institucional del HDD, entregando detalladamente información sobre su accionar referido al consumo de estupefacientes.

1. CONTEXTO INSTITUCIONAL DEL SEMINARIO DE TÍTULO

El presente apartado tiene por objeto reconocer la institución donde se lleva a cabo el Seminario de Título de las estudiantes, junto a los correspondientes objetivos y principios que mueven el accionar profesional en su interior. Por lo tanto, se pretende contextualizar acerca de los principales lineamientos institucionales que configuran el Hospital Psiquiátrico del Salvador, institución en la cual se desarrolla el Programa Ambulatorio Intensivo.

1.1. Antecedentes Generales Hospital Psiquiátrico del Salvador, Valparaíso.

El Hospital Psiquiátrico del Salvador es uno de los cuatro hospitales a nivel nacional que se encuentran dedicados a la atención psiquiátrica, lo cual tiene como características la atención de patologías relacionadas con la salud mental, a través de modalidades de atención abierta y cerrada.

Conforme a las reformas de salud, se clasifica como Hospital de Especialidades, en patologías psiquiátricas, con la particularidad de contar con un policlínico adosado, es decir, este hospital no se clasifica según nivel de complejidad.



1.1.1. Identificación Institucional

Nombre Institucional : Hospital Psiquiátrico del Salvador

Tipo de Institución : Hospital de Especialidades en Patologías Psiquiátricas

Planta Directiva : Director Sr. Carlos Ortiz Cabrera.

Sub Director Médico : Sr. Raúl Cárdenas

Dirección : Carvallo N° 200, Cerro Playa Ancha. Valparaíso.

Teléfono y/o Fax : (32) 225-3041 - (32) 221-2160

1.1.2. Tipo de Atención

Atención Psiquiátrica Integral (Modelo Biopsicosocial de Atención);
Preventiva, Curativa y de Rehabilitación.

1.1.3. Cobertura

El Hospital Psiquiátrico atiende anualmente aproximadamente a unas seis mil personas con problemas de salud mental. Las patologías más frecuentes corresponden a: Esquizofrenia, Depresión, Psicosis, Trastorno Bipolar, Trastorno de Personalidad y personas dependientes de alcohol y drogas.

1.1.4. Radio de Acción

La institución depende de la dirección del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio (SSVSA), el cual comprende los siguientes sectores:

Valparaíso, San Antonio, Casablanca, Algarrobo, el Quisto, El Tabo, Cartagena y Santo Domingo. La población que corresponde al SSVSA, inscrita y validada, es de 389.989 personas, de los cuales 184.000 son hombres y 205.989 son mujeres (Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile., 2011).

1.1.5. Vías de Ingreso

Los pacientes son beneficiarios teniendo residencia fija dentro del sector asignado (independiente de su tipo de previsión) y son atendidos en base a planes individuales con sistema de trabajo mixto.

Formas de acceso a la atención cerrada:

a) Ingreso voluntario: Nace de un acuerdo libre e informado entre el paciente y su médico tratante, basado en la comprensión de la indicación médica y/o solicitud de la propia persona (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2000)

b) Ingreso no voluntario:

- Urgencia no voluntaria: Es la dispuesta por un médico, en la cual el profesional determina que el paciente se encuentra en una situación de crisis y que no es posible contar con su consentimiento (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2000)

- Resolución administrativa de internación: Es aquella que ha sido determinada por la autoridad sanitaria, a partir de la iniciativa de la autoridad policial, de la familia, del médico tratante (posterior a una internación voluntaria que no recupera el periodo de crisis y en donde el médico solicita la extensión de la internación a dicha autoridad), o de cualquier miembro de la comunidad, con el fin de internar o tratar a una persona, aparentemente afectada por trastorno mental, cuya conducta pone en riesgo su integridad y la de los demás, o bien, altera el orden o la tranquilidad en lugares de uso o acceso público (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2000).

- Vía Judicial: Es aquella dispuesta por resolución del Tribunal de Justicia de la jurisdicción Valparaíso - San Antonio y Viña del Mar - Quillota.

1.2. Principios Orientadores

Visión: Ser un Complejo Hospitalario de Psiquiatría y Salud Mental acreditado, que brinde atención oportuna e integral a personas con trastornos psiquiátricos a través de un trabajo interdisciplinario de excelencia, vinculado con la red de salud y la comunidad, para recuperar y/o estabilizar su estado de salud mental, promoviendo su inclusión familiar y social, además de ser Campo Clínico de docencia con énfasis en la investigación.

Misión: “Trabajar juntos por la salud mental de las personas”

Valores:

- Compromiso: Actitud personal de los miembros que componen la organización, desde un sentido de pertenencia, tanto en el quehacer como en las relaciones con y para los usuarios internos y externos de la institución.
- Equidad: Otorgar atención igualitaria y sin discriminación al usuario interno y externo de la institución.
- Respeto: Entendido como el compromiso de entregar un trato digno, ético y empático hacia el usuario interno y externo de la institución.
- Calidad: Entrega de un servicio integral y multidisciplinario, de acuerdo a la complejidad y necesidades del usuario.
- Innovación: Revisión, evaluación e incorporación de nuevas tecnologías, centradas en el campo clínico y en el crecimiento institucional, que permitan una mejor calidad en la entrega de los servicios y atención de los usuarios.

- Participación: Integración de todos los miembros que componen la organización y la comunidad, en el desarrollo de los procesos de una mejora continua en la atención y servicios entregados por la institución.
- Tolerancia: Entendida como la capacidad de la organización de autoevaluarse, con una actitud flexible, ante la crítica y los cambios, con el fin de mejorar y alcanzar la calidad en la atención y servicio para los usuarios internos y externos de la institución.

Promesas: “Dar satisfacción a necesidades de coordinación, capacitación y supervisión de la red y hacernos cargo de los casos clínicos más complejos en forma oportuna y digna.”

1.2.1. Política Institucional:

El Hospital Psiquiátrico del Salvador, se rige por las políticas de salud que determina el Ministerio, las cuales están destinadas a favorecer a toda la población de Chile, independiente del estrato social, grupo etario, etc. Contempla entre sus lineamientos, principios integradores dentro de los cuales se destacan la equidad, universalidad, calidad, derechos ciudadanos, participación comunitaria, entre otros.

1.2.2. Objetivo de la Institución:

“Otorgar tratamiento integral a personas con trastornos psíquicos, con el fin de alcanzar un nivel óptimo en el tratamiento, que beneficie al paciente en su recuperación y con ello logre desenvolverse en su medio familiar y social”.

1.3. Infraestructura

El Hospital cuenta con Portería, Unidad de Estadística, Contabilidad y Servicios Generales.

Las áreas de atención a pacientes, se reparten en seis edificaciones:

1. Unidad de Electroencefalografía (EEG), Policlínico, SOME y Oficina de Dirección.
2. Unidad de Mediana Estadía (UME).
3. Sala de Pacientes Agudos Femeninos (Sala Azúcar) y Unidad de Desintoxicación.
4. Sala de Pacientes Agudos Masculinos (Sala Valenzuela)
5. Unidad de Fármaco – dependencia.
6. La unidad más nueva de la institución, recién inaugurada durante el año 2011, alberga el área de pacientes Infanto Juvenil.

También es posible identificar la OIRS, la farmacia, la Unidad de Cuidados Especiales (UCE), la posta dental, la unidad de alimentación, el comedor, baños para el personal, la capilla, la cancha deportiva, el jardín infantil para hijos de funcionarios y la cafetería.

1.4. Antecedentes Históricos

A principios de 1800, el Cabildo de Valparaíso establece la necesidad de contar en la ciudad con un lazareto para el aislamiento de los enfermos de viruela, el cual fue situado, en primera instancia, en el Cerro Barón. Este

establecimiento, presentaba condiciones deplorables para el cuidado de los enfermos, por lo cual en 1860 don Juan Stiven presentó a la Junta de Beneficencia el plano y presupuesto para la construcción de un nuevo edificio en el sector de Subida Carvallo en Playa Ancha.

Es así como desde esta fecha comienza a funcionar el Lazareto de Playa ancha, ingresando entre 1865 y 1874, 7.163 enfermos de viruela. Posteriormente en 1895, el lazareto sufrió un cambio fundamental, instalándose 150 camas para enfermos de tuberculosis, además de disponer un pabellón para enfermos de difteria.

El 8 de abril de 1918, por primera vez en los registros de las sesiones de la Junta de Beneficencia de Valparaíso, el Lazareto de Playa Ancha aparece designado con el nombre de Hospital Psiquiátrico del Salvador.

Para 1940, el Hospital atendía a través de tres servicios, el primero referido a fisiología con 100 camas, el servicio de enfermedades infectocontagiosas agudas (60 camas) y el servicio de enfermedades venéreas. Durante los años siguientes, el Hospital Psiquiátrico del Salvador, se estableció como el eje del Centro de Salud Puerto, teniendo a su cargo consultorios en la parte alta de Playa Ancha y Laguna Verde.

Posteriormente, en 1969 termina su labor en el campo de las enfermedades infecciosas y es transformado en Hospital Psiquiátrico. Anterior a esta transformación, la atención a pacientes con esta patología se desarrolló en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar. La motivación para este traslado, está referida al aumento sostenido de la población psiquiátrica, pasando así a ser el Hospital Psiquiátrico del Salvador, la sede de todos los recursos psiquiátricos de Valparaíso, siendo su primer Director el Dr. Carlos Molinari Domínguez.

En sus primeros años, la orientación que presenta el Hospital apunta básicamente a la atención asilar de pacientes crónicos, los cuales pasaban una larga estadía en el Hospital. Posteriormente, en 1990, se crean los Hogares Protegidos, instancia que marca uno de los primeros pasos de la reforma psiquiátrica de la carta de Santiago en el plan de desinstitucionalización del hospital.

En el año 2000, surge el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el cual propone la transformación de los servicios de rehabilitación al servicio de psiquiatría de mediana estadía, buscando un trabajo de redes, que permitan la reinserción psicosocial del paciente.

En los continuos esfuerzos para modernizar la institución se han creado distintos programas de rehabilitación psiquiátrica-comunitaria, los que grafican el actual énfasis institucional y/o psicosocial, con acento en la reinserción social y familiar de los pacientes.

Actualmente el Hospital Psiquiátrico del Salvador, atiende a pacientes agudos que consultan por patologías psiquiátricas y por consumo de alcohol y drogas, ingresados voluntariamente, por resolución administrativa (resolución del servicio de salud determinada por sus propios familiares) o por orden judicial. Su atención se ubica a nivel terciario, es decir, apunta a la rehabilitación de las secuelas resultantes de algún trastorno mental. Cuenta con un Consultorio adosado, cuatro Hospitales Diurnos, además del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria ubicado en la subida El Peral.

1.5. Funciones de la Institución

El Hospital se divide en 4 áreas, dependiendo del tipo de atención que ofrece a sus pacientes:

1.5.1. Atención Abierta

Este tipo de atención se caracteriza por desarrollarse de forma ambulatoria, esto quiere decir que los usuarios que acuden a la institución lo hacen derivado a través de una interconsulta de Centros de Salud, en la medida que necesiten atención Psiquiátrica, pero que no requieren hospitalización. El equipo de trabajo encargado de ésta área la componen: Psiquiatras, Psicólogos, Asistentes Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Enfermeros y Auxiliares Paramédicos.

1.5.2. Atención Semicerrada

La atención está dirigida a personas que presentan problemas de adicción a estupefacientes, con o sin comorbilidad psiquiátrica, los cuales optan por participar en un programa de ocho meses de duración. Consiste en entrega de apoyo desde diversas dimensiones tales como: Psicoterapia grupal, individual, diversos talleres, apoyo familiar, entre otros. Esta modalidad de tratamiento incluye actividades para los pacientes y sus familias de lunes a jueves de 9:00 a 16:00 horas, su objetivo final ideal es el de la recuperación personal y social de la persona con problemas asociados al consumo de drogas.

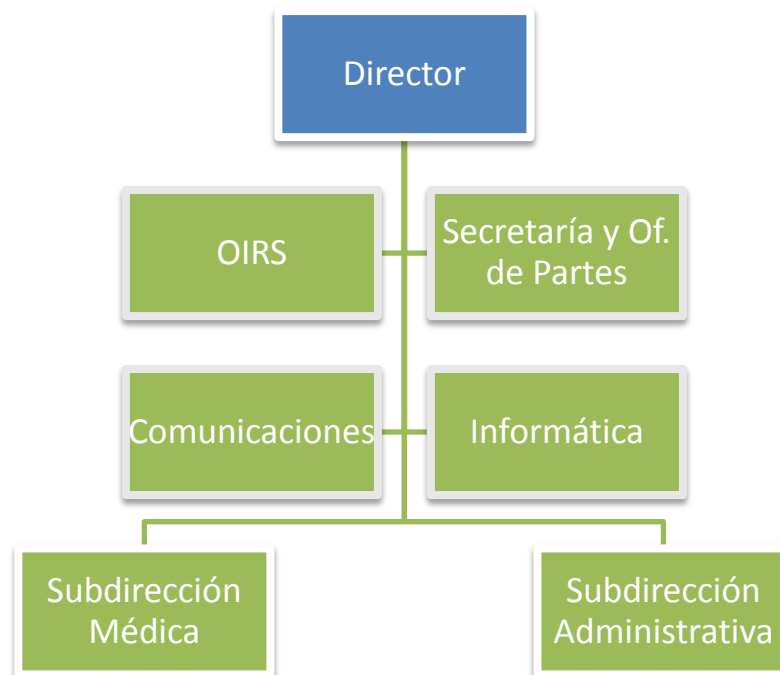
1.5.3. Atención Cerrada

Orientada a atender patologías graves, episodios agudos de descompensación que requieren de internación por un tiempo relativamente prolongado, según sea la evolución del paciente.

1.6. Organigrama General

La Estructura Organizacional del Hospital Psiquiátrico del Salvador, se divide en tres grandes áreas. La primera, referida a la Dirección del Hospital, incluye Secretaría y Oficina de Partes, la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), el Consejo Técnico y los Comités.

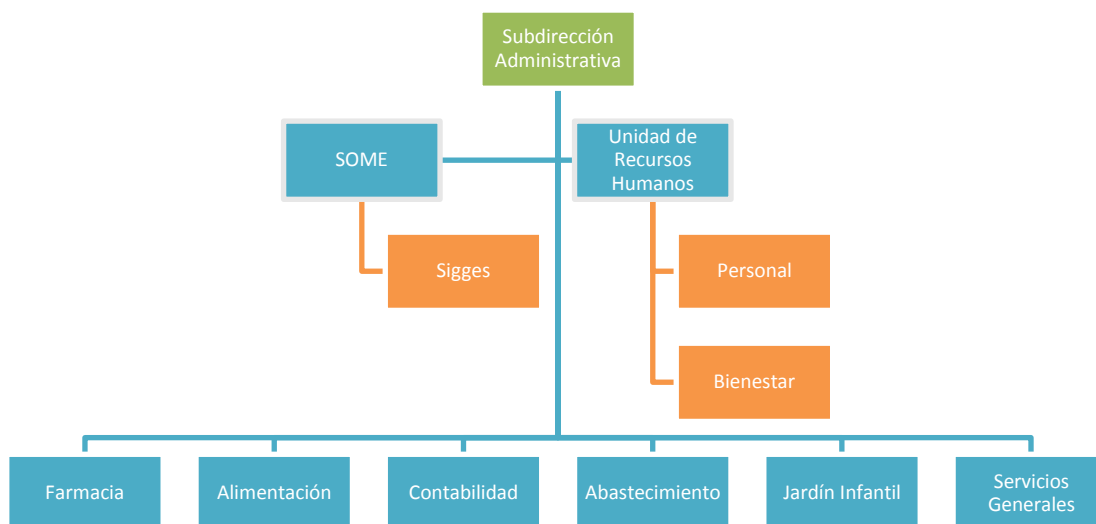
Ilustración N° 1. Organigrama Área de Dirección



Fuente: Dirección Hospital Psiquiátrico del Salvador, Valparaíso

Por otra parte, se encuentra la Subdirección Administrativa, dentro de la cual se encuentra la Unidad de Recursos Humanos, Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME), Alimentación, Farmacia, Abastecimiento, Contabilidad, Servicio Generales y el Jardín Infantil.

Ilustración N° 2. Organigrama Área de Subdirección Administrativa



Fuente: Dirección Hospital Psiquiátrico del Salvador, Valparaíso

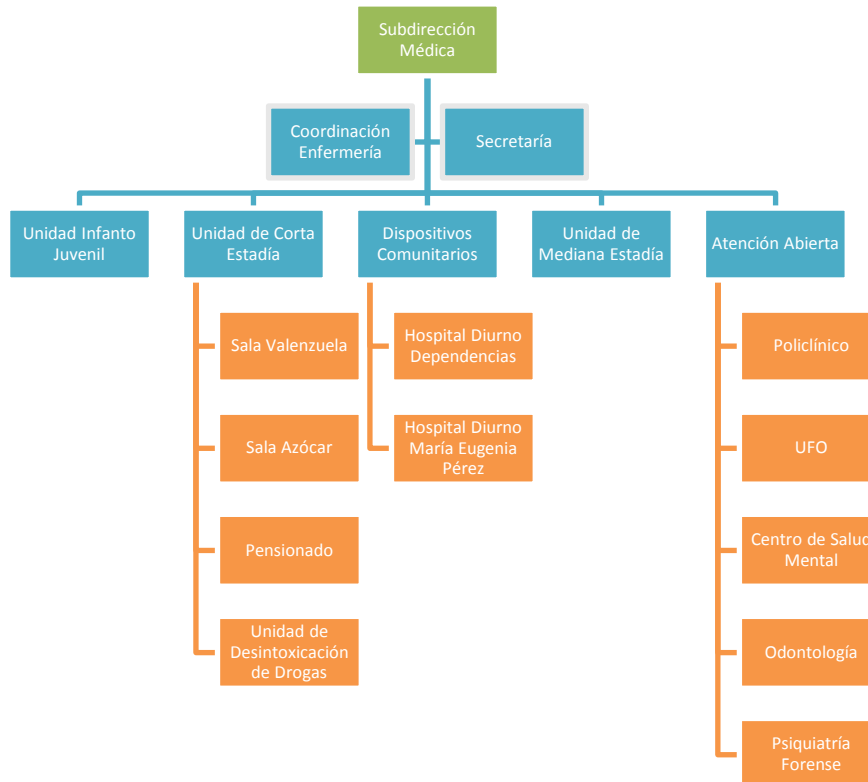
Finalmente, la tercera área corresponde a la Subdirección Médica, la cual se subdivide en Coordinación de Enfermería, Secretaria y cinco áreas de atención:

1. Unidad de Corta Estadía, la que se compone por la Unidad de Cuidados Especiales, Sala Valenzuela, Sala Azocar, Unidad de Desintoxicación.
2. Dispositivos Comunitarios, los que incluyen al Hospital Diurno María Eugenia Pérez, Hospital Diurno Dependencias y Dispositivos Residenciales.
3. Unidad de Mediana Estadía.

4. Atención Abierta, la cual comprende Policlínico, Unidad de Fármaco Dependencia, Centro de Salud Mental, Odontología y Psiquiatría Forense.

5. Unidad Infanto Juvenil

Ilustración N° 3. Organigrama Área de Subdirección Médica



Fuente: Dirección Hospital Psiquiátrico del Salvador, Valparaíso

1.7. Planes y Programas de la Institución

- Programa de Depresión en atención primaria, secundaria y terciaria, sólo en casos de depresión mayor.
- Programa Unidad Mediana Estadía (UME).
- Programa de Trastorno Psiquiátrico Severo.
- Programa de Alcohol y Drogas.

1.8. Recursos de la institución

- Recursos Financieros

El Hospital Psiquiátrico del Salvador posee dos fuentes de financiamiento: El primero corresponde a los recursos económicos designados por el Ministerio de Salud, y el segundo los proporcionados por la Servicio Nacional para la prevención tratamiento, rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, SENDA (ex CONACE) asignado a pacientes que están en tratamiento de drogas.

- Recursos Humanos

Ilustración N° 4: Dotación de Recursos Humanos.

DOTACIÓN PERSONAL DE PLANTA	N°
Odontólogo	1
Químico Farmacéutico	1
Nutricionista	1
Kinesiólogo	1
Directivos	2
Terapeutas Ocupacionales	4
Asistentes Sociales	7
Enfermeros	14
Psicólogos	15
Médicos	19
Administrativos	25
Auxiliares	41
Técnicos	53

Fuente: Hospital Psiquiátrico del Salvador, Valparaíso.

El recurso humano se concentra principalmente entre los técnicos y auxiliares, alcanzando un número de 94 funcionarios, de un total de 184 trabajadores que componen el personal.

- Recursos materiales:

- Servicios Generales: El Hospital Psiquiátrico del Salvador cuenta con: portería, OIRS, club deportivo, farmacia, oficina de abastecimiento, cafetería, capilla, camarines para el personal, radio, imprenta, cancha, oficinas de archivos, contabilidad y estadística.
- Atención Pacientes: En relación a la infraestructura de la institución, el Hospital Psiquiátrico del Salvador cuenta, para la atención de la población de corta estadía, con cuatro pabellones correspondientes a la Unidad de Cuidados Especiales, la Sala Dr. Valenzuela, la Sala Carmela Azócar con UDD, e Infanto Juvenil.

Conjuntamente, para la atención abierta posee un pabellón que alberga el Policlínico en su planta baja, y en su segunda planta a la Dirección del Hospital. Así también cuenta con tres pabellones que albergan la atención diurna de H.D M^a Eugenia Pérez, H.D de Dependencias y la Unidad de Fármaco Dependencia, que alberga la oficina de Psiquiatría Forense.

Finalmente, el Hospital Psiquiátrico cuenta con un pabellón destinado a la Unidad de Media Estadía.

2.- CONTEXTO PROGRAMÁTICO

El presente Seminario de Título se enmarca en el contexto institucional del Programa de Drogas y Alcohol desarrollado por el Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso quien, en convenio con el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de estupefacientes y alcohol (SENDA), ex CONACE, desarrollan una estrategia de trabajo orientada a tratar y rehabilitar a la población de la región involucrada en la problemática. Es por esto que, a continuación se expondrá el Marco Institucional de SENDA, sus lineamientos y estrategias de acción a nivel nacional, para posteriormente detallar el Programa en el cual se enmarca la investigación.

2.1. Antecedentes Generales Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Estupefacientes y Alcohol (SENDA)

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (ex CONACE) se crea mediante la Ley N°20.502 promulgada el 21 de febrero de 2011 por el Presidente Sr. Sebastián Piñera Echenique.

Su dirección entre el periodo 2012 y 2014 se desarrolla por la Socióloga, Sra. Francisca Florenzano Valdés, la cual junto a un equipo profesional multidisciplinario, se encarga poner en ejecución las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas y, en especial, en la elaboración de una estrategia nacional de drogas y alcohol (Ley N°20.502, del 21/02/2011)

El Marco Legal que sustenta el accionar de este servicio lo constituyen las siguientes leyes:

- Ley N° 19.925, publicada el 19 de enero de 2004, sobre expendio y consumo de bebidas alcohólicas; en la cual se regula el expendio de bebidas alcohólicas; las medidas de prevención y rehabilitación del alcoholismo, y las sanciones y los procedimientos aplicables a quienes infrinjan las disposiciones pertinentes.
- Ley N° 20.105, promulgada el 16 de mayo de 2006, la cual introduce modificaciones a la Ley N° 19.419 en materias relativas a la regulación de publicidad y consumo del Tabaco.
- Ley N° 20.000, publicada el 16 de febrero de 2005, que sustituye la Ley N° 19.366, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Dentro de esta ley destaca el Decreto Supremo N° 539 del año 2006, el cual asigna parte del Fondo Especial del Ministerio del Interior para financiar Programas de Prevención del Consumo de Drogas, Tratamiento y Rehabilitación de las personas afectadas por la Drogadicción, el cual es regulado mediante el Decreto Supremo N° 820 del 3 de febrero de 2012.

2.2. Estrategia Nacional

La Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol establece las líneas de acción que guiarán la labor del SENDA durante el período de los años 2011 a 2014. Esta persigue la disminución tanto de los índices de consumo como de los impactos sociales y sanitarios asociados al consumo de drogas ilícitas y alcohol. Fue desarrollada durante el año 2010 por equipos técnicos del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) y el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud.

Los objetivos de la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol, respecto del ámbito de las Drogas Ilícitas, son los siguientes:

- Reducir un 15% la prevalencia anual de consumo de marihuana en la población escolar
- Disminuir un 15% la prevalencia anual de consumo de pasta base en población vulnerable.
- Disminuir un 10% la prevalencia anual de consumo de cocaína en la población escolar.

En el ámbito del alcohol, las metas a lograr a marzo de 2014, son las siguientes:

- Reducir un 15% la prevalencia anual de consumo de alcohol en la población escolar.
- Disminuir un 15% la prevalencia anual de consumo de riesgo de alcohol en la población mayor de 18 años.
- Reducir un 20% los accidentes de tránsito vinculados al consumo de alcohol en población general. (Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014)

El Modelo de Acción que permitirá el logro de los objetivos planteados consiste en dos grandes ejes: Prevención y Recuperación, los cuales a su vez se despliegan en programas y acciones en los más diversos escenarios del contexto nacional.

En adelante se expondrán brevemente las áreas temáticas, dando mayor profundidad al área de Recuperación dado que es en ésta en la cual se enmarca el presente Seminario de Tesis.

2.2.1. Prevenir

El enunciado se define como “conjunto de procesos que promueve el desarrollo integral de las personas, sus familias y la comunidad, anticipándose a la aparición del problema o trabajando con y desde el problema, evitando la conducta de consumo, fortaleciendo factores protectores y disminuyendo factores de riesgo” (Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014:33)

Los objetivos planteados a nivel de prevención son: Evitar el consumo de drogas ilegales, Aumentar la percepción de riesgo de consumo de drogas y alcohol en toda la población infante adolescente y, Evitar el consumo de alcohol en menores de 18 años y el consumo de riesgo de alcohol en población adulta.

Sobre la base del escenario presentado y de la necesidad de impulsar programas efectivos, este sistema genera un Sistema Integrado de Prevención, llamado Chile Previene, el cual busca transformar la manera parcelada de ver la prevención de drogas y alcohol en una visión sistémica, integral y organizada, que tiene su expresión en los distintos ámbitos donde se desenvuelve la vida de las personas y en donde prevenir ha demostrado ser efectivo: Escuela, Comunidad y Trabajo. Es por esto que se abarcan los distintos escenarios donde transcurre la mayor cantidad de horas de vida de las personas y en donde se ha comprobado la efectividad de diferentes programas de prevención.

2.2.2. Recuperar

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el abuso y la dependencia de drogas y alcohol son enfermedades

crónicas tratables. El comprender el consumo problemático de drogas y/o alcohol como una enfermedad crónica o “evento de duración prolongada”, que permanece en forma manifiesta o latente en la vida de las personas durante gran parte de sus vidas, conlleva la necesidad de adoptar una visión en la cual se entienda la recuperación de un individuo con consumo problemático de sustancias, como un proceso cuyos logros van más allá de los objetivos terapéuticos clásicos y se enfoque en que la persona alcance la plena integración social.

El proceso de recuperación de una persona que presenta consumo problemático de drogas y/o alcohol, es una trayectoria que se debe enfocar en las necesidades de cada individuo, las que determinan sus requerimientos particulares de acceso a una serie de recursos y servicios que apoyen el proceso de recuperación.

Finalmente, el objetivo último del proceso de recuperación, es que la persona pueda desarrollar una vida libre de drogas y/o alcohol e integrada socialmente, en donde la rehabilitación clínica, pasa a ser uno de los componentes, entre otros tres más, que se señalan como parte clave de la recuperación: el bienestar o la calidad de vida; el involucramiento con la comunidad; y el ejercicio de los deberes y derechos ciudadanos de la persona.

Los criterios diagnósticos de abuso y dependencia de drogas y alcohol están centrados en la conducta adictiva y complicaciones derivadas del consumo, y no directamente en las cantidades de sustancia utilizada, de acuerdo a la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol existen diferentes criterios para evaluar el nivel de compromiso:

Consumo de riesgo: se entiende como aquel hábito de consumir que aumenta las probabilidades de presentar consecuencias negativas para la

persona, tanto en la salud como a nivel relacional, pudiendo ser una condición previa al consumo problemático.

Abuso de sustancias: definido -de acuerdo a la clasificación diagnóstica DSM IV- como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más problemas asociados, durante un período de 12 meses.

Consumo perjudicial: corresponde -según el CIE 10- a aquella forma de uso de sustancias que causa daño a la salud, el que puede ser físico o mental.

Dependencia: situación fisiológica en la que la persona ha desarrollado una adaptación o tolerancia al uso de sustancias, cuya suspensión brusca puede generar un síndrome de abstinencia. La dependencia puede afectar al organismo en general, denominándose en esos casos dependencia física, o bien a actividades específicas del sistema nervioso central (cognitivas, conductas repetitivas, etc.), denominándose en tales circunstancias dependencia psíquica. (Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014:44)

Las líneas de acción para el tratamiento de drogas y alcohol propuestas buscan asegurar la equidad en el acceso a una atención oportuna, integral y de calidad para la población con problemas en el consumo de drogas y alcohol. Para lograr este objetivo, se trabaja paralelamente en tres ámbitos diferentes:

a. Consolidación de un Sistema Nacional de Tratamiento de Calidad, ajustado a los distintos perfiles de personas con dependencia y abuso de drogas y/o alcohol, en la red de salud pública y privada solidaria preexistente. Desde las Normativas y Orientaciones Técnicas de SENDA, se proponen los siguientes Planes de Tratamiento y Rehabilitación a licitar por las distintas instituciones, orientados a distintos perfiles de personas con dependencia y abuso de drogas y/o alcohol:

- Plan de Tratamiento y Rehabilitación Ambulatorio Básico: Orientado a personas que presentan consumo perjudicial al consumo de sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado.
- Plan de Tratamiento y Rehabilitación Ambulatorio Intensivo: Destinado a personas con consumo perjudicial al consumo de sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado o severo, especialmente si presenta comorbilidad psiquiátrica o somática leve.
- Plan de Tratamiento y Rehabilitación Residencial: Destinado a personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial severo, especialmente si presenta trastorno psiquiátrico severo compensado.

b. Detección precoz e intervenciones breves en atención primaria y escuelas.

El objetivo es intervenir antes de que el problema se vuelva más complejo o se extienda a otras áreas, como el rendimiento laboral o escolar, y las relaciones sociales o familiares. Además, se desarrolla una línea especial para la detección precoz de consumo de sustancias en mujeres embarazadas, de manera de prevenir y evitar posibles consecuencias no deseadas en el recién nacido.

c. Posicionamiento del tratamiento de adicciones como alternativa efectiva de rehabilitación y sustitución de la privación de libertad: con esto se busca posicionar el tratamiento de adicciones como una alternativa efectiva a la privación de libertad.

2.2.3. Integrar

La integración de las personas que presentan consumo problemático de drogas y/o alcohol se entiende como parte del proceso de recuperación de estas mismas. Esta labor requiere poner especial énfasis en el trabajo a realizar para abordar los déficits más relevantes dentro de cada ámbito de las vidas de las personas en riesgo de pérdida:

- Social: necesidad de contar con el apoyo de la familia y de la comunidad.
- Físico: relevancia de contar con un lugar seguro para vivir y de los recursos económicos necesarios para sobrevivir.
- Humano: relevancia de mantener control sobre los logros de abstinencia, síntomas de la dependencia y los problemas de salud, de aumentar los niveles de capacitación y de estudios, y de desarrollar itinerarios laborales, entre otros.
- Cultural: participación ciudadana e involucramiento con su contexto inmediato.

Este proceso compromete tanto a la persona que necesita ser integrada, como a la comunidad y sociedad a la que se incorpora, e implica contribuciones y cambios mutuos y sistémicos para lograr la equiparación de oportunidades, a fin de permitir la plena participación.

El subsistema de integración se ha planteado los siguientes objetivos:

- a. Enseñar, reforzar y reparar aspectos de las distintas dimensiones de la vida en sociedad: autonomía, autoestima, vivienda, empleo, familia, participación, y todos los necesarios para la plena integración.
- b. Generar mecanismos y redes que permitan el acceso y/o la permanencia en el empleo, asegurar una vivienda, y mantener activas las redes sociales, familiares y de protección social.
- c. Promover la generación de un discurso público que facilite la integración de los consumidores problemáticos. (Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014:49)

Es en este contexto nacional, mediante un convenio de colaboración mutua entre SENDA, MINSAL y el Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso que se inserta el Hospital de Día para Dependencias, el cual se

rige de acuerdo a las Normas y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas. En adelante se profundizará en los estándares establecidos para su funcionamiento.

2.3. Hospital Día para dependencias: Planes Ambulatorios Intensivos del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

De acuerdo a las Orientaciones Técnicas de la Estrategia Nacional de Drogas (SENDA, ex CONACE), existen siete principios orientadores para el trabajo en el tratamiento con personas con consumo problemático y dependencia a drogas.

- 1.- Considerar al consumo problemático de drogas como un fenómeno multicausal y multifactorial.
- 2.- Aspirar a que las personas con consumo problemático de drogas suspendan el consumo y logren un estilo de vida alternativo, que favorezca la integración a una vida normalizada
- 3.- Adherir a la desestigmatización de la persona con consumo problemático de drogas en cuanto es un sujeto de derecho
- 4.- Valorar y considerar los logros parciales y el camino al bienestar
- 5.- Apostar por el acompañamiento terapéutico a las personas con consumo problemático de drogas, con un enfoque biopsicosocial de intervención comprensión del fenómeno.
- 6.- El acompañamiento terapéutico es ofrecido a través de planes de tratamiento, ajustados al más adecuado perfil de la persona y su problemática.

7.- Considerar básico para el trabajo con personas con problemas derivados del consumo de drogas, la existencia de una red asistencial coordinada y capaz de responder a las necesidades locales.

Estos principios se adhieren al propósito del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que tiene que ver con “Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas, y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”.

Se entenderá entonces el tratamiento de las drogodependencias como un “Proceso cuyo objetivo final ideal es la recuperación personal y social de la persona con problemas asociados al consumo de drogas, para que logre cambiar a un estilo de vida incompatible con el uso de éstas”. Para conseguir este fin, se generan respuestas a través de programas estructurados o modalidades de tratamiento, que consideren la adicción como un trastorno crónico que incluye todos los ámbitos de la persona y su contexto.

2.3.1. Programa Ambulatorio Intensivo implementado en el Hospital de Día para Dependencias del Hospital del Salvador de Valparaíso.

Esta modalidad de tratamiento es la adoptada por el Hospital Psiquiátrico del Salvador, creando un Hospital de Día para Dependencias que alberga a dos programas intensivos: Programa Ambulatorio Intensivo para Patología Dual (Programa Dual) y Programa Ambulatorio Intensivo para Personas con Consumo Problemático de Drogas (Programa Drogas).

Establece objetivos diferenciados para ambos tipos de tratamientos, los que se exponen a continuación:

- Objetivos del Programa Ambulatorio Intensivo para Personas con Consumo Problemáticos de Drogas:

Generales:

- a) Intervenir sobre los factores de riesgo de consumo a través de un trabajo terapéutico multidisciplinario, que permita facilitar la abstinencia y el proceso de cambio.
- b) Apoyar multidisciplinariamente la reestructuración de estilos de vida saludables para construir un proyecto de vida normalizado y/o adaptativo

Específicos:

- a) Estabilizar el cuadro de alteraciones biológicas, psicológicas, familiares y sociales que el consumo ha provocado en el usuario
- b) Realizar diagnóstico clínico y evaluación del compromiso biopsicosocial del usuario
- c) Apoyar la reestructuración de estilos de vida saludables en el usuario
- d) Identificar factores de riesgo de consumo para el usuario
- e) Fortalecer factores protectores que faciliten el proceso de cambio para el usuario
- f) Fortalecer y/o recuperar vínculos familiares y sociales del usuario
- g) Orientar y/o facilitar la integración socio ocupacional del usuario

- Objetivos del Programa Ambulatorio Intensivo para Personas con Patología Dual:

Objetivo General:

a) Apoyar en la estabilización del cuadro psiquiátrico y en la detención del consumo, con el fin de favorecer el proceso de rehabilitación.

Objetivos Específicos:

a) Realizar un diagnóstico integral de la condición dual y del grado del compromiso biopsicosocial

b) Identificar los factores del riesgo que provocan la desestabilización del cuadro psiquiátrico y el consumo

c) Intervenir sobre los factores del riesgo que provocan la desestabilización del cuadro psiquiátrico y el consumo

d) Lograr la reestructuración del estilo de vida hacia modelos más saludables

e) Promover la formación de vínculos familiares y comunitarios saludables

f) Educar acerca de los trastornos psiquiátricos severos y el consumo de sustancias

g) Desarrollar las habilidades sociales y el control y el control de impulsos que faciliten la convivencia y la abstinencia a drogas y/o alcohol

h) Desarrollar las potencialidades cognitivas, afectivas, artísticas y motoras, conducentes a aumentar el bienestar y el nivel de salud mental del usuario

i) Favorecer la integración socio ocupacional

2.3.2. Plan Terapéutico Implementado por el Hospital de Día para Dependencias del Hospital del Salvador.

El Plan Terapéutico aplicado consiste en el cumplimiento de una serie de etapas, estas están pensadas a partir de fundamentos teóricos basados en la evidencia. Han sido diseñadas a partir de un criterio temporal basado en las investigaciones científicas en torno a la rehabilitación, que señalan que la duración apropiada de un proceso de rehabilitación es de al menos 6 meses. Sin embargo la duración de las etapas puede variar caso a caso, ya

que el eje central que guía las intervenciones terapéuticas es el Plan Individual de Tratamiento, el cual se construye a partir de las características y realidades de cada persona.

EVALUACIÓN, lleva a cabo las siguientes acciones:

- Acogida con entrevista motivacional
- Diagnóstico biopsicosocial preliminar
- Derivación a plan de tratamiento
- Evaluación de adherencia
- Revisión del diagnóstico preliminar
- Screening drogas
- Taller de manejo de la abstinencia
- Confección de Plan Individual de Tratamiento con objetivos de Etapa de evaluación.

PRIMERA ETAPA, Constituye el periodo de intervención en el cual:

- Firma de Contrato Terapéutico
- Confirmación Diagnóstica
- Actividades terapéuticas individuales y grupales
- Psicoterapia individual y grupal

SEGUNDA ETAPA, es una etapa terapéutica intensiva y de preparación para la reinserción, en este momento del proceso se desarrollan:

- Actividades terapéuticas individuales y grupales
- Psicoterapia individual y grupal

- confección de proyecto de reinserción

TERCERA ETAPA, en esta fase final se busca la reinserción socio ocupacional, en la cual:

- Puesta en marcha del proceso de reinserción
- Desvinculación paulatina
- Disminución de la asistencia a tres días o menos, dependiendo del Proyecto de reinserción

En caso del Programa Ambulatorio Intensivo Dual, las etapas del Plan Terapéutico son las mismas, sin embargo, a este se van aplicando atenciones específicas que tienen relación con el cuidado de la patología psiquiátrica que aqueja al usuario.

2.3.3. Egreso

El egreso del paciente del programa se puede tipificar de la siguiente manera:

- *Alta terapéutica*: Suspensión de la asistencia por cumplimiento de los objetivos del Plan Individual y las etapas cronológicas establecidas en el programa.
- *Alta por incumplimiento de normas*: Suspensión de la asistencia por el incumplimiento de parte del usuario, apoderado o familiares de los deberes estipulados en el compromiso terapéutico.
- *Alta por abandono*: Suspensión de la asistencia al programa por 2 semanas sin justificar por parte del usuario y su familia, esto a pesar de las actividades de rescate realizadas por el equipo.

- *Alta por hospitalización:* Suspensión de la asistencia al programa por internación, ya sea en unidades del establecimiento o de otro hospital que se prolonguen por un mes o más. Si es menos tiempo, constituye una suspensión temporal del programa y no un egreso.
- *Alta por reinserción laboral:* Suspensión de asistencia por cumplimiento de los objetivos del plan individual, no así de las etapas cronológicas establecidas. Se da cuando se presenta una posibilidad concreta de un trabajo remunerado e impostergable para el usuario.
- *Alta por derivación a otro dispositivo:* Suspensión de la asistencia al programa por derivación a un dispositivo asistencial o de rehabilitación realizada por el equipo terapéutico.

El personal a cargo de la atención de ambos programas está constituido por: médico psiquiatra, enfermera, psicólogas, asistente social, terapeuta ocupacional, técnico paramédico, auxiliar de servicio, técnico en adicciones y monitores, quienes otorgan atención integral tendiente a satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de los usuarios en un ambiente terapéutico diseñado para favorecer la rehabilitación.

Finalmente, el Hospital de Día para Dependencias del Hospital Psiquiátrico del Salvador funciona en una planta física acondicionada para su propósito que cuenta con dos baños para usuarios, un baño para el personal, dos salas de uso múltiple, sala de enfermería, tres salas de atención individual, un repostero y un predio para cultivo hortofrutícola. Se utilizan además otras dependencias y espacios del Hospital Psiquiátrico del Salvador, tales como canchas, patios, salas de eventos y espacios comunitarios, si algunas actividades así lo requieren.

3. TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN

El área de Servicio Social dentro de la institución forma parte del equipo interdisciplinario que se preocupa de otorgar una atención integral a las personas que sufren patologías que afectan la salud mental de la población, ya sean psiquiátricas, dependientes al alcohol y/o drogas.

3.1. Objetivo del Trabajo Social en la Institución

“Otorgar una atención integral, eficiente y eficaz a aquellas personas afectadas por problemas de Salud Mental, procurando el desarrollo y/o restablecimiento de sus potencialidades para mejorar su calidad de vida, insertándolas o reinsertándolas en su familia y la comunidad, con el fin de restaurar sus redes sociales, a través de la atención de choque o tratamiento social con el equipo multidisciplinario dentro de la institución”.

3.2. Roles del Trabajo Social en la institución

Los diversos roles que cumple Trabajo social en la institución dependen directamente de la unidad en que se inserte como profesional y de las exigencias en que está presente, lo que da cuenta de la versatilidad que como profesional necesita para desarrollar las distintas tareas y responsabilidades que debe asumir, puesto que el trabajo con los pacientes requiere de una atención integral.

El rol profesional opera sobre la base de la delimitación de los 3 procesos que básicamente constituyen el trabajo psiquiátrico: El estudio

diagnóstico, tratamiento/rehabilitación y el seguimiento de los casos. Los principales roles se orientan a:

- *Educador Social No Formal:* Orientación e Información a familiares y pacientes en función de tres temáticas: La primera de ellas se refiere a la orientación e información respecto de los diversos niveles de atención y programas implementados por el Hospital, así como, su respectivo procedimiento para el ingreso a uno de ellos. En una segunda instancia, se refiere a la entrega de conocimiento respecto a la enfermedad psiquiátrica presentada, así como, a su tratamiento. Finalmente este rol implica la indicación de las redes y vínculos a los cuales les es posible acceder, a fin de dar un tratamiento integral a su patología.
- *Implementador de Políticas Sociales:* Articulación de las políticas de salud pública y salud mental, en base a la aplicación de los programas y actividades planificadas para ello. Tal rol facilita el acceso y vinculación de los pacientes y familiares del Hospital Psiquiátrico hacia los diversos servicios-beneficios destinados para alcanzar su bienestar mental, físico y familiar-social.
- *Investigativo:* Identifica y organiza la información familiar, laboral y social del paciente y su familia en el contexto de la institución. Para ello el profesional utiliza como principal técnica de investigación, la visita domiciliaria, en base a la cual en términos generales: Identifica al paciente y su grupo familiar; la respectiva situación previsional, económica, habitacional y detecta las respectivas redes familiares y/o comunitarias a las que accede o no.
- *Terapéutico:* Se trabaja en la creación de una conciencia de enfermedad del paciente y de su núcleo familiar más directo que le acompaña o con el cual vive, educándolos en el conocimiento, en la comprensión y en el tratamiento de la patología, a través de terapias psicoeducativas de pareja, familiares y grupales.
- *Coordinador:* Se coordina y se deriva con las diversas instituciones y servicios otorgados por el Hospital, así como, con los que proporcionan las diversas instituciones, organismos y grupos externos con los cuales éste se

vincula. A nivel interno, la coordinación se realiza en función del trabajo interdisciplinario que desarrolla el Trabajador Social en conjunto con Psiquiatras, Psicólogos, Médicos, Terapeutas Ocupacionales, Enfermeras, Paramédicos, entre otros. A nivel externo se refiere a la gestión, coordinación y vinculación de los pacientes y sus familias, con instituciones, organismos y grupos con los cuales les es posible acceder a fin de otorgar un tratamiento integral a su enfermedad y problemáticas familiares y/o socioeconómicas.

3.3. Funciones de Trabajo Social en el Hospital de Día para Dependencias

En el presente apartado se delimitarán las funciones del Asistente Social exclusivamente en el Programa Ambulatorio Intensivo, en el cual se enmarca el presente Seminario de Tesis, dado que es ése el contexto en el cual se delimita el accionar del Equipo Seminarista.

- Efectuar diagnóstico y evaluación social del paciente y su grupo familiar.
- Efectuar diagnóstico y evaluación del entorno del paciente, su familia y las redes sociales de apoyo.
- Participar de la elaboración y aplicación del Plan Individual de Tratamiento y Rehabilitación.
- Promover la participación activa de pacientes y familiares en el proceso de rehabilitación.
- Participar en reuniones clínicas-técnicas y de coordinación con instancias fuera de la red sanitaria.
- Efectuar visitas domiciliarias y rescate de pacientes.
- Derivar a los distintos dispositivos de la red según corresponda.
- Realizar la coordinación de los pacientes derivados a otros dispositivos.

- Efectuar y coordinar las reuniones de familiares.
- Realizar las labores de referente terapéutico con los pacientes que le sean asignados.
- Realizar intervenciones individuales propias de su disciplina que le solicite el equipo o los referentes.
- Coordinar las actividades de seguimiento en conjunto con los referentes.
- Asesorar al equipo en temas y tópicos de su disciplina.

3.4. Actividades realizadas por el/la Asistente Social en la Institución.

- Visitas Domiciliarias
- Consultoría
- Salida a Terreno
- Elaboración de Informes Sociales
- Entrevistas Individuales y familiares
- Trabajo en el Nivel de Caso y Grupo
- Coordinación intra y extra Hospitalaria
- Reuniones de grupo
- Reuniones de equipo Interdisciplinarias
- Talleres; entre otras.

3.5. Problemáticas Sociales más frecuentes

A partir de una atención psiquiátrica integral el Hospital del Salvador proporciona una atención biopsicosocial que principalmente atiende el área de rehabilitación y reintegración de los pacientes.

Las distintas áreas o unidades que se encuentran en el Hospital se enfrentan a problemáticas sociales muy similares, dentro de las cuales las más frecuentes son:

- Previsión Social.
- Problemas Laborales.
- Paciente abandonado por su familia o sin familiares presentes.
- Violencia Intrafamiliar y Maltrato.
- Disfunción Familiar.
- Problemas Conductuales.
- Problemas Socio-Económicos.
- Problemas Judiciales.
- Ausencia de Conciencia de Enfermedad por parte del Paciente y su Familia.
- Falta de Adherencia al Tratamiento.
- Limitados Cupos para la Derivación a Hogares Protegidos.

3.6. Niveles de Intervención Social

- *Nivel Caso:* Se realiza un trabajo de concientización de estado de enfermedad para con el paciente; se vincula y fortalece la relación del paciente con su Red Familiar y Social; y se efectúa una ayuda asistencial inmediata ante problemas inminentes.
- *Nivel Caso Familia:* Se trabaja en la creación de una conciencia de enfermedad del paciente en el núcleo familiar más directo que le acompaña o con el cual vive, educando a los miembros de la familia en el conocimiento, en la comprensión y en el tratamiento de la patología, a través de terapias psicoeducativas familiares y de pareja. Así mismo, se trabaja en la búsqueda de red familiar, en el reencuentro y en la vinculación entre paciente y familiar(es), particularmente cuando esta no existe explícitamente o no es clara su presencia para con el paciente.
- *Nivel Grupo:* Las psicoeducaciones de pacientes y grupos familiares están dentro de esta categoría, se efectúa un trabajo terapéutico grupal cuyo fin es principalmente desarrollar la Acogida y Referencia de los pacientes y sus familias, concomitantemente educarlos a través de un trabajo en grupo compuesto por personas con la misma problemática, ya sea que compartan igual diagnóstico y/o pertenecen al grupo familiar del paciente.
- *Nivel Comunitario:* Reciente nivel de intervención en el Hospital Psiquiátrico del Salvador, la cual consiste en mejorar la gestión en dos áreas de trabajo, la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias, y en el Consejo de Desarrollo Local, el que está orientado a re articular las redes de apoyo intra y extra institucionales, permitiendo así potenciar la participación ciudadana (Ortiz, 2002).

A continuación se expone Tabla de Vinculación con Redes Sociales.

Ilustración N° 5: Vinculación con otras instituciones y/o Redes Sociales

Beneficiado Institución	Pacientes	Familiares	Hospital
Club de Fármaco- Dependientes	✓		
Agrupación de familiares de discapacitados mentales AFADIS		✓	
Comité amigos del Hospital		✓	
Grupo AFADIS, Centro de Alumnos Escuela de psicología PUCV.			✓
Corporación Dr. Carlos Bresky.	✓		
Casa Club	✓		
Junta de Vecinos	✓	✓	✓
Hogar de Cristo	✓	✓	
Ejército de Salvación	✓		
Iglesia la Matriz	✓	✓	
Iglesia Medalla Milagrosa	✓	✓	
Registro Civil de Valparaíso	✓	✓	
Municipalidad de Valparaíso	✓	✓	✓
1.er Juzgado del Crimen	✓	✓	
Servicio de Investigaciones.	✓	✓	
SERVIU	✓	✓	
Secretaría Ministerial de Gobierno.			✓
Instituto de Previsión Social	✓	✓	
Agrupación de familiares De sala UME – HDS.		✓	
Agrupación de familiares de Patología Dual.		✓	
Agrupación de familiares Hospital Diurno Drogas.		✓	
Alcohólicos Anónimos	✓		
SERPAJ	✓	✓	
SEMDA	✓		✓
1º Juzgado Civil	✓	✓	
Escuela de Kinesiología PUCV			✓
Corporación de apoyo y ayuda al paciente Bipolar.	✓		
Escuela Enfermería UV.			✓
Club Nuevo Amanecer	✓		
Liga de Alcohólicos.	✓		
Renacer	✓		
Escuela Trabajo social UV			✓
Oficina municipal de intermediación laboral	✓		

Fuente: Srta. Patricia Osorio, Asistente Social del Hospital de Día para Dependencias

Antes de finalizar, es importante señalar que los parámetros institucionales señalados con anterioridad, durante los próximos meses



sufrirán cambios sustanciales, ya que actualmente se está trabajando en un proceso que promueve la sectorización del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

Capítulo 2:

Marco Referencial

*“...lo que hagas, lo que digas,
lo que sientas desde ahora más que siempre
abrirá un camino,
pero cerrará todos lo demás,
como órbitas opuestas que impiden el choque de
los astros,
galaxias en expansión que se alejan”*

PRESENTACIÓN

El presente capítulo corresponde al marco de referencia del Seminario de Título, el cual se configura como el sustento teórico de la presente investigación. Por medio del mismo se pretenden especificar teorías y/o conceptos que darán explicación a aquellas temáticas a tratar. Estas temáticas se han dividido en cuatro grandes áreas: drogas y drogodependencia, el modelo biopsicosocial, las variables de investigación desde un enfoque biopsicosocial (situación familiar, situación ocupacional, salud física y mental y relaciones interpersonales), y trabajo social en drogodependencias desde una perspectiva biopsicosocial.

De la misma manera, el marco de referencia permitirá dar un respaldo a todos aquellos hallazgos de la investigación, proporcionando los argumentos necesarios para dar significado a los antecedentes de mayor relevancia.

1. Introducción

Desde tiempos inmemoriales las drogas han existido. El hombre ha recurrido al uso de ciertas sustancias como medio para obtener sensaciones placenteras, para liberarse de determinadas molestias, o simplemente para facilitar el logro de objetivos sociales, religiosos, etc. Desde siempre ha existido una variabilidad en cuanto a los distintos grados de aceptación de ciertas sustancias en función de la naturaleza de la misma, de la región o país, la época, las circunstancias del uso y la dosis.

En tiempos pasados sólo algunas personas de las que consumían drogas con fines recreativos o de otro tipo llegaban a ser dependientes, pero en la actualidad hay una mayor difusión del uso de sustancias psicoactivas totalmente al margen de la utilización médica.

Por lo anterior, en el presente capítulo se darán a conocer conceptos y definiciones que permiten clarificar el tema drogas desde una perspectiva biopsicosocial, para analizar de forma integral los hallazgos realizados.

2. Drogas

De acuerdo a Jáuregui (2007), en las sociedades occidentales existen dos tipos de drogas, cada una de ellas con conceptos e implicancias totalmente diferentes.

En primer lugar, hace referencia a aquellos “productos que procuran un equilibrio psicológico con efectos secundarios “reducidos”, los cuales contribuyen a una mejora artificial, gracias a los medicamentos psicotrópicos,

fármacos o drogas, permitiendo así apaciguar la angustia, estimular el humor, reforzar la memoria, calmar las conductas agresivas, entre otros aspectos”. De este modo es posible modificar la conducta humana mediante las percepciones mentales, evitando peligros para sí mismo o para los demás. El consumo de estos productos ayuda a encuadrar a las personas como individuos “normales” con la asistencia de estas drogas cada vez más perfectas.

Por otro lado, existe un abanico cada vez más extenso de sustancias igualmente psicotrópicas, es decir, drogas cuya finalidad es igualmente la modificación de percepciones mentales, pero que, al contrario de las otras, han sido estigmatizadas. Su utilización conduce a la adicción y repliegue hacia el interior del ser humano. Esta genera una dinámica de desestructuración individual que tiene consecuencias sobre lo social, generando características a-sociales. (Jáuregui I., 2007)

Pese a lo anterior, el concepto de droga evoca con mayor frecuencia, y de una manera espontánea, distintos tipos de imágenes relacionadas principalmente con sustancias ilegales o que producen una alteración importante de los estados de conciencia y de la percepción de la realidad. No es habitual que este concepto se asocie a otras sustancias legales como el alcohol, café y tabaco, aunque también son drogas en un sentido estricto, ya que igualmente poseen un efecto psicoactivo como las drogas ilegales, y pueden ser tan dañinas como éstas.

A causa de las variadas definiciones y concepciones existe cierta confusión por la amplitud de este concepto, de allí que se entienda de modo tan diverso.

2.1. Definición de Droga según Organización Mundial de la Salud:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la droga como toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores. (Chacón M., 2004)

El Servicio Nacional para la Prevención y la Rehabilitación del Consumo de drogas y Alcohol del Gobierno de Chile (SENDA) establece que, para que ciertas sustancias sean consideradas como droga, deben cumplir con las siguientes condiciones:

- Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo)
- Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración por el placer que generan
- El cese en su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático o psíquico (dependencia física o psicológica)
- No tienen ninguna aplicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéutico. (SENDA, 2012)

Gracias a lo anterior es posible delimitar el Concepto de Droga a un universo más acotado, separándolo de aquellas de uso medicinal y aquellas consideradas lícitas. Sin embargo, la potencialidad nociva de las drogas aumenta dada la necesidad que esta genera de repetir su autoadministración, generando malestar físico o psicológico en caso de no

hacerlo, llevando a la persona a lo que los médicos desde el siglo XIII llamaron *adicción*.

2.2. Adicción:

El término *adicción* se utiliza desde los siglos XIII y XIX por médicos de la época para hacer referencia a la “*pérdida de control en el uso de sustancias psicoactivas, ya sea alcohol o drogas*” (Moral J., 2006:3) , esto hasta que hacia el año 1964 un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud propone sustituir el concepto *adicción* por *dependencia*, incluyendo así esta modificación en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales y del Comportamiento (DSM-III). Es así como se comienzan a distinguir dos niveles de relevancia clínica en el consumo de drogas: El *abuso* y la *dependencia*. (Moral J., 2006)

2.3. Abuso:

El concepto *abuso* etimológicamente proviene del latín “*abusus*”, de las palabras “*ab*” = contra y “*usus*” = uso. Es decir, un uso contrario al correcto o al indicado, se trata de “*cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general*”. (Latorre J. y otros, 2009:4)

2.4. Dependencia:

Como resultado del abuso, es decir, el uso compulsivo de una droga o fármaco, se desarrolla un “*estado de adaptación biológica/o, psicológica y*

social que manifiesta trastornos fisiológicos, moderados o intensos, como resultado de la suspensión de la sustancia” (Latorre J. y otros, 2009:8). Al estado de adaptación mencionado con anterioridad se le denomina *dependencia*, la cual tiene implicancias en tres ámbitos distintos del ser humano: ámbito psicológico, ámbito físico y ámbito social.

La *dependencia psicológica* es el deseo irresistible (estado de ansia o anhelo) de repetir la administración de una droga para: a) obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) y/o b) evitar el malestar que se siente con su ausencia. Por tanto, son las actividades de búsqueda de la droga por parte de la persona y la asociación de patrones de consumo patológico las que condicionan la dependencia. (Latorre J. y otros, 2009)

La *dependencia física*, que recibe hoy en día la denominación de neuroadaptación, es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Sus dos componentes principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo. (Latorre J. y otros, 2009)

La *tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo* son elementos claves que apoyan la idea de que los procesos de neuroadaptación se han iniciado. La tolerancia a las drogas es una manifestación más acentuada de la tolerancia farmacológica en general. Esta última se caracteriza por una disminución gradual del efecto de un fármaco tras la administración repetida de la misma dosis, lo que obliga a incrementarla para obtener el efecto inicial.

Cuando la administración de la droga se suspende bruscamente o se administra una sustancia antagonista, es decir, se rompe el vínculo droga-organismo, se presenta un cuadro denominado *síndrome de abstinencia*

agudo o de retirada, que se caracteriza por unas manifestaciones más o menos agudas de una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variable, según la droga, los cuales ceden con la administración de la droga o con sustitutivos farmacológicos que amortigüen el vacío a nivel de neuroreceptores que se produce. (Latorre J. y otros, 2009)

En general, la tolerancia, la dependencia física y el síndrome de abstinencia agudo son fenómenos biológicos. Son consecuencias naturales del consumo de una sustancia. Se pueden producir no sólo cuando se consumen drogas, sino cuando se consumen ciertos medicamentos, aunque sean prescritos en indicaciones médicas apropiadas y en dosis correctas. La administración prolongada de los mismos puede generar tolerancia y el cese brusco de su administración puede desarrollar un síndrome de abstinencia.

Un último tipo de dependencia está asociada al entorno, se denomina *dependencia social* y viene determinada por la “*necesidad de consumir la droga como signo de dependencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal*” (Latorre J. y otros, 2009:13). El abandono de la sustancia puede generar en el drogodependiente graves crisis relacionales capaces de provocar la reanudación de su consumo con el objeto de restablecer el equilibrio social en el que se encontraba confortable. (Latorre J. y otros, 2009)

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (DMS-IV), “la característica esencial de la *dependencia de sustancias* consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella”, y añade que “existe un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia”. En este sentido la dependencia no es absoluta, sino un elemento cuantitativo de distinta

magnitud, y en el extremo del espectro de la dependencia, se asocia a “consumo compulsivo”. (DSM-IV, 2000)

La OMS, en su clasificación CIE-10, designa todos los cuadros relativos al consumo de drogas de abuso como Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas (F10 a F19). La clasificación se expone a continuación:

Ilustración N° 6: Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas CIE-10.

- *F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas:*

F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.

F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.

F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.

F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.

F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.

F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).

F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.

F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.

F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.

- *F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.*

F19.0 Intoxicación aguda.

F19.1 Consumo perjudicial.

F19.2 Síndrome de dependencia.

F19.3 Síndrome de abstinencia.

F19.4 Síndrome de abstinencia con delirium.

F19.5 Trastorno psicótico.

F19.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.

F19.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F19.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.
 F19.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas sin especificación.

Fuente: CIE-10, 1992.

Pueden apuntarse, en términos amplios, una serie de criterios válidos para definir la adicción a drogas de abuso. A continuación, se expone un cuadro que expone los Criterios Diagnósticos según los diferentes instrumentos de clasificación actualmente validados y utilizados.

Ilustración N°7: Comparación entre los Criterios Diagnósticos DSM-III-R, DSM-IV y CIE-10.

DSM-III-R (1987)	DSM-IV (2000)	CIE-10 (1992)
ABUSO	ABUSO	CONSUMO PERJUDICIAL
(1) Uso continuado a pesar de conocer el trastorno derivado (1)		(1) Afectación de la salud física/mental (sobredosis, hepatitis, etc.)
DEPENDENCIA		DEPENDENCIA
(1) Uso reiterado en situaciones peligrosas (2) (2) Incumplimiento de obligaciones sociales o laborales (3) (patrón desadaptativo de consumo)		(1) Vivencia de compulsión (deseo irresistible) (2) Disminución de la capacidad de control (3) Prioridad en el consumo de la droga (4) Abandono de otros intereses o actividades (5) Persistencia en el consumo a pesar de conocer perjuicios
DEPENDENCIA		
(3) Ingesta en cantidad o tiempo superior al pretendido (1) (4) Deseo de abandonar o controlar el consumo sin éxito (2) (5) Inversión considerable de tiempo en la "droga" (3) (6) Desatención de otras obligaciones/actividades (familiares, laborales, sociales, etc.) (4) (7) Uso continuado a pesar de conocer los trastornos derivados (5)		
DEPENDENCIA FISIOLÓGICA		
(8) Tolerancia (6) (9) Síndrome de abstinencia (7)		

Fuente: "Drogodependencias" (Latorre J. y otros, 2009)

2.5. Drogodependencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Según la OMS la drogadicción o drogodependencia (nombre técnico) es un estado de intoxicación, que puede ser periódica o crónica, causado por el consumo reiterado de una droga. La persona que padece de esta enfermedad desea, necesita, y depende, de la droga a la cual se ha hecho adicta; y aún peor, tiende a aumentar la cantidad de dosis de la misma, debido a que la tolerancia de su cuerpo a esa sustancia también aumenta. (SENDA, 2012)

La aparición de dependencia a una droga, en una persona determinada, está en función de la acción conjugada de varios actores: *factores biológicos*, que pueden estar determinados genéticamente y que determinan la vulnerabilidad a la dependencia de las drogas; *variables psicológicas*, que influyen en las expectativas de los efectos de las drogas o modulen los efectos de las mismas; la *naturaleza del núcleo sociocultural general y del más inmediato* y, por último, *características farmacodinámicas de la droga en cuestión* en cuanto a sustancia empleada, cantidad utilizada, frecuencia del uso, vía de administración y finalidad. (Martínez M. y otros, 2002)

2.6. Formas de Consumo de Drogas

Según los autores Barrera y Ríos, se distinguen distintos tipos de consumos de Drogas, las dos primeras son formas *episódicas* y las dos últimas son formas *crónicas*:

2.6.1. Consumo Experimental: Las situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, de las cuales puede pasarse a un abandono de las

mismas o a la continuidad del consumo. La elección de la droga suele ser bastante indiscriminada y determinada por la oferta de los amigos o compañeros. Es un patrón inicial y común a todas las drogodependencias. Los motivos de este consumo es variado, entre ellos: curiosidad, presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo y búsqueda del placer y de lo desconocido.

2.6.2. Consumo Ocasional: Es el uso intermitente de una o varias sustancias, sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Su principal motivación es la integración grupal, a través de mayores niveles de desinhibición personal. Este consumo se caracteriza porque la persona discrimina cuál es el tipo de droga que prefiere y dónde quiere usarla.

2.6.3. Consumo Habitual: Supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a las otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee y las características de la persona o el entorno que le rodea. Es un consumo que tiene lugar a diario y presenta un doble propósito: por un lado aliviar el malestar psico orgánico que la persona padece y, por otro, mantener el rendimiento. Las alteraciones del comportamiento son menores; no obstante, la persona dedica gran parte de su tiempo a pensar en la droga, buscarla y auto administrársela.

2.6.4. Consumo Abusivo: Es un consumo muy intenso, que se produce varias veces al día. Existe un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a un sin número de consecuencias sociales. El individuo necesita la sustancia y toda su vida gira en torno a ésta, a pesar de las complicaciones que le pueda ocasionar. (Barrera M. y otros, 2007)

2.7. Tipos de Drogas

Existen variados criterios con los cuales se puede elaborar una clasificación de las drogas. El utilizado a continuación es el propuesto por el SENDA durante el año 2012:

2.7.1. Según sus efectos: De acuerdo a sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central, las drogas se clasifican en dos grupos: depresores y estimulantes; algunos autores agregan un tercer grupo denominado distorsionadoras y aquí incorporan los alucinógenos.

- Drogas Estimulantes: El mecanismo de acción de estas drogas, corresponde a un fenómeno de excitación sobre las neuronas (células cerebrales), estimulando el funcionamiento del organismo. Así, las personas que las consumen, estimulan superficialmente la agudeza mental y la actividad física; se sienten más alerta, con una sensación de euforia (alegría, exaltación), poseen mejor estado de ánimo y mayor energía, deteriorando la calidad de las funciones habituales.

- Drogas Depresoras: Los efectos de estas drogas son antagónicos a los estimulantes. Es decir, producen una inhibición en las células cerebrales, deprimiendo ciertas funciones del organismo. Actúan como calmantes o sedantes, pero a la vez fomentan en la persona un rol más pasivo, estando menos consciente de lo que sucede a su alrededor.

- Drogas Distorsionadoras: Producen cambios en la forma como se percibe y/o se interpreta la realidad. La persona entra en su propio mundo diferente de la realidad exterior, algo similar a lo que ocurre en las psicosis.

2.7.2. Según su potencia de adicción: La distinción más gruesa las clasifica en drogas blandas y drogas duras; se diferencian drogas que producen dependencia psíquica y drogas que producen dependencia física.

2.7.3. *Según su origen:* Se distinguen las drogas naturales y las sintéticas. También se utiliza el tipo de precursor que le da origen. De este modo, se distinguen las derivadas del opio (opiáceos), las del género cannabis, los anfetamínicos, benzodiazepínicos, bebidas alcohólicas, etc.

2.7.4. *Según su status legal y aceptación social:* Se diferencian drogas legales (tabaco, alcohol y tranquilizantes) e ilegales; drogas de uso social y drogas ilícitas. (SENDA, 2012)

2.8. Vías de Administración de Drogas

La vía de administración de la droga es un elemento muy importante porque tiene una consecuencia directa en relación a la mayor o menor rapidez con que se instaura la dependencia. Cuando es administrada por vías que producen efectos placenteros inmediatos y breves, su potencial de adicción es más alto. Existen cinco vías de administración:

- *Oral:* En forma de ingestión, mascado o sublingual. Es la vía más utilizada para el consumo de anfetaminas, LSD, barbitúricos, y en la actualidad, de drogas de síntesis. Es la única vía de consumo de alcohol.
- *Pulmonar:* La sustancia puede ser inhalada y/o fumada. Esta vía es característica de la nicotina, de la marihuana y del crack.
- *Nasal:* Requiere que la sustancia sea aspirada. Es la vía más utilizada para consumir cocaína; aunque prácticamente todas las drogas pueden ser consumidas por este medio.
- *Rectal o genital:* Aplicación de la sustancia sobre la mucosa anal o genital. Es una vía utilizada en el consumo de la cocaína y, también de la heroína.
- *Parenteral:* Implica el uso de una jeringuilla hipodérmica como utensilio imprescindible para la administración de la droga. La

administración por este medio requiere menor cantidad de droga para tener igual gratificación; además el efecto es casi instantáneo por esta vía. (Latorre J. y otros, 2009)

Una vez enunciadas las concepciones teóricas respecto de la drogadicción, es necesario precisar que en lo referente a la praxis, en el Hospital de Día para Dependencias del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso (HDD), en los procedimientos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación se aplica un Modelo Integrativo, el cual extrae concepciones teóricas de variados autores y tendencias. Sin embargo, dadas las características del presente estudio y, con fines metodológicos, es preciso alinearse con un modelo específico, siendo éste el Modelo Biopsicosocial, considerando que la problemática que aqueja a los usuarios del sistema posee influencias desde diversas áreas que se integran e interrelacionan. Es por ello, que el equipo de profesionales del HDD considera también que las estrategias de la intervención deben integrar aspectos de carácter médico, psicológico y del entorno social.

A continuación se exponen las concepciones teóricas que sustentan dicha decisión.

3. Modelo Biopsicosocial

3.1. Historia del Modelo Biopsicosocial

En el siglo XX nace un nuevo modelo, a partir de las investigaciones elaboradas por Von Bertalanffy, en la adaptación de la teoría general de sistemas a los sistemas biológicos por George Engel (Castillo C. y otros, 2005).

Es importante saber por qué y en qué momento nace dicho modelo frente al todopoderoso modelo biomédico implantado por unanimidad. En primer lugar hay que tener en cuenta el momento histórico y la coyuntura socio-económica que se vivía en aquel momento: existía un desarrollo nunca antes imaginado tanto a nivel social, ideológico y científico, sin embargo, a pesar de que el desarrollo de una ciencia se encontraba en expansión, en muchas ocasiones se desconoció o simplemente no era accesible para la mayoría; no hay más que centrar la atención en los países subdesarrollados. No obstante, la causa genésica principal radica en que a pesar del fenómeno biomédico metastatizante no existen pocas contradicciones, dentro del punto de vista socio-económico, depauperación y decadencia dentro del sistema que le dio vida. El capitalismo en su fase de imperialismo mundial.

De este modo, aparece en escena Engel oponiéndose al reduccionismo arrastrado por el modelo biomédico, atacando la línea de flotación de dicho sistema. En primer lugar pone de manifiesto la precariedad en lograr el diagnóstico y los agentes etiológicos, por lo que argumenta que es científicamente inadecuado. Por otro lado, realza que el pensamiento reduccionista biomédico puede herir sensibilidades de corte humanista y hacer caer al psiquiatra en una mayor reputación deshumanizada. (Castillo C. y otros, 2005)

Engel creía que todos los fenómenos importantes relativos a la salud participaban de aspectos biológicos, pero también psicológicos y de carácter social. Es importante recordar que en aquellos años la ciencia deja de separar para empezar a ensamblar, y así nace la ecología, la teoría del caos o, en el campo de la psicología, la terapia familiar sistémica. En todos estos casos se adivina el esfuerzo por dibujar un cuadro amplio de la realidad y descubrir relaciones inaparentes, por ejemplo, entre cáncer y estrés, personalidad y enfermedad cardiovascular, o asma y relaciones intrafamiliares. Engel no negaba que la corriente biomédica había aportado

grandes avances a la medicina, pero la criticaba – de manera brillante – por varias razones:

1. Una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad. Ésta aparece por la interrelación de diversas causas, no sólo moleculares, sino también psicológicas y sociales. A la inversa: de alteraciones psicosociales pueden derivarse enfermedades o «dolencias» que constituyen problemas de salud, incluso a veces con correlación bioquímica.
2. La simple anomalía biológica no arroja ninguna luz sobre la significación última de los síntomas para el paciente, ni asegura tampoco las actitudes y habilidades del clínico para recoger la información y procesarla de manera adecuada.
3. Las variables de índole psicosocial suelen ser importantes a la hora de determinar la susceptibilidad, gravedad y curso del padecimiento más biológico que pudiera considerarse.
4. La aceptación del rol de enfermo no viene determinado de manera mecánica por la presencia de una anomalía biológica.
5. El tratamiento biológico puede tener diversas tasas de éxito influido directamente por variables psicosociales, tal como deja patente el llamado efecto placebo, entre otros.
6. Además, la relación del profesional de la salud con el paciente también influye en el resultado terapéutico, aunque sólo sea por la influencia que pueda tener sobre el cumplimiento del tratamiento. (Borell F., 2002)

Así pues, desde el punto de vista de la psiquiatría, el modelo biopsicosocial se ve enfrentado en su desarrollo ante uno de sus principales dilemas: el dilema cartesiano mente versus cerebro. Esto se puede observar incluso en las distintas teorías antecesoras: neurobiológica, psicoanalítica, conductista del aprendizaje y social, todas ellas pretendiendo formar parte de un espejo completo que permita reflejar los fenómenos psíquicos a estudio. Cada una de ellas aporta su perspectiva desde el punto de vista del cual se basan. (Borell F., 2002)

La Teoría general de los sistemas ofrece un modelo de unificación al poder tener una perspectiva sobre el entendimiento de las personas en toda su complejidad y en interacción con el mundo a su alrededor. Esta teoría nace pues como una respuesta para contra atacar la prevalente tendencia occidental de hiperespecialización, con la inevitable consecuencia de la limitación y el encajonamiento del conocimiento a medida que se va aprendiendo más y más sobre menos.

Pero el inicio y el implantamiento de la teoría de sistemas no ha estado exento de numerosas dificultades como progenitora del modelo biopsicosocial. Como se menciona no es otro que George Engel quien acentúa el acercamiento entre el ser humano y la enfermedad basándose en sistemas integrados. El modelo biopsicosocial se deriva de la teoría general de los sistemas la cual, centrándose en la enfermedad, plantea lo siguiente:

- El sistema biológico tiene que ver con los sustratos anatómicos, estructurales y moleculares de la enfermedad y sus efectos sobre el funcionamiento biológico del paciente.
- El sistema psicológico relaciona los efectos de factores psicodinámicos, de la motivación y la personalidad sobre la experiencia y reacción a la enfermedad.
- Por último, el sistema social estudia las influencias culturales, ambientales y familiares en la expresión y experiencia de la enfermedad. Cada sistema afecta y está afectado por el resto de los sistemas, por lo tanto lo que propugna este modelo no es otra cosa que una comprensión global de la enfermedad. (Castillo C. y otros, 2005)

No obstante, antes que Engel ya hubo promotores de esta idea. Hay que destacar a Adoif Meyer quien dejó huella gracias a un primer esbozo de integración de ideas entre la ciencia y la mente. Meyer, en el ámbito de la

psiquiatría dio el primer paso, defendiendo su pensamiento a través de dos ideas nucleares:

En la primera argumentó que el problema mental de un paciente debe de estar en relación con su historia personal. Para Meyer lo importante era el conocimiento cuidadoso de los casos en su contexto biográfico, para de ese modo tener una visión privilegiada y así lograr encajar las múltiples piezas sintomáticas del paciente.

En segundo lugar, Meyer consideró que la enfermedad mental venía representada por una acumulación de reacciones "insanas" del medio ambiente hacia el usuario. Defendió la noción de esquizofrenia no como una enfermedad única e inmutable, sino como un conjunto de tipos individuales que tienen ciertas semejanzas generales. (Castillo C. y otros, 2005)

En este contexto parte el llamado modelo biopsicosocial.

3.2. Implicancias del Modelo Biopsicosocial

Actualmente, es cada vez más evidente que el modelo biomédico plantea una perspectiva reduccionista, que es insuficiente para explicar el fenómeno salud - enfermedad. La salud y la enfermedad no están conceptualmente separadas de la persona; ni ésta de su medio ambiente. Siempre, los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, están involucrados en niveles variables. La teoría general de sistemas y el modelo biopsicosocial, plantean un cambio del paradigma cartesiano y su traducción en el modelo biomédico; y son los fundamentos teóricos de la medicina familiar como disciplina.

Es por lo anterior, que actualmente el modelo que pretende el equilibrio entre las biociencias y los aspectos humanísticos es el biopsicosocial, que se funda en la teoría de sistemas y enfatiza las

interrelaciones esenciales entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud y de la enfermedad. Orienta las relaciones entre las ciencias básicas, desde los sistemas hasta las moléculas y las formas en que los fenómenos biológicos influyen las conductas y, por último, el contexto social en el que el paciente funciona. Quizás lo más importante es que el modelo enfatiza la influencia de los factores sociales y psicológicos sobre la biología de los sistemas, de las moléculas y sobre el mantenimiento de la salud, el desarrollo y curso de las enfermedades. (Fajardo G. y otros, 2006)

3.3. Características generales del modelo:

El equipo médico de la Pontificia Universidad Católica de Chile encargado del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria, basándose en los postulados de Engel para explicar el fenómeno salud – enfermedad, señalaron las principales características del enfoque:

- Se centra en el individuo. Define la salud como un proceso multidimensional, en el que interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. En este contexto, la tarea del médico no consiste sólo en curar la enfermedad, sino que, también, en cuidar la salud, considerando los factores ya señalados. El individuo es considerado como un todo.
- Es sistémico. Entiende los fenómenos complejos como un todo imposible de fragmentar. La enfermedad no puede ser separada del individuo que la padece: está dada por alteraciones bioquímicas y por la “vivencia” o dolencia de cada individuo.
- El médico no es “objetivo”. Participa del proceso salud - enfermedad, aportando sus conocimientos, creencias y contexto social y profesional.
- El médico requiere destrezas y conocimientos específicos para incorporar, en su quehacer habitual, las variables psicosociales, de manera científica. Debe ser un experto entrevistador, a fin de alcanzar la mayor efectividad de

su intervención. El médico actúa como facilitador de la curación del paciente. Estas destrezas no derivan simplemente de la “amabilidad”.

- La relación médico - paciente incluye a la familia. Los tres elementos interactúan recíprocamente: la familia constituye el marco de referencia del individuo. Su inclusión potencia al médico, al apoyar el proceso de curación del primero.
- El diagnóstico incluye aspectos biológicos, emocionales, culturales y sociales. Su contexto lo constituyen la estructura, las relaciones, el ciclo vital y el patrón de salud-enfermedad de esa familia.
- El problema es definido por el paciente. Puede abarcar cualquier aspecto de su vida y, siempre, es acogido.
- El tratamiento considera los recursos internos de las familias y los individuos, además del efecto terapéutico de la relación médico - paciente - familia. (Peñaloza B. y otros, 2001)

3.4. El modelo biopsicosocial en drogodependencias:

Llevado al ámbito de las drogas, este modelo entiende la drogodependencia como una conducta o hábito regulado por factores biológicos, psicológicos y sociales. Según este modelo, la conducta adictiva o drogodependencia no es una condición crónica del individuo, sino el resultado de la interacción de determinantes psicológicos, biológicos y sociales en un momento dado. Este modelo propone que puede haber recuperación en ausencia de tratamiento, a través del paso de un consumo de riesgo a uno de bajo riesgo o la abstinencia; sin embargo, reconoce que no todos los sujetos pueden modificar su comportamiento adictivo sin ayuda externa. (Henaó S., 2010)

La dependencia de las drogas es un complejo fenómeno biopsicosocial. Conforme la adicción se arraiga, la experiencia de la persona

se empobrece y el hábito dominante se convierte en el centro de su vida, afectando nocivamente la salud y conducta del individuo, incluyendo a la familia y muchas veces también a la sociedad. (García A., 2002)

Los individuos que caen en esta enfermedad son generalmente poco autónomos y de baja autoestima, con un deficiente autocontrol y poco eficientes a la hora de resolver los problemas por los cuales transitan. Una época de la vida humana en la cual es muy común la adquisición de esta enfermedad es la adolescencia; en ella los jóvenes ingresan al mundo de las drogas por distintos factores sociales, como por ejemplo: conflictos muy fuertes que no pueden superar (como la muerte de un familiar), como un medio de insertarse e integrarse a la sociedad (actualmente las drogas son una especie de moda muy peligrosa), para pasar su tiempo libre solos o con amigos, por los mensajes contradictorios de los medios de comunicación, por un contexto familiar poco estable, o por falta de educación por parte de la familia y de la sociedad en general. (SENDA, 2012)

Las consecuencias negativas asociadas a las adicciones afectan a muchos aspectos diferentes de la vida de una persona. Estas consecuencias son muy diversas y en distintos niveles de la vida del ser humano. Este fenómeno viene considerándose desde la década de los años setenta una auténtica epidemia y uno de los más grandes problemas sanitarios, debido al coste que representa en términos de vidas, comorbilidad con patologías somáticas y psíquicas, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad laboral, conflictos familiares, etc. (Latorre J. y otros, 2009)

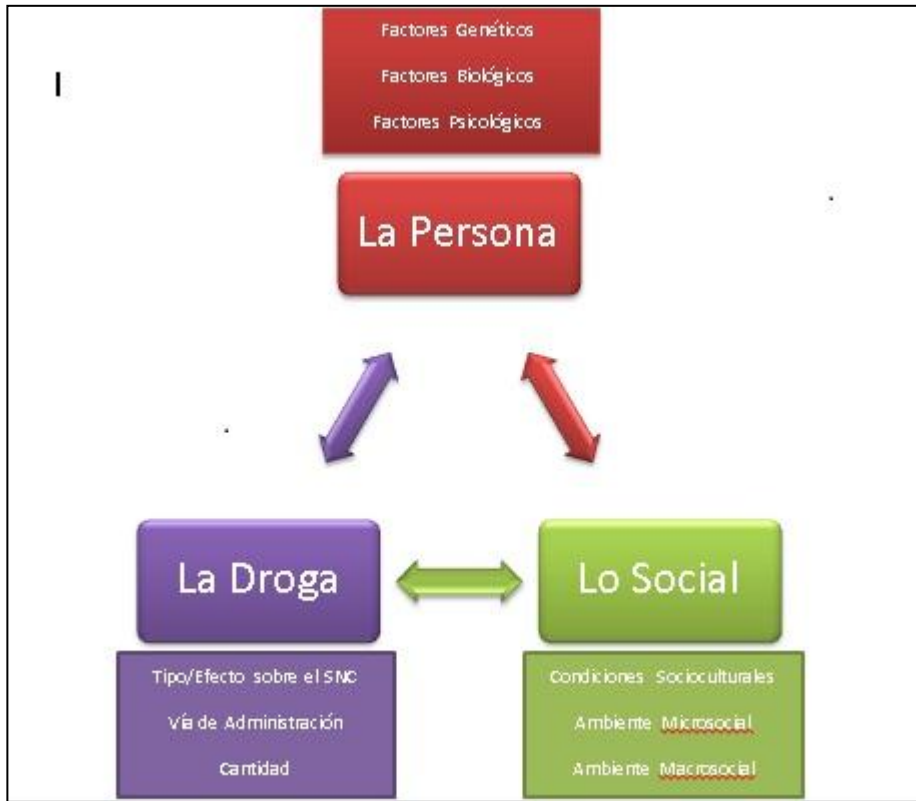
De acuerdo a Lorenzo y otros, entre las consecuencias biopsicosociales que las drogodependencias generan se encuentran las que siguen:

- *Reacciones antisociales*: El drogodependiente vive por y para la droga y hará todo lo posible por conseguirla, sin que existan para él barreras morales. Así, son frecuentes los hurtos, incremento de la agresividad,

tráfico ilegal, homicidios, prostitución, y estados de tensión social que generan accidentes, suicidios, conflictos familiares, laborales, etc.

- *Síndrome de déficit de actividad*: Con astenia, indiferencia, disminución o interrupción de la actividad motora, disminución o pérdida de capacidades cognitivas (deterioro intelectual), pasividad, apatía, aislamiento, abulia, etc.
- *Infecciones y disminución de las defensas*: Debido a la falta de higiene, la administración de drogas por vía inyectable puede dar lugar a cuadros infecciosos. Incluso en condiciones de asepsia, la administración de determinadas drogas llega a producir inmunodepresión aumentando la vulnerabilidad del drogadicto a otra enfermedad.
- *Peligro de sobredosis*: Este peligro existe especialmente en los drogodependientes a opiáceos por vía endovenosa, cuando se inyectan la dosis máxima de una fase anterior después de un periodo de abstinencia. La dosis elevada “normal” de un consumidor crónico, resulta excesiva después de un periodo sin consumirla y puede ocasionar la muerte por depresión respiratoria.
- *Riesgo de escalada*: Cuando se comienza el consumo de las llamadas “drogas blandas” o de sustancias legales como el alcohol, existe el riesgo de la escalada a drogas más activas y con mayor capacidad de producir dependencia.
- *Efectos tóxicos específicos*: Son los efectos característicos de cada droga o grupo de drogas en sí mismo.
- *Trastornos mentales inducidos*: El consumo de sustancias puede producir la aparición de síntomas característicos de distintos trastornos mentales. Por otro lado, debe tenerse presente que las personas con trastornos mentales también pueden ser consumidoras de sustancias, y debido a este consumo, presentar un trastorno mental, todo lo cual viene a complicar el curso y tratamiento de la patología psiquiátrica de base. (Latorre J. y otros, 2009)

Ilustración 9: Aplicación del Modelo Biopsicosocial en Drogadicción.



Fuente: "Drogodependencias", Latorre J. y otros, 2009.

De acuerdo a lo analizado con anterioridad, el modelo biopsicosocial se desarrolla en tres ámbitos de acción distintos: el aspecto biológico, el aspecto psicológico y entorno social en el cual se insertan las personas. Dichos aspectos se encuentran íntimamente interrelacionados entre sí y se manifiestan en diversos ámbitos del desarrollo humano.

Según el equipo profesional del HDD, los ámbitos que retratan de modo más fidedigno la información respecto de la situación actual de los usuarios egresados, ya sea por alta terapéutica o alta por derivación, del sistema, son cuatro: situación familiar, situación socio ocupacional, salud física y mental y relaciones interpersonales. Por lo tanto, éstas son las variables que en el presente estudio interesa definir, investigar y

posteriormente analizar para extraer la situación actual, desde una perspectiva biopsicosocial.

Es por ello que a continuación se expondrán las concepciones teóricas que definirán las variables y sus respectivas categorías de análisis con las cuales se trabajará.

4.- Situación Familiar desde una perspectiva Biopsicosocial

Dado que la persona es un ser biopsicosocial, es importante conocer las características del entorno más cercano en el cual se desenvuelve, para esto, a continuación se profundizará en el concepto *Familia* y sus implicancias desde una perspectiva biopsicosocial.

La familia es un grupo de personas relacionadas por la herencia, como padres, hijos y sus descendientes. Se da también por el vínculo y las relaciones de parentesco, así como los roles que se desempeñan. El término a veces se amplía, abarcando a las personas emparentadas por el matrimonio o a las que viven en el mismo hogar, unidas afectivamente, que se relacionan con regularidad y que comparten los aspectos relacionados con el crecimiento y el desarrollo de la familia y de sus miembros individuales.

De acuerdo a Zurro, hacia el año 1999, por *Familia* se entiende “la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo hogar” (Álvarez A. y otros, 2004:12)

La familia es un sistema complejo, a la vez viviente y humano, en interacción permanente con su medio ambiente (escuela, iglesia, familia extendida). Posee una estructura organizada y jerarquizada, y presenta una organización tridimensional: biológica, social y psicológica. (Zavaleta A., 2001)

La concepción sistémica de la institución familiar la plantea como un subsistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en el que cada uno de sus integrantes interactúan como microgrupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia. Un sistema debe tener una estructura tanto para sobrevivir como para cumplir sus metas y funciones. Como en todos los sistemas sociales, la estructura de la familia es la organización de las relaciones entre sus partes.

De acuerdo a lo planteado por la autora Nydia Aylwin, en la familia se identifican 3 subsistemas clásicos:

- *Subsistema Conyugal:* Constituido por un hombre y una mujer que han decidido formar una familia. Este subsistema es de vital importancia en la constitución y mantención de la familia para lo cual los cónyuges necesitan desarrollar la complementariedad y la aceptación mutua entre ambos.
- *Subsistema Parental:* Se constituye cuando la pareja conyugal tiene hijos, lo que supone que debe diferenciarse para asumir la tarea de crianza. Deben agregar a sus tareas conyugales la vital tarea de formar personas.
- *Subsistema Fraternal:* Compuesto por los hermanos. En este subsistema los niños aprenden a compartir, pelear, negociar, ejercer poder, entre otras experiencias sociales. (Aylwin N. y otros, 2003)

Todos los sistemas tienen límites que señalan quién está dentro y quién está fuera del sistema. El límite del sistema, desde el individual al familiar, es la discriminación que este realiza entre lo que le pertenece y lo que no forma parte de él. Están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera, y tienen por función proteger la diferenciación del sistema o los subsistemas.

Existen tres tipos de límites: Los *límites abiertos, claros o permeables*; los *límites cerrados, rígidos o impermeables* y los *límites difusos o azarosos*. Las familias se mueven en un continuo que va desde familias con límites difusos hacia el interior, y muy rígidos a su exterior, a las que se denomina *familias aglutinadas*: estas familias tienen pocos intercambios con el medio, tienden a satisfacer las necesidades emocionales y proteger a sus miembros sólo con sus recursos internos. En el otro extremo está la *familia desligada*, la cual presenta límites rígidos al interior, en ella cada miembro se comunica poco con los otros y sus necesidades emocionales las satisface principalmente al exterior de la familia. (Aylwin N. y otros, 2003)

La importancia de los límites en el sistema familiar radica en que si son demasiado cerrados, el sentido de la familia disminuye y sus miembros no se ofrecerán entre sí suficiente apoyo; si los límites de los subsistemas son demasiado laxos, estos no tienen suficiente autonomía para cumplir sus funciones. Es por ello que en una familia es importante poseer límites claros, en los cuales la comunicación y el apoyo en su interior contribuyan al crecimiento, y su relación con lo externo al núcleo familiar.

La familia es el primer elemento socializador, en cuyo seno se educa y forma al individuo, para que sus miembros sean capaces de desarrollarse y ser personas autónomas, que puedan enfrentarse e integrarse a la vida (Álvarez A. y otros, 2004). Es una forma de organización grupal intermedia entre la sociedad y el individuo, es decir, responde a la clase social a la que pertenece, por tanto, la participación de sus miembros en el proceso

productivo está acorde a la forma de organización social. Además, cumple funciones vitales que otros grupos no pueden llevar a cabo tan eficazmente. Dichas funciones comprenden: la relación sexual, la reproducción, la educación y la subsistencia.

De acuerdo a los autores Ortiz, Lauro, Jiménez y Silva hacia 1999, las familias cumplen funciones económicas, biológicas, educativas y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales, a través de las cuales se desarrollan valores, creencias, conocimientos, criterios, juicios, que determinan la salud de los individuos y del colectivo de sus integrantes (Hidalgo C. y otros, 2004). Finalmente, se concluye que a pesar de que la familia es el primer elemento sociabilizador, en cuyo interior se educa y forma al individuo, su funcionalidad va a permitir que los miembros sean personas autónomas, capaces de enfrentarse e integrarse a la vida, teniendo una influencia gravitante en la aparición y mantenimiento de problemas de consumo. (Zavaleta A., 2001)

En el caso de familias con integrantes de tendencia drogadicta, las relaciones familiares cumplen un importante papel. Las perturbaciones de la individuación relacional se manifiestan en los drogadictos sobre todo en dos ámbitos:

- En su menguada capacidad para hacer suyos determinados sentimientos desagradables y convivir con ellos, sobre todo con enojos, soledad y aburrimiento prolongados.
- Guiarse a sí mismos con responsabilidad propia y orientada hacia el futuro.

Esta perturbación de la individuación, casi siempre se ve acompañada de una correspondiente perturbación del sistema familiar. Los modos de interacción que se encuentran pueden estar caracterizados tanto por una ligazón extrema cuanto por una expulsión (Zavaleta A., 2001).

De acuerdo a Valdés, Serrano y Florenzano, la mayor parte de las investigaciones apuntan a evidenciar que las características familiares se convierten en un factor de protección o de riesgo frente a las condiciones de salud de los individuos, desde un punto de vista biopsicosocial. De este modo, la disfuncionalidad familiar estaría relacionada con la emergencia de trastornos de salud física y mental, lo que se observa a manera de ejemplo en la influencia que ejercen las relaciones conflictivas entre los padres sobre las conductas de riesgo de sus hijos (Hidalgo C. y otros, 2004).

Aunque aún no existe suficiente convergencia sobre la conceptualización y caracterización del funcionamiento familiar, entre los aspectos que determinan su funcionamiento, los que serán considerados en la definición del término *Situación Familiar*, se encuentran:

Composición Familiar: Se determina respecto de la tipología correspondiente a la familia, entre las que encontramos:

- *El hogar unipersonal*, consiste en el hogar integrado sólo por una persona.
- *La familia extensa*, la cual incluye a individuos de más de dos generaciones que tengan representantes vivos.
- *La familia nuclear*, constituida por una pareja casada y/o con hijos.
- *La familia nuclear ampliada*, en estas se incluye a otras personas, que pueden tener algún vínculo consanguíneo o bien no tenerlo.
- *La familia reconstituida*, en esta familia dos personas deciden tener una relación formal de pareja y forman una nueva familia, y al menos uno de ellos incorpora un hijo de una relación anterior.
- *Familia de unión de hecho*, es decir, la familia nuclear, pero sin nexos legales.

- *La familia monoparental*, en la cual existe sólo padre o madre. (González F., 2007)

Etapas del Ciclo de Vida Familiar: De acuerdo a Sonya Rhodes, este aspecto explica los procesos de desarrollo de cada familia en el tiempo, especificando sus etapas. Cada una de ellas es caracterizada por un promedio expectable de crisis familiar, que es básicamente una crisis transicional, producida por la convergencia de procesos biológicos, sociales y psicológicos.

- *Inicio del matrimonio*, corresponde a la primera fase de la formación de una relación de pareja estable y precede a la llegada de los hijos. En esta etapa la mayor dificultad la constituye el logro de la intimidad, superando la idealización o desilusión.
- *Enfrentando el convertirse en padres*, es el periodo que transcurre desde que nace el primer hijo hasta que el hijo menor ingresa a la educación básica. En esta etapa los padres deben reorganizar el funcionamiento familiar en torno a las necesidades de los hijos. El mayor desafío reside en el desarrollo de patrones de apoyo para todos los miembros de la familia, superando el agotamiento y autoabsorción de los miembros del grupo familiar.
- *Cuando los hijos van a la escuela*, abarca el periodo que transcurre desde que el hijo mayor ingresa al sistema escolar hasta que se convierte en adolescente. En esta etapa el mayor desafío consiste en apoyar y fortalecer el proceso de individuación de sus hijos fuera del núcleo familiar.
- *Familias con adolescentes*, la principal tarea de la familia es establecer una nueva relación padres - hijos, y desarrollar una habilidad de flexibilizar los límites lo suficiente para que el adolescente pueda tener la libertad que necesite, sin dejar por ello de ejercer su rol de padres.

- *La reducción de la familia por la partida de los hijos*, denominada también como “síndrome del nido vacío”, consiste en el periodo en que los hijos van abandonando progresivamente el hogar familiar. La tarea principal es permitir la partida de los hijos como resultado de un proceso natural.
- *El nido vacío*, la pareja vuelve a quedar sola por la partida de los hijos, pero el marido o ambos mantienen una vida laboral activa. La principal dificultad radica en la tarea conyugal de acercarse el uno al otro y renegociar una relación despojada del rol de padres y, por otro lado, el establecimiento de una relación entre padres e hijos que sea capaz de soportar las modificaciones producidas por sus respectivos cambios de status.
- *La conjunción de tres generaciones*, destaca la continuidad de la vida familiar, la familia de padres e hijos se extiende a tres generaciones. Para los padres la mayor tarea es ser coherentes con las elecciones que han ido haciendo a lo largo de sus vidas, enfrentando las diversas pérdidas que experimentan y la inevitabilidad de la muerte. (Aylwin N. y otros, 2003)

Procesos del sistema familiar: El intercambio entre los sistemas familiares es mantenido, cumplido y controlado mediante estos procesos familiares:

- *Comunicación*, hace referencia a la forma como se transmite la información y a los efectos de sus contenidos y de sus formas de transmisión entre los integrantes del grupo familiar. Constituye el intercambio de información significativa entre los miembros de la familia, se expresa tanto en la conducta verbal como en la no verbal.
- *Reglas o normas familiares*, prácticamente todo en las familias está regulado ya sea explícitamente o en forma implícita. Los miembros de la familia “saben” cuáles son las reglas que rigen en su familia, estas dicen relación con prácticamente todos los ámbitos de la vida familiar.

- *Roles*, cada individuo indaga, busca y negocia su lugar en el sistema familiar de modo que su personalidad pueda ser confirmada por la familia, compatible con sus necesidades y en forma óptima con el afianzamiento familiar. Los roles formales son aquellos que todas las culturas reconocen como típicamente familiares: padre, madre, hijo, abuela, nieto, etc. Haciendo referencia a ideas compartidas acerca de lo que debe ser dicho rol. Los roles informales corresponden a comportamientos que aluden al papel que una persona asume en su familia y que contribuyen al desarrollo y algunas veces a la sobrevivencia de la familia. (Aylwin N. y otros, 2003)

En resumen y respecto de los procesos familiares mencionados, es preciso señalar que mientras más congruencia exista entre la comunicación, los roles y las reglas de un sistema familiar, más adecuado será este.

5.- Situación Ocupacional desde una perspectiva Biopsicosocial

Desde la etimología, se entiende que la ocupación es la acción y efecto de ocupar u ocuparse. El término, que proviene del latín “*occupatio*” se utiliza como sinónimo de trabajo, oficio, empleo y actividad. Nace de una tendencia innata y espontánea, siendo un aspecto central de la experiencia humana.

Se entiende por *Ocupación* al “*grupo de actividades que tiene un significado personal y sociocultural para las personas. La ocupación está determinada por la cultura y promueve la participación en la sociedad*” (Corregidor A., 2010), se define además, como todo comportamiento motivado intrínsecamente por la búsqueda consciente de ser efectivo en el

ambiente, encaminado a satisfacer roles individuales formados por la tradición cultural y aprendidos a través del proceso de socialización.

Dentro de las implicancias que le caracterizan, se encuentran:

- Da significado a la vida.
- Es un determinante de la salud y el bienestar.
- Organiza el comportamiento.
- Cambia a través de la vida.
- Da forma y es moldeada por el medio ambiente.
- Posee valor terapéutico. (CONACE, 2004)

La ocupación incluye un contexto personal, espacial y temporal, y un entorno donde ésta tiene lugar, y a través de ella el ser humano crece, se desarrolla, se conoce y construye su identidad personal y social. Para la clasificación y el estudio de las ocupaciones que puede desempeñar el ser humano, de manera tradicional se ha optado por una, realizar una división en tres *niveles de áreas de ocupación* definidos según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional:

- *Actividades de la Vida Diaria*: abarcan el autocuidado, las tareas domésticas, el mantenimiento del espacio vital, el manejo y mantenimiento de los recursos económicos y aquellas conductas adecuadas para el acceso a los distintos recursos del entorno (compras, desplazamientos, viajes).
- *Actividades Productivas*: actividades de trabajo remuneradas o no, es decir, aquellas que proporcionan un servicio a la sociedad (a un miembro, a varios o al conjunto). En esta área de ocupación se encuentran aquellas actividades encaminadas a conseguir un empleo o actividades de voluntariado con remuneración (económica o social).

- *Actividades de Esparcimiento*: actividades llevadas a cabo por propio gusto, como celebrar, participar en juegos, deportes, o cultivar pasatiempos. Constituye cualquier actividad que puede surgir de manera espontánea o no y que provoca sensaciones de disfrute, entretenimiento, diversión y pasatiempo para la persona que la realiza. (Allan A. y otros, 2005)

El ideal ocupacional se ve reflejado por un equilibrio, el cual corresponde a una distribución balanceada de tiempo entre actividades de la vida diaria, productivas, esparcimiento y descanso. Este equilibrio se manifiesta también cuando las habilidades coinciden con la ocupación, el deseo y las necesidades del individuo y de su ambiente.

La ocupación entendida como una *forma de alcanzar estados de salud y bienestar* más aceptables, se basa en los siguientes principios:

- *Ocupación - Identidad*: directamente relacionada con el concepto de rol. El individuo forja su identidad en función de los roles principales que desempeña en su vida. El desempeño de estos roles depende de la realización de determinadas actividades. “Somos lo que hacemos”.
- *Ocupación - Desarrollo*: a lo largo de la vida se desempeñan ocupaciones propias de cada estadio del ciclo vital. En función de estas experiencias ocupacionales, el ser humano crece, experimenta y evoluciona.
- *Ocupación – Entorno - Adaptación*: a través de la ocupación, el individuo domina su entorno, lo modifica. El dominio del entorno es para el ser humano la principal fuente de motivación. El individuo trata de ajustar sus necesidades y posibilidades a las del medio en que se desarrolla. Se trata de un proceso de adaptación que mantiene a las personas en estado de actividad, de búsqueda y de experimentación. (Allan A. y otros, 2005)

La privación de la posibilidad de desarrollar satisfactoriamente ocupaciones amenaza la salud mental y física de las personas. Cuando la enfermedad, el trauma u otros factores alteran la participación en la ocupación, la falta de capacidad funcional puede originar una mayor patología. La ocupación es el medio terapéutico para alcanzar una mayor calidad de vida. Desde este punto de vista pueden distinguirse dos tipos de relaciones diferentes entre ocupación y salud:

- La ocupación puede constituirse en una forma de dar sentido, significado a la existencia, en un vehículo simbólico que incide en el bienestar psicológico y espiritual del ser humano.
- La realización de una determinada ocupación –en la que estén implicadas determinadas capacidades, destrezas o aptitudes–, puede utilizarse como medio para el mantenimiento, mejora y recuperación de las estructuras corporales y las funciones psicológicas. (Corregidor A., 2010)

El desempeño ocupacional en sí mismo se conforma en un mecanismo de adaptación por medio del cual el individuo satisface, tanto sus necesidades vitales, como los requerimientos sociales de su comunidad de pertenencia, favoreciendo su integración y participación activa en el entramado social y el cultural al que pertenece y, por tanto, constituyéndose en un elemento capital en el bienestar psicológico y social del individuo.

Con la finalidad de encuadrar los conceptos a considerar en la definición de la *Situación Ocupacional*, se llevará a cabo una evaluación de las variables personales y del contexto que inciden en la mayor o menor integración socio ocupacional en que se encuentran los usuarios a entrevistar. Los diferentes indicadores están agrupados en tres variables: la identidad ocupacional, la competencia y el contexto.

- *La identidad ocupacional*: permite conocer los valores, intereses y causalidad personal del usuario entendida como el conjunto de

creencias y expectativas que una persona tiene acerca de su efectividad en el ambiente que le ayudan a tener una imagen del tipo de vida que desea y una identidad ocupacional positiva.

- *La competencia:* está referida a establecer el grado en que la persona es capaz de mantener un patrón de conducta ocupacional productivo y satisfactorio. Los indicadores son la organización del tiempo, propositividad y su condición física de salud.
- *El contexto:* mide el impacto del medio o ambiente sobre la vida ocupacional del usuario. Se diferencia en relación al ambiente físico o material, el ambiente social y la cultura. El ambiente social se entiende como la interacción entre las personas que rodean al usuario y las tareas que realizan y la cultura es la que determina la de los grupos sociales disponibles y valorados por el usuario. (CONACE, 2004)

6.- Salud Mental y Física desde una Perspectiva Biopsicosocial.

La perspectiva biopsicosocial propone una mirada integradora de los fenómenos en el mundo de la naturaleza y aún en el mundo cultural. Como modelo holístico de salud y enfermedad, considera al individuo como un ser que participa de las esferas biológicas, psicológicas y sociales; cada sistema influye en los otros y a su vez está influenciado por los demás. En este contexto, es válido que no se entienda la salud como la mera ausencia de enfermedad física, sino que además cualquier alteración psicológica o social, puede determinar el estado de enfermedad/discapacidad de un individuo y su estado completo de bienestar. (Gil L. y otros, 2007)

Según las autoras Kornblit y Mendes, en su análisis del concepto de “salud ideal”, un completo estado de bienestar supone una dimensión no alcanzable por el ser humano en su realidad diaria. Responde a la definición

teórica de una situación deseable en salud. Sin embargo tiene importancia, pues esas concepciones son guías inspiradoras de los actos cotidianos, aunque se sepa que nunca se alcanzarán plenamente dichos objetivos. (Kornblit A. y otros, 2000:9)

La concepción de salud ideal más conocida es la definición de la Organización Mundial de la Salud (1964), como estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad. Esta definición es a todas luces ideal, pues dicho estado de salud es imposible de alcanzar para toda una población; de todos modos, es una definición útil, pues sirve de guía para las actividades sanitarias que versan siempre sobre estados parciales de salud física, psíquica o social. Sin embargo, si bien esta definición ha sido un avance, el cambio es todavía insuficiente.

No obstante lo anterior, para las autoras Kornblit y Mendes, la salud no puede ser considerada como un “estado”, como tampoco lo es la “enfermedad”. Ambas son parte de un proceso multidimensional, un proceso que podría llamarse *bienestar psicosocial*. El individuo, a lo largo de su vida, se desplaza sobre un eje salud-enfermedad (y muerte), acercándose ya a uno y a otro de sus extremos, según se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando: estos factores son físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. (Kornblit A. y otros, 2000)

Es evidente que de la concepción de salud ideal conviene pasar a considerar niveles aceptables o inaceptables, que estarán condicionados por la situación global de cada sociedad.

Se podría entonces conceptualizar la *salud* como *"la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía bio-psico-social al*

interrelacionarse dinámicamente con el medio en el que vive" (Kornblit A. y otros, 2000:9)

Esta definición implica, por un lado, considerar al hombre como unidad y, por el otro, significa no concebir la salud como estado inalterable ni como mera adaptación al medio. Supone reconocer que el hombre vive en constante interacción con el medio ambiente físico-biológico y sociocultural, recibiendo influencias tanto favorables como desfavorables, y que en esta interacción se configura el nivel de salud. No es, pues, lo conflictivo lo que define lo patológico sino la imposibilidad de resolverlo en cualquiera de las áreas "física" "psíquica" o "social". Esto es lo que genera la idea de enfermedad.

Así, el hombre tendrá salud en la medida en que pueda resolver los conflictos que se le plantean, lo cual implica, fundamentalmente, considerarlo como ser activo que participa en el logro de su salud.

Según las autoras señaladas con anterioridad, sería adecuado señalar que un individuo se considera sano cuando:

- No presenta signos de enfermedad ni padece una enfermedad inaparente que podría curarse;
 - Padeciendo una enfermedad incurable, ésta puede ser controlada sin que se acorte su vida ni disminuya su actividad;
 - Aun teniendo una notoria incapacidad, esté acostumbrado/a a vivir con la enfermedad y esté integrado/a en su medio social;
 - Luche contra las dificultades ambientales sin dejarse dominar por la melancolía, la angustia o la desesperación;
 - No viva con la preocupación obsesiva de la enfermedad y la muerte.
- (Kornblit A. y otros, 2000)

La salud así entendida se asocia con la vida, con la capacidad de vivir con el menor sufrimiento posible y de luchar para reproducir la vida; tanto satisfactoriamente para el individuo como para los conjuntos sociales.

Por lo anterior, y según el análisis de los autores José Vanegas García y Lida Gil Obando en su análisis biopsicosocial de la discapacidad, desde dicha perspectiva, toda intervención ha de estar enfocada en el abordaje terapéutico de estas tres esferas, pues sólo considerando al individuo en toda su dimensión se puede garantizar con éxito una recuperación o un mantenimiento completo de la deficiencia, trastorno o enfermedad. (Gil L. y otros, 2007)

Las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras; la salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares, ambientales. Cambia por tanto la función del profesional en salud, que ya no sería sólo curativo de enfermedades, trastornos, deficiencias sino de cuidar la salud y la vida teniendo en cuenta a la persona en su contexto vital. (Borell F., 2002)

En la actualidad se apoya cada vez y con mayor fuerza la afirmación de que las condiciones y los estilos de vida, constituyen variables significativas que modifican el momento de aparición y el curso de las enfermedades. Por ejemplo, en los períodos de duelo, o en aniversarios traumáticos, el agravamiento de enfermedades autoinmunes es notorio, el mayor deterioro de la salud global en personas solas o sin soporte social, la depresión del sistema inmunológico en situaciones de estrés, y muchos otros.

Las familias y sus miembros transmiten directamente algunas enfermedades a través de la transferencia biológica de ADN, pero estas

enfermedades a menudo no están del todo determinadas genéticamente. Los patrones de conducta de larga duración pueden reducir o aumentar los riesgos genéticos, y tanto estos como los patrones de conducta relacionados con la salud tienen su origen en la familia. (Gil L. y otros, 2007)

Por lo anterior, los autores Gil y Vanegas, consideran que los servicios de salud a menudo ignoran la importancia de integrar a los miembros de la familia. Sin embargo, es posible mejorar el impacto positivo de la atención en salud de un individuo incluyendo a otros miembros de la familia en el plan de atención. Se pasa de una relación diádica en la interacción médica, (usuario - personal de salud) a la tríada que incluye los componentes usuario – familia - profesional en salud. De este modo, los conceptos del ciclo vital familiar son una manera práctica y efectiva de ayudar a los profesionales en salud a implementar un enfoque biopsicosocial. Los momentos de transición en la vida familiar producen tensiones que exigen cambios en la organización familiar para adaptarse a las necesidades cambiantes de sus miembros. Una manera de considerar el ciclo vital familiar particularmente útil para el profesional en salud es la evolución en forma de una espiral entre dos polos: centrípeto y centrífugo. Estos términos describen estilos relacionales, organizaciones de la familia, que deben ajustarse a las necesidades de sus miembros y que se modifican a lo largo de su vida. (Gil L. y otros, 2007)

Para efectos del presente estudio es preciso definir categorías de análisis que permitan analizar con mayor precisión la salud, tanto física como mental, de los pacientes egresados del HDD. Es por ello que se procederá a analizar las variables propuestas en el año 2005 por las doctoras Clara Misrachi e Iris Espinoza, de la Universidad de Chile, quienes relacionan el estado de salud del individuo con su calidad de vida.

Según las autoras, para analizar el estado de salud de un individuo, en el área que a Trabajo Social compete, es necesario realizar dos tipos de mediciones: generales y específicas de una enfermedad.

El estado de *salud general* evalúa aspectos de la salud relevantes para todas las edades, razas, sexos y niveles socioeconómicos. Las mediciones sobre salud general deben evaluar por lo menos cuatro aspectos de la salud:

- Función física: A través de este análisis se intentan aislar limitaciones e incapacidades físicas. Los problemas se describen en forma de movilidad, dolor y limitaciones.

- Salud mental: Se suelen centrar en la frecuencia y la intensidad del sufrimiento psicológico (por ejemplo ansiedad o depresión) e incluyen tanto la percepción sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital como una evaluación de la función cognitiva.

- Funcionamiento social y de rol: El funcionamiento social se define como la capacidad para crear, mantener y perfeccionar relaciones sociales maduras. Las medidas de funcionamiento social reflejan el estado de salud física y mental, sirven para indicar la necesidad de atención de salud y reflejan los resultados de la misma. Las investigaciones revisadas por diversos autores muestran que las circunstancias sociales están relacionadas con los resultados de la salud tanto física como mental.

- Percepciones de la salud general. Las creencias y evaluaciones sobre su salud general que manifiesta una persona, sin considerar un aspecto mental o físico en particular, constituyen sus percepciones de la salud general. Las

preguntas reflejan las preferencias valores, actitudes y necesidades sobre la salud de cada persona (Espinoza I. y otros, 2005).

7. Relaciones interpersonales desde una Perspectiva Biopsicosocial.

Ante la pregunta por qué se drogan los humanos, como ya se ha adelantado, no hay una respuesta única. Los factores de consumo varían enormemente en función del individuo, del tipo de droga y del contexto social. Diferentes personas pueden utilizar distintas drogas por el mismo motivo, o la misma droga por diferentes motivos; una misma persona puede alternar diversos motivos para consumir una droga determinada. No obstante, existe un importante consenso para señalar que entre las causas iniciales de consumo se hallan: el espíritu de curiosidad inherente a la condición humana, la búsqueda continua de sensaciones placenteras, su condición gregaria y las influencias que ejercen los otros. (Latorre J. y otros, 2009). En este último punto es necesario aclarar ciertos aspectos si se considera la relevancia que puede llegar a adquirir las personas que están alrededor del individuo al momento de consumir algún tipo de droga.

Hasta hace poco las sustancias ilícitas marginaban. Hoy se puede decir que entre muchos jóvenes son un elemento de integración. Cualquier persona puede querer acceder al uso de sustancias ilícitas por razones individuales de todo tipo: evadir un conflicto, cubrir una necesidad, la búsqueda de una determinada sensación o incluso por ideología. Pero además de la influencia que ejercen las razones individuales, es innegable que actualmente al consumo de drogas se accede por motivos de origen social. A veces son las modas, las aspiraciones colectivas o las prioridades sociales, las que a través de la presión del grupo -del pequeño grupo que rodea a cada persona o del gran grupo que constituye el contexto- influyen en el individuo. (Calderón, 2005).

Autores señalan frases como “La droga se instala donde existe una falta en el sujeto”. Carencia ligada no sólo a lo afectivo, sino propia de una personalidad en la cual tienen más fuerza la rápida obtención de objetos, el vértigo, el exitismo y la ilusión, que valores como la solidaridad, el trabajo y el esfuerzo. Como bien lo plantea Wilbur R. Grimson en su reciente libro *Sociedad de adictos*: "Debemos trascender el síntoma en busca de sus causas. Sólo el reconocimiento y la modificación del contexto social, cultural y familiar puede acercarnos al diagnóstico integral del abuso de drogas" (Rodríguez R, 2005:21). La drogadicción es producto de la cultura. Se alimenta y nutre de ella con la ausencia de creencias, escepticismo, aislamiento social y falta de inserción en proyectos vitales. La fragmentación y el aislamiento social, en un contexto con enormes dificultades en la educación, la salud y la inserción laboral, estimulan indirecta y directamente las adicciones en personas que esperan, ilusoriamente, desconectarse del mundo para no sentir su realidad interna (psíquica) y externa (social). El empobrecimiento en la calidad de los vínculos, la retracción en la participación en espacios comunes y la satisfacción inmediata del impulso son la marca de estos tiempos. (Rodríguez R., 2005)

En estos contextos se constituyen las relaciones interpersonales de hoy en día, definidas como una “interacción recíproca entre dos o más personas. Se trata de relaciones sociales que, como tales, se encuentran reguladas por las leyes e instituciones de la interacción social” (Rodríguez R., 2005:25). Hay que tener en cuenta que las relaciones interpersonales funcionan tanto como un medio para alcanzar ciertos objetivos como un fin en sí mismo. El ser humano es un ser social y necesita estar en contacto con otros de su misma especie. Es por ello que los psicólogos insisten con la educación emocional para facilitar actitudes positivas ante la vida, que permiten el desarrollo de habilidades sociales, estimulan la empatía y favorecen actitudes para afrontar conflictos, fracasos y frustraciones. La intención es promover el bienestar social.

Pero si se analiza la realidad, no todas las personas promueven actitudes positivas ante la vida que propicien condiciones para el bienestar social. Es por ello, que en ocasiones existen relaciones interpersonales nocivas para los individuos; algunas de estas son las que promueven el consumo de sustancias ilícitas.

Para fines del presente estudio, se precisarán características que influyen en el consumo de sustancias psicotrópicas en el ámbito de las relaciones interpersonales.

Según el autor Latorre y otros, en su libro denominado “Drogodependencias” (2009), existen ciertos determinantes psicosociológicos de las drogodependencias, los cuales propician la adquisición del hábito de consumir, sobre todo en los contextos en que se establecen relaciones interpersonales. Dichos determinantes se dividen en factores individuales y factores del entorno próximo.

En el caso de los *factores individuales*, se incluye aquellos que corresponden con factores evolutivos, dado que un periodo de especial riesgo en el consumo de drogas se halla en la adolescencia. No obstante a lo anterior, el autor aclara que existen individuos de edad adulta que se quedan atrapados en la etapa de la adolescencia, adquiriendo características propias de jóvenes influenciados por el grupo de pares. Otros factores individuales clásicos son: la personalidad y las motivaciones.

- Respecto de los *factores evolutivos*, es importante mencionar que, sobre todo durante el periodo de la adolescencia, se producen grandes cambios, teniendo lugar una “crisis madurativa biopsicológica”. Esta etapa se caracteriza porque se busca la identidad personal (aceptación de: físico y características psicosexuales), la independencia (emocional y económica) de los padres y la intimidad con los iguales. El pasaje al mundo adulto siempre significa, en mayor o menor grado, una fase de oposicionismo junto con la

reformulación de muchos valores hasta entonces no cuestionados. Cuando la fase de oposicionismo no va paralela a una adecuada reformulación de valores se produce un vacío y este vacío puede ser facilitador de la “conducta de probar” que puede orientarse al consumo de drogas como respuesta a la curiosidad que pueda existir frente a las mismas. Además, la intimidad con el grupo de coetáneos da lugar a un aumento de la influencia de los amigos y compañeros, y si en ellos el uso de drogas es frecuente, ésta será la conducta que se adopte por una solidaridad grupal.

- En el caso de los *factores de personalidad*, se puede decir que el drogodependiente presenta una personalidad caracterizada por un perfil de rasgos que señalan una inmadurez afectivo – emocional, es decir, presenta unos rasgos que son propios del período adolescente, a saber: dependencia afectiva, labilidad afectiva, baja autoestima, incapacidad de futurizar (no hay un proyecto vital), agresividad y egocentrismo, dificultad en las relaciones sociales, etc.

- Por su parte, en el ámbito de las *motivaciones individuales*, la OMS señala que en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas aparecen con frecuencia los siguientes motivos:

- Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de la droga
 - Adquirir sensación de pertenecer a un grupo (ser aceptado)
 - Expresar independencia u hostilidad y rebeldía
 - Tener experiencias emocionantes o peligrosas
- Adquirir un estado superior de conocimiento o capacidad creadora
 - Conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad
- Escapar de algo, necesidad de evasión (Latorre J. y otros, 2009:32)

Cabe recordar que los motivos señalados con anterioridad, en su mayoría, se ejercen con el grupo de iguales.

Por su parte, cuando los autores se centran en *los factores del entorno próximo* se hace alusión a dos ámbitos en los cuales el individuo establece relaciones interpersonales: la familia y el grupo de pares.

- En el caso de *la familia*, se deben considerar los vínculos que se establezcan en el núcleo familiar, ya que en este contexto se pueden dar circunstancias que favorezcan el acercamiento del individuo al consumo de drogas o por el contrario que las características de ésta le protejan. Respecto a este ítem no se entrará en detalles ya que dicha variable ha sido abordada con anterioridad en el subtema Situación Familiar desde una Perspectiva Biopsicosocial.

- Con respecto al *grupo de iguales o coetáneos*, se debe partir de la base (como ya se ha dicho con anterioridad) de que en la propia naturaleza humana subyace siempre el deseo de integrarse en un grupo afín, con el objeto de obtener un intercambio social. En el desarrollo psicológico normal de cualquier persona se dan estos deseos. Ahora bien, si los miembros del grupo al que se une la persona consumen drogas, el nuevo integrante tiene un alto riesgo de adoptar la misma conducta.

El grupo tiene unas leyes psicológicas que son distintas a las de la psicología individual. El liderazgo y la cohesión grupal son componentes fundamentales. La fuerza del grupo “arrastra” a todos sus miembros, particularmente a aquellos más débiles, y tienen lugar los fenómenos de imitación, de sugestión e incluso, de simulación, es decir, por un temor al grupo se hace lo que sus otros miembros hacen (“llevar la corriente”). Los intereses y las expectativas de los compañeros del grupo contribuyen a los primeros consumos y más aún si los consumidores son miembros influyentes del mismo. La mayoría de los jóvenes que se inician obtienen la droga de personas de su edad (amigos o compañeros) y no de adultos. El grupo proporciona apoyo y seguridad y el deseo de abandono del consumo de la droga, si existe en algún momento, no suele prosperar, porque significaría perder la relación con el grupo y su protección. (Latorre J. y otros, 2009:34)

Desde una perspectiva biopsicosocial, las relaciones interpersonales adquieren especial relevancia en la vida de un individuo, es por ello que en la rehabilitación de pacientes con conductas adictivas se considera fundamental la existencia de relaciones interpersonales que aporten al paciente apoyo y estabilidad para seguir avanzando en la reconstrucción de sus vidas. Se espera eso si que dichas relaciones estén constituidas por personas en las que se ha establecido un tipo de vínculo y/o relación social, marcada por los afectos, los valores, los intereses comunes y la comunión de visiones de los sujetos que la componen. En consecuencia, las acciones sociales en el marco de la comunidad se encuentran determinadas por el tipo de relación que el paciente logre establecer. Es importante considerar a cada uno de estos actores, pues todos ellos pueden apoyar las acciones de prevención, promoviendo al interior de su comunidad una postura crítica frente al consumo de drogas, tendiente a evitar el consumo, y manteniendo una comunidad saludable que favorezca el proceso de rehabilitación del paciente. (SENDA, 2012)

8. Trabajo Social en drogodependencias desde una perspectiva biopsicosocial:

La intervención terapéutica para personas con consumo problemático de estupefacientes ha estado sujeta a un largo proceso histórico de desarrollo, lo cual ha sido producto de la visión explicativa que en un determinado momento se ha construido sobre la problemática y/o fenómeno en estudio. En este sentido se ha transitado por diferentes enfoques (ético, jurídico, médico-sanitario, psicosocial) a través de los cuales se ha intentado responder a la etiología del uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas y su consecuente modo de asistencia.

Como consecuencia de este continuo trabajo, se ha llegado a cierto acuerdo en la naturaleza multidimensional del consumo de drogas, abordando la problemática desde un enfoque de intervención biopsicosocial, con una integración interdisciplinaria. Es un enfoque integral que considera a la persona en su ser físico, biológico, psicológico y social, inserto en una familia (cualquiera sea su estructura), interactuante con personas significantes y en un medio social que condiciona de alguna manera su vida, pero en el cual él ha determinado a su vez un estilo de vida que le es propio y particular. (Mondragón J. y otros, 1999)

Es por ello que el objetivo del tratamiento para drogodependencias, desde una perspectiva biopsicosocial, es “propender al mejoramiento de la calidad de vida de la persona dependiente, así como a apoyarla en una inserción social, familiar, educacional y laboral y la construcción de un estilo de vida saludable y libre de drogas”. (CONACE, 2004: 39)

La multidisciplinariedad del enfoque de intervención biopsicosocial, responde a un conjunto de acciones que a partir de diversas áreas profesionales, pretenden solucionar o, por lo menos, reducir los problemas de las personas que consumen drogas de una forma abusiva. En este tipo de intervención, o actividad dirigida a superar una deficiencia o suprimir un obstáculo, impulsando el cambio, el mantenimiento y la superación de la conducta problemática, coexisten los planos biológico, psicológico y social.

En el ámbito social, la intervención es responsabilidad principalmente de los trabajadores sociales. Aunque además de este profesional, se incluye la labor de los terapeutas ocupacionales y otros profesionales afines, de los educadores y de los técnicos en rehabilitación, quienes deben utilizar técnicas que apoyen la integración familiar, social, educacional y laboral. En este plano se trabaja la estructuración de hábitos que le permitan a la persona adquirir y mantener un equilibrio entre el aspecto laboral y/o educacional, social, tiempo libre y recreacional, como asimismo la búsqueda,

adquisición y mantención de una red de apoyo social que no esté relacionada con el anterior estilo de vida de la persona en tratamiento. (Mondragón J. y otros, 2005)

El tratamiento de la drogodependencia es entendido como un proceso, en el cual existen algunos hitos fundamentales, desde el momento en que el drogodependiente entra en contacto con el dispositivo asistencial hasta su recuperación personal y social, los que se presentarán a continuación:

- La primera fase es la de acogida y diagnóstico. Se refiere al manejo de la deshabitación y acompañamiento para la cesación inicial de consumo, así como también la implementación de estrategias motivacionales para favorecer la incorporación y adherencia de la persona a un programa de tratamiento estructurado. Dependiendo de las condiciones físicas, sociales, psicológicas y motivacionales, ésta podrá realizarse en diversos lugares, tales como hospitales, establecimientos con planes ambulatorios o con planes residenciales.
- Luego comienza una etapa del proceso que refiere a la rehabilitación biopsicosocial. En esta fase el equipo de profesionales realiza una evaluación de las áreas afectadas por las consecuencias del consumo problemático de la persona. Realizada esta primera evaluación, se procede a establecer los objetivos terapéuticos necesarios para apoyar a la persona en el proceso de construcción de un estilo de vida, apartado del consumo de drogas y/o en la disminución de su consumo, en aquellos que no pueden alcanzar la abstinencia. Con esta finalidad, profesionales y técnicos elaboran programas de tratamiento específicos de acuerdo a las necesidades y características de cada persona, como parte de un tratamiento que integra todos aquellos ámbitos relacionados con su consumo.

- Una última fase del proceso, refiere a la (re)inserción social, en donde aparece con mayor énfasis el Trabajador Social que en forma transversal durante todo el proceso, trabaja el entrenamiento, recuperación, descubrimiento y desarrollo de habilidades y destrezas para la integración a una vida normalizada. El éxito de un programa de tratamiento y rehabilitación para personas dependientes de las drogas, debe considerar como eje prioritario el cumplimiento de objetivos a largo plazo, con repercusión en el desarrollo futuro de la vida personal y social de la persona, reajustando los aspectos relacionados con la dependencia física y psicológica (prevención de recaídas), y las dificultades y consecuencias que esta dependencia ha producido en la capacidad del individuo para desenvolverse en condiciones de normalidad en su medio social. (Mondragón J. y otros, 1999)

El programa de tratamiento debe reconocer que cada persona es única, y optar por el respeto a la diferencia, debe ser flexible para adaptarse y responder a las necesidades de la persona, favorecer el cambio personal y social a través del reforzamiento de las habilidades y factores de protección con los que cuenta la persona, así como también, facilitar el desarrollo de estrategias de enfrentamiento para la disminución y regulación de los factores de riesgo. Es por esto, que “No existe un tratamiento único para las drogodependencias, de ahí la variedad de recursos que hoy existen para los problemas de drogas, pero todos comparten una característica común y es la necesidad de contar con equipos interdisciplinarios que de modo conjunto pongan en marcha las soluciones (trabajadores sociales, médicos, educadores, psicólogos, abogados, entre otros)” (Matellanes, 1999: 126)

Los objetivos, duración y dificultad del proceso de tratamiento en drogas varían de acuerdo con las características de cada persona, el tipo de droga consumida, el tiempo de consumo, etc. Variabilidad que también es considerada a la hora de evaluar los logros del proceso de rehabilitación e integración social. Sin embargo, en términos generales, se establecen los siguientes indicadores a considerar en un proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción social:



- Mantenimiento de la abstinencia.
- Readaptación de las relaciones sociales, familiares y laborales, de tal manera que se reduzca o elimine el condicionamiento provocado por la drogodependencia.
- Reajuste de los patrones y estilos de ocupación del tiempo libre y participación en la vida social.
- Mejora en la capacidad para buscar y conservar el empleo, en condiciones similares al resto de los ciudadanos.
- Preparación para el control de las respuestas emocionales cuando éstas puedan ser problemáticas.
- Mejora de las condiciones sociales mínimas y mantenimiento de hábitos de salud e higiene adecuados.
- Reducción o eliminación de los comportamientos de riesgo higiénico-sanitarios. (Mondragón J. y otros, 1999)

Capítulo 3:

Investigación Diagnóstica

*“Líneas paralelas eternamente
desconocidas,
la vida nos regala aquellas cosas que
elegimos,
pero nos hurta sin remedo aquello que
dejamos de lado...”*



PRESENTACIÓN

El presente capítulo corresponde al diseño de investigación, el cual constituye la base fundamental del estudio, pues es donde se otorgan los ejes de acción para poder desarrollar la investigación sobre aquellos ámbitos que poseen ciertas falencias dentro del HDD.

Se presentará y desarrollará el problema de investigación detectado por el equipo seminarista y posteriormente se fundamentará. A continuación se expondrán las preguntas de investigación y los objetivos de investigación, tanto generales como específicos.

1.- Planteamiento del Problema

La presente investigación se enmarca geográficamente en la Provincia de Valparaíso, específicamente en la subdivisión del “Hospital de Día para Dependencias” perteneciente al Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso.

Esta unidad de atención semicerrada, es parte de la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol que propone SENDA entre los años 2011 a 2014 y está dirigida a personas que presentan un consumo problemático de estupefacientes, las cuales optan, de manera voluntaria, por participar en un programa de rehabilitación de aproximadamente ocho meses de duración. Dicha instancia de tratamiento utiliza estrategias de intervención variadas que se circunscriben en la especialidad de cada profesional, desarrollando diversas actividades que se centran en la entrega de apoyo desde dimensiones tales como: psicoterapia grupal, individual, talleres, apoyo familiar, entre otros.

El problema de la presente investigación surge a raíz de la ausencia de investigaciones cualitativas que entreguen luces y profundicen respecto de lo que ocurre con los usuarios que egresan por conceptos de “Alta Terapéutica” (Suspensión de la asistencia por cumplimiento de los objetivos del plan individual y las etapas cronológicas establecidas en el programa) y “Alta por Derivación” (Suspensión de la asistencia al programa por derivación a un dispositivo asistencial o de rehabilitación realizada por el equipo terapéutico) posterior a sus procesos interventivos. Dicha situación define el problema a abordar como: **“La escasa información disponible, desde una perspectiva cualitativa, respecto de la situación actual de los usuarios intervenidos por el Hospital de Día para Dependencias del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, durante los años 2009, 2010 y 2011”**.

Durante el periodo de intervención al que se someten los usuarios del programa, se realiza constantemente una evaluación del proceso terapéutico, a lo cual se suma la aplicación de procedimientos evaluativos estructurados para medir los cambios que experimenta la persona de acuerdo a los siguientes indicadores:

- Patrón de consumo
- Situación familiar
- Relaciones interpersonales
- Situación ocupacional
- Situación legal
- Estado de salud mental y físico

Dichos procedimientos evaluativos están estandarizados y son aplicados al cumplimiento de los tres y seis meses y al egreso del proceso de intervención. De estos es posible obtener un reflejo de la evolución de los usuarios mediante el cumplimiento de los objetivos planteados por el equipo profesional, el familiar o tutor responsable y el propio usuario.

A fin de objetivar dicha evaluación SENDA establece tres categorías definidas de la siguiente manera:

- Logro mínimo: Con alcances mínimos de logros de los objetivos planteados. Se mantienen sin modificación la generalidad de las variables personales y del contexto que hacen pensar que la persona se encuentra en riesgo de una probable recaída. Se aprecia una débil o nula disposición al cambio de estilo de vida.

- Logro intermedio: Alcance parcial de los objetivos, requeriría de un periodo de apoyo para una integración social satisfactoria. Se aprecia una débil disposición y preparación para sostener un cambio de estilo de vida.
- Logro alto: Alcance de la totalidad de los objetivos planteados. La persona se encuentra en condiciones de integrarse al medio de manera satisfactoria. Se aprecia la decisión por consolidar un cambio favorable en su estilo de vida. (SENDA, 2012)

Se entiende que un usuario está preparado para el egreso cuando ha manifestado una evolución desde el estado en el cual ingresó al programa, en comparación con el estado de logro que posee al momento de la evaluación final. Es preciso clarificar que no es requisito para el egreso que todos y cada uno de los indicadores arrojen resultados de logro alto, sino más bien la mayoría de ellos, para lo cual se evalúa caso a caso teniendo en cuenta la opinión de los referentes terapéuticos, quienes son miembros del equipo profesional que tienen a su cargo a cierta cantidad de pacientes con el objeto de conocer en mayor detalle los avances y retrocesos que puedan vivenciar los usuarios a lo largo del tratamiento, para así informar con precisión al equipo en las reuniones técnicas. Además se encargan de entregar confianza, apoyo y orientaciones a los pacientes que poseen a su cargo.

Como se menciona con anterioridad, existen referentes evaluativos que logran medir la evolución de los usuarios durante sus procesos de intervención, así como también hay evaluaciones que permiten indagar en el nivel de logro con el cual fueron dados de alta terapéutica o alta por derivación. Sin embargo, surgen interrogantes como: ¿Qué ocurre con los usuarios una vez que egresan del programa? ¿Cómo es su situación de vida actualmente?

Con el objeto de organizar el abordaje del problema antes enunciado, serán planteadas algunas preguntas.

2.- Preguntas de Investigación

- ¿Qué ocurre con los usuarios una vez que egresan del HDD?
- ¿Se mantienen o cambian los logros alcanzados al momento del egreso?
- ¿Cómo es su situación actualmente?
- ¿Qué se entiende por “situación actual de vida”?

3.- Objetivos de la Investigación

Objetivo General:

*“Conocer la situación actual, desde una perspectiva **biopsicosocial**, de los usuarios egresados por Alta Terapéutica y Alta por Derivación durante los años 2009, 2010 y 2011 del Hospital de Día para Dependencias, perteneciente al Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso”.*

Objetivos Específicos:

- Describir la *situación actual, respecto de la situación familiar*, de los usuarios egresados por Alta Terapéutica y Alta por Derivación durante los años 2009, 2010 y 2011 del Hospital de Día para Dependencias perteneciente al Hospital del Salvador de Valparaíso.

- Indagar la *situación actual, respecto de la situación ocupacional*, de los usuarios egresados por Alta Terapéutica y Alta por Derivación durante los años 2009, 2010 y 2011 del Hospital de Día para Dependencias perteneciente al Hospital del Salvador de Valparaíso.
- Describir la *situación actual, respecto del estado de salud mental y físico*, de los usuarios egresados por Alta Terapéutica y Alta por Derivación durante los años 2009, 2010 y 2011 del Hospital de Día para Dependencias perteneciente al Hospital del Salvador de Valparaíso.
- Indagar la *situación actual, respecto de las relaciones interpersonales*, de los usuarios egresados por Alta Terapéutica y Alta por Derivación durante los años 2009, 2010 y 2011 del Hospital de Día para Dependencias perteneciente al Hospital del Salvador de Valparaíso.

4.- Justificación de la Investigación

Luego de que los usuarios egresan del Hospital de Día para Dependencias, existe un desconocimiento de lo que ocurre en sus vidas, por lo tanto, la importancia de realizar esta investigación se basa en obtener información acerca de lo que sucede con los usuarios que egresan, con altos niveles de logro, en las áreas intervenidas por el equipo multidisciplinario.

Por lo anterior, se considera de especial relevancia indagar en las circunstancias actuales de la situación familiar de los usuarios, en su situación ocupacional, en sus condiciones de salud mental y física actual, así como también en las relaciones interpersonales que han logrado establecer hasta el día de hoy.

Además de lo anterior, existen razones de carácter teórico, metodológico, razones que obedecen al contexto nacional y regional del

país, institucionales y personales que justifican con precisión la importancia que posee la realización de la presente investigación.

4.1.- Justificación teórica:

El valor teórico de la presente investigación se centra, en primer lugar, en la aplicación teórica del Modelo Biopsicosocial a la realidad que vivencian los usuarios, considerando que en la problemática que les aqueja influyen una serie de factores del ámbito médico, psicológico y social.

Además, por medio del conocimiento generado en el presente estudio, se pretende incentivar al equipo multidisciplinario del HDD a una instancia de reflexión teórica en torno al quehacer profesional, que les permita establecer y definir lineamientos teóricos en la intervención, ya que esta es una falencia que el equipo seminarista ha descubierto y que el equipo profesional ha reconocido sin dificultades.

Por otra parte, dada la escasa información existente sobre la situación actual de los egresados por altas terapéuticas y altas por derivación en los años 2009, 2010 y 2011, se pretende aportar valiosa información de carácter cualitativa, tanto teórica como empírica. Todo esto adquiere especial interés si se considera la escasez de estudios cualitativos relacionados con explorar en la situación actual (post intervención) de los usuarios egresados de tratamientos para drogodependientes a nivel país, recordando además que la obtención de dicha información permitirá comprobar, por parte del equipo profesional, si efectivamente el HDD ha cumplido con sus objetivos.

Del mismo modo, dado que en la actualidad existen antecedentes cuantitativos respecto de la situación de los usuarios al momento del egreso,

la nueva información (de carácter cualitativo) vendrá a enriquecer la calidad de los antecedentes que maneja el HDD. Este enriquecimiento de la información será posible gracias a la realización de comparaciones que permitirán contrastar y/o complementar los antecedentes pesquisados.

Se debe destacar además, el uso de bibliografía actualizada que precisa las características de la situación a investigar, la cual es integrada en este estudio para otorgar una mayor comprensión de las temáticas a tratar.

4.2.- Justificación metodológica:

En este punto, es importante destacar que la importancia de que esta investigación sea de carácter cualitativo se debe a que los estudios e investigaciones anteriormente realizados para evaluar la efectividad de las intervenciones, han sido solo de carácter cuantitativo. Debido a ello, es que en esta oportunidad se busca obtener información más descriptiva respecto de la realidad de los egresados por altas terapéuticas y altas por derivación del HDD.

Respecto a la utilidad metodológica de la presente investigación, se espera que el instrumento cualitativo que se construirá pueda ser utilizado en primer lugar por el equipo profesional del HDD y también como prototipo en los programas que abordan esta temática ubicados a lo largo del país, esperando generar una base sobre la cual a futuro se puedan aplicar mejoras metodológicas, con el fin de contribuir a la realización de seguimientos a largo plazo en la población egresada de todo el país.

Paralelo a lo anterior, la inducción a realizar, respecto de la aplicación del instrumento hacia el equipo profesional del HDD, permitirá capacitar

acerca de la metodología a utilizar en este procedimiento, entregando así nuevas herramientas y orientaciones en la obtención de la información.

Además, se pretende aportar metodológicamente en los procesos que se realizan paralelos a la aplicación de dicho instrumento, aspectos tales como: Definición de estándares para sujeto tipo, lo cual permitirá seleccionar a aquellos sujetos más representativos dentro de una determinada población de usuarios y la generación de un protocolo de procedimientos para el desarrollo de posteriores estudios que persigan fines similares a los que la presente investigación trabaja.

4.3.- Justificación contextual:

Desde 1994, SENDA (ex CONACE) efectúa cada dos años estudios nacionales en población general y población escolar. Además, periódicamente realiza investigaciones en grupos específicos o en algún tipo de sustancia. Los distintos estudios contienen información relacionada con la declaración de uso de drogas en la población de Chile entre los 12 y 64 años de edad, de ambos sexos y diversos niveles socioeconómicos.

SENDA utiliza como medida de referencia para describir la magnitud del uso de drogas ilícitas, la prevalencia de consumo del último año (aquellos que declaran haber consumido al menos una vez la droga señalada en los últimos doce meses).

La información que será utilizada de este informe, en particular del año 2010, expone el comportamiento frente a las drogas ilícitas de uso más frecuente: marihuana, pasta base (sulfato de cocaína) y cocaína (clorhidrato de cocaína). Estas últimas se analizan también bajo el formato de cocaína

total (pasta base + cocaína) que describe el uso global de cocaína (sin contar el crack cuya prevalencia es escasísima en el país). También se informa acerca del consumo otras drogas de menor prevalencia, así como del uso de tabaco y alcohol. Los datos pesquisados de este estudio, serán analizados con la información obtenida del sistema estadístico que maneja SENDA, denominado SISTRAT, el cual entrega información respecto de la realidad local del HDD.

A nivel del HDD, los motivos que originaron el ingreso de los usuarios al programa en el año 2010 son determinados principalmente por derivación de la Red de Salud Pública, en segundo lugar por la Red de Salud Privada y en tercer lugar por concepto de Suspensión de Procedimientos iniciados por Fiscalía. Durante el año 2011, la tendencia de derivación desde la Red de Salud Pública y Fiscalía se mantienen, incorporándose en tercer lugar el ingreso por Consulta Espontánea directamente en el Hospital Psiquiátrico del Salvador. (SISTRAT, 2012)

Los sujetos una vez ingresados al HDD, son sometidos a un diagnóstico respecto del trastorno de consumo, en el cual hace referencia al tipo de consumo que origina el ingreso a los programas. Durante el año 2010 ingresaron un total de 80 pacientes, de los cuales 6 tenían un tipo de consumo perjudicial y 74 manifestaban un consumo problemático. Respecto del año 2011, la tendencia se mantiene, ya que de un total de 82 pacientes ingresados, 3 lo hicieron por consumo perjudicial y 79 por consumo problemático. (SISTRAT, 2012)

El último estudio de drogas en población general fue realizado por SENDA el año 2010 del cual, a nivel nacional, se extrajeron los siguientes resultados:

- En el caso de la marihuana, los resultados muestran un descenso en el consumo de un 4,6% en 2010 respecto del estudio anterior

realizado en 2008, lo que muestra una consolidación en la tendencia a la baja observada a partir del año 2006 en el país. A nivel regional, las declaraciones de último año para marihuana muestran una tendencia a la baja y llegan a un 5,5%, con una variación de 0,7 puntos porcentuales respecto del estudio anterior, cuando el uso de esta droga en la región marcó 6,2%. Sin embargo, este descenso no es estadísticamente significativo. Al observar la serie completa, puede destacarse que esta declaración es la más baja de la última década, siendo mayor sólo a los resultados obtenidos al inicio de la serie (SENDA, 2010). Durante el mismo año, en el HDD se evidencia que un 5,6% de la totalidad de los usuarios (80 personas) manifestaron un consumo de esta sustancia (SISTRAT, 2012).

- Las declaraciones de consumo de cocaína variaron significativamente de 1,8% en 2008 a 0,7% en 2010, el registro más bajo de la serie (SENDA, 2010). En la realidad evidenciada en el HDD, es posible visualizar que el porcentaje de usuarios con este tipo de consumo asciende a un 12% (SISTRAT, 2012).
- En el caso de la pasta base, también se produce una disminución significativa de la prevalencia a nivel nacional en el último año, descendiendo de 0,7% en 2008 a 0,4% en 2010, prevalencia más baja de la serie en más de una década (SENDA, 2010). En el mismo año, en el HDD se manifestó el mayor porcentaje de consumo de esta sustancia, manifestado en un 34,4% de la totalidad de los usuarios (SISTRAT, 2012).
- Respecto del consumo de alcohol, el porcentaje presenta un leve aumento, aunque no significativo, desde un 79,3% en 2008 a un 82,9% en 2010. A nivel regional, los resultados del estudio indicaron que las declaraciones de uso de alcohol en el último mes (respecto del levantamiento de los datos), se ubican en esta región por sobre el promedio nacional con 50,3%. La diferencia con el 47,1% del estudio anterior no es estadísticamente significativa, por lo tanto no puede interpretarse como un aumento del consumo de esta sustancia en la región (SENDA, 2010). La realidad del HDD manifiesta que un

porcentaje de un 9,6% de los usuarios presenta consumo de esta sustancia (SISTRAT, 2012).

Finalmente, respecto de los Motivos de Egreso por los cuales los usuarios abandonan el tratamiento encontramos: Alta Terapéutica, Abandono, Alta Administrativa y Derivación. Durante el año 2010, la cantidad de usuarios egresados por estos motivos son: 15, 21, 9 y 35 respectivamente. Durante el año 2011 los usuarios egresados por los motivos mencionados con anterioridad son: 9, 23, 5 y 40, respectivamente.

Lo descrito con anterioridad, permite identificar los avances y retrocesos que se han producido tanto a nivel nacional como regional desde una perspectiva generalizada. Pese a la tendencia al descenso que reflejan las cifras antes descritas, cabe la duda respecto de lo que ocurre en las realidades de aquellos que han contribuido a este descenso, aquellos que deciden dejar el consumo.

4.4.- Justificación institucional:

En relación a los criterios de fundamentación y a la percepción institucional respecto de la temática a analizar, la presente investigación se considera conveniente, ya que en el HDD se hace necesario obtener información sobre la situación actual de los usuarios egresados por altas terapéuticas y altas por derivación durante los años 2009, 2010 y 2011.

Es menester para el Hospital conocer en qué situación se encuentran sus usuarios respecto a los ámbitos en los que se realizan los procesos de intervención. Además se considera fundamental conocer la opinión de los

egresados en relación a la relevancia que tuvo su permanencia en el programa para optimizar sus condiciones de vida.

Obtener información real, actualizada y precisa, permitirá al equipo profesional del HDD analizar si los objetivos que se han planteado, desde hace 15 años atrás, efectivamente se han cumplido. De lo contrario, se deberá indagar en posibles cambios que permitan alcanzar los más altos niveles de logro en dichos objetivos.

Por otro lado, la relevancia social de la presente investigación se expresa en una de las principales metas del HDD, la cual es contribuir a que las personas, familias y comunidades alcancen la mayor capacidad posible de interactuar entre sí y con el medio ambiente, promoviendo así el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades y el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. Lo anterior se traduce en que el HDD tiene la misión de lograr la recuperación personal y social de las personas con problemas asociados al consumo de estupefacientes, para que logren cambiar a un estilo de vida incompatible con el uso de éstos y así reinsertarse nuevamente en la sociedad, convirtiéndose en personas capaces de aportar con sus conocimientos y potencialidades.

Es por ello que gracias a la realización de la presente investigación, el equipo profesional del HDD podrá reflexionar en torno a su accionar y a sus metodologías de trabajo, lo que permitirá realizar reformulaciones que apunten al egreso de los usuarios con mayores niveles de logro, para que así puedan reinsertarse y convertirse en personas útiles y necesarias para la sociedad.

4.5.- Justificación personal:

La importancia de la presente investigación para el equipo seminarista se basa en adquirir nuevos conocimientos, tanto en el ámbito teórico como metodológico, que permitan perfeccionar el futuro quehacer profesional.

Además, dicho estudio generará la posibilidad de poner en práctica en una realidad concreta lo aprendido a lo largo de la formación académica.

El presente estudio a su vez permitirá vivir la experiencia de desempeñar labores en un entorno profesional en el que el Trabajo Social aún no es del todo reconocido. Bajo esa perspectiva, se busca resaltar la importancia que adquiere el Trabajo Social para el tratamiento de individuos con consumos problemáticos de estupefacientes, considerando que dicha problemática afecta de manera integral tanto al individuo como a su entorno social más cercano.

Como equipo seminarista se reconoce una fortaleza en el desarrollo de investigaciones cuantitativas. Es por esto que la presente iniciativa permitirá profundizar conocimientos en aquellos aspectos más débiles, contribuyendo a una formación profesional más completa y equilibrada, abordando y poniendo en práctica conocimientos respecto del Diseño de Investigación Cualitativo

No obstante a lo anterior, el fin último que justifica la presente investigación consiste en optar al Grado Académico de Licenciadas en Trabajo Social, el cual permitirá al equipo seminarista ejercer profesionalmente la Carrera de Trabajo Social.

Capítulo 4:

Diseño

Metodológico

*“... ¿Qué pasión se perdió por un giro distraído
de nuestra vista?,
¿Qué fragancia dejamos de oler mientras
contemplábamos minucias?,
¿Qué vida pasó de largo a nuestra espalda al
mirar un escaparate?...”*

PRESENTACIÓN

La investigación que se lleva a cabo, cuyo objetivo central es conocer la situación actual, desde una perspectiva biopsicosocial, de los egresados por alta terapéutica y alta por derivación de los años 2009, 2010 y 2011 del HDD, está delimitada bajo el método de investigación Cualitativo, que entrega las herramientas para recabar y analizar de forma objetiva y precisa, la realidad a estudiar.

El objeto del presente capítulo es hacer uso de la Metodología científica, la cual “representa la manera de organizar el proceso de la investigación, controlar sus resultados y presentar posibles soluciones a un problema que conlleva la toma de decisiones. Se ocupa de normas del proceso de investigación, que pretenden su validez lógica en relación con el ámbito sobre el cual versa la ciencia en cuestión y simultáneamente la obligatoriedad fáctica para los investigadores” (Bueno, 2003).

Por lo anterior, la Metodología brindará indicaciones y suministrará medios para evitar errores, tal como lo define Bunge (1998) como un proceso encaminado a hallar problemas, formularlos y resolverlos.

A continuación, se explicará el diseño metodológico con mayor precisión y se ahondará más en la naturaleza de la investigación.

ELEMENTOS DEL DISEÑO METODOLÓGICO

1.- Fundamentos epistemológicos y metodológicos de la investigación social.

La palabra investigación deriva etimológicamente de los términos latinos “in” (en, hacia) “*vestiguen*” (huella, pista). Es de esto que, su significado original indica buscar o indagar siguiendo algún rastro. Esta acción de búsqueda permite conocer lo que nos rodea y su carácter universal (Baptista P. y otros, 2006).

De acuerdo a lo que plantean los autores Baptista y otros, en su libro “Metodología de la investigación” (2006), la investigación es un proceso. Este término implica una serie de características, las cuales dan cuenta de dinamismo, mutabilidad y continuidad, y se compone de una serie de etapas, las cuales derivan unas de otras y están sumamente interrelacionadas.

La investigación se ocupa de problemas, sin embargo, no es posible formular una pregunta, fuera de algún cuerpo de conocimiento, es por esto que, la investigación científica comienza en el lugar mismo en que la experiencia y el conocimiento ordinarios dejan de resolver problemas. Por ello, se considera como proceso cuando se toma una actitud reflexiva frente a problemas comunes, dando origen a nuevas situaciones problemáticas e intenta dar una solución a estas, permitiendo un análisis racional y empírico de la realidad. (Bunge, 1998)

Como resultado de la investigación y la aplicación de sus diversas etapas: planificación, ejecución, análisis y publicación de resultados; surgen

nuevos conocimientos en relación a los objetos investigados, presentándose estos nuevos contenidos como un aspecto diferente de lo ya conocido.

2.- Tipo de Estudio: Investigación cualitativa.

El término “metodología” deriva de la palabra método, proveniente del latín *methodus*, que significa “el camino a seguir”, desde la disciplina del Trabajo Social, ésta puede ser comprendida como el modo en que el investigador enfoca un problema y busca respuestas para realizar dicha investigación.

La presente se abordará desde la *Metodología Cualitativa* la cual se persigue como objetivo principal la riqueza, profundidad y calidad de la información (Baptista P. y otros, 2006); “Esta apunta a un esfuerzo por comprender la realidad social como fruto de un proceso histórico de construcción vista a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, por ende, desde sus aspectos particulares y con una óptica interna”. (Sandoval, 2002)

Al investigar de manera cualitativa se opera con símbolos lingüísticos y, al hacerlo así, se intenta reducir la distancia entre lo indicado e indicador, entre teoría y datos, entre contexto y acción. Es por esto que los materiales del estudio cualitativo se generan en vivo, próximos al punto de origen. (Ruiz, 2003)

De acuerdo a lo planteado por Ruiz, entre las peculiaridades de los métodos cualitativos figuran las siguientes:

- El objeto de la investigación, pretende captar el significado de las cosas, más bien que describir hechos sociales. El objetivo es la captación y reconstrucción de significado.

- La investigación utiliza primariamente el lenguaje de los conceptos y las metáforas.
- Prefiere recoger su información mediante la observación reposada o la entrevista en profundidad. Su modo de captar la información no es estructurado, sino flexible y desestructurado.
- En lugar de partir de una teoría y una hipótesis perfectamente elaborada y precisa, prefiere partir de los datos para intentar reconstruir un mundo cuya sistematización y teorización resulta difícil, siendo su procedimiento es más inductivo que deductivo.
- En lugar de generalizar de una muestra pequeña a un colectivo grande cualquier elemento particular de la sociedad, la investigación pretende captar todo el contenido de experiencias y significados que se dan en un solo caso. La orientación no es particularista y generalizadora, sino holística y concretizadora.

Con la finalidad de mantener un manejo de la información acorde a la propuesta de la Metodología Cualitativa es que la presente Investigación se enmarcará desde un *Paradigma Fenomenológico*, el cual intenta comprender los fenómenos sociales desde el punto de vista de la persona que los experimenta, es decir, desde la perspectiva propia de los actores en nuestro caso los usuarios.

El objetivo de la fenomenología es describir la íntima relación existente entre el individuo y su realidad, reconociendo y examinando el modo en que ellos mismos experimentan y perciben su propia realidad. Desde este enfoque, lo que interesa es ponerse en el lugar del otro, para comprenderlo, internándose en su mundo subjetivo, desde su propia perspectiva valórica y sensibilidad (García, 2008).

Para concluir, la metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido, a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable.

3.- Tipo de Investigación: Exploratorio descriptivo.

El presente apartado hace referencia al grado de profundidad con que se abordará el objeto de estudio. El tipo de estudio a realizar se refiere al tipo *Exploratorio-Descriptivo*, los cual permitirá aumentar el grado de familiaridad con este fenómeno relativamente desconocido, en conjunto con entregar la especificación de propiedades y características importantes respecto de la situación actual del grupo de personas a investigar.

Respecto de la perspectiva a utilizar, el presente estudio se planteará desde una perspectiva comprensiva-interpretativa, la cual enfatiza en el estudio de los procesos y de los significados, interesándose por fenómenos y experiencias humanas. Se utiliza para acceder al conocimiento de la realidad, mediante interacciones y el lenguaje de la población estudiada. (Chávez y otros, 2005)

4.- Tipo de Diseño: Diseño no experimental.

El diseño de la investigación consiste en la estructura a seguir en una investigación ejerciendo el control de la misma a fin de encontrar resultados confiables y su relación con las interrogantes desarrolladas al inicio de la misma, la presente, corresponde a un tipo de investigación *No Experimental*, la cual “persigue la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (Baptista P. y otros, 2006). Es por esto que, el equipo seminarista no tendrá control alguno sobre las variables puesto que estas son independientes e inmanipulables.

5.- Carácter del Estudio: Transeccional descriptivo.

En los estudios de tipo transeccional, la unidad de análisis es observada en un solo punto en el tiempo, en este caso, aplicando los instrumentos sólo una vez en el tiempo.

El diseño del levantamiento de datos corresponderá, de acuerdo a la clasificación temporal planteada por los autores Baptista P. y otros (2006), a un *Diseño Transeccional Descriptivo* dado que el objetivo planteado en esta investigación corresponde a indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan determinadas variables. “Este tipo de diseño recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Baptista P. y otros, 2006). De lo anterior se concluye entonces que la medición que se realizará será efectuada solo en una oportunidad y a individuos que poseen ciertas características comunes y de interés para el equipo profesional del HDD (se elegirá a un “sujeto tipo”).

6.- Teoría de Muestreo.

6.1. Unidad de análisis.

De acuerdo a los objetivos planteados para esta investigación, la unidad de análisis, es decir, “quienes serán medidos” (Baptista P. y otros, 2006:176) corresponde a los sujetos que hayan egresado del HDD por altas terapéuticas o altas por derivación durante los años 2009, 2010 y 2011, el total de casos registrados son 62 individuos.

6.2. Características de la población.

La Población “consiste en el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (Baptista P. y otros, 2010:174). En el presente estudio dichas especificaciones se expresan mediante los siguientes criterios de inclusión:

- Usuarios que hayan participado en el programa por un periodo mínimo de tres meses.
- Egresos realizados entre los años 2009 y 2011.
- Motivos de egreso: alta terapéutica y alta por derivación.

La población total que cumple con los criterios de selección para ser estudiados asciende a 62 casos.

6.3. Muestra.

La muestra es un subconjunto de elementos que pertenecen al conjunto definido en las características mencionadas anteriormente, al cual se llamó población.

En investigación cualitativa, el tamaño de la muestra se define de acuerdo a *capacidad operativa de recolección y análisis, el entendimiento del fenómeno y la naturaleza del fenómeno bajo análisis* (Baptista P. y otros, 2010:394). Por lo tanto, de acuerdo a los criterios establecidos por los autores mencionados, respecto a la muestra a utilizar se puede especificar lo siguiente:

- Dado que el grupo de investigación está compuesto por dos estudiantes seminaristas, y de acuerdo a lo aconsejado por la autora Mertens (2005) quien hace una observación sobre el número de unidades que suelen utilizarse en diversos estudios cualitativos, sugiriendo un tamaño mínimo de muestra entre 6 a 10 casos (Baptista P. y otros, 2006), es que el tamaño de la muestra a estudiar será compuesto por un número entre 6 a 10 personas, el cual se determinará de forma definitiva a medida que avance el proceso de investigación.
- La definición del número de casos (entre 6 a 10 personas) obedecerá también a la saturación de la información, lo cual dependerá de los datos entregados por los sujetos de estudio, es decir, deteniendo la recolección de datos cuando estos no arrojen nuevos contenidos,
- Un último aspecto que se considera en la definición del número de la muestra es la naturaleza del fenómeno, es decir, la accesibilidad de los casos a estudiar y el tiempo que tomará la recolección de datos, se estima que un número entre 6 a 10 personas es adecuado a los recursos de tiempo y de acceso disponibles en la presente investigación.

El tipo de muestra que será utilizada en el presente estudio corresponde a la selección de casos-tipo mediante muestreo intencionado, el cual tiene como objetivo encontrar la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización (Baptista P. y otros, 2006:566). Los sujetos participantes tendrán las siguientes características:

Criterios de selección de la muestra:

- Dentro de la muestra, intencionadamente serán seleccionados aquellos ex usuarios que sean manifiesten características tales como: Género, pertenencia a programa dual, motivo de egreso (alta

terapéutica o alta por derivación) y tiempo de tratamiento (mínimo tres meses de tratamiento).

- Por motivos de accesibilidad, quedarán excluidos aquellos ex usuarios que se encuentren en la actualidad fuera de la Provincia de Valparaíso.
- Por motivos de acceso a la información, quedarán excluidos aquellos ex usuarios que no tengan un referente familiar accesible (por motivos de defunción, vive fuera de la provincia de Valparaíso, entre otros).

7.- Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

El uso de las técnicas para recabar información significativa y dar respuesta a la problemática de investigación, es indispensable para la consecución del objetivo del presente Seminario de Título. En esta instancia es trascendente destacar que dada la naturaleza cualitativa del estudio, los principales instrumentos de recolección de datos lo compondrán las propias estudiantes seminaristas, durante el proceso. Sin embargo, las técnicas para acceder al conocimiento en Ciencias Sociales son amplias, destacando la recolección de datos en forma narrativa, análisis e interpretación de los fenómenos de estudio. (Baptista P. y otros, 2006).

Con respecto a las estrategias de recolección de información, éstas deben ser formas inclusivas para descubrir las múltiples visiones de los participantes.

- Observación: Consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conducta manifiesta. Las investigadoras utilizando de manera sensible sus cinco sentidos, explorarán de manera holística y específica, cada aspecto relacionado con el problema. Para esto se deben tener en cuenta tres aspectos fundamentales: La atención, es decir, la

disposición que permite sentir o percibir los objetos, sucesos y condiciones que ocurren en el entorno; la percepción, es decir, la capacidad de relacionar lo que se está sintiendo con alguna experiencia pasada. Y por último, la reflexión, elemento que llevará a formular conjeturas de lo que ocurre para superar las limitaciones de la percepción. El proceso será registrado en un cuaderno de campo, durante la inmersión en el campo de estudio y posterior a éste. (Baptista P. y otros, 2006).

- **Entrevista Semiestructurada:** Se basa en una guía de preguntas realizada por las investigadoras, sin embargo existe la posibilidad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información. Como preámbulo de dicha entrevista es preciso informar respecto de lo siguiente:

- * Se informa al entrevistado que de dicha entrevista se enmarca dentro de una investigación cualitativa que pretende indagar en la situación actual de un grupo de personas egresadas del Programa Ambulatorio Intensivo perteneciente al Hospital de Día para Dependencias del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, que atiende a pacientes con consumo problemático de estupefacientes, y en algunos casos además del consumo, existe la presencia de patologías psiquiátricas.

- * Se informa a su vez que los participantes elegidos para ser entrevistados fueron seleccionados según los criterios de enunciados con anterioridad.

- * Se menciona que a través de la información pesquisada en estas entrevistas se pretende conocer la situación actual, desde una perspectiva biopsicosocial, de los usuarios egresados, para así definir si los procesos de intervención vivenciados durante su permanencia en el HDD tuvieron efectos favorables y cumplieron con sus objetivos.

- * Se da a conocer que dicha entrevista posee una duración aproximada de una hora, la cual puede variar, dependiendo de la situación particular de cada entrevistado.

* En último lugar, las entrevistadoras aseguran el máximo de confidencialidad y discreción respecto de la información recabada.

- Revisión de documentos escritos: En la presente investigación constituye la puerta de entrada al dominio o ámbito de la investigación. En este caso el documento principal a investigar lo constituyen documentos institucionales, constituidos por las fichas clínicas de los usuarios del Programa Ambulatorio Intensivo, en las cuales se encuentra un relato secuencial de los tratamientos, procedimientos y observaciones del periodo de intervención. Estos documentos permiten conocer los nombres, datos básicos, identificar los roles, evolución, entre otros antecedentes relevantes para la investigación (Sandoval, 2002).

8.- Plan de Análisis de Datos.

En el procesamiento de la información pesquisada en el presente estudio, se realizará una triangulación de datos, la cual se define como “la utilización de diferentes fuentes y métodos de recolección” (Baptista P. y otros, 2006:622, 623). En el presente estudio se hará uso de tres fuentes distintas: ex usuario, referente familiar y observación por parte de la entrevistadora durante la inmersión en el campo, los cuales a su vez serán contrastados con la teoría y la percepción del entrevistador.

Como parte fundamental para alcanzar el logro de los objetivos, es preciso que la información obtenida sea analizada en función de los discursos de los sujetos y los contextos donde estos se construyeron. En ese sentido la técnica que se utilizará para producir nuevos conocimientos es el análisis de contenidos.

El análisis de contenidos es una “técnica que actúa como filtro que constriñe el conjunto de interpretaciones posibles a un determinado corpus textual, dentro de un cierto marco teórico. Luego este se transforma en un “Meta Texto”, ya que se vuelve un producto del investigador en donde el análisis permite la desestabilización de la superficie del mismo, mostrando sus aspectos no intuitivos, pero presentes. No obstante lo anterior, es preciso tener en cuenta el contexto del texto para captar los sentidos presentes en él, ya que el contexto se releva como el contenedor en cuyo interior se da el proceso de comunicación entre sujetos” (Arriagada K., 2010)

Las Unidades Temáticas (variables de investigación) a analizar en la triangulación y sus respectivas definiciones son:

- Situación Familiar: Situación actual de la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo hogar, de acuerdo a composición familiar, etapa del ciclo de vida familiar y procesos del sistema familiar.
- Situación Ocupacional: Situación actual de las actividades que desarrolla el usuario, las cuales tienen un significado personal y sociocultural respecto de su propia identidad ocupacional, competencia y contexto.
- Salud Mental y Física: Es un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad, que permite al individuo gozar de una armonía biopsicosocial al interrelacionarse con el medio en el que vive. Para su óptimo análisis es preciso indagar en la función física del individuo, en su salud mental, en su funcionamiento social y de rol y en su percepción de la salud general, no olvidando también pesquisar información en caso de que existan patologías específicas ya diagnosticadas.
- Relaciones interpersonales: Interacciones recíprocas entre dos o más personas; se trata de relaciones sociales que, como tales, se encuentran reguladas por las leyes e instituciones de la interacción

social y que sirven como un medio para alcanzar ciertos objetivos como un fin en sí mismo. Existen ciertos factores psicosociológicos que determinan la adquisición de relaciones interpersonales positivas y/o nocivas en los individuos, tales como: factores individuales (evolutivos, de personalidad y motivacionales) y factores del entorno próximo (la familia y el grupo de pares)

Para efectos de dicho análisis, se trabajará en tres fases distintas, las cuales permitirán identificar los contenidos alusivos a los tópicos pesquisados en los discursos de los entrevistados de forma separada: desde la perspectiva del ex-usuario, del referente familiar y desde la observación de la entrevistadora.

A continuación se exponen dichas etapas.

- Fase 1: Reducción de la información.

En este momento se buscará seleccionar la información a analizar de cada uno de los entrevistados, mediante los procesos de transcripción y triangulación individual. Para este fin serán utilizadas las siguientes matrices:

- *Información del Caso Tipo y su Referente Familiar*

Ilustración 9: Matriz de ordenamiento y análisis de la información del Caso Tipo y su Referente Familiar.

Unidad Temática	Categorías	Indicadores	Discurso del sujeto de estudio
Situación familiar	Composición Familiar	Se determina respecto de la tipología correspondiente a la familia, entre las que encontramos: <i>familia extensa, familia nuclear, familia nuclear ampliada, familia reconstituida, familia de unión de hecho, familia monoparental y familia homosexual.</i>	

	Etapa del ciclo de vida familiar	Periodo que genera un promedio expectable de crisis familiar, que es básicamente una crisis transicional, producida por la convergencia de procesos biológicos, sociales y psicológicos, encontrando entre ellas: <i>Inicio del matrimonio, enfrentando el convertirse en padres, cuando los hijos van a la escuela, familias con adolescentes, reducción de la familia por la partida de los hijos, el nido vacío y la conjunción de tres generaciones.</i>	
	Procesos del sistema familiar	El intercambio entre los sistemas familiares es mantenido, cumplido y controlado mediante: <i>comunicación, reglas o normas familiares y roles.</i>	
Situación ocupacional	Identidad ocupacional	Conjunto de creencias y expectativas que una persona tiene acerca de su efectividad en el ambiente que le ayudan a tener una imagen del tipo de vida que desea y una identidad ocupacional positiva.	
	Competencia	Grado en que la persona es capaz de mantener un patrón de conducta ocupacional productivo y satisfactorio. Los indicadores son la organización del tiempo, propositividad y su condición física de salud.	
	Contexto	Interacción entre las personas que rodean al usuario y las tareas que realizan y la cultura es la que determina la de los grupos sociales disponibles y valorados por el usuario.	
Salud mental y física	Función física	Existencia de inmovilidad, dolor y limitaciones.	
	Salud mental	Percepción sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital	

		como una evaluación de la función cognitiva.	
	Funcionamiento social y de rol	Capacidad para crear, mantener y perfeccionar relaciones sociales maduras.	
	Autopercepción de salud general	Creencias y evaluaciones sobre su salud general que manifiesta una persona, sin considerar un aspecto mental o físico en particular.	
	Patologías específicas ya diagnosticadas	Patologías específicas que padece el usuario.	
Relaciones interpersonales	Factores individuales	Presencia de características propias de jóvenes influenciados por el grupo de pares.	
	Factores del entorno próximo	Ámbitos en los cuales el individuo establece relaciones interpersonales: núcleo familiar y <i>grupo de iguales o coetáneos.</i>	

Fuente: Alarcón B. y otros, 2012.

- *Información del Observador Participante*

Ilustración 10: Pauta de Observación Participante.

Pauta de Observación Participante:

Fecha : _____ Lugar: _____

Observador: _____

Hora de Inicio: _____ Hora de Término: _____

Episodio:

Unidad Temática	Observación directa	Anotaciones interpretativa	Anotaciones temáticas	Anotaciones personales
Contexto y entorno				
Situación familiar				
Situación ocupacional				
Salud mental y física				
Relaciones interpersonales				

Fuente: Alarcón B. y otros, 2012.

La información contenida en las tres tablas anteriores será sistematizada en la tabla que sigue a continuación:

- *Tabla de análisis de información individual*

Ilustración 11: Matriz de ordenamiento y análisis de información individual.

Unidad Temática	Categorías	Información del sujeto de estudio	Información del referente familiar	Observación de campo	Análisis de la información
Situación Familiar	Composición Familiar				
	Etapa del ciclo de vida familiar				
	Procesos del sistema familiar				
Situación Ocupacional	Identidad ocupacional				
	Competencia				
	Contexto				
Salud Mental y Física	Función física				
	Salud mental				
	Funcionamiento social y de rol				
	Autopercepción de salud general				
	Patologías específicas ya diagnosticadas				
Relaciones Interpersonales	Factores individuales				
	Factores del entorno próximo				

Fuente: Alarcón B. y otros, 2012.

Posterior a ello, se determinarán los objetivos de análisis mediante el establecimiento de nuevas categorías de estudio, esto será sistematizado por variable mediante las siguientes tablas:

- *Tabla de análisis variable situación familiar*

Ilustración 12: Matriz de nuevas categorías Situación Familiar

Casos Tipo	Composición Familiar	Etapas del Ciclo de Vida	Procesos del Sistema Familiar	Percepción del Tratamiento HDD en el área	Consumo
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					
7.-					
8.-					
9.-					
10.-					

Fuente: Alarcón B. y otros, 2012.

- *Tabla de análisis variable situación ocupacional*

Ilustración 13: Matriz de nuevas categorías Situación Ocupacional.

Casos Tipo	Identidad Ocupacional	Competencia	Contexto	Percepción del Tratamiento HDD en el área	Consumo
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					
7.-					
8.-					
9.-					
10.-					

Fuente: Alarcón B. y otros, 2012.

- *Tabla de análisis variable salud mental y física*

Ilustración 14: Matriz de nuevas categorías Salud Mental y Física.

Casos tipo	Función física	Salud mental	Funcionamiento social y de rol	Autopercepción de salud en general	Patologías específicas ya diagnosticadas	Percepción del Tratamiento HDD en el área	Consumo
1.-							
2.-							
3.-							
4.-							
5.-							
6.-							
7.-							
8.-							
9.-							
10.-							

Fuente: Alarcón B. y otros, 2012.

- *Tabla de análisis variable relaciones interpersonales*

Ilustración 15: Matriz de nuevas categorías relaciones interpersonales.

Casos Tipo	Factores individuales	Factores del Entorno Próximo	Percepción del Tratamiento HDD en el área	Consumo
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				
6.-				
7.-				
8.-				
9.-				
10.-				

Fuente: Alarcón B. y otros, 2012.

- Fase 2: Organización y presentación de la información.

Finalmente, los hallazgos realizados serán presentados en una matriz final, la cual expondrá las mayores convergencias y aquellos discursos más relevantes.

- *Tabla de hallazgos finales*

Ilustración 16: Matriz de hallazgos finales.

VARIABLE	DIMENSIÓN	DISCURSOS
SITUACIÓN FAMILIAR	Composición Familiar	
	Etapas del ciclo de vida familiar	
	Procesos del sistema familiar	
SITUACIÓN OCUPACIONAL	Identidad ocupacional	
	Competencia	
	Contexto	
ESTADO DE SALUD GENERAL	Función física	
	Salud mental	
	Funcionamiento social y de rol	
	Autopercepción de salud general	
	Patologías específicas ya diagnosticadas	
RELACIONES INTERPERSONALES	Factores individuales	
	Factores del entorno próximo	

Fuente: Alarcón B. y otros, 2012.

- Fase 3: Análisis e interpretación de los datos.

9.- Consideraciones Éticas.

En este estudio las consideraciones éticas son imperativas y se garantizará basado en tres elementos:

- *Razón riesgo-beneficio*: El riesgo para los participantes de este estudio es mínimo en el ámbito personal y de relaciones interpersonales.
- *Consentimiento informado*: Dar toda la información posible para que las personas tomen libremente la decisión de participar, y en cualquier momento en que se sientan amenazados contar con la posibilidad de abandonar el estudio. Por otro lado, asegurarse que las personas puedan preguntar y discutir cualquier punto relacionado con el estudio. Finalmente, cualquier participante en el estudio tendrá acceso a las entrevistas realizadas. (Ver anexo N° XX)
- *Protección a la intimidad*: En todo momento se protegerá la identidad de las personas que participen en las entrevistas, publicando la información de forma anónima y utilizando el uso exclusivo de los relatos sólo para ésta investigación.

10.- Recursos Necesarios.

Los recursos a utilizar en la ejecución del presente estudio son:

Recursos Materiales:

- Entrevistas a aplicar
- Grabadora de voz

Recursos Humanos:



- Estudiantes seminaristas
- Equipo profesional del HDD
- Referentes terapéuticos del HDD
- Usuarios egresados durante los años 2009, 2010 y 2011 que cumplan con los criterios de inclusión.
- Referente familiar o tutor del usuario egresado.
- Profesora guía del seminario de título Srta. Sara Salum A.

Recursos Financieros:

- Traslados de estudiantes seminaristas
- Impresión de entrevistas

1.- Cronograma de Actividades

Actividad / Semana	Semana del 25 de junio al 01 de julio	Semana del 02 al 08 de julio	Semana del 09 al 15 de julio	Semana del 16 al 22 de julio	Semana del 23 al 29 de julio	Semana del 30 de julio al 05 de agosto	Semana del 06 al 12 de agosto	Semana del 13 al 19 de agosto	Semana del 20 al 26 de agosto	Semana del 27 de agosto al 02 de septiembre	Semana del 03 al 09 de septiembre	Semana del 10 al 16 de septiembre	Semana del 17 al 23 de septiembre	Semana del 24 al 30 de septiembre	Semana del 01 al 07 de octubre
Entrega de la primera parte del Seminario de Título	X														
Entrega del instrumento cualitativo de medición a la profesora guía		X													
Aprobación del instrumento cualitativo de medición			X												
Aplicación del instrumento cualitativo de medición				X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Análisis de resultados								X	X	X	X	X	X	X	
Entrega del documento final del Seminario de Título a la profesora guía															X

Capítulo 5:

Análisis e Interpretación de los Datos

“...Pared que construyes con retazos de descartes no queridos aíslan tu mundo, tu interior burbuja en un mar de burbujas que chocan y rebotan, que siempre se repelen...”

PRESENTACIÓN

El capítulo que se presenta a continuación tiene por finalidad detallar los resultados obtenidos producto de la presente investigación, recabados a través de entrevistas en profundidad realizadas a los casos tipos y sus respectivos familiares.

Se llevará a cabo el análisis e interpretación de cada variable de investigación: Situación Familiar, Situación Ocupacional, Salud Física y Mental y Relaciones Interpersonales, examinando las dimensiones que conforman a cada una de éstas.

Posteriormente se realizarán conclusiones por cada una de las variables analizadas, para luego finalizar con una conclusión general respecto a la información recabada.

Por último, la información de este capítulo sentará las bases para la elaboración de una propuesta de intervención que buscará realizar mejoras institucionales, centrándose en las necesidades y sugerencias evidenciadas en la investigación.

1. Situación familiar

La situación familiar actual de los egresados del Programa Ambulatorio Intensivo es variada, esto responde a la multiplicidad de características y diferencias propias de cada uno de los casos tipo, de los miembros de sus respectivos grupos familiares y las etapas de ciclo de vida a nivel personal y familiar que estos en la actualidad vivencian. Sin embargo, entre todas las características es posible evidenciar ciertas convergencias y tendencias de las cuales se dará cuenta en el presente apartado.

De lo evidenciado en la totalidad de los casos estudiados se visualiza la familia como una organización tridimensional, en la cual influyen aspectos biológicos, sociales y psicológicos de cada uno de sus integrantes, los cuales irán configurando ciertas dinámicas y estructuras, las que determinarán el cumplimiento de las metas de crecimiento y desarrollo a nivel individual de cada uno de los miembros y de la familia en su conjunto.

A nivel general respecto de la *cohesión familiar*, es posible afirmar que en el grupo entrevistado predominan relaciones familiares con lazos y uniones emocionales *desligadas y límites cerrados*, las cuales se caracterizan por un nivel de cohesión mínimo, donde son miembros individualistas y desarrollan poca comunicación entre sí. Lo anterior se traduce en la necesidad de los miembros de la familia de satisfacer sus necesidades afectivas fuera del hogar, desarrollando un compromiso mínimo con el sistema familiar y exponiendo a los mismos a situaciones de vulnerabilidad respecto del entorno, lugar donde encuentran dicha satisfacción. En estos grupos familiares, los egresados del Programa Ambulatorio Intensivo manifestaron encontrarse en situación de consumo (cabe destacar que dentro del programa no constituía requisito abandonar en totalidad el consumo de tabaco, por lo cual éste no es considerado dentro de

los estupefacientes antes mencionados), consumo que se asocia a esta búsqueda de satisfacción de necesidades emocionales en entornos sociales donde se encuentra la posibilidad de consumir.

Un segundo grupo relevante, aunque en menor porcentaje que el anterior, son las familias *unidas con límites abiertos y claros*, en las que se visualiza una dependencia moderada entre sus miembros, existiendo una distinción entre el espacio familiar y el espacio privado. En estas familias son aceptadas y reconocidas las individualidades de cada uno de sus miembros, entregan importancia a las actividades familiares, generando así la capacidad de contener emocionalmente y entregar apoyo a cada uno de sus integrantes. Dicha caracterización en la presente investigación, es posible asociarla a los egresados del programa que no manifiestan consumo de estupefacientes, los cuales han logrado restablecer la comunicación, fomentando el apoyo en el interior de la familia, y de este modo propendiendo al crecimiento saludable de cada uno de los miembros.

La *composición familiar* da cuenta de los procesos de reincorporación del usuario a su núcleo familiar posterior a los procesos interventivos de los cuales fue parte en el Programa Ambulatorio Intensivo. Las tendencias predominantes en la información recabada son las *familias nucleares y monoparentales*, las cuales se pasará a describir a continuación.

Los grupos familiares con mayor predominancia son las *familias nucleares*, las que manifiestan la reincorporación del egresado al núcleo familiar propio, en el cual se incorpora además a los subsistemas conyugal y parental, reasumiendo responsabilidades y recuperando los roles asociados a dichos subsistemas, cabe destacar que la totalidad de los casos que corresponden a este tipo de familias no manifiestan consumo de estupefacientes en la actualidad.

El segundo grupo familiar de predominancia lo constituyen las *familias monoparentales*, en las cuales encontramos a la totalidad de los egresados duales entrevistados, los cuales al momento de la entrevista declararon estar consumiendo estupefacientes. En estas familias los individuos a quienes hacemos referencia cumplen el rol de hijo/a, siendo dependientes económica y emocionalmente a familias en las cuales la jefa de hogar es la madre.

En último lugar y con una predominancia menor encontramos también *familias extensas* y un *hogar unipersonal*, en estos casos se presentan egresados que no han logrado la recuperación de sus respectivos grupos familiares propios, perdidos producto de la drogadicción o bien, sus vidas se han visto tan deterioradas a causa del consumo de estupefacientes que han sido incapaces de desarrollar una vida independiente. Pese a lo anterior, en la actualidad manifiestan consumo de estupefacientes aun viviendo en el hogar paterno o materno. Es importante mencionar que en la mayoría de estos casos en los cuales estos sujetos tienen hijos e hijas menores de 18 años, les han sido quitados, otorgando su cuidado personal a los abuelos, por lo tanto si bien, algunos en la actualidad viven bajo el mismo techo que sus hijos, no cumplen un rol paterno o materno ya que es el padre o madre del egresado, es decir el abuelo o abuela de los niños en cuestión, quien cumple ese rol.

La *etapa del ciclo de vida familiar* permite explicar los procesos de desarrollo de cada una de las familias investigadas, permitiendo conocer el promedio expectable de crisis familiar a que deberían atenerse, las cuales son predecibles y necesarias; estas son *producidas* por la convergencia de procesos biológicos, sociales y psicológicos, permitiendo así identificar aquellas crisis que no son normativas a la etapa que vivencian.

La etapa en la cual se encuentra mayor convergencia es *familias con adolescentes*, la cual puede ser mirada desde dos perspectivas:

- El egresado del Programa Ambulatorio Intensivo forma parte del subsistema parental, cumpliendo el rol de padre o madre.

Los casos investigados que se encuentran en esta etapa coinciden con aquellos que han mantenido la composición de familia nuclear y en la actualidad no manifiestan consumo de estupefacientes. En estos grupos familiares, a nivel del subsistema conyugal el mayor desafío radica en rescatar el compañerismo en la relación de pareja, ya que dicho aspecto generalmente es postergado debido a las responsabilidades de la paternidad o bien, en el caso de las personas con problemáticas asociadas a la drogadicción, abandonados debido al deterioro gradual de las relaciones familiares en general. En estos casos en particular se evidencian los esfuerzos del egresado del programa en retomar y mejorar el ejercicio de los roles que le competen en el grupo familiar, manifestando una mejora significativa, ya que este proceso ayuda a compensar la nostalgia que trae consigo la sexualidad creciente de los hijos/as adolescentes.

“Hay tiempo pa’ la familia. Salimos bien seguido nosotros, salimos a dar sus vueltas no sé po’... a pasear, a servirnos algo... yo trate de recuperar hartas cosas que había perdido” (M.Z., 54 años, respecto de su relación conyugal en la actualidad).

A nivel del subsistema paterno, se presenta el desafío de generar un cambio desde la autoridad arbitraria a la negociación de las diferencias con los hijos, buscando así la acomodación mutua para de este modo apoyar al proceso de individuación de los mismos. En los casos analizados, se observa además un interés por parte de los egresados del HDD, en traspasar sus conocimientos y experiencias de vida respecto de la drogadicción y las consecuencias que ésta les acarreó a sus hijos, desarrollando esto como forma de prevenir que sus hijos/as vivan las mismas experiencias que ellos.

“Yo siempre les converso a mis hijos, les trato de conversar las cosas... lo bueno, lo malo y lo feo. A mi hija mayor ya no tengo que decirle... ella ya tiene 20 años y sabe lo que tiene que hacer, pero por ejemplo al más chico yo igual le digo cosas” (E.R., 40 años, respecto de la relación con sus hijos/as).

- El egresado del Programa Ambulatorio Intensivo cumple el rol de hijo.

De acuerdo a los antecedentes recabados, los usuarios que entran en esta categoría corresponden a usuarios duales pertenecientes a familias monoparentales, en las cuales la madre es la jefa de hogar. Pese a que las edades cronológicas de los entrevistados no corresponden al periodo normativo de la adolescencia, su condición de salud mental determina en ellos características propias de la etapa adolescente, a saber: ser influenciables por el grupo de pares o el entorno, oposicionismo, inmadurez afectivo-emocional, inexistencia de un proyecto vital, egocentrismo, entre otros.

En esta etapa, a medida que los hijos aumentan en edad, se producen mayores alteraciones en las relaciones familiares, especialmente padres-hijos, generando impacto a su vez en la totalidad del grupo familiar, con frecuencia se desarrolla oposicionismo y antagonismo con los padres en la búsqueda de espacios de independencia de los mismos. Un aspecto notablemente influyente lo constituye el consumo que manifiestan estos egresados en la actualidad, aumentando las problemáticas ya existentes.

“Yo pongo normas aquí... de la casa y él no las cumple, él no se está sometiendo a las reglas que yo le pongo” (M.Q., 50 años, Madre de Egresado Dual, respecto del cumplimiento de las normas establecidas en el hogar)

En este caso particular, los egresados pertenecientes a este grupo no respetan las reglas y normas establecidas por las madres, generando conflictos en la dinámica al interior del hogar y afectando seriamente la comunicación. Como se mencionó con anterioridad, en esta categoría la conformación de los grupos familiares son monoparentales, no encontrándose en ellos una figura masculina con la cual la jefa de hogar pueda desarrollar compañerismo o apoyo mutuo en los desafíos que esta etapa impone, lo cual, sumado a las responsabilidades, carga emocional que ésta debe asumir para favorecer a la adaptación y equilibrio familiar, genera agotamiento y frustración en un principio, para posteriormente detonar en un aislamiento de todos los miembros del grupo familiar.

“J.G. no hace nada. Mientras que si bueno... si yo no llego de mi trabajo está toda la cocina cochina, todo cochino... no, no hace na’. Hay que estar diciéndole a cada momento que haga algo” (L.A., 58 años, Madre de Egresado Dual, respecto de la ayuda que encuentra en su entorno familiar).

El segundo grupo en el cual se encuentran similitudes entre los casos investigados corresponde a la etapa *cuando los hijos van a la escuela*, este periodo está definido por la existencia dentro del grupo familiar de un niño o niña en edad escolar previa a la adolescencia. Este periodo presenta a los padres y madres el desafío de cambiar el foco de atención desde los asuntos familiares a los intereses individuales, respondiendo así a la progresiva independencia de los hijos. En este grupo encontramos la ubicación de los egresados en los subsistemas parental y fraterno, sin embargo pese a las divergencias entre las situaciones de vida, todos los casos de esta categoría declaran encontrarse consumiendo en la actualidad.

Finalmente, respecto de las Etapas del Ciclo de Vida Familiar, encontramos un tercer grupo, en las cuales se visualizan dos etapas del ciclo: *reducción por la partida de los hijos* y la fase que le sigue, *el nido vacío*. En este grupo se aprecian diferencias diametrales respecto del abordaje de los desafíos que imponen estas etapas, las cuales se ven influidas directamente por la recuperación de los grupos familiares de origen marcando esto último la diferencia.

En la primera de las etapas mencionadas, la tarea principal a emprender consiste en permitir y asumir la partida de los hijos/as como un proceso natural, enfrentando la creciente independencia de éstos y las presiones que genera la separación. El egresado que evidencia calificar en esta categoría no da cuenta de mayores conflictos al respecto, debido a que, posterior a su proceso de rehabilitación, al cual ha mantenido adherencia, fue capaz de desarrollar con su esposa una relación de pareja independiente de la función de padres, lo cual permitió un apoyo mutuo entre los progenitores y en segundo lugar favorecer una relación con sus hijos tendiente a apoyar sus esfuerzos de independencia.

La segunda de las etapas mencionadas, manifiesta resultados completamente opuestos a lo anterior, debido a que el individuo no logró la recuperación de su grupo familiar, por lo cual posterior a su egreso regresó a vivir solo, no logrando encontrar espacios de contención a nivel de subsistema conyugal y perdiendo gradualmente al contacto con sus hijos. En la actualidad el mencionado usuario manifiesta una profunda depresión, desinterés por todo lo que le rodea y manifiesta consumo habitual de estupefacientes.

La última de las dimensiones abordadas en la situación familiar corresponde a *los procesos del sistema familiar*, los cuales han sido

evaluados respecto de la *comunicación*, el establecimiento de *reglas y normas familiares* y el cumplimiento de *roles* dentro de las dinámicas de las mismas. De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación ha sido posible identificar que durante el tiempo que un miembro de una familia se encuentra en situación de consumo y no cumple su rol efectivamente, se desarrolla en los grupos familiares un proceso de reacomodación, en el cual se visualiza un re-establecimiento de límites, normas y roles que suplen este vacío, en los cuales el egresado una vez rehabilitado, se debe adaptar y renegociar su funcionamiento.

Las mayores convergencias respecto de la *comunicación* radican en las interacciones conflictivas a nivel comunicacional, cabe destacar que en esta categoría se visualiza la totalidad de los casos duales entrevistados, en los cuales su comorbilidad psiquiátrica es determinante respecto de la comunicación que entablan con su entorno, siendo esta principalmente de tipo instructiva, es decir, para dar instrucciones y órdenes respecto del quehacer, la cual no permite establecer una comunicación satisfactoria o enriquecedora a nivel emocional para los miembros del grupo familiar.

“Yo le hago el quite al E. Porque es para puro discutir... Es poco lo que conversamos, como que depende igual de cómo anda él... a veces él solo se acerca y me cuenta, el otro día por ejemplo... pero es que como que vivimos en mundos tan distintos...” (G.G., 47 años, Madre de Egresado Dual, respecto de la comunicación con su hijo)

Los usuarios que no manifiestan patología psiquiátrica y encuadran en esta categoría, presentan en su mayoría retraimiento en sus mundos interiores, incapacidad para resolver conflictos y desinterés respecto de la contención emocional propia como de los otros miembros del grupo familiar, en su totalidad, son usuarios que en la actualidad se encuentran en situación de consumo de estupefacientes, por lo cual existe una significativa pérdida

de confianza desde los miembros del grupo familiar hacia ellos y están arriesgando la última oportunidad que sus familias les otorgan.

“Mire como le digo yo he tratado de no discutir, pero no por ella, si no por mí persona para no... Los primeros días que llegué me las lloré toas, pasé rabias con ella, peleamos varias veces... Pero en realidad discutir con ella no vale la pena porque si ella no quiere rehabilitarse... Ella se está jugando la última oportunidad que tiene” (M.G., 56 años, respecto de la comunicación)

Por otro lado, un segundo grupo predominante manifiesta lo contrario a lo anterior, es decir, desarrollan conductas comunicacionales fluídas y saludables con su grupo familiar. Este grupo coincide además con aquellos egresados que manifestaron mayor adherencia a la rehabilitación y en la actualidad no se encuentran en situación de consumo. Se debe destacar que, en particular este grupo de individuos ha manifestado un esfuerzo en el proceso de recuperación de sus grupos familiares, invirtiendo tiempo y paciencia en la reparación de aquellos vínculos que se encontraban deteriorados.

“La relación de pareja es mucho mejor ahora que cuando nos casamos en el principio... Yo converso con ella, tenemos más comunicación... la que no teníamos antes... entonces si vamos a decidir algo lo conversamos entre los dos no como antes que lo hacía yo solo” (E.R., 40 años, respecto de la comunicación).

Como se mencionó con anterioridad, las familias de los individuos que manifiestan drogodependencias desarrollan la capacidad de reacomodarse y suplir de alguna forma el no cumplimiento del rol del drogodependiente en el núcleo familiar, esto se manifiesta también en el establecimiento de *reglas* y *normas* por parte de un miembro de la familia no consumidor, quien en la totalidad de los casos es de género femenino (madre o pareja) y asume la

administración económica del hogar, tomando el liderazgo y la responsabilidad de mantener el funcionamiento familiar.

En la mayoría de los casos los egresados del programa, al reincorporarse a sus respectivos núcleos familiares se resiste a acatar las reglas y normas establecidas por esta nueva configuración familiar, generando quiebres y disfunciones en la dinámica interna, a esto se suma en que estos casos coinciden con aquellos que además se resisten a retomar un rol importante en el grupo familiar, relegándolos (roles de padre, madre, hijo/a, protector/a, proveedor/a, socializador/a, obediencia, afecto) en otros que han suplido el mismo. Dicha situación es cómoda para el egresado, primordialmente para aquellos que no han tenido adherencia al tratamiento ya que el grupo familiar no les atribuye responsabilidades en el funcionamiento del mismo. Dicha situación se manifiesta en la totalidad de los egresados que en las entrevistas realizadas manifestaron consumo de estupefacientes en la actualidad.

*“Yo tengo que mantenerlo... él no paga arriendo, no paga agua... nada, yo tengo que tener para todo... incluso para comer. A mí se me hace pesao”
(R.A., 74 años, respecto de los roles en el hogar).*

Por el contrario, aunque un grupo significativamente menor de egresados que conservan adherencia al tratamiento y ha logrado reinsertarse en sus familias nucleares, se ha adaptado a las dinámicas existentes, buscando y negociando su lugar en el sistema familiar, estableciendo las reglas y normas familiares de modo concensuado con sus parejas y generando una equiparidad de roles, aportando así de forma óptima con el afianzamiento familiar.

“Las reglas las ponen los dos, los dos le dan permisos a los niños para salir, todo lo conversan” (M.T.T., 59 años, respecto de las reglas y normas en la familia de su hijo)

“La violencia, las peleas... todo eso cambió po’, porque con ella ahora conversamos. Si los chiquillos tienen problemas los conversamos. Ya no existe la... que se yo po’... los garabatos, los malos tratos... ya no... Tratamos de empezar de nuevo” (J.H., 56 años, respecto a su relación de pareja y los roles luego de su egreso del HDD)

Finalmente, respecto de los *procesos del sistema familiar*, se encuentran ciertas coincidencias, las que van marcando una tendencia significativa entre las asociaciones de determinadas conductas ya sea *tipo de comunicación familiar, forma de establecimiento de normas y reglas* y el *ejercicio de roles*, que manifiestan los usuarios tanto los que han adherido al tratamiento como los que no. Existe una estrecha relación entre; el desarrollo de una comunicación saludable, establecimiento de reglas y normas consensuadas y el ejercicio de una equiparidad de roles, con aquellos egresados que han mantenido adherencia al tratamiento y en la actualidad no manifiestan consumo de estupefacientes. Por el contrario, aquellos usuarios que; manifiestan conflictos a nivel comunicacional, no respetan las reglas y normas establecidas por el grupo familiar y manifiestan un rol pasivo, en la actualidad se encuentran consumiendo algún tipo de estupefaciente o bien, se encuentra en situación de riesgo de volver a consumir.

En prácticamente la totalidad de los casos entrevistados, la percepción de la influencia del Programa Ambulatorio Intensivo y las actividades allí realizadas tendientes a la recuperación de sus relaciones familiares, es positiva, evocan la experiencia de forma grata y lo consideran un aporte para sus vidas. Sin embargo, al hacer un análisis comparativo de los resultados, es posible observar que esta percepción no es significativa en la modificación de las conductas nocivas para el funcionamiento familiar, dado que muchos

no logran aplicar los conocimientos obtenidos en el HDD para el mejoramiento de sus relaciones familiares.

“Si, como le decía harto ayudó... las personas que... hacían... terapia, la psicóloga, y bueno y los demás... también que conversaban... el profesor, eh... si... hartos hartos... pero muy bueno... O sea, cuando ustedes ahí lo descubren porque a veces ni siquiera uno sabe las cosas que uno tiene dentro de la vida, como dotes... o cosas para analizar bien y... seguir bien... y sentir cosas que además dan seguridad...” (M.C., 41 años, respecto de su percepción de la influencia ejercida por el Programa Ambulatorio Intensivo a nivel familiar).

De lo anterior se desprende que, si bien, la convicción de no consumir de cada uno de los egresados del Programa Ambulatorio Intensivo es determinante, las características de la situación familiar revisten igual importancia, dado que se constituyen en un factor protector o de riesgo. Cualquiera de los tipos de composición familiar (excepto el hogar unipersonal) o bien, las etapas del ciclo de vida familiar que se estén vivenciando, los egresados dependerán estrechamente de los procesos del sistema familiar que se desarrollen, los cuales determinarán la satisfacción personal de cada uno de los miembros de la familia, lo cual influirá a su vez de modo relevante en los procesos personales del egresado y permitirá marcar una diferencia entre una posible situación de consumo y no consumo.

2.- Situación ocupacional

La ocupación humana es un aspecto central de la vida de las personas, se manifiesta mediante un comportamiento motivado por la búsqueda de ser efectivo en el medio que rodea a los individuos, permitiendo así satisfacer a través del ejercicio de determinadas actividades, roles individuales. En el presente apartado se analizará la percepción de los

egresados del HDD respecto de la forma en que han vivenciado este ámbito de sus vidas posterior a su salida del programa.

La primera dimensión a analizar corresponde a la *identidad ocupacional*, la cual da cuenta del conjunto de creencias y expectativas que las personas tienen acerca de su efectividad en el ambiente.

El grupo investigado manifiesta en su gran mayoría una identidad ocupacional positiva, lo cual se traduce en un sentimiento de gratificación respecto de las actividades que en la actualidad realizan, las cuales son motivadas por sus valores, intereses y causalidad personal. La mayoría de los egresados manifiestan centrar su quehacer en actividades de la vida diaria y actividades de esparcimiento, las cuales se centran en tareas domésticas, autocuidado, actividades llevadas a cabo por propio gusto y de acuerdo a sus propios tiempos, siendo una minoría los que desarrollan *actividades productivas* que entreguen un servicio a la sociedad o a sus grupos familiares.

*“Me gusta, me gusta trabajar en lo que hago, me gusta tratar de ayudar a la gente... hay personas que quieren pasar los gases y hay problemas y los tratamos de ayudar po’. Si nosotros pa’ eso estamos, pa’ servir al cliente”
(E.R., 40 años, respecto de cómo le hace sentir las actividades que realiza)*

Un porcentaje menor, manifiesta inconformismo respecto de su identidad ocupacional, siendo relevante mencionar que en estos casos no se visualiza la motivación para emprender actividad alguna que apunte a la satisfacción personal. Es importante destacar que la totalidad de los casos que aquí se mencionan en la actualidad se encuentran en situación de consumo de estupefacientes.

“Nada, nada, como le digo yo paso encerrao’, por mí no saldría para nada... yo creo que cuando salí de ahí (refiriéndose al programa) salí bien po, tenía ganas de trabajar, buscaba... hacía aseo... y me preocupaba más po, pero... de ahí empecé a bajearme de nuevo” (E.D., 54 años, respecto de cómo le hace sentir las actividades que realiza)

La segunda dimensión investigada entrega información respecto de la *competencia* que han sido capaces de desarrollar los egresados/as del HDD, es decir, la mantención de un patrón de conducta ocupacional productivo y satisfactorio, tanto para sí mismo como para su entorno. En este ámbito se visualiza que la mitad del grupo investigado, pese a la dificultad que implica, ha sido capaz de desarrollar patrones de conducta productivos, es decir, manifiestan propositividad para desarrollar actividades en su entorno, organizan su tiempo en virtud del logro de éstas y mantienen una condición de salud compatible con las mismas, en estos casos se visualiza además la existencia de una identidad ocupacional positiva y la detención del consumo de estupefacientes.

“Me costó un tiempo, me costó... porque resulta que ya estaba acostumbrao’ a los tiempos que ocupaba antes, a los tiempos de andar con los amigos, metio’ en drogas, en alcohol, en too eso...” (M.Z., 54 años, respecto de la administración del tiempo).

La segunda mitad del grupo, manifiesta un patrón de conducta ocupacional totalmente opuesto al anterior, ya que son incapaces de desarrollar una conducta productiva, manifestar iniciativas en el ejercicio de cualquier actividad y centran sus quehaceres en actividades de esparcimiento o domésticas que les son impuestas. En esta categoría se encuentra la mayoría de los individuos que manifiestan comorbilidad psiquiátrica, los cuales al igual que los demás de este grupo, se encuentran actualmente con consumo de estupefacientes.

“Bueno ella duerme hasta muy tarde, 11 o 12... le dan las once, las doce, las una durmiendo. Ella duerme, duerme, duerme, duerme y ve a la niña porque yo le digo que la vea... también está esa cosa de que “mamá voy a salir a dar una vuelta”... ¡No para dónde vas a ir!... porque yo no sé si va a volver o no va a volver” (M.G., 56 años, respecto de la ocupación de su hija)

Finalmente, la última dimensión que analiza esta variable hace referencia al *contexto*, el cual puede ser entendido como el impacto que tiene el medio donde el egresado se inserta. Es por esto que los principales énfasis serán centrados en la percepción de oportunidades de reinserción ocupacional y el contexto social en el cual se encuentra viviendo en la actualidad el individuo.

Entre los discursos obtenidos de los usuarios, los que manifiestan mayor convergencia dan cuenta de apertura por parte de la sociedad y de su entorno para facilitar espacios de reinserción ocupacional, sin embargo, predomina la idea generalizada de que aquel que busca oportunidades, golpea puertas y tiene iniciativa, logra reinsertarse.

“El patrón que yo tengo aquí abajo, él me ayudó bastante porque yo trabajaba en el Marco Polo, era maestro del Marco Polo, entonces yo de ahí trabajaba en las tardes acá en Bellavista, entonces cuando yo perdí el trabajo del Marco Polo él me empezó a ocuparme todos los días, entonces ahí yo empecé a trabajar más tiempo con él”. (M.Z., 54 años, respecto de su contexto ocupacional).

“De repente todos los jóvenes hablan así “Ah que no hay oportunidad para los jóvenes, es que no hay cosas, no hay empleo, no hay cosas...” yo estuve harto tiempo yendo a eso a laaa... a la OMIL aal, a la muni y ahí empecé a cachar que hay oportunidades” (M.T., 29 años, respecto de las oportunidades ocupacionales)

Pese a lo anterior, existe un grupo minoritario que manifiesta no encontrar espacios para reinsertarse laboralmente y hacen alusión a que si encontrasen trabajo dejarían de consumir. Sin embargo, los mentados casos no han manifestado iniciativa para buscar trabajo o bien las oportunidades que han tenido no son de su agrado.

Existe también un porcentaje menor de egresados que se encontraban trabajando antes de ingresar al Programa Ambulatorio Intensivo y posterior a su egreso se reincorporaron a sus actividades laborales. Sin embargo en estos casos, dado que el lugar de trabajo estaba asociado a situaciones de consumo, amigos con los cuales los egresados del programa antes consumían, espacios conocidos donde antes se drogaban, etc. volvieron a recaer en conductas adictivas.

“Yo trabajaba en la mañana, a las seis, siete de la mañana me pegaba el primer mono, dos mono. Si usted se lo pregunta cualquiera, es raro, yo salía del turno y me iba a fumar y después me tocaba de noche e iba a comprar de nuevo, habían dos días, tres días en que no dormía... Yo perdí el respeto de todo.” (C.J., 43 años, respecto de su regreso al trabajo).

Finalmente, la mayoría de los usuarios se encuentra viviendo en lugares de riesgo social, donde es de conocimiento de casi la totalidad de la población con quiénes y dónde realizar la compra de estupefacientes, los hogares actuales de los usuarios de encuentran rodeados de microtráfico, ante lo cual la posibilidad de consumo es constante. Pese a esto, dentro de este grupo existen usuarios que se han mantenido firmes en su convicción de no consumir, relacionándose de igual forma con su contexto pero sin desarrollar mayor intimidad con ellos.

“De partía él no sale a la calle... ya no sale... porque que aquí hay mucho micro traficante... entonces aquí estamos... la tentación aquí la tiene todos los días...” (Madre de C.J., 43 años, respecto de su entorno social)

Respecto de la *Situación Ocupacional* en general de los egresados, es posible desprender que, si bien, la mayoría de los usuarios manifiestan una *identidad ocupacional positiva*, es decir, conformidad y satisfacción en las actividades ocupacionales que realizan, esto no necesariamente significa que dichas actividades son productivas y/o eficientes para su entorno ya sea social o físico, ya que no manifiestan *competencia* para desarrollar dichas actividades o bien, las actividades que realizan no son útiles para su entorno. Esta situación se visualiza en la mayoría de los entrevistados duales.

“Mi madre no quiere que ande comprándole a nadie aquí en el block y yo siempre soy paleteao’, soy sencillo, soy humilde, soy manso pa’ poder eee comprarle a la gente para ganarme los pesos honradamente” (J.G., 41 años, Egresado Dual, respecto de su las actividades que realiza)

“Donde lo mandan a hacer las compras, es ahí donde venden la droga, ahí está la droga. Entonces yo tengo que evitar en lo posible que no lo manden a comprar, porque J.G. va a tener dinero a cada momento y va a entusiasmarse en la droga y la misma persona que lo manda a comprar le va a ofrecer, entonces por eso yo tengo que estar atenta con él” (Madre de J.G., 41 años, Egresado Dual, respecto de su las actividades que realiza)

Finalmente, la percepción del apoyo recibido del HDD respecto a la rehabilitación ocupacional, la gran mayoría de los egresados manifiesta haber disfrutado de dichas actividades, las cuales durante su participación en el programa les resultaron muy útiles como un modo de ocupar sus tiempos de manera positiva, pero negaron seguir realizándolas posterior a sus egresos. Una minoría de individuos manifestó desagrado respecto de las actividades que realizaron, argumentando que consideraban las mismas

como “actividades para niños” o bien, “actividades de demasiada dificultad” por lo cual hubiesen preferido otra estrategia para utilizar sus tiempos.

Un punto en el cual todos convergen, es en el agradecimiento a la Terapeuta Ocupacional y las gestiones realizadas por el equipo para favorecer a la reinserción laboral posterior al egreso del programa, pese a que la gran mayoría no conserva dichas actividades laborales.

3.- Salud mental y física

En lo que respecta a la salud física de los pacientes egresados, se observa que en su mayoría están en un óptimo estado, ya que no señalan limitaciones ni incapacidades físicas que sean un impedimento en su diario vivir.

Un aspecto convergente importante de analizar en lo que respecta al estado de salud física actual de los egresados tanto duales como no duales, hace alusión a que en su mayoría poseen un consumo problemático de cigarrillos.

Según un estudio realizado por las enfermeras Luisa González Henríquez y Kareen Berger Vila en el año 2002, los factores de riesgo más importantes en relación al consumo de cigarrillos son: la baja autoestima, la falta de actividad deportiva, la alta concurrencia a fiestas, tener amigos que fumen y tener familiares fumadores que vivan permanentemente con ellos. (Berger K. y otros, 2002)

En este sentido, en los usuarios egresados del HDD se observan dichos factores de riesgos, pero además ellos reconocen entre las causas de su tabaquismo a la ansiedad, la necesidad de aferrarse a un vicio o solo porque "les agrada", "los relaja" y "les gusta" y, aunque conocen los efectos dañinos del tabaquismo, estas enfermedades afirman: "no les sucederán a ellos".

Por otro lado, para el consumo de cigarrillos, los factores protectores más importantes estudiados por las autoras mencionadas con anterioridad son: la participación en deportes, la autoestima alta, tener amigos que no fumen, tener familiares que compartan el mismo techo que no fumen y tener un buen conocimiento del daño que el tabaquismo provoca a la salud. (Berger K. y otros, 2002)

En relación a lo anterior, en los casos excepcionales que abandonaron su tabaquismo se presentan estos factores protectores y además coinciden en que también dejaron su consumo otros estupefacientes, sin evidenciarse mayores riesgos de volver a recaer.

Los pacientes que lograron detener su consumo de estupefacientes luego de sus egresos del HDD (incluido el cigarrillo), señalaron que necesitaban terminar con dicha situación ya que era de especial relevancia recuperarse en todos los aspectos que pudiesen afectar su salud tanto física como mental. En este sentido una de las reflexiones claves se basa en "recuperar el tiempo perdido con la familia" para lo cual es fundamental comenzar a preocuparse por su estado de salud general.

En lo que concierne a la salud mental de los egresados del HDD, se deben dividir en los que padecen patologías psiquiátricas (pacientes duales) y en los que no.

En el caso de los pacientes duales, estos mencionaron estar al tanto de sus patologías psiquiátricas y conocer sus efectos y consecuencias. Demostraron también la importancia que deben otorgarle a realizarse controles médicos con periodicidad y a tratar de realizar sus vidas con la mayor normalidad posible.

A pesar de su condición psiquiátrica dejaron en evidencia sus ganas de seguir reconstruyendo algunos aspectos significativos de sus vidas (aspectos familiares, ocupacionales, etc.) que fueron perdidos como consecuencia de su consumo de estupefacientes. No obstante a ello y dada su condición psiquiátrica, se observan en ellos ciertas características que hacen presumir que son personas influenciables, por lo cual en el mediano plazo ellos podrían encontrarse en riesgo de retomar el consumo de estupefacientes.

“Si, si. Ahora no se ha juntado con los chicos que consumen. Pero ahí tengo q estar yo. Por ejemplo cuando fue que yo le llamé la atención... el domingo parece. Ya, yo vi que le estaban dando un papelillo... por eso le llamé la atención” (L.A. 58 años, respecto a los factores de riesgo que rodean a su hijo)

Por su parte, en su mayoría los pacientes sin patologías psiquiátricas no demostraron estar del todo bien en lo que respecta a su bienestar psicológico. Muchos declararon estar con poco ánimo e interés para realizar ciertas actividades que les permitieran una autorrealización personal.

También en ellos llaman especialmente la atención características que hacen presumir cuadros depresivos. En la mayoría de los casos existe una disconformidad con su situación actual, pero como consecuencia de acciones del pasado, ya que muchos al volver atrás reflexionan respecto a lo

que han perdido y han construido a lo largo de sus vidas y claramente la balanza se inclina a lo que han desperdiciado.

Por otro lado, un grupo minoritario de los entrevistados asocia sus difusos estados anímicos a las escasas oportunidades brindadas en el ámbito ocupacional. Para ellos adquiere especial relevancia el mantenerse ocupados en alguna actividad (en lo posible remunerada) que les permita un bienestar psicológico y una autorrealización personal, ya que sin esto no logran visualizar un proyecto de vida acorde a sus necesidades.

“Me siento triste porque me gustaría hacer muchas cosas que a veces no puedo. Tu sabes que aquí con la plata baila el mono, entonces, entonces no... me gustaría hacer otra pieza... quiero trabajar porque quiero hacer otra pieza pa’ la C.L.” (M.L. 36 años)

En relación al funcionamiento social y de rol, se evidencia que los egresados que han logrado crear, mantener y perfeccionar relaciones sociales maduras corresponden a los que han conseguido el mayor nivel de rehabilitación luego de su egreso, siendo los que en su mayoría han eliminado las relaciones sociales nocivas. Con esto se hace referencia a aquellas relaciones que propiciaban el consumo de estupefacientes.

Además, en los casos más exitosos se logra visualizar que dichos usuarios modificaron la forma de relacionarse con el entorno social que propiciaba sus consumos, manteniendo a la fecha una relación cordial con dichas personas, logrando establecer conversaciones maduras y llegando hasta contar sus experiencias de rehabilitación.

En este sentido, cabe destacar que el funcionamiento social de un individuo refleja su estado de salud, tanto físico como mental, sirviendo así para indicar la necesidad de atención de salud y reflejar los resultados de la misma. Esto demuestra que las circunstancias sociales están relacionadas con los resultados de la salud tanto física como mental.

“No tengo amigos, solo conocidos. Los amigos que tenía me buscaban pa’ puro llenarme de cosas no más y mi plata que ganaba la consumía... los amigos del carrete... entonces no, mejor no, mejor me mantengo así como estoy y así soy feliz.” (M.Z. 54 años)

Por otra parte, en aquellos casos en los cuales el consumo de estupefacientes persiste o se visualizan posibilidades de volver a retomarlo, los entrevistados confesaron continuar con relaciones sociales nocivas que propician el consumo.

En este ámbito cobra especial relevancia el barrio al que pertenezca el individuo, ya que gran parte de los entrevistados que permanecen en los barrios que propician su consumo señalaron conocer donde ir y a quienes recurrir para conseguir las sustancias; son muy reducidos los casos en que el individuo que se mantiene en su barrio o con sus mismas juntas declare no haber vuelto a consumir

Respecto al consumo de estupefacientes, solo tres entrevistados declararon no haber vuelto a consumir luego de sus egresos, mientras que los otros señalaron haber vuelto a consumir por múltiples razones las cuales en su mayoría hacen alusión a encontrarse en actividades sociales compartiendo con amigos. El segundo motivo que propició sus recaídas se debió a estar pasando por situaciones complejas, por lo cual en dichas ocasiones el consumo de sustancias les permitió la evasión de los problemas.

En relación a la autopercepción de salud general de los ex usuarios, los entrevistados en su mayoría no poseen una autopercepción positiva respecto a su estado de salud general. Esto coincide con aquellos que han vuelto a recaer en el consumo o están propensos a retomar sus consumos problemáticos en el corto plazo, ya que son ellos los que no se sienten del todo saludables.

Pese a lo anterior, existe un grupo minoritario que posee una autopercepción positiva respecto a su estado de salud general, coincidiendo esto con los ex usuarios que lograron una rehabilitación total y exitosa respecto a su consumo problemático de estupefacientes. Además, son estos mismos quienes, a pesar de tener ciertas patologías específicas diagnosticadas, tienen una imagen positiva de si mismos que les permite motivarse para seguir luchando por sus proyectos.

Respecto a las patologías diagnosticadas, solo un entrevistado declaró tener una enfermedad diagnosticada como consecuencia de su consumo de estupefacientes, la cual hace alusión a úlceras gástricas. El médico tratante le informó al paciente que su patología tiene como causa un consumo problemático de alcohol, desde muy temprana edad. Por su parte, el paciente declaró estar consciente del daño que su consumo de alcohol ocasionó en su organismo, por lo cual actualmente no ingiere ningún tipo de sustancia.

Otra tendencia importante de destacar hace referencia a que los usuarios con diagnósticos que dicen relación con patologías psiquiátricas (pacientes duales) son más propensos a recaer en comparación a los que no lo son. Dicha convergencia surge como consecuencia de que ellos se caracterizan por ser más influenciados por su entorno social y tener una menor capacidad de resiliencia. Dada su condición psiquiátrica, su capacidad

de autonomía y autodeterminación disminuye considerablemente por lo cual se convierten en personas vulnerables en situaciones de consumo.

Las patologías diagnosticadas a los ex usuarios (no duales) son en su mayoría del ámbito físico, como por ejemplo, diabetes, artrosis, etc.

Respecto al ámbito de salud, tanto física como mental, el HDD pretende intervenir sobre los factores de riesgo de consumo a través de un trabajo terapéutico multidisciplinario, que permita facilitar la abstinencia y el proceso de cambio, además de apoyar multidisciplinariamente la reestructuración de estilos de vida saludables para construir un proyecto de vida normalizado y/o adaptativo.

En relación a lo anterior, es posible dilucidar que el HDD no está interviniendo sobre todos los factores de riesgo de consumo que posee el paciente, ya que evidentemente hay ámbitos que escapan al quehacer del equipo profesional. Un ejemplo claro de ello es intervenir en el entorno social que rodea al usuario, ya que las probabilidades de que este último abandone territorialmente dicho entorno son escasas, y aunque efectivamente logre abandonarlo, estas siempre estarán presentes.

Por otro lado, se observa que los cambios evidenciados por los ex usuarios respecto a sus consumos de estupefacientes, fueron poco efectivos, ya que actualmente la mayoría declara que volvió a retomar el consumo. Principalmente, los factores que influyen en dichas recaídas se relacionan con el entorno social disponible y valorado por el usuario, además del apoyo familiar disponible y las oportunidades laborales que se les brindan. Si dichos factores no están presentes, se propician las instancias para que el paciente vuelva a consumir.

Cabe destacar además, que la mayoría de los entrevistados que declararon no estar consumiendo actualmente algún tipo de sustancia, tanto duales como no duales, poseen proyecciones bastante desfavorables, ya que afirmaron que muchas veces los problemas, la falta de actividades ocupacionales o la influencia de otros les incitan a retomar sus consumos. Lamentablemente, dichos factores a estas alturas son inmanejables por el equipo de profesionales del HDD.

4.- Relaciones interpersonales

Para el correcto análisis de la variable relaciones interpersonales es preciso aclarar que en primer lugar se analizarán los factores individuales, en los cuales se incluyen los factores evolutivos, de personalidad y las motivaciones individuales de cada usuario, para luego continuar con el análisis de los factores del entorno próximo, en los que se hace alusión a dos ámbitos en los cuales el individuo establece relaciones interpersonales: la familia y el grupo de pares.

Respecto a los factores evolutivos de los entrevistados, es importante mencionar que muchos de ellos no han podido encontrar una identidad personal y una independencia que les permita ser autovalentes. En estos casos se observa que la mayoría de los ex usuarios se quedaron atrapados en la etapa de la adolescencia, lo cual los lleva a tener una “crisis madurativa biopsicológica”. En estos casos se observa por parte de los entrevistados resistencia a madurar, ya que el convertirse en adultos les significaría asumir roles y responsabilidades que prefieren evadir.

Esta escasa maduración respecto a la edad cronológica se presenta mayoritariamente en los ex pacientes que han continuado con patrones de consumo luego de sus egresos del HDD. Se observa que para ellos el mantener esta inmadurez biopsicológica es cómodo porque los desliga de

una serie de responsabilidades que en la actualidad deben asumir por ellos sus familias.

Esta situación da lugar a un aumento en la influencia que ejercen en ellos los amigos y compañeros que les incitan a consumir, ya que al evadir sus roles y responsabilidades también pierden su capacidad de autonomía y autodeterminación.

Respecto a este tema, en el caso de los entrevistados que lograron detener sus consumos de estupefacientes, se observa que alcanzaron un grado de madurez que les permitió reflexionar respecto a sus acciones; fueron capaces de poner en una balanza todo lo perdido y lo ganado, donde claramente los resultados arrojaron interesantes resultados que les permitieron comprender que debían reordenar sus vidas para así recuperar ciertos aspectos relevantes que estaban siendo desperdiciados. En el caso de ellos se observa un aprendizaje basado en los errores.

“El ha podido arreglar los vínculos. Si, porque eso le faltaba, porque antes era todo alcohol, a todos les tenía algo. Ahora no po’. Es sociable, amigable. Si rechaza a las personas que tienen... que se aprovechaban, que se aprovechan de... como se llama... de la amistad, entonces hasta ahí no más po’. Pero si vienen de nuevo el sale, conversa y hasta ahí no más po’”. (B.M. 60 años, esposa de don J.H.)

Respecto a los factores de personalidad analizados, se observan importantes divergencias al comprobar que en los individuos que aun presentan características de drogodependencia se vislumbra una inmadurez afectivo – emocional, es decir, poseen rasgos que son propios del período adolescente: dependencia afectiva, labilidad afectiva, baja autoestima,

incapacidad de futurizar (no hay un proyecto vital), agresividad y egocentrismo, dificultad en las relaciones sociales, etc.

Las características mencionadas con anterioridad los hacen más vulnerables en situaciones que propicien el consumo de estupefacientes, por lo cual se convierten en personas influenciables por el grupo de pares. Además de ello, cabe mencionar que aparentan el deseo de realizar cambios significativos en sus vidas, porque asumen que no están en la situación correcta, pero dichos deseos son solo aparentes, ya que en términos prácticos no toman iniciativas concretas que les permitan un cambio; para ellos, la situación es más cómoda así.

Respecto a las motivaciones individuales que poseen los entrevistados que reconocieron continuar con sus consumos de estupefacientes, las más recurrentes hacen alusión a conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad y escapar de algo (necesidad de evasión):

“... Y ahora yo le digo, yo no me hago la cartucha que yo no tomo que no hago nada... que soy una santa paloma, no, pero tampoco no estoy todos los días ni todos los fines de semana ni todas las tardes allá arriba tomando... cuando peleo con él es cuando salgo y consumo... la verdad es que de repente sí salgo con algunas amigas que tengo, pero de repente cuando estoy enojá con él (haciendo alusión a su pareja)... la verdad... porque cuando no estoy enojá con él no salgo...” (M.T. 29 años)

En este aspecto, la mayoría de los que continúan consumiendo reconocen hacer todo lo que este a su alcance para no tener recaídas, pero las dificultades que a diario les aquejan son mayores, por lo tanto, en dichas ocasiones, el consumo de estupefacientes se convierte en una vía de escape que les permite, aunque sea por algunas horas, momentos placenteros. Además de lo anterior, muchos reconocen que sus ganas de consumir

aumentan cuando están solos, ya que al sentirse observados por algún familiar o amigo cercano, este tratará de impedir por todos los medios que sea posible la eventual recaída. En este sentido, se visualiza que los que han vuelto a consumir en su mayoría actúan bajo actitudes conductistas, las mismas que se les enseñaron durante su estadía en el HDD.

Muy por el contrario, las motivaciones individuales que mencionaron poseer los ex usuarios que actualmente dejaron por completo su consumo de estupefacientes, se relacionan en primer lugar en volver a recuperar el tiempo perdido con sus familias y en lograr una autorrealización personal que les permita sentirse útiles y valorados por su entorno social.

Antes de finalizar con el análisis de los factores individuales que influyen en las personas, es relevante destacar que en la mayoría de los entrevistados que asumieron continuar con su consumo de estupefacientes, se presentan alteraciones en los tres aspectos analizados: factores evolutivos, factores de personalidad y motivaciones individuales. En cambio, en los ex usuarios del HDD que afirmaron haber dejado por completo su consumo de estupefacientes se visualiza que tanto sus factores evolutivos, de personalidad y sus motivaciones individuales son claras y positivas ya que apuntan a brindarles un bienestar integral tanto a ellos como a su entorno social más cercano.

Respecto a los factores del entorno próximo es preciso destacar que se comprueba que en el núcleo familiar se dan circunstancias que favorecen el acercamiento del individuo al consumo o por el contrario características que lo protegen. Para favorecer el acercamiento de un individuo al consumo de estupefacientes no es necesario que los miembros del núcleo familiar consuman, si no que existen razones que de manera indirecta promueven instancias de consumo.

Respecto a las convergencias encontradas en este ítem, es preciso destacar que en la mayor parte de los casos que retomaron su consumo de estupefacientes sus familiares no son necesariamente consumidores, no obstante promueven el consumo de otras formas. Según lo pesquisado, el perfil de una familia que promueve el consumo de estupefacientes indirectamente en sus miembros posee dentro de su perfil:

- Problemas en el manejo de la familia
- Expectativas no definidas en relación a las conductas esperadas
- Falta de control
- Disciplina inconsistente o dura
- Ausencia de relaciones estrechas y de afecto
- Conflictos matrimoniales
- Expectativas bajas en relación al éxito esperado del paciente
- Historias de alcoholismo en la familia
- Incomunicación afectiva
- Baja cohesión familiar.
- Dificultades para tomar decisiones y solucionar sus problemas con la participación democrática de todos sus miembros.

Por el contrario, los ex pacientes del HDD que lograron dejar su consumo de estupefacientes, demostraron poseer el apoyo de su núcleo familiar tanto fuera como dentro del tratamiento brindado durante su estadía en el programa:

“Los apoyos del J.H. son los hijos, los nietos, la familia en general. Él con su familia cambió del 100... el 100. Es mejor si, con todos cambió. Con la familia mía también, con la familia de él... porque antes no se veía familia. Perdió el contacto con su familia cuando él estuvo mal porque él estaba perdido y ahora la volvió a recuperar” (B.M., 60 años. Esposa de don J.H.)

“Me gustan las actividades familiares. Incluso ahora hay más actividades familiares, con mi suegra, con mi cuñada, con mis hermanos, con mis primos... hay más... cambió...no si el ambiente cambió y me siento bien así” (J.H., 56 años)

Se ahondará con mayor profundidad respecto a la situación familiar actual de los ex usuarios del HDD entrevistados, en el análisis de la variable *“situación familiar”*

En relación a las influencias que ejerce el grupo de iguales o coetáneos en el consumo de estupefacientes, es preciso señalar que el grupo posee leyes psicológicas que son distintas a las de la psicología individual y en ese sentido el liderazgo y la cohesión grupal son componentes fundamentales. La fuerza del grupo “arrastra” a todos sus miembros, particularmente a aquellos más débiles, y tienen lugar los fenómenos de imitación, de sugestión e incluso, de simulación.

Respecto a este punto, llama especialmente la atención que gran parte de los entrevistados señaló que al momento de consumir no son influenciados por sus grupos de pares o coetáneos, muy por el contrario. Ellos afirmaron que las decisiones respecto a su consumo las toman de manera autónoma, no obstante, este consumo lo realizan acompañados por sus pares, pero no del todo influenciados por estos últimos. Respecto a esto, sus familiares entrevistados reconocieron que durante los primeros consumos ellos fueron influenciados por sus pares, pero luego de ello, dicha influencia fue decayendo, convirtiéndose en una decisión personal.

Respecto a las relaciones interpersonales que los entrevistados lograron establecer o recuperar luego de sus egresos del HDD, cabe destacar que los que dejaron su drogodependencia procuraron alejarse de sus grupos de pares o coetáneos que propiciaban sus consumos, para refugiarse en sus familias y verdaderos amigos. Los que lograron una recuperación aun más exitosa, acompañada de una gran fuerza de voluntad, fueron capaces de seguir compartiendo con sus pares, incluso en situaciones de consumo. No obstante, estos casos fueron mínimos.

En relación a este tema, los usuarios que continuaron con su drogodependencia señalaron en su mayoría ser de escasos amigos, no obstante a ello, afirmaron recurrir a estos últimos o conocidos para conseguir las drogas. En su mayoría dejaron en claro que saben donde, como y con quienes conseguir, independiente del lugar en el que se encuentren, ya que afirmaron que droga hay en todas partes.

Respecto a las relaciones interpersonales, el HDD apunta a que sus usuarios logren establecer o reestructurar relaciones con su entorno social que sean un aporte positivo y les permitan mantener en sus vidas un bienestar integral. De este modo se espera también que el usuario logre discernir entre relaciones interpersonales positivas de otras que no lo sean.

En este sentido, se visualiza que el HDD aun está en deuda respecto a este ítem porque claramente muchos usuarios, a pesar de haber sido altas terapéuticas, continuaron con relaciones interpersonales perjudiciales para su bienestar, volviendo así a sus consumos de estupefacientes.

En este sentido, es importante hacer énfasis en lo complejo que se torna para los usuarios volver a sus realidades luego de sus egresos del

programa, ya que durante sus estadías en el HDD la gran mayoría relató el haber construido relaciones interpersonales significativas tanto con el equipo multidisciplinario como con sus compañeros, pero al retornar a sus ritmos normales de vida la situación se vuelve más compleja ya que hay ciertos factores externos que no pueden ser controlados por el paciente ni tampoco por el equipo profesional del HDD. Uno de estos factores se relaciona con las influencias que llega a producir el barrio en el que el usuario habita y también las relaciones interpersonales que logra establecer con el grupo de pares.

Bajo esta perspectiva, el equipo profesional del HDD debe ser capaz de prever que la continuidad de la rehabilitación de sus egresados sigue afuera, en el mundo real, en donde a diario existen una serie de tentaciones para quienes aun no están del todo comprometidos con abandonar sus consumos de estupefacientes o simplemente no lograron el autocontrol necesario.

5.- Conclusiones finales y hallazgos de la investigación.

Habiéndose entregado y analizado toda la información pertinente a la investigación en virtud de los objetivos planteados, es posible enunciar las siguientes conclusiones:

5.1. Situación Familiar:

Se puede concluir que en la totalidad de los egresados duales se visualizan conflictos respecto de la comunicación a nivel familiar, producto de las características de la comorbilidad psiquiátrica que padecen, desarrollando relaciones que no satisfacen las necesidades emocionales de los miembros de la

familia. Esta situación se vuelve cíclica ya que genera un desgaste que se va agravando, perpetuando así la problemática.

Por otro lado, las familias que tienen entre sus miembros individuos drogodependientes, manifiestan la capacidad de reacomodarse a modo de suplir la ausencia del ejercicio de rol que aquel miembro drogodependiente ejercía o bien, nunca ejerció. Es por esto que, los egresados del HDD una vez rehabilitados se deben adaptar y renegociar su rol para de este modo aportar al desarrollo del grupo familiar.

Una de las formas de reestructuración familiar visualizadas en el presente estudio, consiste en el establecimiento de normas y roles familiares por un miembro no consumidor, el cual en la totalidad de los casos es de género femenino, siendo esta la madre o la pareja del egresado.

También es posible pesquisar que la mayoría de los usuarios posterior a sus egresos, se resisten a acatar las reglas y normas familiares establecidas en el hogar y a asumir roles relevantes en el funcionamiento del mismo, descansando en otros que les han suplido. Por otra parte, debido a la desconfianza en el drogodependiente, el grupo familiar se niega a atribuir responsabilidades en ellos. Esta situación obstaculiza la inserción positiva y funcional del egresado en el núcleo familiar.

Otro aspecto importante de concluir alude a la estrecha relación entre: el desarrollo de una comunicación saludable, el establecimiento de reglas y normas consensuadas y el ejercicio de una equiparidad de roles, con aquellos egresados que han

mantenido adherencia al tratamiento y en la actualidad no manifiestan consumo de estupefacientes.

Por el contrario, aquellos usuarios que declaran conflictos a nivel comunicacional, no respetan las reglas y normas establecidas por el grupo familiar y manifiestan un rol pasivo, en la actualidad se encuentran consumiendo algún tipo de estupefacientes o bien, se encuentran en situación de riesgo de volver a consumir.

Finalmente, es preciso concluir que los egresados dependerán estrechamente de los procesos del sistema familiar que se desarrollen, los cuales determinarán la satisfacción personal de cada uno de los miembros de la familia, lo cual influirá a su vez en los procesos personales del egresado y permitirá marcar una diferencia entre una posible situación de consumo y no consumo.

5.2. Situación Ocupacional:

En relación a la situación ocupacional de los entrevistados, cabe destacar que aquellos que en la actualidad manifiestan inconformismo respecto de su identidad ocupacional, no demuestran motivación para emprender actividad alguna que apunte a la satisfacción personal. Es importante destacar que la totalidad de los casos que aquí se mencionan, en la actualidad se encuentran en situación de consumo de estupefacientes.

Existe una clara relación entre aquellos egresados que manifiestan una identidad ocupacional positiva y desarrollan patrones de conductas ocupacionales productivos, coincidiendo todos ellos en la adherencia al tratamiento y la detención del consumo de estupefacientes. En cambio, en aquellos egresados que manifestaron estar consumiendo estupefacientes, se evidencia incapacidad de desarrollar conductas ocupacionales productivas y saludables.

Si bien, la mayoría de los usuarios manifiestan una identidad ocupacional positiva, esto no necesariamente significa que dichas actividades son productivas y/o eficientes para su entorno ya sea social o físico, dado que no manifiestan competencia para desarrollar dichas actividades o bien, las actividades que realizan no son útiles para su entorno.

En cuanto al contexto, es posible aseverar la reinserción en actividades ocupacionales de la totalidad de los usuarios que en la actualidad se encuentran sin consumo de estupefacientes, ya que han buscado espacios de reinserción ocupacional y producto de su esfuerzo permanecen realizando actividades laborales u ocupaciones no remuneradas, pero de ayuda a la sociedad.

5.3. Salud Física y Mental:

Respecto al estado de salud general de los usuarios y el consumo de estupefacientes de éstos, la mayoría de estos declararon haber tenido recaídas luego de sus egresos del HDD, por lo cual en el mediano o largo plazo sus proyecciones en

relación a la variable salud son desfavorables. Esto permite concluir que el tratamiento efectuado a los usuarios del HDD no es del todo adecuado, ya que pese a que, las percepciones respecto a los procesos de intervención son favorables por parte de los usuarios, posterior a sus egresos retoman sus consumos, de manera esporádica o permanente.

Lo anterior hace presumir que el tratamiento efectuado no es para pacientes con consumo problemático severo, sino más bien para pacientes con consumos leves a moderados.

5.4. Relaciones Interpersonales

En lo que concierne a las relaciones interpersonales, es importante concluir que estas efectivamente son influyentes en los consumos de los usuarios, ya que el entorno social que rodea a estos últimos incide directamente en los modos de actuar de los individuos.

La mayoría de los entrevistados señaló establecer relaciones interpersonales positivas tanto con sus compañeros como con el equipo de trabajo, durante su estadía en el HDD. Al retomar las relaciones interpersonales que tenían en sus respectivos entornos el escenario cambió, propiciando así situaciones que promueven el consumo. En este aspecto, se observa que los pacientes actúan por conductismo, puesto que durante su permanencia en el HDD responden de manera óptima al tratamiento y no se relacionan con los coetáneos que les influyen nocivamente. Sin embargo, al volver a sus realidades la situación cambia, ya que no existe un control ni la conciencia de sanción en caso de que recaigan en situación de consumo.

Otro aspecto identificado de especial relevancia, lo constituye el barrio, ya que en aquel entorno el usuario egresado sabe dónde y con quienes recurrir para conseguir drogas en su respectivo sector. Lamentablemente, intervenir en cada uno de los barrios de los pacientes escapa del accionar del HDD, por lo tanto mientras los usuarios permanezcan en barrios en los que existen factores de riesgos que propicien el consumo de estupefacientes, las probabilidades de recaídas aumentan significativamente, a manos que el paciente haya desarrollado la capacidad suficiente de controlar sus impulsos.

Como conclusiones a nivel general, se debe destacar que transcurrido cierto periodo de tratamiento, tanto los pacientes como sus familiares experimentan cierto nivel de dependencia al programa. A lo largo de las entrevistas, gran parte de los pacientes que recayeron luego de sus egresos señalaron que desearían volver al HDD, ya que mientras permanecieron allí, le fue posible establecer relaciones positivas y saludables tanto con el equipo profesional como con sus compañeros, además de mantenerse ocupados en actividades que les eran de su agrado, centrando así el motivo del logro de abstinencia en el programa y no en sí mismos.

Esto lleva a concluir que los egresados no visualizan que el regreso al programa como un retroceso, pese a que la percepción respecto al tratamiento es positiva, este no cumplió con los resultados esperados. Además de ello, se observa que muchos desean volver porque manifiestan ciertas carencias que en el HDD son solventadas, entre estas se hace alusión a contención emocional y respeto, puesto que los egresados al retornar a sus lugares de origen son rechazados por temor y desconfianza de que vuelvan al consumo. Otro aspecto importante de mencionar en este punto se relaciona con que, según los discursos analizados, ciertos

profesionales poseerían características que propiciarían el paternalismo en las intervenciones que realizan con sus pacientes.

Respecto de la adherencia al tratamiento, por parte del equipo seminarista surgen interrogantes que llevan a cuestionar la cantidad de usuarios que participa en el HDD, ya que se observa en su mayoría, que tanto los pacientes como sus familias, requieren de tratamientos personalizados que logren abarcar las diferentes aristas que posee la problemática de la drogodependencia, lo cual sumado a familias demandantes, agota los (económicos y humanos) impidiendo abarcar todas las dimensiones de la problemática de la totalidad de los usuarios.

A raíz de lo anterior y haciendo alusión a la gran cantidad de usuarios que luego de sus egresos vuelven a consumir, otro de los aspectos que se cuestiona es la competencia del HDD para atender a pacientes con consumo problemático-severo de estupefacientes, dado que en la mayoría de los egresados con consumo manifestaron que la estrategia ambulatoria no es suficiente, pero sí siéndolo para consumos moderados y menos severos, o bien, posterior a una intervención residencial y prolongada.

En este sentido, el equipo seminarista considera, que si bien es cierto, la internación del paciente puede ser efectiva en una primera etapa, posterior a ella reviste especial relevancia el trabajo con las familias y con el contexto social, ya que posterior al periodo de rehabilitación es inevitable el regreso a su realidad.

Sin lugar a dudas, la conclusión más relevante dice relación con la situación familiar de los usuarios. Si bien es cierto, en la gran mayoría de los casos son las familias de los consumidores quienes acuden al HDD para encontrar una solución a la drogodependencia de alguno de sus miembros, estas a lo largo del proceso se van desligando de la rehabilitación, reapareciendo

en momentos de crisis familiar o recaída del usuario. En este sentido, cabe destacar que entre las cuatro variables analizadas (situación familiar, situación ocupacional, relaciones interpersonales y salud física y mental) el aspecto familiar es el más determinante en el consumo del paciente. Esta determinación no viene dada por el consumo o no consumo de los miembros de la familia, si no por las dinámicas y los procesos que dentro del grupo familiar se manifiestan.

Lo anterior queda evidenciado a lo largo del proceso investigativo ya que, los entrevistados que en la actualidad declararon haber abandonado por completo el consumo de estupefacientes, manifestaron poseer el apoyo y respaldo de todos los miembros de sus respectivos grupos familiares; En estos casos se observa que las familias fueron capaces de reestructurarse en virtud del miembro de la familia que se incorpora al núcleo familiar rehabilitado y pidiendo nuevas oportunidades de reinserción.

Por el contrario, en el caso de los usuarios que egresan del HDD con altos niveles de logro y transcurrido un periodo de tiempo, retoman el consumo de estupefacientes, se visualiza que sus familias no lograron realizar un proceso de reestructuración para reincorporarlos. En este sentido, es de especial relevancia que las familias que dan a conocer intenciones reales de ayudar al paciente en su proceso de rehabilitación, tengan la disposición de reestructurar sus procesos y dinámicas, ya que este “nuevo integrante” necesita incorporarse a la dinámica familiar y ser funcional en ella, por lo cual requiere nuevas oportunidades de reinserción, las cuales deben venir dadas en primer lugar, desde sus familias. En este sentido, deben ser capaces de dar nuevamente oportunidades de tomar o retomar roles, convertirse en padres, madres, esposos y esposas, etc. Si esto no sucede, el paciente egresado corre el riesgo de retroceder en su rehabilitación.

Finalmente, si la familia no es la base del proceso de rehabilitación se afectan las demás variables estudiadas, ya que si se generan, desde el hogar, las oportunidades y el sustento emocional, la posibilidad de desarrollarse ocupacionalmente, se dificulta, disponiendo de demasiado tiempo libre en los que, de acuerdo a la experiencia de rehabilitación buscarán retomar sus relaciones interpersonales nocivas, regresando así al consumo de estupefacientes, el cual afecta directamente en su bienestar integral.

Como se aprecia, el proceso es sistémico y cuya base en los procesos de intervención para pacientes drogodependientes es principalmente **La familia**, la cual a su vez se articula con los demás aspectos de la vida del egresado.

Capítulo 6:

Propuesta de Intervención

*“...No lo dudes, tus elecciones en cada momento
conforman tu universo
y se tragan los despojos de tu corazón.
Ahora ya lo sabes estás aquí, donde vayas habrá un
opuesto
más no debe importarte, siempre tendrás la duda,
más no mires atrás pues ello paralizará tu
voluntad...”*

PRESENTACION

A continuación se dará a conocer la propuesta formulada en base al proceso de investigación desarrollado.

La primera propuesta de intervención sugerida por el equipo seminarista se basa en aplicar un programa para las familias de los usuarios que se encuentran en la última etapa de tratamiento dentro del HDD, que entregue herramientas para el conocimiento de las implicancias de las adicciones y así desarrollar en las familias un mejoramiento en el control y solución de problemas, propendiendo a una modificación de comportamientos para alcanzar una mejor calidad de vida.

Posteriormente, se sugiere disminuir el paternalismo en las intervenciones que los profesionales realizan con sus pacientes, para finalizar con una propuesta basada en reevaluar las estrategias de intervención utilizadas a lo largo del proceso de tratamiento, con el objeto de replantear si estas realmente están apuntando a la rehabilitación de pacientes con consumo problemático de estupefacientes

Cabe destacar que dichas propuestas han sido planteadas de acuerdo a los parámetros emanados desde la institución, según orientaciones de la Asistente Social Srta. Patricia Osorio Silva, coordinadora del HDD.

1. Introducción

Dados los hallazgos realizados por el presente estudio, es que el equipo seminarista entregará una propuesta de trabajo que busca dar respuesta a las problemáticas más relevantes evidenciadas a lo largo del proceso.

2. Propuestas de Intervención

2.1. Taller Socio Educativo para las familias de los usuarios que se encuentren en la tercera etapa del tratamiento en el HDD, los cuales estén vivenciando los últimos 2 meses de intervención de tipo ambulatoria previo a la consecución del Alta Terapéutica:

Cuando uno o varios miembros de un determinado grupo familiar han tenido que lidiar por periodos prolongados de tiempo con el problema de adicción de uno de sus integrantes, los núcleos familiares se ven seriamente afectados y producto de la necesidad de conservación de sí mismos desarrollan la capacidad de reacomodarse, a modo de suplir la ausencia del ejercicio de rol que aquel miembro drogodependiente ejercía o bien, nunca ejerció. También es posible pesquisar que, la mayoría de los egresados posterior a sus egresos, se resisten a acatar las reglas y normas familiares establecidas en el hogar y a asumir roles relevantes en el funcionamiento del mismo, descansando en otros que les han sustituido en el ejercicio de ese rol. Es por esto que, los egresados del HDD una vez rehabilitados se deben adaptar y renegociar su rol para de este modo aportar al desarrollo del grupo familiar. Por otra parte, debido a la desconfianza en el drogodependiente, el grupo familiar se niega a atribuir responsabilidades en ellos, obstaculizando así la reinserción positiva y funcional del egresado en el núcleo familiar.

Producto de lo anterior y con el objeto de capacitar a estas familias con conocimientos para enfrentar la reinserción funcional del miembro que ha egresado del tratamiento de drogodependencias, se propone aplicar un taller que entregue herramientas para el conocimiento de las implicancias de las adicciones y así desarrollar en las familias un mejoramiento en el control y en la solución de problemas, propendiendo a una modificación de comportamientos para alcanzar una mejor calidad de vida.

Es por ello que se propone la implementación de un taller socioeducativo que permita trabajar con los miembros que componen las familias de los rehabilitados, explicando los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales que implica la esfera biopsicosocial de los individuos posterior a sus egresos. Lo anterior, en conjunto con el desarrollo de competencias que permitan cambios comportamentales a nivel familiar, podrá generar espacios que fortalezcan las dinámicas familiares.

Con esta iniciativa, se busca modificar comportamientos dentro del grupo familiar, para favorecer el mantenimiento de la adherencia al tratamiento del egresado, además de proveer herramientas que contribuyan al desarrollo de factores protectores para la totalidad del grupo familiar.

2.2. Disminuir el paternalismo en las intervenciones que los profesionales realizan con sus pacientes:

Algunos de los discursos de los ex usuarios, analizados a lo largo del proceso investigativo, hacen alusión a que ciertos profesionales del HDD poseen características que propician el paternalismo en las intervenciones que realizan con sus pacientes.

Lo anterior también se relaciona con otro de los hallazgos enunciados por el equipo seminarista, el cual hace alusión a que transcurrido cierto tiempo de tratamiento, tanto los pacientes como sus familiares, experimentan un cierto nivel de dependencia al programa.

Es por ello que se sugiere disminuir el paternalismo en las intervenciones que los profesionales realizan a sus pacientes, enfatizando en que los avances de estos últimos son consecuencia de logros personales y no solo del equipo profesional. En este aspecto, se sugiere que las intervenciones se centren en destacar aún más los méritos del paciente como por ejemplo: su fuerza de voluntad y motivación por seguir avanzando en su bienestar integral, ya que el usuario debe comprender que él es el actor principal en su proceso de rehabilitación.

2.3. Reevaluar las estrategias de intervención utilizadas a lo largo del proceso de tratamiento, con el objeto de replantear si estas realmente están apuntando a la rehabilitación de pacientes con consumo problemático de estupefacientes:

Del análisis de las entrevistas efectuadas a lo largo del proceso investigativo, fue posible pesquisar que muchos de los ex usuarios cuestionaron la competencia del HDD para atender a pacientes con consumo problemático de estupefacientes, dado que para ellos la estrategia ambulatoria no es suficiente para consumos problemáticos, pero sí lo es para consumos de leve a moderado.

Además, los entrevistados anteriormente mencionados, convergieron en que las intervenciones residenciales por un periodo prolongado de tiempo serían las más efectivas para el consumo problemático de estupefacientes.

Es por ello que el equipo seminarista sugiere una reevaluación de las estrategias de intervención utilizadas, con el fin de replantear si estas realmente están apuntando a la rehabilitación de pacientes con consumo problemático.

En este sentido, el equipo seminarista considera, que si bien es cierto, la internación del paciente puede ser efectiva en una primera etapa, posterior a ella reviste especial relevancia el trabajo con las familias y con el contexto social, ya que luego del proceso de rehabilitación es impensable el regreso a su realidad sin un trabajo multidisciplinario que abarque las diversas áreas de su entorno. En este sentido, una de las reflexiones puede apuntar a la unión de estas dos modalidades de tratamiento.

Conclusiones y Reflexiones Finales

*“...Coraza, armazón a prueba de balas
¡¡Camina!! ¡¡Camina!! ¡¡Camina!!
Tu ánimo, inmune al desaliento
¡No permitas flaquezas!
¡No cedas ante la Incertidumbre!
Elige ya tu futuro, sin dilación, en el jardín de los
senderos que se Bifurcan”.*

1. Conclusiones del proceso llevado a cabo:

Al finalizar esta etapa, el equipo seminarista siente gran satisfacción ya que al mirar hacia atrás, es posible hacer un análisis del camino recorrido durante este año, visualizando todos los obstáculos que hubo que superar para llegar a suscribir las presentes líneas.

La etapa finalizada ha sido la que mayor autonomía e independencia ha brindado a quienes suscriben, ya que ha dado vida a un proceso en donde conceptos como el autocontrol, la autodeterminación y la perseverancia han sido la clave para seguir avanzado. Lo anterior se torna más significativo aun, si se considera que dichos conceptos son los que estarán presentes a lo largo de todo el camino profesional que se comienza a recorrer.

Más allá del aprendizaje institucional y teórico que ha sido posible adquirir, es imposible dejar de mencionar el crecimiento personal que esta etapa ha brindado, donde se han puesto a prueba el autocontrol, la madurez y el trabajo en equipo para poder dar vida al presente Seminario de Título.

Como conclusión, es preciso hacer hincapié en que la investigación que se ha llevado a cabo abarca una problemática social que a lo largo de la formación académica no es trabajada con la rigurosidad y el tiempo que realmente requiere. Actualmente la drogodependencia es una problemática que necesita de profesionales especializados en el área, con competencias para el trabajo de caso, de familia y comunitario. Por lo cual, el Trabajador Social no debe desaprovechar la oportunidad de ser un aporte en esta área, ya que se requiere de su experticia y múltiples conocimientos.

El proceso de elaboración del presente seminario adquiere aun mayor relevancia si se considera que para el HDD es fundamental conocer aspectos cualitativos de sus egresados, los cuales se pueden comparar con la información cuantitativa que han recabado durante estos años. En este sentido, se espera que el presente estudio permita al equipo profesional un proceso de reflexión más enriquecedor y sustentable, que sea un aporte para comenzar a realizar cambios en las estrategias y formas de trabajo en virtud del bienestar de sus pacientes. En este sentido, esperamos haber cumplido con la misión encomendada a principios de este año.

2. Conclusiones del crecimiento como estudiante:

El proceso de investigación llevado a cabo durante el presente año, repercute directamente en la experiencia laboral que el estudiante en formación tendrá luego de su egreso, ya que permite la adquisición de múltiples conocimientos tanto teóricos como prácticos, además de poner a prueba lo que a diario se escuchaba en las aulas.

Sin lugar a dudas, fue sumamente enriquecedor conocer el funcionamiento del HDD, en cuanto a sus objetivos y al quehacer teórico práctico, como también insertarse en el tema de drogodependencias, ya que para las estudiantes seminaristas desde el comienzo fue un desafío al no conocer en mayor detalle el trasfondo de la temática. Por lo anterior, el trabajo realizado es considerado como una alternativa para adquirir nuevos conocimientos y para conocer el quehacer institucional en un área que muchas veces es olvidada pero que requiere de la profesión.

Respecto a lo anterior, otro desafío que deja grandes enseñanzas fue el compartir y conocer la realidad de los pacientes con patologías

psiquiátricas. En este sentido, cabe mencionar que en el comienzo el equipo seminarista tuvo que lidiar con ciertos prejuicios y temores que poseía en relación a estos pacientes, lo cual con el tiempo se fue superando. El conocer sus realidades, hace cuestionar que tan preparada está la sociedad para recibirlos y otorgarles una calidad de vida digna de acuerdo a sus necesidades e intereses. En este sentido, cuesta creer que en un país en vías de desarrollo como Chile, no existan suficientes oportunidades de reinserción para ellos. Lamentablemente, lo anterior es un factor de riesgo frente al consumo de estupefacientes.

Para finalizar, se destaca que el dejar atrás la etapa de estudiante no implica que el profesional detenga la posibilidad de seguir adquiriendo conocimientos, ya que en Trabajo Social es imprescindible seguir indagando y enriqueciendo los aprendizajes constantemente, con el objeto de ser un aporte real al momento de realizar cambios que promuevan el bienestar integral y el crecimiento de la población, convirtiéndose así en protagonistas de un proceso de fortalecimiento social que otorgará frutos positivos, tanto para los sujetos de atención, como para la profesión.

3. Aportes desde el Trabajo Social:

A raíz de lo pesquisado a lo largo de este proceso, es posible afirmar que dentro de las particularidades de cada persona, se pueden encontrar una gran diversidad de factores que interactúan en el consumo de drogas: desde estructuras de personalidad, historias de vida y/o condiciones socio-culturales, tratamientos específicos para adolescentes con embarazos no deseados, mujeres con hijos menores, infracciones de ley, entre otros y cada uno de ellos requiere de una intervención adaptada a su situación específica.

Lo anterior, lleva a concluir que no existe un tratamiento único para la drogodependencia, de ahí la variedad de recursos que hoy existen para los problemas de drogas, pero todos comparten una característica común y es la necesidad de contar con equipos interdisciplinarios que de modo conjunto pongan en marcha las soluciones (trabajadores sociales, médicos, educadores, psicólogos, abogados, entre otros)

En este marco de intervención, surge la necesidad de un profesional con capacidades singulares, que logre visualizar diversas variables (ambientales, familiares e individuales) para no correr el riesgo de caer en reduccionismos de la persona o no considerar otros elementos que pueden influir o condicionar la situación a tratar. Por esta razón, los trabajadores sociales se han transformado en profesionales indispensables al momento de buscar una intervención que posea un impacto real en las personas, grupos y comunidades.

El pensar hoy en un tratamiento que considere solamente un abordaje profesional, es insostenible si se considera la gran cantidad de evidencia científica existente que apunta al trabajo interdisciplinario. De igual modo, es esencial señalar que el ámbito de aplicación práctica del Trabajo Social implica la evaluación, diagnóstico, tratamiento y evaluación de los problemas interpersonales y sociales para ayudar a individuos, familias, grupos, comunidades y organizaciones para lograr el óptimo funcionamiento psicosocial.

Con el fin de reconocer los aportes de los trabajadores sociales en esta área, además de prestar atención a las cuestiones de la diversidad cultural y las necesidades de las poblaciones desfavorecidas y vulnerables, pero no solo en tratamiento sino que también en prevención, los trabajadores sociales poseen los recursos científico - prácticos que implican una contención comunitaria y una oferta de servicios que se pueden traducir en cuatro acciones: Construcción de una red pública diversificada de formación,

concreción de una red universitaria de formación, fortificación de las organizaciones sociales y de las organizaciones gubernamentales y objetivar la percepción social del fenómeno adictivo. El objetivo transversal de estas intervenciones es lograr cambios de comportamientos de riesgos que la propia cultura promueve y la potenciación preventiva de la familia.

Todo lo anterior requiere de los conocimientos necesarios para ejecutar las intervenciones, es decir, se necesita una metodología, que es un cuerpo sistemático de conocimientos sustentados en la experiencia y derivados tanto de la investigación y evaluación de la práctica.

La fortaleza del Trabajo social está dada en lo que se considera su debilidad; ésta disciplina se construye a partir de aportes realizados de diversas ciencias y áreas de intervención preponderantemente sociales, las cuales permiten describir, comprender, analizar, intervenir y evaluar, no sólo desde una mirada, sino que desde diversos prismas y así lograr una comprensión de la realidad más integral, aportando desde lo general a lo particular y con ello considerando variables que desde otras ciencias son obviadas o desvalorizadas. Lo anterior va a permitir el transformar a los trabajadores sociales en profesionales indispensables a la hora de crear estrategias de intervención tan complejas y multifactoriales como es el caso de las drogodependencias, área desde donde se están requiriendo cada vez más los conocimientos, destrezas y ética de nuestra profesión.

Fuentes Bibliográficas

1. Documentos Gubernamentales:

- Abriendo Puertas, programa para la integración socio ocupacional de personas drogodependientes (2004). CONACE, Gobierno de Chile.
- Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014 (2011). CONACE, Gobierno de Chile.
- Ley Creación del Ministerio del Interior N°20.502. (2011, 21 de Febrero). Gobierno de Chile.
- Ley Sobre expendio y consumo de bebidas alcohólicas N° 19.925. (2004, 19 de Enero). Gobierno de Chile.
- Ley Materias relativas a la publicidad y el consumo del tabaco N° 20.105. (2006, 16 de Mayo). Gobierno de Chile.
- Ley de Drogas y estupefacientes N° 20.000 (2005, 16 de Febrero). Gobierno de Chile.
- Modelo de intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, recluidas en los Centros Penitenciarios Chilenos (2005). CONACE y Gendarmería de Chile, Gobierno de Chile.
- Norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas (2012). CONACE – MINSAL, Gobierno de Chile.
- 9° Estudio nacional de drogas en población general de Chile (2010) Senda, Gobierno de Chile.

2. Libros:

- Álvarez A. y Osorio A. (2004). Introducción a la salud familiar. San José de Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Aylwin N. y Solar M. (2003). Trabajo Social Familiar. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Baptista P., Fernández C., Hernández R. (2006). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Baptista P., Fernández C., Hernández R. (2010). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Chacón M. (2004). Informe del consumo de drogas en los jóvenes. Valparaíso: Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones del Congreso Nacional de Chile.
- Corregidor A. (2010). Terapia ocupacional en geriatría y gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Madrid: Ergon.
- Henao S. (2010) “Representaciones sociales del consumo de drogas y de las intervenciones respectivas en un contexto local: La Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia”. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- Kornblit A. y Mendes A. (2000) La salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y sociales. Capital Federal: Grupo editor Aique.
- Latorre J., Leza J., Lizasoain I., Lorenzo P. (2009). Drogodependencias. Madrid: Editorial Médica Panamericana 3° Ed.
- Martínez M. y Rubio G. (2002). Manual de drogodependencias para enfermería. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Mondragón J. y otros (1999) Manual de prácticas de Trabajo Social en el campo de la salud. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Mondragón J. y otros (2005) Trabajador Social: Temario para la preparación de oposiciones. Madrid: Editorial MAD, S.L.

- OMS (1992). CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS.
- Pichot P. (2000). DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Ruiz J. (2003). Metodología de la Investigación Cualitativa. España: Universidad de Deusto Apartado.
- Sandoval C. (2002). Investigación Cualitativa. Colombia: ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Zavaleta A. (2001). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud. Lima: Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas.

3. Revistas:

- Allan N., Valdés A., Wachholtz D. (2005). Cambios en la ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. Revista chilena de Terapia Ocupacional, N°5, 11-13.
- García B. (2008). La investigación en la cotidianidad social desde la fenomenología. Tiempo de educar, Vol. 9, N° 17, 35-36.
- González F. (2007). Salud mental a nivel familiar desde la perspectiva de alteridad. Revista Psicología desde el Caribe, N° 20, 1-27.
- Rodríguez R. (2005) “El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva”. Investigación en salud. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Vol. VII, número 002 pp. 105-111.

4. Revistas en Línea:

- Castillo C., Giner D., López I., Misiego J., Traid V. (2005) 6° Congreso virtual de psiquiatría. Extraído el 23 de junio de 2012 desde http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3479/1/interpsiquis_2005_20229.pdf
- Del Valle R. (2009) Una mirada al proceso de enfermedad desde las Ciencias Sociales. Extraído el 20 de junio de 2012 desde http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=una%20mirada%20al%20proceso%20de%20enfermedad%20desde%20las%20ciencias%20sociales&source=web&cd=1&ved=0CFMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fservlet%2Ffichero_articulo%3Fcodigo%3D2995383&ei=FTPtT_LXBeL30gHMt7DW_DQ&usq=AFQjCNEkVaOrzZ3_LoY-91rKDvXcBIT6gA
- Espinoza I. y Misrachi C. (2005) Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con salud. Extraído el 28 de junio de 2012 desde <http://www.revistadentaldechile.cl/agosto05/PDF%20agosto%2005/Utilidad%20de%20las%20Mediciones%20de%20la%20Calidad%20de%20Vida%20Relacionada%20con%20la%20Salud.pdf>
- Fajardo G., Higuera F., Iglesias L., Rodríguez J. (2006) Enseñanza del modelo biopsicosocial de la medicina familiar. Extraído el 26 de junio de 2012 desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2006/gg063f.pdf>
- Gil L. y Vanegas J. (2007) La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. Extraído el 23 de junio de 2012 desde http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_5.pdf
- González L. y Berger K. (). Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. Extraído el 23 de septiembre de 2012 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07179553200200020004
- Hidalgo C. y Weinreich M. (2004). Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del Funcionamiento Familiar. *Psykhe* [online]. Vol.13, N°1, pp. 33-42. Obtenido el día 9 de junio

de 2012, desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-22282004000100003&script=sci_arttext

- Jáuregui I. (2007). Droga y sociedad. La personalidad adictiva de nuestro tiempo. *Nómadas, revista de Ciencias Sociales y Jurídicas*, N° 16. Obtenido el día 12 de junio de 2012, desde <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18101609>

- Moral J. (2006). Adicción a las drogas: El problema y sus posibles soluciones desde una perspectiva biopsicosocial. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, Vol. 9, N°1. Obtenido el día 12 de junio de 2012, desde <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol9num1/art1-no1-2006.pdf>

5. Documentos en línea:

- Borell F. (2002) El modelo biopsicosocial en evolución. Extraído el 22 de junio de 2012 desde <http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/bps.pdf>

- Peñaloza B., Rojas M., Rojas P., Telléz A. (2001) Modelo de atención en salud familiar: Una propuesta para contribuir al cambio. Extraído el 20 de junio de 2012 desde <http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/familiar.pdf>

- SENDA (2012) Glosario de Términos. Extraído el 07 de junio de 2012 desde <http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/>

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200004



6. Documentos Académicos:

- Arriagada K. (2010) “Significaciones construidas por mujeres del programa Jefas de Hogar de la Comuna de Valparaíso en relación a la experiencia de mediación como mecanismo de resolución alternativa de conflicto”. Tesis para optar al grado de Magister en Intervención Psicosocial en Resolución de Conflictos. Universidad de Valparaíso. Chile.
- Barrera M. y Ríos M. (2007) “Sistematización de situaciones profesionales en el centro de tratamiento para drogodependientes de la comuna de Villa Alemana”, Seminario de Título para optar al Grado Académico de Licenciado en Trabajo Social y al Título Profesional de Asistente Social. Universidad de Valparaíso. Chile.
- García A. (2002) “La influencia de la familia y el nivel de depresión en el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México”. Tesis para obtener el Título de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

7. Otros Documentos:

- Manual de organización Hospital de Día para Dependencias (2010). Hospital Psiquiátrico del Salvador, Valparaíso.

Anexos



ANEXO N° 1: Instrumento de Recolección de Información

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA USUARIOS EGRESADOS DEL HDD EN LOS AÑOS 2009, 2010 y 2011

Objetivo de la entrevista: “Pesquisar información respecto de la situación actual, desde una perspectiva biopsicosocial, de los usuarios egresados por alta terapéutica y alta por derivación del HDD durante los años 2009, 2012 y 2011”

- Fecha: Hora:

- Lugar:

- Entrevistador (a):

- Entrevistado:

- Nombre:

- Edad:

- Género:

- Dirección:

- Año de egreso

Tópicos:

a) Situación ocupacional:

- 1.- Actividades ocupacionales que realiza
- 2.- Actividades ocupacionales que son de su agrado
- 3.- Optimización del tiempo
- 4.- Percepción respecto a las oportunidades ocupacionales que le ha brindado la sociedad para favorecer su reinserción
- 5.- Percepción respecto a la utilidad de los talleres ocupacionales en los cuáles participó durante su estancia en el HDD

b) Relaciones interpersonales:

- 6.- Calidad de las interacciones que establece con las personas que le rodean
- 7.- Influencia que ejercen las relaciones interpersonales significativas en su diario vivir
- 8.- Sentimiento de pertenencia a algún grupo con el cual ha establecido relaciones interpersonales
- 9.- Importancia de las relaciones interpersonales establecidas dentro del HDD durante el proceso de tratamiento
- 10.- Proceso de reestablecimiento y/o generación de vínculos con personas relevantes

c) Situación familiar:

- 11.- Personas con las cuales vive
- 12.- Establecimiento y características de una relación de pareja
- 13.- Tenencia de hijos (as)
- 14.- Calidad de las relaciones familiares
- 15.- Personas significativas dentro del grupo familiar
- 16.- Influencia que el tratamiento en el HDD generó en las relaciones con los miembros del grupo familiar

d) Salud física y mental:

- 17.- Auto percepción general del estado de salud actual
- 18.- Asistencia a centros de salud para la realización de controles médicos
- 19.- Padecimiento de alguna patología específica
- 20.- Consumo de estupefacientes
- 21.- Influencia que ejerce el entorno social en su estado de salud actual

Observaciones:



ANEXO N° 2: Consentimiento Informado



Universidad de Valparaíso
Facultad de Derecho y Cs. Sociales
Escuela de Trabajo Social



Servicio de Salud Valpo. - San Antonio
Hospital Psiquiátrico del Salvador
Hospital de Día para Dependencias

“Estudio cualitativo para conocer la situación actual, desde una perspectiva biopsicosocial, de los usuarios egresados por Alta Terapéutica y Alta por Derivación durante los años 2009, 2010 y 2011 del Hospital de Día para Dependencias (HDD), perteneciente al Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso”.

La Escuela de Trabajo Social, perteneciente a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Valparaíso, en conjunto con el Hospital de Día para Dependencias, perteneciente al Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, están realizando un estudio, de carácter cualitativo, para conocer la situación actual, desde una perspectiva biopsicosocial, de los usuarios egresados por alta terapéutica y alta por derivación durante los años 2009, 2010 y 2011 del HDD.

Es por ello que este informe de consentimiento se da a usted para ayudarle a entender las características del presente estudio, de tal modo que pueda decidir voluntariamente si desea participar o no de él. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida al personal del estudio que le explique. Ellos le proporcionarán toda la información que necesite para que tenga un buen entendimiento de la investigación.

¿Cuál es el objetivo de este estudio?

El objetivo del presente estudio se basa en “conocer la situación actual, desde una perspectiva biopsicosocial, de los usuarios egresados por Alta Terapéutica y Alta por Derivación durante los años 2009, 2010 y 2011 del Hospital de Día para Dependencias, perteneciente al Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso”.

¿Cuál es la importancia del estudio?

Luego de que los usuarios egresan del Hospital de Día para Dependencias, existe un desconocimiento de lo que ocurre en sus vidas, por lo tanto, la importancia de realizar esta investigación se basa en obtener información acerca de lo que sucede con los usuarios que egresan, con altos niveles de logro, en las áreas intervenidas por el equipo multidisciplinario.

Por lo anterior, se considera de especial relevancia indagar en las circunstancias actuales de la situación familiar de los usuarios, en su situación ocupacional, en sus condiciones de salud mental y física actual, así como también en las relaciones interpersonales que han logrado establecer hasta el día de hoy.

Obtener información real, actualizada y precisa, permitirá al equipo profesional del HDD analizar si los objetivos que se han planteado, desde hace 15 años atrás, efectivamente se han cumplido. De lo contrario, se deberá indagar en posibles cambios que permitan alcanzar los más altos niveles de logro en dichos objetivos.

Es por ello que gracias a la realización de la presente investigación, el equipo profesional del Hospital de Día para Dependencias podrá reflexionar en torno a su accionar y a sus metodologías de trabajo, lo que permitirá realizar reformulaciones que apunten al egreso de los usuarios con mayores niveles de logro, para que así puedan reinsertarse y convertirse en personas útiles y necesarias para la sociedad.

¿Cuáles son los posibles riesgos?

Este estudio no implica ningún riesgo físico o psicológico para usted. Sus respuestas no le ocasionarán ningún peligro ni tendrán consecuencias para su situación financiera, familiar, su empleo o su reputación.

El análisis y procesamiento de la información será realizado por las alumnas seminaristas de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso Bárbara Belén Alarcón Apablaza (RUT: 17.202.763 - 6) y Paula Ornella Campos Reyes (RUT: 15.964.760-9), quienes se encuentran capacitadas para realizar una adecuada manipulación de la información. Además, ellas fueron autorizadas por el Hospital de Día para Dependencias para conocer y entrevistar a los usuarios egresados.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar en este estudio?

Como se mencionó con anterioridad, el presente estudio permitirá reflexionar al equipo de trabajo acerca de los procesos de intervención realizados a los usuarios durante su estadía en el HDD. Lo anterior toma especial relevancia si se considera que se aspira a cumplir una de las principales metas del Hospital de Día para Dependencias, la cual es contribuir a que las personas, familias y comunidades alcancen la mayor capacidad posible de interactuar entre sí y con el medio ambiente, promoviendo así el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades y el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. Lo anterior se traduce en que el HDD tiene la misión de lograr la recuperación personal y social de las personas con problemas asociados al consumo de estupefacientes, para que logren cambiar a un estilo de vida incompatible con el uso de éstos y así reinsertarse nuevamente en la sociedad, convirtiéndose en personas capaces de aportar con sus conocimientos y potencialidades.



Su participación en esta investigación es voluntaria. Su decisión de participar o no en este proyecto no afectará sus relaciones actuales o futuras con el Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso. Si usted decide participar, está libre de retirarse en cualquier momento sin tener ninguna consecuencia para usted. En el momento que solicite información relacionada con el proyecto las investigadoras se la proporcionarán.



Consentimiento Informado del Entrevistado

Yo _____

R.U.T. _____ expreso mi consentimiento para participar de este estudio dado que he recibido toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad y profundidad, donde además se me explicó que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo.

Además, dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida.

Tomando ello en consideración, otorgo mi consentimiento a que esta entrevista tenga lugar y que la información pesquisada sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Firma del entrevistado (a)

Valparaíso, ____ de Agosto de 2012



«Estudio cualitativo de la situación actual, desde una perspectiva biopsicosocial, de los egresados por altas terapéuticas y altas por derivación durante los años 2009, 2010 y 2011 del HDD, perteneciente al Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso»

