



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ

Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y Económicas
Escuela de Trabajo Social

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA DE DROGAS DE
LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA VALDOCCO.**

Tesis para optar al grado de Magíster en Intervención Social Mención Familias

Autor: GILDA ANDREA TORRES CANTWELL

Docente guía: XIMENA CANELO

SANTIAGO – CHILE

2016

DEDICATORIA

Aquellos maravillosos momentos que pasé a tu lado los tengo atesorados en mi corazón al igual que tus sabios consejos, los cuales utilizo cada día, pero sobre todo te doy gracias por haberme dado el mejor ejemplo de vida. Querido papá, quiero agradecerte por todo lo que hiciste por mí y decirte que te querré por siempre.

Papá, hoy no estás presente, pero quiero decirte que este trabajo es dedicado a ti y sé que donde estés te sentirás orgulloso de mi.

AGRADECIMIENTO

Los 2 años que ha durado este trabajo han sido muchas las personas queridas que han colaborado directa o indirectamente en la misma. Es por esto que agradezco a mí:

A mi Madre, por ser la amiga y compañera que me ha ayudado a crecer, gracias por estar siempre conmigo en todo momento. Gracias por la paciencia que has tenido para enseñarme, por el amor que me das, por tus cuidados en el tiempo que hemos vivido juntas, por los regaños que me merecía y que no entendía. Gracias Mamá por estar al pendiente durante toda esta etapa y toda mi vida.

A Rodrigo Barros, porque sin él tampoco habría sido posible este trabajo, gracias por su sabiduría y compañía.

La Comunidad Terapéutica Valdocco y sus usuarios, por las facilidades que me ha procurado para la realización de esta tesis.

A tatan, por su compañía incondicional.

ÍNDICE

	Página
ÍNDICE.....	04
RESUMEN.....	08
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	13
2.1. Fenómeno Social de la Drogodependencia en Chile.....	13
2.2. Droga en Chile y construcción social del consumo de Pasta Base.....	15
2.3. Servicio Nacional para la prevención del consumo de drogas y alcohol (SENDA).....	19
2.4. Comunidad Terapéutica Valdocco.....	31
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	42
3.1. Objetivos de la Investigación.....	48
IV. MARCO TEÓRICO.....	50
4.1. Definición de Comunidad Terapéutica.....	52
4.2. Tipos de Comunidades Terapéuticas.....	54
4.3. Características de los Programas de Comunidad Terapéutica.....	55
4.4. Enfoques de Trabajo Comunidad Terapéutica.....	56
4.5. Adherencia al programa de tratamiento.....	67
4.6. Recaída.....	69
4.7. Integración Social.....	74
V. MARCO METODOLÓGICO.....	77
5.1. Paradigma.....	77
5.2. Enfoque.....	77
5.3. Método de Investigación.....	79
5.4. Amplitud del Universo.....	80
5.5. Criterio de Validez.....	80
5.6. Técnica de Recolección de Información.....	80
5.7. Definición de Variables.....	81
5.7.1. Definición Operacional.....	81
5.7.2. Operacionalización de Variables.....	85
5.7.3. Esquema de Análisis.....	87
5.7.4. Plan de Análisis.....	88

VI.	ANALISIS DE DATOS.....	92
	6.1. Presentación de la Información.....	92
	6.2. Variables Socio – Demográficas.....	94
	6.3. Historia de Consumo de Sustancia.....	97
	6.4. Consumo de sustancias en el entorno familiar.....	99
	6.5. Abandono tratamiento.....	104
	6.6. Alta Terapéutica.....	107
VII.	CONCLUSIONES.....	126
VIII.	BIBLIOGRAFIA.....	131
IX.	ANEXOS	

ÍNDICE DE ORGANIGRAMAS / ILUSTRACIONES

		Página
ORGANIGRAMA N°1:	Estructura Orgánica – Funcional del SENDA.....	21
ILUSTRACIÓN 1.0.:	Personas Tratadas Periodo 2012 – 2014.....	92

ÍNDICE DE TABLAS / GRAFICOS

		Página
TABAL N°1:	Variables socio - demográficas de los usuarios que obtuvieron su alta terapéutica y de los que abandonaron el proceso.....	94
TABAL N°2:	Relación de hijos con altas terapéuticas y abandono.....	95
TABAL N°3:	Convivencia en el momento del Ingreso (abandono/alta).....	96
TABAL N°4:	Convivencia con los padres (según alta terapéutica / abandono).....	97
TABAL N°5:	Años de dependencia (Alta / Abandono).....	98
TABAL N°6:	Edad inicio en el consumo de las diferentes sustancias (Alta / Abandono).....	99
TABAL N°7:	Motivos Inicio en el consumo (Alta / Abandono).....	99

TABAL N°8: Consumo de sustancias en la familia según alta / abandono.....	100
TABAL N°9: Meses en tratamiento.....	101
TABAL N°10: Edad de inicio del tratamiento / Meses en tratamiento.....	103
TABAL N°11: Edad de Inicio sustancia principal / abandono.....	105
TABAL N°12: Edad de Inicio sustancia secundaria / abandono.....	105
TABAL N°13: Antecedentes penales / problemas de salud mental y abandono del tratamiento.....	107
TABAL N°14: Edad de inicio tratamiento / meses en tratamiento.....	107
TABAL N°15: Número de tratamientos anteriores / edad inicio tratamiento.....	108
TABAL N°16: Antecedentes penales / Problemas de salud mental y alta terapéutica..	109
TABAL N°17: Causas recaída reportado por los usuarios.....	110
TABAL N°18: Mes de la recaída y etapa del proceso en que ésta ocurre.....	110
TABAL N°19: Edad de inicio tratamiento / Recaída.....	111
TABAL N°20: Causa Recaída / Etapa de tratamiento.....	112
TABAL N°21: Motivo recaída / estado civil.....	113
TABAL N°22: Recaída /estado civil / número de hijos.....	114
TABAL N°23: Sustancia principal / recaída.....	114
TABAL N°24: Personas con Alta Terapéutica.....	115
TABAL N°25: Rango Etario.....	115
TABAL N°26: Alta terapéutica / estado civil y nº de hijos.....	116
TABAL N°27: Alta terapéutica / Escolaridad.....	116

TABAL N°28: Estado Personas que obtuvieron Alta Terapéutica.....	117
GRAFICO N°1: Comunas de atención Comunidad Terapéutica Valdocco, periodo 2012 – 2014.....	93
GRAFICO N°2: Situación de consumo principal Comunidad Terapéutica Valdocco, periodo 2012 – 2014.....	97
GRAFICO N°3: Rango de meses en tratamiento Comunidad Terapéutica Valdocco, periodo 2012 – 2014.....	102
GRAFICO N°4: Motivo de Egreso Comunidad Terapéutica Valdocco, periodo 2012 – 2014.....	104
GRAFICO N°5: Cantidad de personas que presentan recaída Comunidad Terapéutica Valdocco, periodo 2012 – 2014.....	110
GRAFICO N°6: Etapa del proceso en que se presenta la recaída, periodo 2012 – 2014.....	111
GRAFICO N°7: Alta terapéutica y Rango de edad, periodo 2012 – 2014.....	115
GRAFICO N°8: Alta terapéutica y escolaridad, periodo 2012 – 2014.....	117

RESUMEN

La Comunidad Terapéutica es una de las diferentes modalidades que se utilizan para abordar los problemas derivados de la dependencia de sustancias. Sin embargo, frente a la investigación que generan otros tipos de abordajes, las Comunidades Terapéuticas no destacan por generar conocimiento relacionado con los modelos de intervenciones desarrollados en ellas, por ejemplo a partir de procesos de evaluación. Esta problemática no es ajena al modelo de tratamiento de las Comunidades Terapéuticas. En palabras de Goti (2004), Vicepresidenta Honoraria del International Council on Alcohol and Addictions (ICAA), los profesionales de las Comunidades Terapéuticas presentan *“un sentimiento permanente de estar en falta, por no tomarse el tiempo para evaluar e investigar, aunque de hecho la urgencia no les da el tiempo necesario y el trabajo consume sus energías”*.

Desde lo anterior, la presente evaluación será aplicada sobre un programa terapéutico de drogodependencia, el cual ha sido ejecutado durante 5 años y nunca se ha realizado una evaluación sobre su programa de tratamiento de rehabilitación de alcohol y drogas.

Para realizar esta Investigación la Comunidad Terapéutica cuenta con elementos necesarios para su ejecución: instrumentos, residentes, egresados, atendidos, recaídos, etc. En cuanto a la población objetiva del programa, todos se encuentran en egresados con alta terapéutica de la comunidad, por lo que permitirán medir el nivel de logro de los objetivos del programa de la Comunidad terapéutica Valdocco que será evaluada.

La presente evaluación tiene como objetivo el análisis de la eficacia, utilidad y valor de un programa de tratamiento en drogodependencia, aplicado en un contexto social, el cual permita dar un carácter científico a determinadas decisiones.

Para el desarrollo de esta evaluación, se seleccionó a usuarios que realizaron su tratamiento en la comunidad entre los años 2012 y 2014. En él, la unidad de análisis es

las personas usuarias que realizaron tratamiento durante este periodo y el objetivo es evaluar los diferentes logros alzados durante este periodo, los resultados serán analizados, en relación a los objetivos contenidos en el programa de la Comunidad Terapéutica Valdocco.

I. INTRODUCCIÓN

El uso/consumo/dependencia de sustancias psicoactivas, resulta una temática enmarañada, porque para analizarla y/o comprenderla se deben tener en cuenta la multiplicidad de formas que pueden asumir sus componentes que forman parte de la misma, entre ellas: representaciones sociales en juego, prácticas individuales y colectivas, individuos, sustancias, contextos social, contextos económicos, contextos políticos, contextos culturales e ideológicos, en los que dicho uso se lleva a cabo.

Desde lo anterior, que en esta tesis se presenta un estudio sobre la Evaluación de la Eficacia de la Comunidad Terapéutica Valdocco, perteneciente a la Fundación Don Bosco “Vida Compartida”.

La Comunidad Terapéutica es parte de varios dispositivos de rehabilitación de sustancias psicoactivas disponibles en nuestro país actualmente para afrontar las problemáticas emanadas de la dependencia de sustancias. Pero éstas no destacan por investigaciones, las cuales puedan generar otros tipos de abordajes dentro de esta problemática, es decir, no son productoras científicas.

La realización y conocimiento de los estudios que evalúan la eficacia y eficiencia de los tratamientos en drogodependencias son un requisito tanto social como económico, a la vez necesarias para el desarrollo de nuevas políticas públicas; así como también son indispensables para los profesionales de las ciencias sociales que trabajan en esta área (Hernandez & Secades, 2000).

La importancia de realizar esta investigación radica en que el conocimiento que se desprenderá de esta evaluación, puede posibilitar la generación de nuevos elementos que permitan optimizar el proceso desarrollado en la Comunidad Terapéutica, de forma que sirva a los diferentes agentes implicados en ella, esto a su vez puede ser útil en:

- El mejoramiento y transformación de la práctica profesional en este campo.
- La contribución al enriquecimiento de la teoría de la intervención dentro de la comunidad desde la evaluación de los objetivos que se quiere conseguir dentro del programa de tratamiento.

La evaluación de programas se conceptualiza como “el conjunto de actividades que tienen por objetivo el análisis de la eficacia, utilidad y valor de un tratamiento, actuación o programa concreto aplicado en un contexto social y que permiten dar carácter científico a determinadas decisiones públicas sobre política social” (CONACE, 2005, pág 8).

La evaluación de Comunidad Terapéutica considera la recolección y análisis de información en los diferentes momentos y procesos de un programa, que se caracteriza por ser sistemático, ordenado, válido y confiable y cuyo objetivo es tomar decisiones que aumenten la eficacia, disminuyan los costos y permitan planificar nuevas acciones (Igartua J. & Humanes M., 2013).

También se enmarca la centralidad de la intervención psicológica y la perspectiva de la recuperación, como un proceso a largo plazo en el que las recaídas deben de ser tratadas activamente y no sólo ser vistas como un indicador de fracaso (CONACE, 2005).

Desde lo anterior, se debe indicar que la realización y conocimiento de los estudios que evalúan la eficacia y eficiencia de los tratamientos en drogodependencias son un requisito tanto social como económico, a la vez necesarias para el desarrollo de nuevas políticas públicas; así como también son indispensables para los profesionales de las ciencias sociales y de la salud que trabajan en esta área. Se debe mirar esta situación desde dos perspectivas: La primera aborda lo relacionado con la política pública macro, en donde las evaluaciones de programas de tratamiento, son una importante herramienta, la cual está relacionada con la toma de decisiones, sobre el financiamiento e

implementación en los ámbitos: social y sanitarios. La evaluación de los programas de tratamiento, permite la aclaración, de supuestos que los sostienen, tales como ¿Qué objetivos persigue? - ¿Qué eficacia? - ¿A qué costo?; Desde esto, se pueden justificar las decisiones, para su financiamiento o mejorar su sustentación, esto se relaciona con una política pública responsable, la cual tiene que velar por la eficacia de los tratamientos o intervenciones que se ponen al servicio de las personas que lo requieren (Hernandez & Secades, 2000).

Por último y desde una aspecto micro, lo que está relacionado con la acción profesional y al uso de mejores medios para el ejercicio profesional, es decir, que los equipos de trabajo los cuales interactúan con seres humanos, deben tener siempre presente su responsabilidad ética en utilizar, siempre en medida de lo posible, intervenciones o procesos que funcionen, los cuales puedan ser sometidas al examen científico (Hernandez & Secades, 2000).

II. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las representaciones sociales en relación al tema del consumo/abuso/dependencia de sustancias, es relevante en la medida en que a partir de éstas se conforma simbólicamente la forma en cómo la sociedad visualiza este fenómeno, dando alcances y extensiones desde los que se percibe el problema. A partir de estos procesos, se puede visualizar, el cómo se ha situado el actual estado de alarma social frente al consumo de drogas. Esto trae a los sujetos consumidores consecuencias, en la medida de su exclusión o integración dentro de la sociedad (Carvajal, 2010).

Desde esta misma perspectiva, con estas construcciones simbólicas, se visualizan distintas connotaciones al consumo de cada droga particular. Estas distinciones surgen entre sustancias que comparten su condición de drogas ilícitas, pero que aun así se relacionan individualmente a distintos estratos sociales. Como indica Ghiardo, *“la imagen del usuario de marihuana habla de un sujeto “relajado”, “pensador”, a diferencia de la cocaína, droga del hiperactivo, del “trabajólico”, o de la pasta base, del sujeto perdido en la exclusión”* (Ghiardo, citado en Carvajal, 2010, pág. 17). Lo anterior, nos muestra las dinámicas y contextos del consumo de drogas son variables, los cuales definen códigos y prácticas, así como también, las representaciones de quien las consume, como del resto de la sociedad no consumidora (Carvajal, 2010).

Explicando a grandes rasgos la representaciones sociales en relación al tema del consumo/abuso/dependencia de sustancias y su construcción social, pasaremos a explicar su fenómeno social en Chile.

2.1.- FENÓMENO SOCIAL DE LA DROGODEPENDENCIA EN CHILE

Actualmente en Chile, vemos el fenómeno de la drogodependencia más comúnmente como una causa y no como lo que es: un síntoma. Vivimos en una sociedad fracturada, la cual pide a gritos cohesión social. Como lo indica el sociólogo Emilie Durkheim (1887),

la transformaciones sociales excesivamente rápidas causan daños en los códigos compartidos y afectan el enraizamiento del tejido social, produciendo debilitamiento en la cohesión social. Actualmente en Chile se ven: desigualdad social, una cultura del exitismo, el auge del individualismo y el consumismo (UNICEF, 2014) . Otra amenaza son algunas políticas públicas Chilenas, por ejemplo aquella en que se erradicó a los más pobres y se los envió a vivir lo más lejos posible, en viviendas de pocos metros cuadrados, las cuales se convirtieron en verdaderos guetos, volviéndose en los mayores índices de precariedad social, afectando el tejido social y transformándose en un escenario para el narcotráfico, el consumo de drogas y el aumento de la violencia (PAZCIUDADANA, 2004).

En este contexto de vulnerabilidad social, de inequidad, de falta de oportunidades, se produce el desencanto, la incertidumbre, la fragmentación social, los escasos espacios de socialización, el malestar generalizado; esto nos muestra un padecimiento actual, como manifestación de desigualdad (Rodríguez, 2007; CEPAL, 2015).

En este marco, el cual se traduce en la sensación de no pertenencia, la falta de sentido y la pérdida de noción de totalidad, la drogadicción aparece como una opción de negación del mundo real, de gozo efímero, de adquisición de objetos como modo de inserción en el mercado, como una forma de pertenecer a una sociedad donde la identidad se construye a partir de los objetos, esencialmente del consumo de ellos, en donde el ser ciudadanos se restringe solo a ello (Rubio, 2007; Kaztman, 2001).

Por último, se puede indicar que la drogadicción, como problemática social, se desarrolla en una tensión constante entre derechos sociales y en donde la restricción de unos, conlleva a la de los segundos, dando lugar a los derechos subjetivos, que en este contexto actúan, como complejizadores de la situación social (Rubio, 2007; Kaztman, 2001; Romaní, 2000).

2.2.- DROGA EN CHILE Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL CONSUMO DE PASTA BASE¹

Con la llegada de la democracia a Chile en 1990, se inició en nuestro país una construcción comunicacional de la droga como un problema, el cual preocupa a la opinión pública nacional, lo que se fundamenta en estudios epidemiológicos que muestran un crecimiento significativo del consumo dentro de la población Chilena (Sandoval, 1997).

Debemos señalar, que en Chile anterior al año 1990 se ha consumido masivamente marihuana, en los distintos grupos de sujetos sin constituirse en un objeto de producción discursiva en la comunicación social. Sin embargo, desde la irrupción en el espacio público de la pasta base esto cambió (Carvajal, 2010).

La llegada de la pasta base a Chile está asociada a múltiples factores de orden económico, cultural y psicosocial. Si lo miramos desde un punto de vista económico, cuando se produce el conjunto de política pública, ley 18.403 de 1985, que restringe y penaliza el consumo de marihuana, se produjo en el país un aumento del precio de la cannabis, lo cual facilitó la entrada de la pasta base en sectores masivos de la población. La marihuana escasea y la pasta base abunda y tiende a ser más barata. Esto da la entrada a nuestro país, de una droga que produce un daño más rápido, con una adicción mayor, instalándose en los sectores más populares, lo cual perturba las dinámicas grupales de las personas históricamente excluidas de las vías de integración social (Carvajal, 2010; Sandoval, 1997). Esto se puede connotar, desde un funcionamiento macro económico neo - liberal (oferta – demanda), en donde a mayor demanda más barato el producto, y en este caso más intervenido (con más aditivos nocivos) que hacen más daño a la salud,

¹ La pasta base de cocaína (llamada también paco, bicha, bazuco o carro) es una droga de bajo costo similar al crack elaborada con residuos de cocaína y procesada con ácido sulfúrico y queroseno. En ocasiones suele mezclarse con cloroformo, éter o carbonato de potasio, entre otras cosas.

constituyéndose en este sentido mas adictivo, causando más daño a nivel individual, familiar y social.

Desde un análisis cultural y desde lo anterior que la pasta base representa un discurso individualista, estimulante ante los procesos de modernización de la sociedad Chilena, se pierden los grandes sentidos colectivos en pos de los proyectos personales. Este proceso cultural, sumado al crecimiento de la industria farmacéutica en la década de 1980, han generado la condiciones psicosociales para que tanto, los integrados al sistema como los excluidos, busquen una integración compensada y consuman masivamente cocaína y sus derivados (Sandoval, 1997).

Lo discursivo sobre la droga en Chile, se liga sobre consumidores de pasta base, los cuales apuntan a “sujetos portadores de un síndrome epocal, que queda corporeizado en el discurso oficial en la figura de una persona que está al margen del desarrollo y la modernización” (Sandoval, 1997: pág. 10). Este nuevo individuo:

“El angustiado, aparece como el paradigma de la peligrosidad cristalizada en la representación social de la droga. Aparece sin discurso y entrecruzado con lo inmoral y lo antisocial de nuestra cultura, apareciendo en la subjetividad social como víctima de una enfermedad y como protagonista de un flagelo”. (Sandoval, 1997, pág. 11)

Desde lo anterior, el consumo de paste base responde a una compleja red procesos comunicacionales, políticos y psicosociales, los cuales comparten la imagen común de las personas como sujetos en déficit y portadores de la peligrosidad que ha producido la modernización. Representan a sujetos sin voz, estereotipados por el discurso excluyente de la opinión pública; son definidos como beneficiarios de la política asistencial del modelo político. La persona consumidora, deja de ser una víctima, pasa a ser constituyente de culpabilidad y de ser beneficiario se transforma en incapaz y queda

anclado en un discurso que lo excluye, de ser partícipe en el enfrentamiento del problema (Sandoval, 1997).

Desde lo anterior, el cual nos muestra a grandes rasgos una mirada de la droga en nuestro país y la construcción social del consumo de pasta base en Chile, pasaremos a visualizar cifras que contextualizan a grandes rasgos el consumo de drogas en la sociedad Chilena.

Sustancia principal de Consumo por Personas en Rehabilitación de Drogas Según Senda²

Se detalla a continuación distribución de personas sexo masculino según sustancia de consumo principal al ingreso a tratamiento (SENDA, 2014, pág. 10).

Sustancia Principal	Cantidad	%
Pata Base	3.500	43,7
Cocaína	1.269	15,9
Crack	3	0,0
Alcohol	2.718	33,9
Marihuana	439	5,5
Sedantes	39	0,5
Hipnóticos	2	3
Anfetaminas	2	0,0
Extasis		
Metanfetaminas y Otros	1	0,0
Otros estimulantes	1	0,0
Otros Alucinógenos	1	0,0
Heroína		
Otros Opioides	23	0,3
Analgésicos		
Inhalables	11	0,1
Esteroides Anabólicos		

² SENDA: El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) es la entidad del Gobierno de Chile responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por estas

Otros	7	0,1
TOTAL	8.016	100

La tabla anterior nos muestra que mayoritariamente, la sustancia principal de consumo al ingreso a tratamiento, es la pasta base de Cocaína, siendo esta sustancia la que causa más deterioro a nivel físico, mental, familiar y social.

Desde lo anterior, el cual nos muestra que la sustancia principal de ingreso a tratamiento de consumo de drogas en Chile es la pasta base, siendo que su consumo afecta solo a algunos países de América Sur, lo cual se muestra en los siguientes porcentajes de consumo (Pascale, Hynes, Cumsille & Bares, 2014, pág. 7)

País	%
Chile, Perú y Uruguay	0,3
Paraguay	0,02
Salvador	0,08
Panamá	0,08
Ecuador	0,1

La tabla anterior, nos muestra que la prevalencia de consumo de pasta base en América del Sur oscila entre el 0,08% y el 0,70%, presentando consumo de esta sustancia en la población general de estos países, menos del 1%, siendo Chile quien presenta el mayor consumo de esta droga (Pascale, Hynes, Cumsille & Bares, 2014).

Dando a conocer lo anterior, se pasa a describir como se aborda el consumo y dependencia de sustancias ilícitas y lícitas, describiendo la institución de gobierno que aborda dicha temática, siendo esta el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), la cual, es la entidad del Gobierno de Chile responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación e integración social de las

personas afectadas por el consumo de estas sustancias.

2.3.- SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL (SENDA)

Su origen se remonta a 1982 con la creación por parte del gobierno de la época de una *Comisión Nacional de Alcohol*. Esta tuvo escasa eficacia, dado que durante la década de 1980 se produjo el aumento y la masificación del consumo de alcohol en Chile. Se inició la introducción del alcohol por base del licor en las poblaciones marginales, al igual que el licor sintético entre las clases con más recursos (SENDA, 2015)

En 1990, con el arribo al mando del presidente Patricio Aylwin, se crea el “*Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes*” (CONACE), con la función de colaborar en el combate de drogas ilícitas en Chile. Su máximo logro fue la introducción de la legislación en 1993, con la publicación de la ley 19.366 sobre drogas, suplida posteriormente bajo la ley 20.000 del 16 de febrero del año 2005 (Barrenechea, 2014).

En cumplimiento a la ley N° 20.502, promulgada por el presidente Sebastián Piñera el 21 de Febrero de 2011, se refunda el CONACE en el Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Alcohol (SENDA) (SENDA, 2015), residido en el Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Esta entidad tiene como cometido la ejecución las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingesta abusiva de alcohol; ejecutar políticas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas consumidoras de dichas sustancias psicotrópicas; y elaboración de una Estrategia Nacional del Alcohol (Barrenechea, 2014).

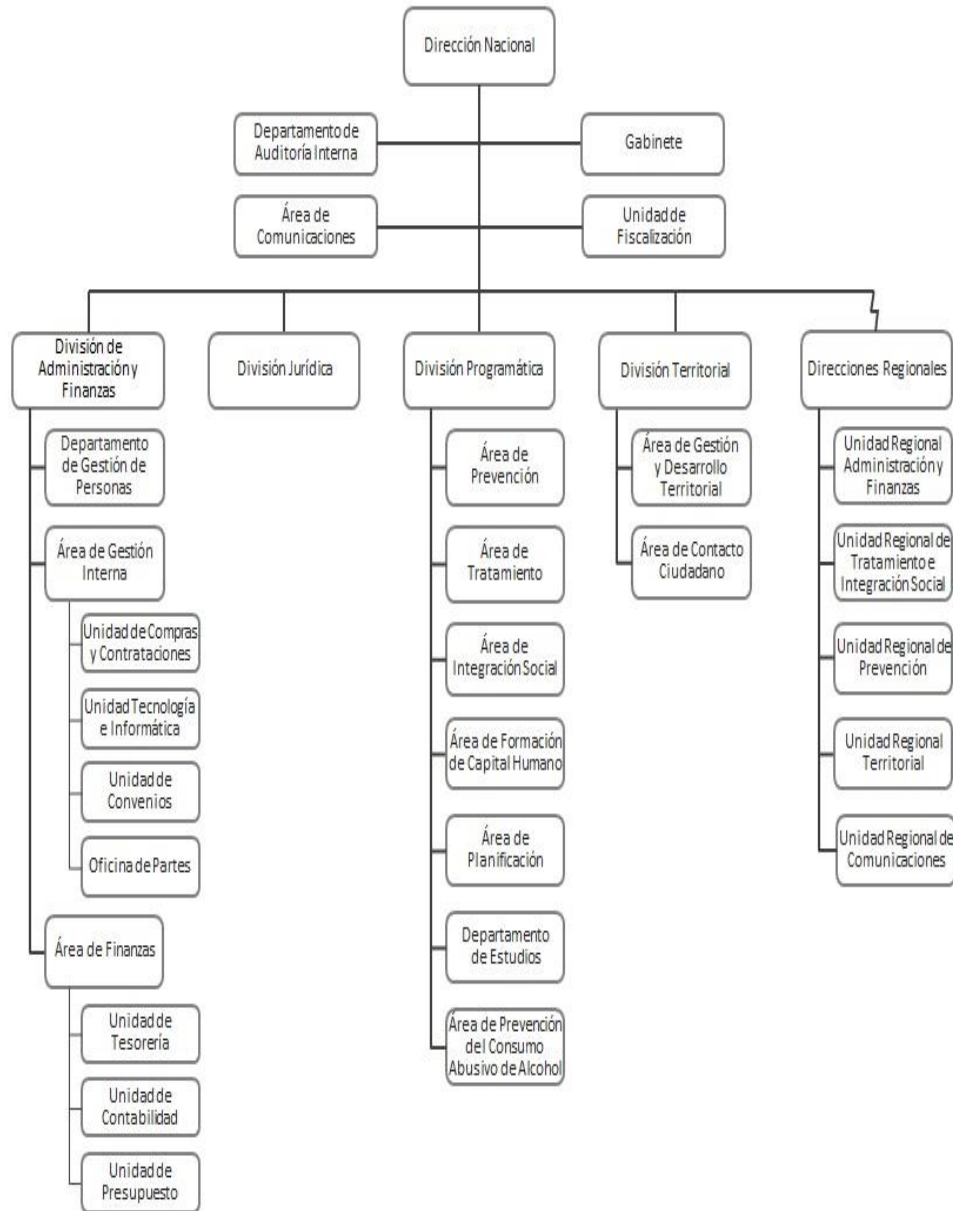
2.3.1.- Líneas de trabajo Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)

Las principales líneas de trabajo de SENDA son las siguientes (SENDA, 2015):

- Colaborar con el Ministro del Interior y Seguridad Pública, y con el Subsecretario de Prevención del Delito, en el ámbito de sus atribuciones, en la elaboración de 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, cuando estas conductas constituyan un factor de riesgo para la comisión de delitos.
- Impulsar y apoyar, técnica y financieramente, programas, proyectos y actividades de Ministerios o Servicios Públicos destinados a la prevención del consumo de alcohol y drogas, así como al tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la el alcoholismo y drogas, y ejecutarlos, en su caso.
- Elaborar una Estrategia Nacional de prevención del Consumo de Alcohol, coordinar su implementación, y dar apoyo técnico a las acciones que las entidades de la Administración del Estado emprendan en el marco de su ejecución.
- Administrar el fondo establecido por el artículo 46 de la ley N° 20.000.
- Vincularse con organismos nacionales e internacionales que se ocupen de temas relativos a la prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de alcohol drogas, referido por.

A continuación, se presenta la estructura orgánica-funcional del SENDA (Organigrama N°1) (SENDA, 2015):

Organigrama N° 1



2.3.2.- Bases Técnicas SENDA

Las Estrategias Nacionales de Drogas y Alcohol son instrumentos del Gobierno de Chile que definen los criterios de la política pública con la que el Estado aborda la prevención, el tratamiento y la rehabilitación del consumo de drogas y alcohol. La estrategia busca la reducción no sólo de los niveles de uso de drogas ilícitas y del consumo de riesgo de alcohol, sino también de las consecuencias sociales y sanitarias asociadas a estos dos fenómenos (SENDA, 2014).

Para lograr estos objetivos, contempla una serie de iniciativas, programas y acciones que abarcan desde la **prevención universal** e inespecífica de conductas de riesgo hasta **intervenciones complejas** de tratamiento, rehabilitación e integración de los consumidores problemáticos de estas sustancias (SENDA, 2014).

El Gobierno de Chile financia alternativas de tratamiento a personas (hombres y mujeres) mayores de 20 años afiliadas al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y que presenten consumo problemático de drogas y alcohol (SENDA, 2014).

Dependiendo de la evaluación que realice un equipo profesional, las personas pueden acceder a los siguientes Programas de tratamiento otorgado en centros en convenio con SENDA (SENDA, 2014):

- **Residencial:** Tratamiento que incluye prestaciones médicas y psicosociales en un régimen de cuidado 24 horas a personas que presentan dependencia con compromiso bio-psicosocial severo.
- **Ambulatorio intensivo:** Tratamiento que incluye prestaciones médicas y psicosociales, en modalidad ambulatoria diurna o vespertina, a personas que

presentan consumo perjudicial y/o dependencia con compromiso bio-psicosocial moderado o severo.

- **Ambulatorio básico:** Tratamiento que incluye prestaciones médicas y psicosociales, en modalidad ambulatoria diurna o vespertina, a personas que presentan abuso y/o consumo perjudicial con compromiso bio-psicosocial leve a moderados.

2.3.3.- Propuesta Residencial

SENDA implementó un tipo de tratamiento residencial, en donde las intervenciones están dirigidas a personas con dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso bio-psicosocial severo. En general estas personas han tenido múltiples tratamientos previos, existe consumo en miembros de la familia, o bien no existe red familiar de contención, entre otras variables (SENDA, 2014).

Los objetivos contenidos en los planes que emanan desde esta entidad y que se ejecutan tanto en sectores públicos como en Organismos privados se encuentran: El apoyar y fortalecer los procesos de cambio y nuevos estilos de vida, como así también apoyar los factores protectores y la prevención de recaídas; a la vez se debe intencionar la problematización de factores que facilitan y mantienen el consumo, de la misma manera se apoya la adquisición y desarrollo de habilidades sociales, y se hace referencia al egreso y al seguimiento de este (SENDA, (2014).

Dentro de sus especificaciones en SENDA – MINSAL (2014) se establece:

2.3.4.- Tipos de consumo

Consumo no problemático

- **Experimental:** inicio exploratorio del consumo. Se desconocen los efectos de la sustancia, la que se utiliza generalmente en el marco de un grupo que invita o,

simplemente, te expone al consumo. Se produce, por lo general, durante algunos fines de semana.

- **Ocasional:** la persona ya ha experimentado los efectos y puede repetir las sensaciones placenteras que le provoca la sustancia. También puede no hacerlo y estar en la situación grupal. Aprovecha la ocasión, no la busca directamente.
- **Habitual:** busca la situación para el consumo, lo puede hacer en grupo o en forma aislada. Ya conoce los lugares y formas de acceder a la compra; se inicia el hábito.

Consumo problemático

Consumo perjudicial (CIE-10): forma de consumo que afecta la salud física o mental. Es un Patrón de consumo de una sustancia que provoca daños a la salud física o psicológica. (Los daños: hepático, depresión) deben ser causados por la sustancia misma (daño hepático por el alcohol), por las formas de uso (infecciones por uso de drogas inyectables o por las consecuencias sobre el equilibrio psicológico (depresión post privación de estimulantes o del alcohol).

Las formas perjudiciales de consumo son, a menudo, criticadas por terceras personas y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de variados tipos. En todo caso, el solo hecho que una forma de consumo sea criticada por el entorno en general, no es por sí misma indicativa de consumo perjudicial (SENDA, 2014).

- **Dependencia (CIE-10):** conjunto de manifestaciones fisiológicas, del comportamiento y cognitivas en las cuales el consumo de una sustancia adquiere la máxima prioridad para la persona, mayor incluso que cualquier otro tipo de conducta de las que en el pasado fueron más valoradas por ella. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo de ingerir sustancias psicotrópicas, alcohol o tabaco. La recaída provoca que el síndrome de dependencia se instaure más rápidamente que en un individuo no dependiente.

El diagnóstico se debe realizar solo si durante los doce meses previos o de un modo continuo han estado presente tres o más rasgos que se detallan a continuación (SENDA, 2014):

- Deseo intenso o compulsión a consumir la sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para detenerlo o disminuir la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando la sustancia se reduzca o cese, se confirman por el conjunto de síntomas característicos de la sustancia o por el consumo de la misma sustancia que lo provoca con la intención de aliviar los síntomas.
- Tolerancia: se requiere de un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para lograr el mismo efecto que originalmente se producían con dosis más bajas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o administrarse la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

2.3.5.- Compromiso bio-psicosocial

De acuerdo a la información entregada en las Bases Técnicas SENDA (2014), es importante considerar las consecuencias negativas que tiene el consumo de drogas, esto se da en diferentes niveles, áreas y entorno de las personas que consumen. SENDA entrega una tabla de 14 variables, en las que se puede apreciar el nivel de consumo y el daño bio-psicosocial asociado al consumo de drogas. Para medir sin que sea realmente una medición cuantitativa SENDA propone evaluar el compromiso si existe una proporción de sobre un 50% de variables presentes en la misma categoría, o sea, 7 o más variables. Si esto es así, se podría determinar el nivel de correspondencia del compromiso de esa persona.

VARIABLES y DIMENSIONES A OBSERVAR	GRADO DE COMPROMISO BIOPICOSOCIAL POBLACIÓN GENERAL		
	Leve	Moderado	Severo
1. Patrón de consumo Tipo sustancia, vía administración y frecuencia de consumo	- Una sola sustancia - En forma esporádica - vía oral, o respiratoria	- 2 ó más sustancias - consumo semanal o fin de semana - vía oral y/o respiratoria	- 2 ó más sustancias - consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingesta. - Aumento de dosis - se agrega vía inyectable
2. Diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias (C.I.E. 10).	Consumo perjudicial	Consumo perjudicial y hasta 3 criterios para dependencia	Más de 3 criterios para dependencia
3. Síndrome de abstinencia	ausente	Con molestias físicas y psicológicas que puede controlar	Requiere de ayuda para tolerar las molestias y signos de abstinencia.
4. Patología psiquiátrica	Descartada	Trastorno psiquiátrico leve a moderado	Con trastorno psiquiátrico severo
5. Percepción de problemas de salud físicos asociados	Leves o ausentes	Presentes, pero no limitantes	Presentes y limitantes
6.Contexto del motivo de consulta	Voluntario	Condicionado por familia o ámbito judicial	Obligado por ámbito judicial u otro.
7. Motivación al cambio	convinciente en su propósito de iniciar un proceso de cambio	Ambivalente y contradictoria (etapa de contemplación)	Muy contradictoria, débil o ausente (etapa precontemplativa)
8.Tratamientos anteriores	Ninguno	1 a 3 incompletos	Más de tres, Abandonos antes de tres meses
9. Intentos de abstinencia sin tratamiento	Si, con logros parciales	Ha intentado pero sin éxito. con recaídas frecuentes	Sin intento, sin ningún periodo de abstinencia
10 Percepción de autoeficacia	Percepción de obtención de logros en resolución de problemas.	Percepción de bajo control del medio y de la conducta de consumo	Auto percepción de muy bajo control del medio o absoluta ineficacia en el control del consumo
11. Situación Ocupacional	Mantiene su trabajo o estudios	Ha discontinuado actividad ocupacional, asiste en forma intermitente	Despidos laborales, interrupción de estudios, abandono de actividades ocupacionales
12. Consumo y/o tráfico en otros familiares	Descartados ambos	Presente el consumo, sin tráfico	Presente ambos, en uno o más de sus miembros
13. Problemas judiciales asociados	Sin antecedentes penales	Detenciones, formalizaciones, pero sin condena o medida.	Con antecedentes penales (sentencias, sanciones)
14. Apoyo familiar	Presencia de red familiar de apoyo	Precaria red de apoyo, dispuesta con reparos	Ausente, con gran conflicto relacional.
15. Red de apoyo social	Presencia de red de amistades de apoyo	Precaria red apoyo, dispuesta con reparos	Ausente, con gran conflicto relacional.

2.3.6.- Mecanismos de Egreso

Cada Comunidad Terapéutica contempla situaciones que ameritan el egreso temporal o definitivo de la persona antes de la finalización del programa o al término exitoso de su proceso de rehabilitación (Alta Terapéutica), las que deben ser conocidas por los residentes al momento de su ingreso. Sin embargo, cada situación será evaluada por el equipo, y la decisión final deberá contar con el acuerdo del responsable director del programa (SENDA, 2014).

Los mecanismos de egreso utilizados en las bases técnicas SENDA (2104) son:

- **Alta Terapéutica:** Consiste en el término del proceso terapéutico, de acuerdo a los objetivos planteados por el Equipo terapéutico, el usuario y el apoderado.
- **Alta Administrativa:** Decisión del equipo de tratamiento de egresar al usuario del programa por no cumplimiento del contrato terapéutico, el cual está relacionado con el incumplimiento de normas de convivencia como robo, agresión grave, faltas a las normas internas, etc. También procede en caso de traslado de domicilio o fallecimiento.
- **Derivación:**
 - **A otro centro de tratamiento de adicciones:** es necesario derivar a la persona a un centro que acoja la complejidad de su problemática.
 - **A otra instancia de salud:** para resolver un problema de salud de mayor prioridad por ejemplo Derivación corta estadía.
 - **A otro centro de tratamiento** en convenio por cambio de zona.
- **Abandono:** Abandono por motivación propia y/o pérdida de contacto del usuario. De acuerdo al protocolo de la Comunidad, se debe realizar a lo menos dos acciones de rescate. El rescate constituye una acción del equipo terapéutico que busca conocer

y evaluar las razones de la interrupción de la asistencia a la comunidad y estimular a que el usuario retorne a su tratamiento, dentro de lo posible.

En referencia a las tasas de abandono y/o retención en los programas de drogodependencia, se han encontrado tasas de abandono muy superiores en comparación con otros tipos de problemas. En un estudio realizada por Secades & Fernandez, 2000, pág. 354) “se encontró una tasa de abandono del 64% a los 12 meses en los Programa en reducción de daño y del 88% a los 3 meses en los Programas Libres de Drogas”.

El autor de este estudio, tiene el siguiente cuestionamiento relacionado con la adherencia al tratamiento ¿Qué importancia o qué repercusión tiene este fenómeno en el ámbito de las drogodependencias? Indicando en relación a esto (Secades & Fernandez, 2000, pág. 358):

“Así como en determinados trastornos psicopatológicos, el abandono no significa necesariamente una falta de mejoría o un empeoramiento del estado del paciente, el panorama es distinto en el alcoholismo o la adicción a la heroína. En estos ámbitos, la mayoría de los abandonos suponen un mal pronóstico, sobre todo si éstos se producen en los primeros momentos del tratamiento. Es decir, la mayoría de los pacientes que abandonan recaen”.

Desde lo anterior, se puede indicar que numerosos estudios han obtenido resultados que relacionan el abandono prematuro del tratamiento en drogodependencias con una mayor probabilidad de recaída, y el mantenimiento en el mismo con un mejor pronóstico o con mejores resultados. Por tanto, la eficacia de un tratamiento de drogadicción está altamente correlacionada con la retención (Secades & Fernandez, 2000).

Uno de los primeros autores que llamó la atención sobre esta relación fue Vaillant (1966), quien sugirió la existencia de una relación inversa entre la duración de la estancia de los pacientes en el Hospital Lexington de Nueva York y la recaída posterior. Estudios

sucesivos han confirmado esta hipótesis y han sugerido que un indicador de buen pronóstico es la permanencia en el programa por encima de los tres meses (Sirotnik & Roffe, 1978; Simpson, 1984).

Por ejemplo, datos extraídos del DARP (Simpson, 1984) confirmaron que el resultado era más favorable a medida que se incrementaba la duración del tratamiento durante el primer año y que los pacientes que se mantenían en tratamiento menos de 3 meses no presentaron mejores resultados que los que llevaron a cabo simplemente una desintoxicación ambulatoria o los que recibieron una atención inespecífica en un grupo de admisión al programa.

Además, la importancia de la retención en el resultado del tratamiento ha sido confirmada en varios tipos de sustancias. Por ejemplo, Wells, Peterson y Gaine (1994) comprobaron que la retención predecía la reducción del consumo en diferentes tipos de programas de tratamiento (externos y residenciales) de adicción a la cocaína.

Por otro lado, el tipo de salida del programa también se relaciona con el efecto que ejerce éste sobre la conducta de los sujetos a largo plazo. Las revisiones de Tucker, Vuchinich y Harris (1985) y de Stark (1992) concluyen de una forma muy clara que los sujetos que terminan los tratamientos de abuso de alcohol y otras drogas tienen muchos mejores resultados que aquellos que abandonaban.

De lo anterior se desprende la importancia de la adherencia en un tratamiento de drogodependencia, siendo un predictor claro, tanto el tiempo de permanencia del usuario en tratamiento como el tipo de finalización del mismo, los cuales influyen en la eficacia en el tratamiento (Secades & Fernandez, 2000).

Para el SENDA, esto constituye su forma de trabajo, dando financiamientos a centros públicos como privados para que trabajen las temáticas de rehabilitación de consumo de sustancias ilícitas como lícitas dentro de la sociedad Chilena. De esta forma es que la Fundación Don Bosco “Vida Compartida”, a través de su centro Comunidad Terapéutica

Valdocco, presenta servicio a senda para la rehabilitación de alcohol y drogas, programa que se describirá a continuación.

2.4.- COMUNIDAD TERAPEUTICA VALDOCCO

El programa Comunidad Terapéutica Valdocco, nace el año 2000, bajo el alero del convenio con el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) y servicio de salud FONASA-MISAL. Desde sus aspectos técnicos, la comunidad siempre está en búsqueda de especializar y actualizar la propuesta para personas en contexto de exclusión social, a partir del desarrollo integral centrado en la persona, propiciando el mejoramiento de las actividades terapéuticas, los procesos, metodologías, sistematización y evaluación permanentes, tendiente a contribuir a la consolidación y desarrollo de la propuesta con criterios de calidad y eficiencia.

Actualmente la Comunidad Terapéutica Valdocco, cuenta con la autorización sanitaria para funcionar con 10 cupos, así mismo desde el año 2009, estos cupos están a disposición de la red de salud sur oriente, trabajando con las comunas de la Región Metropolitana que son parte de esta red (La Florida – San Ramón – La Granja – Puente Alto – San José de Maipo).

Su intervención se basa en un sistema organizado de valores, normas, proceso (fases, etapas y actividades), relaciones sociales y roles, en el que se exploran y analizan las principales dificultades de vida de los seres humanos. Funciona a través de una estructura grupal de contención o presión, orientada a facilitar en las personas la expresión de afectividad y la intimidad, el autoconocimiento, la elaboración de conflictos y el cambio de características personales (FLACT, 2009).

2.4.1.- Perfil de atención Comunidad Terapéutica Valdocco

La comunidad terapéutica atiende a hombres adultos entre 20 y 60 años, provenientes de la red sur oriente de salud (La Florida – La Granja – San Ramón – Puente Alto – San José de Maipo)

Entre las principales problemáticas que afectan a los adultos, que ingresan a esta comunidad se encuentran, características extraídas del DMS IV y CIE - 10:

- Patrón de consumo mayoritariamente en un nivel de dependencia.
- Polidependencia a sustancias.
- Deseo incontenible de consumir la droga y obtenerla por cualquier medio (incluyendo conductas delictivas).
- Tendencia a aumentar la dosis por la tolerancia que presenta el organismo hacia la misma (necesidad de dosis más altas para obtener la misma sensación).
- La aparición de un Síndrome de Abstinencia en caso de interrupción súbita en el consumo.

En este mismo sentido presentan profundas experiencias de baja autoestima, abuso sexual (abusado – abusador), maltrato físico – emocional – psicológico, abandono, discriminación marginación, carencias afectivas tempranas y/o tardías, junto con un grave deterioro bio – psico-social – educacional (CONACE, 2005).

En lo social se caracterizan por situaciones de pobreza, en algunos casos extrema, falta de oportunidades y marginación social. El lugar en el cual reside la mayoría de los usuarios se clasifica como de alta vulnerabilidad o en riesgo psicosocial. Su forma de relacionarse en su entorno, se caracteriza por actitudes antisociales como vocabulario soez (pobreza en el lenguaje), prepotencia, agresividad, carencia o trasgresión de valores por otro lado, la mayoría de los usuarios en un 95% presentan rasgos de impulsividad, en

un 70% conductas delictuales; con un lenguaje y contacto afectivo precario (SENDA, 2014).

En lo legal los residentes en su gran mayoría tienen antecedentes delictivos (70%), el 50% de los cuales presentan causas pendientes en distintos Tribunales y Juzgados. En un 95% los residentes provienen de grupos de pares con patrones de consumo abusivo y conductas delictuales. Por consiguiente se registra una alta incidencia de conflictos con la justicia y largos periodos de vagancia y cesantía; en 10% de los casos presentan situación de calle al no tener una familia que los acoja.

2.4.2.-Tipo de Familia de usuarios Comunidad Terapéutica Valdocco

Las familias tratadas en la comunidad presentan en un 98% son diagnosticadas, este análisis fue desarrollado dentro de la comunidad por sus profesionales (psiquiatra, psicólogo, técnico en rehabilitación), en un periodo (2013- 2014) como disfuncionales y se pueden caracterizar de la siguiente manera:

Familia en la que los conflictos, conductas violentas, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a adaptar a tales acciones. A veces los niños crecen en tales familias con el entendimiento de que tal disposición es normal. Las familias son principalmente el resultado de adultos co-dependientes, y se ven afectados por las adicciones, como la dependencia a sustancias (alcohol, drogas, etc.) (FATELA, 2011).

Por otro lado, en estas familias en un 98% existe algún tipo de abuso, sea sexual, psicológico o físico. Aunque muchos piensan que el abuso solo es de forma sexual, la mayor parte de los casos de abuso, son de forma psicológica, por ejemplo de amenazas, manipulación, menoscabar la autoestima, etc. En los casos de abuso sexual, sea dentro de la misma pareja o en casos de incesto, aun cuando el resto de la familia no tenga este conocimiento, será de todas maneras afectada al ver las consecuencias que el abuso lleva en las personas, sea del abusador o del (o los) abusado(s) (FATELA, 2011).

Características Familias Disfuncionales en adicciones

Machismo: El machismo, es conocido también como androcentrismo (el varón como centro), supone una actitud de menoscabo, desprecio y discriminación hacia la mujer. Ideológicamente sostiene que el varón es superior y la mujer debe estar unilateralmente sometida al mundo masculino. No hay base sostenible para dicha idea; por lo tanto, se trata de una construcción cultural (FATELA, 2011).

El hombre machista sólo se enfoca en hacer a su hijo un hombre a través de conocer la vida sexual, como conquistar y controlar a las mujeres, y enseñarle a trabajar duro. El hombre machista tiene muy poco contacto con sus emociones, y se siente incómodo cuando otras personas comparten sus emociones también. Su respuesta a las emociones es muchas veces que se pone más duro, justo por el ideal del machismo, pero más por su propia experiencia de haber sido criado como un machista que no debe llorar ni mostrar su debilidad (FATELA, 2011).

Se debe mencionar desde lo anterior, que dentro de las familias atendidas en la Comunidad Terapéutica Valdocco, existe una cultura machista, es decir, el hombre es machista, pero desde lo cultural la mujer mantiene y reafirma esta conducta, dejando que esto siga pasando, no sabiendo cortar o dar un punto final a tal situación.

“En las familias disfuncionales el hombre machista llega a tomar un rol bastante dañino para la familia. Es incapaz de mostrar el respeto necesario hacia su pareja, tiene un concepto de fidelidad de la mujer hacia él, pero no de él hacia ella, y no asume la responsabilidad junto con la madre de criar a sus niños. En el ambiente machista también la mujer se hace parte de un hogar desequilibrado, por ejemplo al aceptar la conducta machista, y de aceptar el sometimiento, y no llegar a

enfrentar la violencia física y psicológica que sucede hacia ella misma y a sus hijos” (FATELA, 2011, pág. 24).

Violencia: Las formas en que se presenta la violencia familiar, son en: violencia hacia los mayores, entre cónyuges, hacia los niños, las mujeres, los hombres, los discapacitados, etc. (Díaz, 2015; Núñez, 2015).

La violencia puede ser física, emocional y/o económica y ocurre en todas las clases sociales, culturas y edades. Pero en la mayoría de las veces se trata de un individuo hacia una o varios individuos (Díaz, 2015; Núñez, 2015).

Los que maltratan ocupan un lugar de mayor poder hacia quienes son y se piensan a sí mismos como de menor poder. Dentro de la familia son entonces los más vulnerables que principalmente sufren el maltrato. Las estadísticas muestran que las mujeres son las más maltratadas, y que después de ellas los niños (Núñez, 2015).

Existen diferentes formas de violencia, el abuso físico es el más conocido, pero se debe tomar en cuenta que muchas veces la violencia o el maltrato emocional es el más utilizado. Este tipo de maltrato se puede ver en el rechazo (abandonar), en el aterrorizar (amenazas), en el ignorar (falta de disponibilidad), en el aislar al menor (no permitir relaciones sociales), y en someter al niño a un medio donde prevalece la corrupción (incurrir en actos de conducta antisocial (FATELA, 2011) . “También se debe tomar en cuenta el maltrato de negligencia, en donde se priva al niño de los cuidados básicos, aun teniendo los medios económicos; se posterga o descuida la atención de la salud, educación, alimentación, protección, etc.” (FATELA, 2011, pág. 28)

Falta de Seguridad: Sea un abusado o un abusador, un violento y uno que recibe el maltrato, sea una persona depresiva o uno que vive con el depresivo, todos estos ambientes llegan a crear una falta de seguridad en el hogar. En la crianza un buen fundamento para una niñez es la seguridad, al igual que para una pareja la seguridad es importante también. Con la seguridad viene la confianza, y la edificación de buenas

relaciones entre los diferentes individuos de la familia. La falta de seguridad entrega en la familia una sensación de inseguridad, y de este modo se corrompe la necesaria confianza en las relaciones entre ellos y también para poder crear una sana identidad y personalidad en cada uno (FATELA, 2011).

Adicciones: Estas pueden ser de varios tipos, pero el alcoholismo y/o la droga es una de las adicciones más frecuentes. Hay varios tipos de adicciones que son capaces de llevar una familia hacia la disfuncionalidad. Aunque la adicción empieza normalmente con una persona en la familia, con el tiempo toda la familia es afectada por el problema. Muchas veces se ve que el adicto esconde su adicción, pero que las consecuencias de su vida como adicto llega a tener secuelas para la familia de otras formas, por ejemplo al tener muchos secretos, descuidar la relación con el resto, síntomas de estrés y depresión, etc. (FATELA, 2011).

Objetivo General de la Comunidad Terapéutica Valdocco

Ofrecer al usuario una alternativa de reeducación³ y desarrollo integral que le permita transformar su existencia y construir un proyecto personal con vocación de vida, guiado por valores pro-sociales y basados en un estilo de vida libre de drogas, con el fin de lograr su reinserción laboral, familiar y social (MADRIDSALUD, 2011; SENDA, 2014).

Objetivos Específicos de la Comunidad Terapéutica Valdocco

- Favorecer el autoconocimiento y valoración de sí mismo, identificando recursos para un mejor desempeño social.

³ **Reeducación:** El estilo de vida es reeducable y es necesario establecer enlaces con el grupo comunitario para que pueda educarse y crear un sentimiento de grupo o comunitario que modifica el estilo de vida del individuo y favorece el sentimiento de pertenencia y de seguridad: el individuo y lo social en armonía.
El proceso de rehabilitación está centrado en el cambio de estilo de vida individual y en el desarrollo del sentimiento comunitario.

- Favorecer el reconocimiento y profundización en los diferentes aspectos de la vida del usuario, que le permita desarrollar al máximo sus potencialidades y replantearse los que obstaculizan el adecuado desarrollo de su personalidad.
- Fomentar la sustitución de hábitos asociados a la drogadicción y a la “cultura de la calle”, por hábitos nuevos que favorezcan un positivo desenvolvimiento en su medio.
- Promover el conocimiento e integración personal de valores humanos como responsabilidad, honestidad, autonomía, amor, solidaridad, respeto.
- Fomentar el diálogo y la asertividad como formas adecuadas de solución de conflictos.
- Favorecer la identificación y modificación de relaciones de co-dependencia en las familias de los usuarios que participan en la comunidad terapéutica.
- Promover la incorporación de estilos de comunicación asertivos y un sistema de límites claros y consistentes al interior de la familia.
- Promover el desarrollo de habilidades para la convivencia social, favoreciendo una adecuada interacción en los diferentes ámbitos de la vida donde le corresponde actuar

Fases y Etapas del proceso de la Comunidad Terapéutica Valdocco

El programa se organiza en 3 fases “Postulación, Residencial y Seguimiento”, las cuales se orientan a promover un conjunto de cambios en el mundo interno de la persona, los que finalmente le permitirán alcanzar la autonomía. Este proceso se lleva a cabo gradualmente, de acuerdo a las características y ritmos propios de cada uno de los usuarios (FLACT, 2009; SENDA, 2014).

I Fase: Postulación (0-7 días): Considerando que la entrevista de ingreso es el primer contacto que se tienen con el postulante potencialmente beneficiario del programa, ésta tiene como primer objetivo favorecer el ingreso al tratamiento y aumentar la motivación al cambio. Posterior a la entrevista a los postulantes, se les informa su aceptación en la comunidad y se produce el ingreso al proceso, se les recibe, se les da a conocer la forma de trabajo, las normas y posteriormente procede a la firma del contrato terapéutico y el consentimiento informado. Si el postulante decide no ingresar a tratamiento, se le avisa a la institución derivadora el motivo de su no ingreso y se le orienta en la búsqueda de un centro el cual este más acorde a sus características.

Fase II Residencial: Considera las siguientes etapas (SENDA, 2014):

I Etapa: Compromiso (1 a 3 meses): Se orienta a que los usuarios se sientan acogidos, generando un encuadre terapéutico, que facilite la vida en comunidad. Las intervenciones individuales como grupales se deben orientar a favorecer el cambio motivacional, a través de resolver la ambivalencia en pro de la abstinencia, motivación y la adherencia al tratamiento.

II Etapa Verdad (3 a 5 meses): Se espera que los usuarios tomen conciencia paulatinamente de la necesidad de ayuda, logren reconocer y comunicar problemáticas personales y familiares. Considerando los altos índices de prevalencia de situaciones de maltrato, abuso sexual y de negligencia que presentan los usuarios, es necesario en esta etapa, comenzar a trabajar estas temáticas, donde los objetivos centrales se relacionan con resignificar y circunscribir la influencia de los malos tratos, a través de favorecer procesos de desculpabilización y aumentar los niveles de competencia personal. En este mismo sentido, los usuarios trabajan los daños cometidos a sus familiares más significativos, siendo una meta que estos puedan ser reparados dentro de lo

posible. A partir del diagnóstico de la calidad de las redes de apoyo, los usuarios deberán comenzar a trabajar en pro de ampliar dichas redes. Así también, y teniendo en consideración las necesidades y problemáticas familiares, en esta etapa se deberían concretar las derivaciones psicosociales, con objeto de vincular a las familias con redes de apoyo estatales o no gubernamentales.

III Etapa: Responsabilidad (3 a 4 Meses): Se espera que los usuarios, mejoren el locus de control interno y se responsabilicen de sus acciones y de las consecuencias de éstas. De este modo, considerando las etapas del proceso de reparación, se espera que visualicen sus propios recursos, asuman el control de su vida. Se espera que aumenten los niveles de participación en redes comunitarias o se amplíe la red primaria de apoyo. Deberá comenzar a visualizar un proyecto de vida a corto plazo, discriminando intereses, habilidades y situaciones contextuales, que le permitan hacer de estas propuestas un estilo de vida viable. El usuario deberá presentar un aumento significativo de la percepción de autoeficacia. Por otro lado, deben analizar en profundidad su proceso, proyectando un estilo de vida sustentado en hábitos y valores pro-sociales. Deberá estructurar un proyecto de vida que asuma su realidad personal, familiar y laboral.

Fase III: Seguimiento: Esta se realiza fuera del ámbito residencial, lo que implica que el usuario pasa a una atención ambulatoria. En esta etapa se debe profundizar la ejecución de su proyecto de vida, procurar asumir la vida con responsabilidad e integrar diferentes aspectos de sí mismo, en relación a la realidad.

I Proyecto de Vida (2 a 4 meses): El usuario debe comenzar a concretizar su proyecto de vida a corto plazo realizado anteriormente en el proceso residencial, que incorpore el ámbito personal, familiar y social. Se pretende que el usuario en conjunto con la familia acuerden un sistema de convivencia adecuado, donde

queden claros los roles de cada miembro, sus deberes y derechos. En el ámbito social, se proyecta la inserción laboral, así como el uso adecuado del tiempo libre a través de la incorporación a redes de apoyo social.

II Estabilidad (3 a 4 meses): Persigue conseguir estabilidad en las relaciones familiares, así como, potenciar el uso de una comunicación asertiva para la resolución de conflictos familiares y en otros contextos sociales. En el plano individual, el usuario debe mantener los logros obtenidos en la etapa anterior y comenzar el desprendimiento paulatino de la Comunidad, a través de la inserción en otras redes sociales.

III Egreso (2 a 4 meses): Se pretende acompañar al usuario en la consolidación de las metas propuestas en el Proyecto de Vida, individual, familiar, laboral y/o educativo. A partir de la evaluación de las necesidades e intereses, tanto de los usuarios como de sus familias, se considera pertinente sugerir la derivación a grupos de autoayuda y/o de atención en salud mental ambulatoria.

Sistema de Evaluación de las Actividades de la Comunidad Terapéutica Valdocco

Plan de Tratamiento Individual (PTI)

Corresponde al diseño estratégico de intervención para cada usuario, que se elabora en base al motivo de consulta y a la evaluación integral realizada por el equipo de tratamiento (SENDA, 2014).

Los objetivos del PTI deben ser relevantes para el usuario, específicos, mensurables, realizables y de duración determinada (SENDA, 2014).

Para cada uno de los objetivos se debe diseñar una estrategia de intervención y una estrategia que permita valorar su cumplimiento (SENDA, 2014).

En este plan deben quedar plenamente identificados y registrados los objetivos terapéuticos a ser alcanzados con el usuario y su familia si es que la tiene, quienes como, parte de la elaboración de éste, deben conocer íntegramente dichos objetivos y las actividades y estrategias que se concertarán para su cumplimiento (contrato terapéutico) (SENDA, 2014).

Asimismo, deben registrarse los resultados de las evaluaciones periódicas que los equipos realicen en conjunto con el usuario y familia si es que la tiene.

El plan facilita la conducción y orientación del proceso terapéutico en el usuario y su familia, por lo cual (SEND 2014):

- Debe ser consensuado con el usuario y su familia, enfatizando la participación activa en su elaboración.
- Ser elaborado y utilizado por la totalidad de los integrantes del equipo tratante.
- Flexible, en cuanto a que las evaluaciones periódicas identifiquen situaciones particulares del proceso del tratamiento, que indiquen al equipo modificar, ajustar o cambiar modalidades de intervenciones.
- Debe estar registrado en la ficha clínica

Por otro lado el programa de rehabilitación de la Comunidad Terapéutica Valdocco, contempla evaluaciones tanto de proceso, como de resultado. Las evaluaciones del proceso de rehabilitación se realizan a través de reuniones de equipo semanales, donde se miden los logros y dificultades de acuerdo a los planes de tratamientos respectivos y a los objetivos definidos en cada etapa del tratamiento. Así también en la primera etapa de tratamiento se establece una línea base de diagnóstico y para conocer los resultados, durante el tratamiento se establecen cortes evaluativos que implican la aplicación de algunos instrumentos, como son: APGAR familiar, estilos parentales; y otros para evaluar: autoestima, habilidades sociales y pre-laborales.

En tanto, la evaluación de resultados del tratamiento se realiza de acuerdo a la autoevaluación del usuario, evaluación cualitativa del proceso que realiza la familia si es que cuenta con ella y del equipo de la Comunidad Terapéutica, de acuerdo a los criterios de cumplimiento de objetivos de la etapa y tareas personales. Así también, el tratamiento residencial es evaluable a través de la elaboración y ejecución, por parte del usuario, de un proyecto de vida personal, acorde a las características individuales, familiares y sociales.

Los parámetros utilizados en la comunidad Terapéutica Valdocco para la evaluación de resultados son:

- Cumplimiento de Objetivos de la Etapa de Tratamiento.
- Promoción en las Fases y Etapas del Programa.
- Cumplimiento de normas y reglas durante los permisos de salida.
- Mantenimiento de la abstinencia durante el proceso.
- Cambios en las relaciones familiares.
- Auto-reporte y autoevaluación del usuario, familia y equipo de acuerdo a los criterios de cumplimiento de objetivos de la etapa y tareas personales.
- Elaboración y ejecución de un proyecto de vida acorde a las características individuales, familiares y sociales de cada residente.
- Integración educacional y/ o laboral.
- Participación Comunitaria.

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Al plantear la presente investigación, debemos señalar que en Chile la preocupación por el problema de consumo de alcohol en Chile, se da inicio entre los años 1950 –1960, con la fundación de los primeros centros o unidades de desintoxicación y tratamiento y de Grupos de Auto Ayuda. En 1980, organizaciones no gubernamentales desarrollaron programas de atención para la atención de consumo de drogas, además se instalan las primeras comunidades terapéuticas (CONACE, 2005).

El Ministerio de Salud, por su parte, construyó en 1993 la Política y Plan Nacional de Salud Mental, que incluyó el Área Prioritaria Beber Problema y Consumo Problemático de Drogas (SENDA, 2015).

En 1994, a partir de la promulgación de la Ley 19.366 de Drogas y la creación de equipos y programas de rehabilitación de personas con problemas de consumo de drogas, se inicia en los 28 servicios de salud del país el tratamiento más específico del consumo problemático de sustancias psicoactivas ilícitas, para responder a la demanda de atención de personas con problemas de consumo de drogas (SENDA, 2015).

En Chile, una de las primeras experiencias publicadas en evaluación de programas de tratamiento en adicciones es de la Fundación Hogar de Cristo, en 1999, en la que se mide el grado de reinserción de las personas egresadas de las comunidades terapéuticas y los factores que la determinan (CONACE, 2005).

Al año siguiente CONACE (2000), inicia una serie de estudios, a través de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, en el contexto del desarrollo de planes de tratamiento en el marco del Convenio CONACE – FONASA – MINSAL. El primero de ellos es el “Estudio exploratorio de centros de tratamiento”, cuya unidad de análisis fueron los centros de tratamiento. Posteriormente, entre 2002 y 2004 se realizó un estudio de *“Evaluación de proceso y resultados de Planes de Tratamiento y*

Rehabilitación”, donde la unidad de análisis fueron los planes, su implementación y resultados a corto plazo.

Algunos de los resultados de estudios internacionales señalan, que ciertos programas libres de drogas mostraron mayores dificultad con la adherencia al tratamiento (21% abandonaban el programa de tratamiento en una semana o menos y un 36% en un mes o menos), que aquellos programas de tratamiento de sustitución con metadona (CONACE, 2005).

Asimismo, se ha observado, tanto en Chile como en el extranjero, que las tasas de recaída tras las intervenciones no son despreciables. Pese a ello, se comprueba que los tratamientos funcionan y el pronóstico es mejor para aquellas personas que llegan hasta el final del proceso, que para quienes lo abandonan antes de su término o para quienes no lo realizan (CONACE, 2005).

La investigación sobre programas de tratamiento de adicciones, sobre todo con población adulta, apoya la hipótesis que “las personas que reciben tratamiento experimentan con mayor probabilidad una reducción en el consumo, que aquellas que no están sometidas al mismo” (CONACE, 2005).

Los avances en los estudios extranjeros, abarcan desde el análisis de las tasas de recaída y los efectos que los diferentes programas tienen sobre el patrón de consumo, hasta la preocupación por analizar el proceso de recaída y poner de manifiesto los factores que se encuentran asociados con este fenómeno (CONACE, 2005).

Por otro lado, la conceptualización de evaluación de programas se define como “el conjunto de actividades que tienen por objetivo el análisis de la eficacia, utilidad y valor de un tratamiento, actuación o programa concreto aplicado en un contexto social y que

permiten dar carácter científico a determinadas decisiones públicas sobre política social” (CONACE, 2005).

La evaluación de un programa de Comunidad Terapéutica considera la recolección y análisis de información en los diferentes momentos y procesos de un programa, que se caracteriza por ser sistemático, ordenado, válido y confiable y cuyo objetivo es tomar decisiones que aumenten la eficacia, disminuyan los costos y permitan planificar nuevas acciones (CONACE, 2005).

Desde lo anterior, se debe tener presente qué evaluaciones se pueden efectuar sobre un programa de tratamiento en drogodependencias. Si se considera qué tipos de evaluaciones se pueden ejecutar, se podrán planificar los procesos de evaluación para atender a las mismas, y se mejorará en evaluabilidad. Küfner (1998) clasifica en ocho tipos las evaluaciones de un programa de tratamiento:

- 1.- Evaluaciones sobre la implementación del programa, que valoran la flexibilidad y adaptación a los pacientes.
- 2.- Evaluaciones sobre los fines del programa.
- 3.- Evaluación de la intervención del tratamiento y cambios en la conducta del usuario.
- 4.- Evaluación de variables del usuario como predictores de eficacia del programa de tratamiento.
- 5.- Evaluación de elementos del tratamiento como predictores del éxito del programa
- 6.- Evaluación de indicaciones diferenciales, esto es, de la interacción entre los pacientes y variables del tratamiento
- 7.- Meta-análisis de resultados en la literatura

8.- Evaluaciones del tipo coste-beneficio.

Señalado lo anterior, la presente evaluación está relacionada con el punto cuatro, la cual evalúa variables del usuario como predictores de eficacia del programa de tratamiento de la Comunidad Terapéutica Valdocco, la cual toma los objetivos del programa de tratamiento y los evalúa en virtud de los logros y mantenimiento de los objetivos trabajados durante el proceso de rehabilitación, en su integración social.

Se debe resaltar el hecho que con este estudio se quiere conseguir conocimiento de los resultados del proceso de intervención, lo que dará la validación de las metodologías de intervención, con lo que se podrá realizar un mejor quehacer profesional dentro de la Comunidad Terapéutica.

Desde lo anterior, la relevancia de esta evaluación está relacionado con SENDA (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol) y convenio Fonasa - Minsal, la cual evalúa la calidad de los centros de rehabilitación en Chile y su funcionamiento, por lo que se podrán verificar los resultados obtenidos en el programa propuesto en la Comunidad Terapéutica Valdocco.

Es importante señalar que la Investigación visibiliza variables y métodos de trabajo, que son determinantes de considerar, en el Proceso de Intervención de las Comunidades Terapéuticas, las cuales no están definidas claramente desde la Política Pública y específicamente en las Bases Técnicas de Senda, y que son de alguna manera de vital importancia para el usuario y su proceso.

Realizar este Primer estudio dentro de Fundación Don Bosco, Institución a la que pertenece la Comunidad Terapéutica Valdocco, permitirá ver la realidad de la Comunidad Terapéutica de acuerdo a los resultados obtenidos, y esto podrá determinar en alguna medida elementos para un segundo estudio de Investigación que profundice y relacione los resultados obtenidos en este evaluación.

De acuerdo a los resultados, se puede replicar este modelo de intervención en otros Programas de la Fundación a la que pertenece, y que atiende a poblaciones similares en cuanto a consumo de sustancias drogodependientes y los problemas asociados a la condición.

Sobre todo destacar que este estudio sirve a los profesionales de la Comunidad Terapéutica Valdocco, los cuales podrán mirar su quehacer profesional y cómo influye este en el proceso de los residentes del programa de rehabilitación.

Por último, se debe señalar que esta evaluación fue aplicada sobre un programa terapéutico de drogodependencia, el cual ha sido ejecutado durante 5 años y nunca se ha realizado una evaluación en su eficacia.

Esta Investigación fue realizada sobre la Comunidad Terapéutica la cual contaba con elementos necesarios para su ejecución: instrumentos, egresados, recaídos, etc. En cuanto a la población objetiva del programa, todos presentaban el alta terapéutica, por lo que permitió medir el nivel de logro de los objetivos del programa que será evaluado.

Las dificultades fueron dadas por el tiempo transcurrido en la ejecución del Programa, la ubicación de los usuarios que pasaron por la residencia, la cantidad de ellos.

3.1.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

✓ Objetivo General

Identificar la eficacia del programa terapéutico, implementado en la Comunidad Terapéutica Valdocco especializada en drogodependencia, dependiente de la Fundación Don Bosco “Vida Compartida”, en relación a los objetivos contenidos en su programa terapéutico, entre el periodo 2012 y 2014.

✓ Objetivos Específicos

- Determinar el cumplimiento de los objetivos del programa de tratamiento de la Comunidad Terapéutica Valdocco.
- Identificar los principales factores precipitantes de recaídas, así como el momento en que estas se producen, de acuerdo al reporte realizado por los usuarios de la comunidad.
- Comparar los resultados de abandono de la comunidad terapéutica Valdocco con los obtenidos en las comunidades terapéuticas a nivel nacional.

✓ Pregunta de Investigación

¿En qué medida la Comunidad Terapéutica Valdocco, especializada en drogodependencia, ha logrado alcanzar, los objetivos propuestos en su programa de tratamiento?

CAPÍTULO IV

MARCO TEÓRICO

IV.- MARCO TEÓRICO

Las Comunidades Terapéuticas nacen desde la psicología, psiquiatría y medicina. En un primer momento, La Comunidad Terapéutica es rechazada por ámbito profesional de la salud, pero con el paso del tiempo comienza a ser valorado como una metodología válida y eficaz para el tratamiento de las drogodependencias (Soto, 2011).

Quienes han estudiado este modelo, localizan sus inicios en la era precristiana:

“En los pergaminos del Mar Muerto se describen las prácticas comunales de una secta religiosa, Los Esenios, basada en la normativa de la Comunidad que constituía una exhortación en torno a vivir sana y honradamente, las sanciones de dicha normativa son bastante similares a las que se llevan a efecto en las actuales Comunidades Terapéuticas, entre ellas se cuentan la restricción de relaciones, de privilegios y períodos de destierro de la comunidad”. (Soto, 2011, pág. 21)

En el Siglo XII, surgen las Comunidades Monásticas las cuales acogían a marginados y excluidos dándoles entorno de vida comunitaria en opción a sus vidas de miseria y exclusión social (Soto, 2011).

Posterior a esto entre los Siglos XV - XVII, eran los monjes de los monasterios quienes se ocupaba en atender a los enfermos mentales. La primera parte del medioevo, al enfermo mental se le trataba respetuoso, basado en un conocimiento teñido por el pensamiento mágico, los poderes sagrados y el exorcismo; subsiguientemente se reafirma lo demonológico, que lleva al fortalecimiento de las prácticas exorcistas y castigos físicos al tratamiento con el fin de ahuyentar al diablo (Soto, 2011).

Mucho tiempo después, en el año 1844 se funda en Londres la “Asociación Cristiana de Jóvenes derivada de una vertiente protestante”. Esta promueve el rol de los jóvenes como un agentes de cambio para mejorar la sociedad, utilizando actividades de convivencia y respeto a la libertad de expresión (Asociación Cristiana de Jóvenes de Montevideo, citado en Soto, 2011).

En el año 1920 nace el Grupo de Oxford, organización religiosa fundada por Frank Buchman, ministro evangélico luterano, su objetivo principal era “renacimiento espiritual de la humanidad” (Soto, 2011). “En sus orígenes la agrupación se llamaba Asociación Cristiana del Primer Siglo (*First Century Christian Fellowship*), y posteriormente es denominada “Rearme Moral” (1938)” (Soto, 2011, pág. 24).

Posterior a esto en los años 1970 y 1974 nace la Fundación Engelmajer en Francia, conocida como “El Patriarca”. Su fundador es Lucien Engelmajer, hijo de Israël Engelmajer; este último pertenecía al judaísmo jasídico (Soto, 2011).

Esta breve línea histórico en exploración de las raíces filosóficas y metodológicas de las Comunidades Terapéuticas, las cuales tienen una base evidente impronta religiosa.

Pero se debe mostrar otra vertiente, al cual fue fundamental en desarrollo de modelo de tratamiento en adicciones, se trata de la psiquiatría comunitaria (Soto, 2011).

Desde lo anterior y a partir la psiquiatría comunitaria y los programas de rehabilitación, aparece en EE.UU en los años 1960, un movimiento anti-institucional, el cual surge como reacción y oposición frente a la apertura y democratización de los Servicios Sociales y de Salud Mental en el marco del desarrollo de la Psiquiatría Comunitaria en Norteamérica. La cual, propone una estrategia de tratamiento residencial para los drogodependientes (Soto, 2011).

En este marco anti-institucional nacen Synanon, en 1958, y Daytop Village, en 1963, pioneras en el campo de las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes, las cuales ilustran la aparición y avances en este modelo de intervención (Rodríguez, 2007).

El concepto Comunidad Terapéutica nace, para indicar a los programas de tratamiento y rehabilitación de drogodependencias y se convino en 1975 durante la Conferencia Federal Anual acerca del abuso de drogas en Nueva Orleans; en esta conferencia se inauguró la Organización de Comunidades Terapéuticas de América (Soto, 2011).

“La Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas ha motivado la

conformación de asociaciones locales y su inclusión en el conglomerado mayor, de manera tal de aunar criterios teóricos y metodológicos en el tratamiento realizado en los distintos países de América Latina. En 1995, tras la visita del Presidente de la FLACT a Chile, se da impulso a la naciente Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas, siendo reconocida y respaldada por la Federación Mundial y Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. La Asociación conformada en nuestro país inició el acercamiento de las diversas comunidades, logrando unificar, en cierta medida, el trabajo realizado en el campo de las drogodependencias. Esto se ha traducido en la permanente actualización y capacitación de los equipos de todas las comunidades del país, para mejorar la atención de los usuarios” (Soto, 2011, pág. 32).

Resumiendo, las Comunidades Terapéuticas de Rehabilitación presentan dos referentes: un modelo europeo con bases en la psiquiatría comunitaria y un modelo americano estructurado con bases teóricas cercanas a la modificación de conducta y principalmente asociadas al movimiento de autoayuda. (Llorente del Pozo. & Fernández, 1999, citado en Soto, 2011).

A continuación se revisarán en mayor profundidad el concepto de comunidad terapéutica.

4.1.- Definición de Comunidad Terapéutica

Al tratar de definir lo que son las Comunidad Terapéutica la bibliografía habla desde diferentes dimensiones, para esta evaluación se incluyen las siguientes definiciones:

En general, las Comunidades Terapéuticas son ambientes residenciales libres de droga, que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces (Goti, 1990).

El elemento distintivo de la Comunidad Terapéutica, lo que la distingue de otras modalidades de tratamiento es el uso de la Comunidad como método para facilitar el cambio psicológico y sociológico en los individuos que se encuentran en proceso de rehabilitación. (Goti, 1990)

Las Comunidades Terapéuticas se distinguen de otros tratamientos en drogodependencia, principalmente por el uso de la comunidad terapéutica como parte del tratamiento, es así como los residentes (personas con dependencia de drogadicción), junto a los profesionales que trabajan en ella, se convierten en agentes claves del cambio, o sea, se utiliza la Comunidad como un método de trabajo, desde donde se interviene mediante la interacción de sus miembros, intencionada y no intencionadamente en las actitudes, percepciones y comportamientos asociados al uso de drogas y las consecuencias que esto conlleva. Además se maneja un concepto de autoayuda, lo que permite que las personas que son usuarias y forman parte del tratamiento de rehabilitación se ayuden a sí mismas y se responsabilicen a la vez de sus propios actos, de la ayuda parcial de los otros que forman en conjunto la Comunidad (FLACT, 2009).

“El modelo considera relevantes para la persona aspectos tales como su familia y la red social como bases de su trabajo terapéutico. El vivir y trabajar en una Comunidad Terapéutica significa el poder compartir experiencias, dentro de un marco de respeto de los valores y derechos inalienables del ser humano y en un ambiente de solidaridad y fraternidad”(FLACT, 2009, pág. 8).

”En este sentido, es la propia persona la protagonista de su historia, la que responde y genera la recuperación apoyada por el grupo. En la Comunidad Terapéutica los residentes tienen un papel fundamental, pues ellos son los movilizadores del cambio acompañados y guiados por los profesionales y técnicos; en sí mismo, el estilo relacional de la Comunidad Terapéutica es el principal elemento terapéutico” (FLACT, 2009, pág. 8).

Se debe mencionar entonces, que las personas que ingresan en la Comunidad Terapéutica, traen consigo una historia de funcionamiento social, habilidades educativas/vocacionales, y lazos comunitarios y familiares positivos que han sido debilitados por su dependencia a la drogas. Para ellos, la recuperación involucra la rehabilitación, es decir, el volver a aprender o restablecer un funcionamiento, habilidades y valores saludables así como rescatar la salud física y emocional. Otros usuarios nunca tuvieron estilos de vida saludables, ni mucho menos estables. Para ellos, la Comunidad Terapéutica constituye el primer acercamiento a una vida ordenada (Goti, 1990).

La comunidad consiste en un entorno social compuesto de pares, técnicos, profesionales, directivos quienes al ser modelo de cambio personales exitosos o simplemente modelos de vida, sirven de guía al proceso de recuperación (FLACT, 2009).

Todas las actividades (ideario) de Comunidad Terapéutica están diseñadas para producir cambios terapéuticos y educacionales en los participantes y todos los participantes son mediadores de esos cambios terapéuticos y educacionales (FLACT, 2009).

4.2.- Tipos de Comunidades Terapéuticas

Una tipificación a partir de las diferencias estructurales da los siguientes tipos de Centros de Tratamiento, dadas por la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT, 2009, pág. 9), es la siguiente:

- Las llamadas Comunidades Terapéuticas “institucionales”, que se desarrollan de acuerdo a cánones del servicio de salud correspondiente y con una estructura de trabajo basada en jerarquías profesionales y técnicas.
- Comunidades Terapéuticas, no institucionales, las que se desarrollan preferentemente con una fuerza de trabajo no profesional; técnicos en rehabilitación, operadores terapéuticos rehabilitados o re-educados, y respondiendo en su filosofía y orientación a las más variadas formas ideológicas, religiosas y experienciales.

- Comunidades Terapéuticas, no institucionales mixtas / modificadas, donde se consideran los aportes de todos los miembros del equipo/personal sean éstos profesionales y/o técnicos, además de los usuarios. Es un modelo flexible, enriquecido por el conocimiento y experiencia de cada uno de los participantes, referido por.

4.3.- Características de los Programas de Comunidad Terapéutica

Todas las Comunidades Terapéuticas tienen un Programa que define su quehacer y describe un conjunto de elementos que conforman un proceso cuyo objetivo es la rehabilitación y la reinserción social. Aun cuando cada comunidad tenga un enfoque particular de abordaje de la problemática, existen ciertos derechos de los usuarios y que como Asociación Chilena de comunidades terapéuticas en Chile, se ha establecido como común a todas ellas , referido por (FLACT, 2009, pág. 11-12):

- Recibir tratamiento sin ser discriminados por sexo, raza, nacionalidad, creencias religiosas, opiniones políticas, orientación sexual, condición de salud (incluyendo VIH) o antecedentes judiciales.
- Recibir tratamiento en un ambiente digno y libre de drogas y alcohol.
- Ser tratados con dignidad y respeto por el personal del centro, así como por las otras personas en rehabilitación.
- Ser protegidos contra todo tipo de maltrato físico, psicológico y sexual.
- Tener acceso a atención médica oportuna en el caso de requerirla.
- Recibir información clara, veraz y completa acerca del programa terapéutico que efectuará, incluyendo las obligaciones que debe cumplir dentro del programa, estipuladas en un contrato terapéutico.
- Recibir información clara, veraz y completa acerca de las normas del programa y las sanciones establecidas por faltas a dichas normas, desde su ingreso al programa.

- Recibir tratamiento sin ser obligados a realizar labores que beneficien personalmente a los miembros del equipo técnico o a la comunidad.
- Pedir confidencialidad en cuanto a información sobre su persona, entregada en buena fe en actividades de la Comunidad
- Ser consultados previo a que se hagan grabaciones o se tomen videos y/o fotos de su persona o de actividades en las que participan. Las personas pueden aceptar o negarse a ser grabadas o filmadas.
- Retirarse del programa, en cualquier momento, sin ser sometidas a presiones o maltrato físico o psicológico.

Visualizando definición, tipos y características de trabajo de comunidad terapéutica, pasaremos a explicar enfoques de trabajo existentes en ellas.

4.4.- Enfoques de Trabajo Comunidad Terapéutica

4.4.1.- Enfoque Humanistas y Existencialistas

La psicología Humanista y Fenomenológica, derivada de Rogers y Maslow, son utilizadas como forma de trabajo dentro de las comunidades terapéuticas, este enfoque postula la creencia en la capacidad de las personas para llegar a la autorrealización, y tender a valores superiores que le proponen un estilo de vida positivo. Tendencia actualizante la cual actúa como una fuerza positiva, interior e instintiva para el desarrollo de la persona. (Peña & Cortez, 2009).

El mejor punto de vista para comprender la conducta es desde propio marco de referencia del individuo. Ponerse en el lugar del drogodependiente para entenderlo desde ahí, es básico para empezar a comprender el porqué de sus opciones vitales. (Peña & Cortez, 2009).

La relación persona a persona es la que domina toda su actividad (junto con el valor del grupo); los coloquios son un medio que se utiliza en todas las etapas y en el seguimiento (Peña & Cortez, 2009).

La función del terapeuta en el grupo es fundamentalmente no directiva, dejando que el propio grupo desarrolle su dinámica, sobre todo cuando se trata de expresar sentimientos (Peña & Cortez, 2009).

Al terapeuta se le exige un estilo terapéutico dominado por una consideración positiva e incondicional que transmita al usuario que él es importante por lo que es, por ser persona, y no por lo que haga, diga o tenga (Peña & Cortez, 2009).

La profundización en los propios sentimientos en la fase de comunidad terapéutica, otro dato de la terapia Rogeriana, es fundamental y está muy vinculada a la consideración positiva incondicional (Peña & Cortez, 2009).

La Psicoterapia Existencialista, se sustenta en los siguientes elementos (Peña & Cortez, 2009, pág. 11):

- Búsqueda del sentido de la vida y descubrimiento de unos valores de “vida positiva” (aquella que se vive al margen de las drogas, que se fundamenta en la honestidad de la persona, que se desarrolla en función de valores de solidaridad, que no necesita de la violencia, etc.); sobre todo en la etapa de integración social alcanza este tema su máxima importancia, siendo una causa de recaídas el hecho de no encontrar sentido existencial a la vida positiva.
- Impulsar en todo momento a que el drogodependiente rompa con su mundo anterior y tome decisiones de futuro que supongan crecimiento, aceptar la responsabilidad, aceptar el desarrollo, aunque conlleven miedo al futuro y ansiedad ante lo desconocido. Es decir, ir a la búsqueda de lo que los existencialistas denominan un ser auténtico.

En lo referente a los contenidos de la terapia, coinciden en que estos han de ser de presente o de futuro; los de pasado no son objeto de intervención, a menos que tengan una proyección muy importante en el presente (Peña & Cortez, 2009).

4.4.2.- Enfoque Cognitivo-Conductual

Las referencias a modelos de corte cognitivo son elementos importantes; algunos datos: Importancia que se le da al locus de control de Rotter, siendo el objetivo pasar de un locus externo (la culpa es de la droga que me enganchó porque estamos en una sociedad corrompida) a un locus interno (yo soy capaz de controlar mi vida, de elegir, de no dejarme llevar por los demás, decir no a la droga y sí a la vida positiva) (Peña & Cortez, 2009).

Se trabajan, las expectativas que el sujeto tiene sobre sí mismo, sobre su proceso, sobre sus debilidades, sobre el futuro, sobre sus miedos, etc. Se utilizan elementos que hacen que en todo momento haya que pensar qué tengo hacer y por qué lo tengo que hacer. (Peña y Cortez, 2009).

Los elementos de las técnicas cognitivos-conductuales que modifican la conducta, hacen hincapié en la importancia de que los aprendizajes operantes que se han desarrollado durante toda la vida, ahora hay que extinguirlos a base de introducir otros reforzadores diferentes de los que siempre han tenido, esto se realiza, a través de (Peña & Cortez, 2009, pág.13):

- Programación diaria y minuciosa de todas las actividades.
- Confrontación sobre el comportamiento, buscando los reforzadores que mantienen una determinada conducta que está fuera de lo pactado.
- Técnicas de tiempo fuera.

Desde lo anterior se debe indicar que la terapia cognitiva conductual fue desarrollada como un método de prevención de recaídas en el tratamiento de problemas de alcohol y luego fue adaptada para adictos a la cocaína. Las estrategias de la conducta cognitiva se basan en la teoría de que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel crucial en el desarrollo de patrones de conductas inadaptadas. Los pacientes aprenden a identificar y corregir conductas problemáticas mediante la aplicación de varias destrezas que pueden

usarse para interrumpir el abuso de drogas y abordar muchos otros problemas, que suelen presentarse simultáneamente (Secades & Fernandez, 2001).

La terapia cognitiva conductual suele consistir en una serie de estrategias concebidas para mejorar el autocontrol. Las técnicas específicas incluyen la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado, el auto-monitoreo para reconocer la compulsión por las drogas en una etapa temprana y para identificar situaciones de alto riesgo para el uso, y la elaboración de estrategias para afrontarlas y evitar el deseo de usar drogas. Un elemento central de este tratamiento es anticipar posibles problemas y ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces (Secades & Fernandez, 2001).

Las investigaciones indican que las destrezas que aprenden los usuarios a través de los enfoques de la conducta cognitiva persisten después de terminar el tratamiento. En varios estudios, la mayoría de las personas que recibieron un enfoque de conducta cognitiva conservaron los logros que habían obtenido en el tratamiento durante el año siguiente (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU, 2010).

La investigación actual se centra en la forma de producir efectos aún más contundentes mediante la combinación de la terapia cognitiva conductual, con medicamentos para el abuso de drogas y con otros tipos de terapias conductuales. Los investigadores también evalúan la mejor manera de capacitar a los proveedores de tratamientos para que brinden la terapia cognitiva conductual (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU, 2010).

4.4.3.- Enfoque Familiar Sistémico

El enfoque sistémico encaja perfectamente con la propuesta de que la droga no es nunca el problema, sino que el problema es la persona (y la familia) y la drogodependencia sólo es una consecuencia y/o manifestación de esos problemas (Peña & Cortez, 2009).

La drogodependencia es considerada desde el Paradigma sistémico como un síntoma de

la desestructuración del sistema familiar y como tal puede estar desempeñando una función (Peña y Cortez, 2009).

En el tratamiento de drogodependencias, se ha demostrado que es totalmente imprescindible la terapia con las familias, debido a que la organización y el funcionamiento de las mismas inciden en la recuperación de la persona que presenta el problema (Peña y Cortez, 2009).

Algunas intervenciones se desarrollan en dos líneas fundamentales (Peña & Cortez, 2009, pág. 15):

- Grupos diversos en los que, además de estar el usuario, se invita a todos los miembros de la familia que quieran asistir para poder exponer los problemas y resolverlos en el diálogo.
- Grupos de autoayuda de familias con el fin de que las propias familias puedan adquirir recursos que les posibiliten su crecimiento.

Desde esta perspectiva se abre un enorme campo terapéutico, en buena parte aún inexplorado, ya que si el toxicómano fue el eje cuando era problema puede ser también el eje de la solución (Peña y Cortez, 2009).

4.4.4.- Enfoque Constructivista

Los constructivistas afirman que los cambios son consustanciales con el ser humano. Así, cada cambio exige una reconstrucción y por esa razón, se ha definido el trastorno en términos de un sistema de construcción que no es permeable a los cambios, o que a pesar de su invalidación se usa repetidamente (Botella & Feixaj, 1998).

Un cambio puede poner en peligro el sistema de constructos y por tanto, producir amenaza y ansiedad, ante esto, como respuesta, es comprensible que la persona desarrolle un mecanismo autoprotector que se denomina resistencia en el contexto

terapéutico (Botella & Feixaj, 1998) .

Para el constructivismo la drogodependencia puede ser vista como adaptativa porque puede contribuir a la elaboración de aspectos del sistema de constructos del individuo, lo que no le sería posible libre de drogas o en abstinencia. Cuando las personas se enfrentan a acontecimientos que se encuentran fuera de los rangos de conveniencia de su sistema de constructos, se genera la ansiedad que es la que va a proporcionar el fundamento para el cambio, puesto que representa la conciencia de que el propio sistema de constructos no se adapta a los acontecimientos que le rodean (Botella & Feixaj, 1998).

La terapia constructivista no se orienta únicamente al cambio conductual sino a la revisión del sistema de construcción, de forma que las conductas implicadas en las nuevas experiencias sean más satisfactorias para el sujeto y su entorno (Botella & Feixaj, 1998).

Los constructivistas inciden en los procesos de conocimiento y se orientan hacia la evaluación de la viabilidad (utilidad) como opuesto a validez (verdad) de la visión del mundo única de cada individuo (Botella & Feixaj, 1998).

En lugar de confrontar directamente la validez de los constructos existentes, el psicoterapeuta ayuda a construir alternativas viables. De modo que la terapia de los constructos personales es más invitacional y exploratoria que directiva (Botella & Feixaj, 1998).

Si se produce una invalidación, el resultado es una emoción dolorosa. Así, la ansiedad se experimenta cuando se toma conciencia de que no se tienen los constructos que se necesitan para hacer las interpretaciones y predicciones de los acontecimientos. La hostilidad se produce cuando no se consigue apoyo para las predicciones, pero se intenta obtener dicho apoyo de todos modos (Botella & Feixaj, 1998).

Esta hostilidad se puede dirigir hacia otros, en forma de enfado, o hacia uno mismo en forma de depresión. La desesperanza se produce en circunstancias invalidantes, cuando el poder se dirige al mundo más que a uno mismo. Y la amenaza implica invalidación de los constructos nucleares sobre uno mismo y se experimenta cuando las personas se vuelven conscientes de que pueden necesitar cambiar sus constructos más nucleares sobre sí mismo (Botella & Feixaj, 1998).

Para la mayoría de los constructivistas, el sí mismo constituye una unidad de significado organizada, y los acontecimientos que señalan cambios profundos en dicho sistema son amenazadores (Botella & Feixaj, 1998).

Desde esta óptica el drogodependiente pudo sufrir una invalidación que afectará a su identidad, y con la droga tiene la opción de una identidad más inadecuada pero que le provoca menor sufrimiento porque no tiene en cuenta los acontecimientos invalidantes. Por eso se da el rechazo o resistencia del drogodependiente al cambio en psicoterapia, porque la invalidación amenaza un constructo nuclear (Botella & Feixaj, 1998).

El drogodependiente primero se siente amenazado porque anticipa el cambio de un constructo nuclear (identidad) (el sí mismo), lo que tiene implicaciones de largo alcance, se siente amenazado durante un periodo de transición de su vida; los revueltos años de la adolescencia ofrecen los ejemplos más comunes de amenaza transicional, para buscar una salida a la amenaza consume el tóxico, con el que crea la ilusión de que el constructo es validado, y después de consumir se siente culpable porque percibe una dislocación de su estructura del rol nuclear y siente ansiedad porque se da cuenta que sus construcciones no son útiles para el mundo que le rodea, ya que, ha hecho algo que percibe que está en directa contradicción con sus construcciones centrales en la vida (Botella & Feixaj, 1998).

Por otro lado, el drogodependiente no suele compartir ningún aspecto significativo con su entorno personal y carece de bases para establecer y mantener una relación

interpersonal (aislamiento del self real). Además se identifica más por lo que no desea ser que por lo que desea ser (aislamiento del self ideal). Por último se representa a sí mismo no sólo como diferente sino como idealizando dicha diferencia (aislamiento social) (Botella & Feixaj, 1998).

Cuando el acontecimiento evaluado es el propio self, como ocurre con frecuencia con el drogodependiente las emociones producidas son de carácter autoevaluativo como: culpabilidad, vergüenza y orgullo (Botella & Feixaj, 1998).

Si se entienden los problemas psicológicos como el resultado propio de un sistema de constructos que no genera hipótesis que anticipen con éxito los acontecimientos, entonces puede entenderse como el proceso de ayudar a las personas a realizar tales operaciones con mayor eficacia (Botella & Feixaj, 1998).

Así pues, como hemos visto anteriormente la drogodependencia puede ser considerada como la acción de un individuo que protege estructuras nucleares de una invalidación posterior. Cuando el drogodependiente empieza a percibir los efectos de la droga comienza a emerger un subsistema de constructos que puede ser considerado como una nueva construcción de un Yo intoxicado (Botella & Feixaj, 1998).

4.4.5.- Enfoque Motivación al Cambio

La motivación al cambio es el proceso psicológico por el cual una persona decide iniciar el cambio de conducta respecto a las drogas. Contiene elementos cognitivos, emocionales y eventos vitales, entre otros muchos. Prochaska y Di Clemente (1983), plantean que el cambio de consumidor a abstinente se produce en una sucesión de etapas:

Precontemplativa. Las personas no consideran necesario el cambio, pues no ven un problema que lo haga necesario.

Contemplativa. Si bien las personas contemplan la necesidad del cambio, aún no han hecho nada objetivo al respecto.

Decisión y Acción. Las personas se proponen firmemente al cambio y toman acciones específicas que lo indican, consultan solicitando ayuda o iniciando un verdadero proceso de rehabilitación.

Mantención. El cambio inicial ya se produjo y se encuentran manteniendo la conducta de abstinencia y evitando las recaídas.

Recaída. Esta etapa fue considerada durante muchos años como el fracaso del tratamiento. Sin embargo actualmente se entiende que el resultado del tratamiento depende de qué se haga con las recaídas, por lo que resulta de gran importancia considerarlas como una etapa más del proceso. Si bien intentamos evitarlas al máximo, cuando ellas suceden, debe aprovecharse la ocasión para reevaluar y aprender en qué falló la estrategia propuesta (Prochaska & Di Clemente, 1992).

4.4.6.- Enfoque Reducción de daño

Este enfoque busca a través, de estrategias favorecer que el uso de drogas ocasione el menor daño posible a la persona, sociedad y sus ciudadanos. Su estrategia se apoya en la educación sanitaria, que se dirige a alcanzar la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de las personas, grupos y comunidades incidiendo sobre los determinantes individuales, comunitarios (Marlatt, 2002). Sus principales fundamentos son (Marlatt, 2002):

- Se acepta la evidencia que existen personas que desean consumir drogas, es decir, que consumidores, a pesar de ciertos efectos negativos asociados a su consumo, por distintas razones no están interesados en abandonar el consumo de sustancias. El enfoque de reducción de daños reconoce la libertad individual, incluyendo el derecho individual al consumo de drogas.

- Se acepta la complejidad y dificultad del cambio duradera del comportamiento humano.
- El potencial de riesgo, el cual deriva del consumo de drogas depende de las características del individuo y sus expectativas, del tipo y dosis de droga que consume, de su patrón de consumo, circunstancias ambientales y sociales y de las connotaciones políticas y sociales de tal consumo. Es decir, existe una relación directa entre la definición del problema de las drogas y las políticas que se derivan de tal definición, ya que estas pueden aumentar los riesgos asociados a su consumo.
- Las intervenciones en este enfoque abarcan diferentes niveles (Nivel individual; Nivel comunitario; Nivel político y legal), esto nos muestra que su intervención deben ser en cada uno de ellas y no solo intervenir sobre lo social, sino también sobre lo jurídico y legislativos que inciden sobre estas perspectivas sociales.
- El consumo de drogas es un fenómeno complejo con multicausalidades. Ello nos muestra que las intervenciones se ajusten a las situaciones en las que se encuentra el consumidor y admitir que algunas formas de uso de drogas son más arriesgadas que otras. Las personas que consumen drogas no son una población homogénea, por lo tanto las intervenciones deben ser focalizadas en función del sujeto, género o grupo al cual está dirigida la acción.
- Los daños asociados al consumo son multidireccionales, los receptores de estos daños pueden ser el individuo que consume, su contexto social (familia, amigos, vecinos) o la sociedad en su globalidad). Estos daños relacionados con el consumo de drogas, pueden ser atenuados sin eliminar el consumo.
- El enfoque de reducción de daños promueve la responsabilidad de los propios consumidores de sustancias, lo cual implica el diseño de estrategias que respondan a sus necesidades.
- Muchos de los daños derivados del consumo de drogas son el resultado de su estigmatización social, la cual puede ser reforzada por ciertas políticas. Se reconoce que ciertas condiciones sociales (precariedad social, aislamiento,

racismo, marginación, pobreza...) pueden afectar la autonomía de las personas y sus capacidades para disminuir los riesgos y los daños y en consecuencia, comportarse de manera más saludable.

- La ilegalidad de la mayoría de las drogas origina la aparición de redes de narcotraficantes, las cuales eluden la persecución penal, y favorecen la marginación de algunos consumidores que delinquen para costearse el elevado precio de las drogas ilegales. A causa de ello las drogas ilegales son frecuentemente adulteradas y carecen de todo control sanitario.

Desde lo anterior, se debe mencionar que el objetivo general del enfoque de reducción de daños, es la disminución de los efectos negativos asociados al consumo de drogas (Marlatt, 2002).

4.4.7.- Psicoterapia de Grupo

El grupo es un elemento fundamental en todas las etapas de comunidad terapéutica, aunque su profundidad va cambiando en cada una de ellas, siendo máxima durante la etapa de Comunidad (Peña y Cortez, 2009).

Su mayor utilidad está relacionada con la técnica del reflejo donde los demás devuelven a cada uno su propia información reformulada en términos emocionales, como si de un espejo se tratara (Peña y Cortez, 2009).

Los grupos, al ser muy variados en cuanto a su dinámica, hacen que el usuario vaya adquiriendo modelos e identificaciones diferentes; además, en cada uno de ellos recibirá y dará reflejos diferentes, pero todos ellos contribuirán a la reconstrucción (experiencia emocional correctora) de su personalidad. Además en estos grupos el drogodependiente descubre algo de lo que generalmente no ha podido disfrutar: la amistad (Peña y Cortez, 2009).

Los grupos, en general, son muy poco directivos; el terapeuta, procura tomar una postura de una cierta pasividad para dejar que el grupo siga su ritmo y que las

confrontaciones los hagan, fundamentalmente, los propios usuarios y no el terapeuta. En este sentido, decir que trata de unir dos enfoques diferentes en la psicoterapia de grupos (Peña y Cortez, 2009):

- Los grupos no directivos de encuentro de base, de Rogers.
- Los grupos autogestionados de confrontación, tipo Synanon Ottenberg.

Expuesto lo anterior, se debe indicar que la Comunidad Terapéutica Valdocco, trabaja su programa de rehabilitación bajo la premisa de 4 enfoques siendo estos el cognitivo-conductual, enfoque constructivista, enfoque familiar sistémico, siendo su mayor base de trabajo el enfoque humanista existencialista, el la cual apoya al ser humano desde el sintomatología (drogodependencia, ansiedad, depresión, angustia, etc.), como la señal de un problema, que está en la persona. Colocando así al usuario en primer lugar.

Descrito lo anterior, a continuación se definirán conceptos que son claves dentro de un proceso de rehabilitación, estos conceptos son: Adherencia al Tratamiento, Recaídas e Integración Social.

4.5.- Adherencia al programa de tratamiento

Se ha definido como el grado en que una persona cumple con las indicaciones y recomendaciones del equipo tratante para abordar su problema de consumo (SENDA, 2014).

En este sentido, buscar la participación y acuerdo de la persona con el plan que se propone, aumenta la posibilidad de su ejecución (SENDA, 2014).

Influyen en la adherencia al tratamiento variable de la propia persona, tales como las expectativas con que llega al tratamiento (motivación al cambio), sus creencias, su estadio motivacional en relación a la problemática del consumo; variable del programa y del equipo, como la capacidad del equipo de establecer vínculo terapéutico. Facilita esto la actitud del o la terapeuta en las entrevistas iniciales de acogida donde demuestre

capacidad de escuchar de manera atenta y activa a la persona ya que es importante, ser percibido/a como una persona competente, confiable y empática, por quien solicita ayuda (SENDA, 2014).

Desde lo anterior, existen estudios que abarcan factores relacionados con el abandono del tratamiento, las variables que se relacionan con la adhesión de las personas que presentan drogodependencia a los programas de tratamiento son diversas. Suelen distinguir entre variables de los usuarios y las variables referidas al tratamiento (procesos o parámetros del tratamiento) (Secades & Fernández, 2000).

Entre las variables individuales se pueden distinguir tres tipos: variables sociodemográficas, variables de “estado” (que se refieren al perfil general de gravedad) y variables “dinámicas”, que se corresponderían con los aspectos disposicionales del usuario, tales como la motivación al cambio y la actitud frente al tratamiento (Secades & Fernández, 2000).

Los autores Secades & Fernández realizado en el año 2000 hablaron también, de variables individuales y variables fijas, las cuales incluían las demográficas y los antecedentes (de la historia del individuo) y variables dinámicas que se refieren a la motivación bajo las cuales los usuario ingresan en el programa de rehabilitación.

En cuanto al primer grupo, se buscaba responder a las preguntas: ¿quién abandona los tratamientos?, o ¿son los sujetos que permanecen diferentes a los que abandonan prematuramente? Las investigaciones que tratan de buscar características de los usuarios asociadas a la retención han obtenido resultados dispares y, en general, estas variables suelen contribuir poco a la variación de la retención (Secades & Fernández, 2000).

Los resultados de estos estudios parecen sugerir que los sujetos que abandonan tienen una adicción más severa que los que permanecen y finalizan los tratamientos. Esta severidad de la adicción se podría operacionalizar atendiendo a variables como: mayor probabilidad de ser policonsumidor, psicopatología asociada, incidencia de apoyo

familiar, la cantidad de años consumiendo drogas, los antecedentes criminales y la pobre motivación hacia el tratamiento (Secades & Fernández, 2000).

Se puede afirmar que existiría otro grupo de variables, como las variables sociodemográficas (como la edad o el sexo) y los factores de personalidad, que parecen no estar relacionadas con el abandono de los programas para drogodependientes (Secades & Fernández, 2000).

En este sentido, la conclusión que se extrae con respecto a los programas para dependencia a drogas ilícitas / lícitas es que las variables que tienen que ver con la clase social están inconsistentemente relacionadas con el abandono, mientras las variables como la edad, sexo y variables que miden los test psicológicos no han tenido injerencia con respecto al éxito a la hora de predecir el abandono o la finalización de los tratamientos de rehabilitación (Secades & Fernández, 2000).

En lo que respecta a los parámetros del tratamiento, han sido diferentes las variables estudiadas. En general, se podría afirmar que existe mayor retención cuanto mayor sea la estabilidad de los terapeutas y si existe implicación en el tratamiento de la familia. Además, las tasas de retención son más altas en los programas residencia es frente a los ambulatorios, en los tratamientos farmacológicos frente a los psicológicos y con dosis altas frente a más bajas del mismo fármaco. Por tanto, el ranking de la retención de los programas sería, por este orden: (1) tratamiento con metadona (y en general con agonistas), (2) programas residenciales y (3) programas ambulatorios (Secades & Fernández, 2000).

4.6.- Recaídas

La adicción, está asociada a una tendencia natural a presentar una recaída. Esto no significa que sea inevitable tener recaídas, sino que son una realidad, y la mejor forma de

prevenir las, es aceptando el riesgo y conociendo mejor el proceso de la recaída (Alvarado, s.f.).

Uno de los equívocos más frecuentes es que la recaída es la vuelta al consumo de alcohol y/o drogas. Aunque esto es en parte cierto, en realidad se le llama recaída a todo el proceso que lleva desde un estado de abstinencia sostenida, hasta el consumo o adicción activa. Este ocurre a lo largo del tiempo y se manifiesta como una serie de síntomas, que son regresiones a los antiguos patrones de conducta y pensamiento que se habían superado (Alvarado, s.f.).

Este proceso está hecho por pequeñas decisiones riesgosas que las personas van tomando, las cuales, enlazadas unas con otras, y van construyendo el camino de la recaída. Estas son llamadas "decisiones de riesgo relativo", supuestamente sin importancia, pero su efecto es acumulativo y van llevando a las personas con dependencia a sustancias, hacia una situación imposible de resistir el consumo de sustancias, pues los márgenes de susceptibilidad se sobrepasan. Esta línea de no-retorno, de la cual no es posible dar marcha atrás a la conducta de búsqueda y el uso es inminente. Aun así en la zona entre la línea de no retorno y el uso, la recaída es primariamente conductual y de actitud, sin que hubiese ocurrido aún el uso (Alvarado, s.f.).

4.6.1.- Definición de la Recaída

La recaída se define como él (Alvarado, s.f.): *“Proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado, y que finalmente llevan de vuelta al uso, retrocediendo hasta llegar de vuelta al estado de dependencia adictiva que existía antes de comenzar la recuperación”* (párr. 2).

Para hablar de recaída una persona debe haber estado en un proceso de rehabilitación, es decir, presentar abstinencia y cambios de conducta, por un período de tiempo largo. Se debe indicar que, el volver a consumir la sustancia, no es necesariamente una recaída.

Podría hablar de episodios de consumo alternos, dentro de un período de adicción activa (Alvarado, s.f.).

A pesar de que se puede considerar una recaída como peligrosa y se puede convertir en sufrimiento, estas, también son períodos de aprendizaje, para una persona que desea recuperarse. Una persona en proceso de rehabilitación de drogas, puede recaer, sino maneja las situaciones de riesgo o descuida su proceso de cambios. Después de una recaída es más probable que la persona esté más claro en qué cosas ha estado haciendo mal y el cómo construyo el camino que lo llevo a la recaída (Alvarado, s.f.).

4.6.2.- Síntomas de una Recaída

Una persona que esta proceso de rehabilitación puede comenzar a mostrar síntomas de una recaída mucho antes del consumo. Poder identificar estos síntomas y tratarlos a tiempo puede ayudar a prevenirla (Alvarado, s.f.: párr. 5):

1. Retorno del pensamiento obsesivo con respecto consumo: Podrían ser pensamientos relativos al uso, sueños o deseos de consumo que vuelven luego de que habían desaparecido.
2. Actitud de desafío con respecto al plan de rehabilitación: Volver a los lugares de riesgo, volver a ver las personas relacionadas con el consumo.
3. Seguir el plan de rehabilitación (*Plan de tratamiento individual*: No trabajar los objetivos o tareas específicas relacionadas con su proceso de rehabilitación).
4. Aislamiento o pérdida de contacto: con las nuevas relaciones de recuperación.
5. Irritabilidad: especialmente en las relaciones significativas de la persona en tratamiento de rehabilitación.
6. Sentimientos de depresión y ansiedad flotantes: sobrevienen estados emocionales incómodos que no necesariamente se relacionan con ningún evento externo.
7. Renacen o se exaltan los resentimientos hacia otras personas.
8. Discusiones frecuentes con sus pares y terapeutas.

9. Defensas al hablar del tema de su proceso de rehabilitación o al ser retroalimentados.
10. Insomnio, intranquilidad y dificultad para descansar.
11. Preocupación obsesiva por el dinero y por la seguridad financiera.

En un estudio realizado por el Proyecto Hombre, en España (2001): *“Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas”*, nos muestra:

Que diferentes estudios han indicado que la duración del tratamiento es un importante predictor de los resultados y de la recaída. Específicamente, se ha encontrado que un tiempo más breve en el tratamiento, sin tener en cuenta el tipo de programa, lleva a peores resultados. Joe y col (1982-1983), citado en (Luengo, Romero & Gómez – Fragnerla, 2001) encontraron que aquellos usuarios que están en el tratamiento menos de tres meses tienen más altas tasas de recaídas que los que permanecen por más tiempo. Hubbard y Col. (1989), citado (Luengo, Romero & Gómez – Fragnerla, 2001) en encontraron que el tiempo en el tratamiento necesario para producir resultados positivos para todos los tipos de drogas es de seis a doce meses.

A partir de la revisión de Brewer y col. (1998) citado en (Luengo, Romero & Gómez – Fragnerla, 2001), y teniendo en cuenta tanto estudios retrospectivos como longitudinales, se ha encontrado que la duración del tratamiento y la finalización del mismo está consistentemente relacionada de forma negativa con la continuación en el consumo de drogas. Los sujetos que permanecen más tiempo en el tratamiento y que finalizan el mismo es menos probable que recaigan que aquellos que están menos tiempo o abandonan el tratamiento. De una forma similar, Messina, Wish y Nemes (2000) citado en (Luengo, Romero & Gómez – Fragnerla, 2001), analizaron los predictores de resultados de tratamiento en una comunidad terapéutica en función del género, encontraron que tanto para hombres como para mujeres, haber finalizado el tratamiento y haber permanecido en el mismo durante un periodo por lo menos de 12 meses, era el mejor predictor en los indicadores tomados para la evaluación de resultados después del

tratamiento. Estos indicadores eran: el consumo de drogas, el número de arrestos y la estabilidad en el empleo.

Este mismo estudio nos muestra que otras variables pueden estar relacionada con las recaídas:

La aceptación voluntaria del tratamiento y la motivación para su ingreso aparecen como variables importantes para predecir el progreso en el tratamiento y resultados positivos en el post-tratamiento. Diferentes estudios (De León, 1984; Bastien y Adelman, 1984) citado en (Luengo, Romero & Gómez – Fragnerla, 2001), han comprobado que la entrada voluntaria en el tratamiento está relacionada con actitudes positivas hacia el mismo y con la reducción de tasas de consumo y recaídas después del tratamiento. Los factores motivacionales han sido analizados por Cronkite y Moos (1980) y Miller (1985) citado en (Luengo, Romero & Gómez – Fragnerla, 2001), y se ha demostrado que aquellos sujetos que tienen una alta motivación para recuperarse tienen mejores resultados en el post-tratamiento. Los individuos que aceptan su problema y deciden buscar ayuda es más probable que mantengan su abstinencia. El Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Di Clemente (1982) propone los estadios de receptividad al cambio y subraya la importancia de los factores motivacionales, tanto para la implicación en el tratamiento como para el mantenimiento de la abstinencia.

Las características del equipo de profesionales también han sido analizadas. Aunque los resultados se basan en estudios aislados y no pueden considerarse concluyentes, algunos de ellos han señalado que el respeto y la percepción positiva del paciente de las opiniones de los miembros del equipo, la utilización por parte de estos de recompensas apropiadas y las reacciones negativas ante el consumo por parte de los miembros del equipo, parecen estar relacionadas con los resultados sobre el consumo (Luengo & Romero & Gómez – Fragnerla, 2001).

La participación de la familia en los programas de tratamiento también se ha visto relacionada tanto con la finalización del tratamiento como con los resultados positivos (Luengo & Romero & Gómez – Fragnerla, 2001).

4.8.- Integración Social

La rehabilitación de una persona que tenga dependencia a drogas, supone un proceso de reinserción social complejo. El uso de drogas tiene un impacto importante en la vida social de los residentes de la comunidad, el cual se refleja con mayor o menor intensidad según su grado de severidad bio-psicosocial y de los recursos personales y sociales de que dispone cada residente perteneciente a la comunidad. (SENDA, 2014)

El consumo de drogas suele estar asociado con una representación social en las personas; es situada como diferente con respecto a la norma y por lo tanto es excluida y marginada. Esto se traduce en una reducción de la calidad de vida del individuo en un sentido amplio, en donde se pierden gradualmente un lugar y un espacio dentro del entorno social. A ello hay que agregar la carencia o pérdida de habilidades sociales que tiene lugar cuando el inicio del consumo ocurre en edades tempranas, contribuyendo así a agudizar el aislamiento (SENDA, 2014).

Por otro lado, es importante considerar la falta de estructura que caracteriza la vida cotidiana de muchos usuarios o el estilo de vida organizada casi por completo en torno a la adquisición y consumo de la sustancia adictiva. Esto refleja la compleja realidad que conforma la vida de las personas en tratamiento y pone de manifiesto la necesidad de generar herramientas y/o mecanismos que le permitan reintegrarse a su medio, es decir, que le ayuden a reconstruir las redes sociales resquebrajadas de modo que pueda volver a ocupar un lugar en su entorno social y sea nuevamente reconocido (SENDA, 2014).

Es por esto que este trabajo en la Línea de Integración Social, se inicia desde lo más básico, como lo son la adquisición de hábitos y habilidades sociales básicas, pasando por la re-vinculación familiar y hasta lograr la incorporación laboral y en redes sociales (SENDA, 2014).

CAPÍTULO V

MARCO METODOLÓGICO

V.- MARCO METOLÓGICO

5.1. Paradigma

La presente evaluación se fundamenta en el paradigma positivista; este se enmarca en que la realidad y el mundo es separado y fijo, por lo que el objeto de la investigación es describir la realidad orientada a un objeto de estudio absolutamente observable, en este paradigma se aplican herramientas brindadas por el método científico de las ciencias naturales, que son únicas, por ello aplicándolas a las ciencias sociales, se buscan las causas de los fenómenos sociales y sus explicaciones que sean demostradas por leyes objetivas, para que desde esto se puedan predecir dichos fenómenos (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Este paradigma se origina en las obras de Auguste Comte (1798 – 1857) y Emilio Durkheim (1858 – 1917), “Ellos propusieron que el estudio sobre los fenómenos sociales requieren ser científico, es decir, susceptible a la aplicación del mismo método que se utilizaba con éxito en las ciencias naturales. Sostienen que las cosas o fenómenos que se estudiaban en las ciencias sociales eran medibles”, referido en (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, pág. 4).

Este paradigma pone acento en lo observable y medible, en donde subyace la cuantificación, donde se sostiene la defensa de la objetividad y neutralidad del observador en el proceso de evaluación; es decir lo que interesa aquí es producir información que sea de utilidad para el control (Cardozo, 2009).

Desde lo anterior, debemos comprender que Históricamente la influencia que han tenido las ciencias naturales en la conformación de este paradigma, que metodológicamente ha buscado siempre la medida y la exactitud (Cardozo, 2009).

5.2. Enfoque

La presente evaluación es de metodología cuantitativa y de tipo descriptiva la cual pretende realizar una predicción de los diferentes logros obtenidos durante un periodo definido. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de

personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Mediante esta evaluación se quiere dar respuesta a los Objetivos propuestos en la Investigación, es así como se determina que la Unidad de Análisis corresponde a la Comunidad Terapéutica Valdocco, en la cual se manifiestan características especiales que permiten definir en una primera instancia esta población objetiva: Varones, entre 20 y 60 años, con dependencia a sustancias y que han residido en la comunidad terapéutica entre los años 2012 – 2014.

En cuanto al Objeto de estudio fue determinado por los resultados obtenidos en la Comunidad Terapéutica en este periodo de tiempo y esto se determinará en el análisis de los datos arrojado, de acuerdo a la medición de las diferentes variables estudiadas (nivel de consumo, grado de adherencia, grado de recaída, tipo de egreso) del programa terapéutico. “Los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver. Aunque, desde luego, pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y se manifiesta el fenómeno de interés, su objetivo no es indicar cómo se relacionan las variables medidas” (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

En esta evaluación se presenta una definición operacional y la operacionalización de las mismas. En general, a partir de los conceptos definidos en el esquema de análisis y las variables asociadas, se definen estas mismas de forma operacionalizada, o sea, se determina que aspectos están contenidos en cada concepto, que acciones se van a desarrollar para medir una variable, “en otras palabras, especifica qué actividades u operaciones deben realizarse para medir una variable” (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). A la vez se determinarán qué instrumentos se utilizarán y cuál será la categoría de evaluación que permita obtener los datos necesarios para la investigación. Así lo afirman algunos investigadores “una definición operacional nos dice que para

recoger datos respecto de una variable, hay que hacer esto y esto otro, además articula los procesos o acciones de un concepto que son necesarios para identificar ejemplos de éste” (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

5.3. Método de Investigación

En esta Investigación el Tipo de Muestra más adecuado es el Estudio de Caso, pues, el estudio está delimitado a una población específica y con ciertas características, por lo que toda la población es parte de la muestra.

Corresponde a un estudio no Probabilístico de “*tipo Intencionada: Se elige en forma arbitraria, designando a cada unidad según características que sean relevantes para el investigador. Suele emplearse en los estudios de casos*”, de acuerdo a esta definición entregada en esta investigación se elige la población total como muestra según las características relevantes que poseen estos individuos y que son determinantes en los resultados de la Investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

En cuanto al método muestral no probabilístico, se utiliza un **Muestreo casual o incidental**, se identifica como tal, pues, se han seleccionado los individuos de esta Comunidad como población directamente, pues, es fácil ejecutar con ellas la investigación, como también que permiten de forma rápida y con bajo costo la recolección de los datos (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Lo expresado anteriormente permite definir en este estudio el Diseño Muestral como un Diseño Censal, en donde la muestra estudiada es toda la Población de residentes de la Comunidad Terapéutica Valdocco, que ingresan a tratamiento en la Comunidad, entre 2012 - 2014, y cuyas características que poseen como muestra es: contar con un diagnóstico de dependencia de alcohol y drogas.

La unidad de análisis está dada por:

- Unidad de muestreo: Usuarios C.T. Valdocco.
- Unidad de observación: Usuarios C.T. Valdocco.

5.4.- Amplitud del Universo: Finito

Tamaño de la muestra: 72 usuarios. Talla de la muestra, se denomina así, ya que, corresponde a una muestra colectiva, en donde todo el grupo de la Comunidad Terapéutica Valdocco que realizo proceso de rehabilitación durante el 2012 – 2014, comprende la Unidad de Análisis.

5.5.- Criterio de Valiz

Nivel de Confianza: Por el tipo de estudio desarrollado no va a existir una curva de distribución estadística.

Error muestral: En esta evaluación no se cuantifica el error muestral, ya que, de acuerdo a las definiciones de error muestral. La única manera de poder conocer el error muestral real es realizar la encuesta a toda la población. En consecuencia en la práctica se descarta el conocimiento de este error muestral real (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

5.6.- Técnicas de Recolección de Información

En cuanto a los instrumentos utilizados para llevar a cabo esta evaluación, se presentan un Cuestionario construido con preguntas tanto dicotómicas como politómicas o categorizadas (**ver Anexo N° 1: Cuestionario**). El instrumento fue elaborado con la incorporación de elementos del módulo de encuesta del Catastro de Personas en Situación de Calle, MIDESOL, como resultado del análisis de los objetivos propuestos, que medirán directamente las variables que están presentes. Esto efectivamente favorece

el contacto con los individuos (unidad de análisis), necesarios para la aplicación del instrumento; así como también se realizará un análisis documental en donde se recolectarán datos desde la Base de Datos del sistema SISTRAT, en el cual se pueden encontrar resultados de diferentes elementos de proceso de las personas que viven en la comunidad terapéutica.

5.7.- Definición de Variables

5.7.1.- Definición Operacional

NIVEL DE CONSUMO
Definición: Evalúa el nivel de consumo del usuario, ya sea de sustancias lícitas (alcohol, psicotrópicos) o sustancias ilícitas.
Tipo de Variables: Variable Discreta, Nominal.
Dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de consumo Lícito. • Nivel de consumo Ilícito.
Indicadores: Se Evalúa, a través, de dos ejes: <ul style="list-style-type: none"> • Consumo Perjudicial • Dependencia.
Instrumento: Bases de datos SISTRAT – SENDA, la cual se actualiza una vez mes, con las prestaciones individuales por usuarios.

GRADO DE ADHERENCIA
Definición: Se medirá la cantidad de tiempo que permanecen los residentes en tratamiento en la Comunidad Terapéutica Valdocco.
Tipo de Variable: Variable Discreta, de razón.
Dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de tiempo en tratamiento.
Indicadores: Se evalúa, a través, de tres ejes: <ul style="list-style-type: none"> • Grado Bajo: 0 a 3 meses • Grado Medio: 3 meses,1 día a 8 meses • Grado Alto: 8 meses 1 día a 12 meses.

Instrumento: : Bases de datos SISTRAT – SENDA, la cual se actualiza una vez mes, con las prestaciones individuales por usuarios.

SITUACIÓN DE RECAIDA

Definición: Se medirá, categoría de la recaída, a través, de un Auto reporte, cuya información será entregada por el residente, familiar y/o terapeuta y desde el registro de SISTRAT-SEND A.

Tipo de Variable: Variable Discreta, Nominal.

Dimensiones:

- El residente recae
- El residente no recae

Indicadores: Se evalúa, a través:

- Recae
- No recae

Instrumento: Auto reporte (Aplicado a residente, familia y/ o terapeuta) y Bases de datos SISTRAT – SENDA, la cual se actualiza una vez mes, con las prestaciones individuales por usuarios.

TIPO DE EGRESO

Definición: El tipo de egreso se medirá, sobre las situaciones favorables o desfavorables que presente el residente al término de su proceso.

Tipo de Variable: Variable Discreta, Nominal

Dimensiones:

- Situación favorable del término del proceso
- Situación desfavorable del término del proceso

Indicadores: Se evalúa, a través, de 4 ejes:

Situación favorable:

- Alta Terapéutica

<ul style="list-style-type: none"> • Derivación <p>Situación desfavorable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta Administrativa • Abandono.
<p>Instrumento: Bases de datos SISTRAT – SENDA, la cual se actualiza una vez al mes, con las prestaciones individuales por usuarios.</p>

<p>NIVEL CUMPLIMIENTOS OBJETIVOS</p>
<p>Definición: Los datos se recolectan, consultando a los usuarios egresados de la comunidad, a través, de una encuesta (cuestionario), sobre esta variable y en donde están contenidas preguntas relacionadas inciden en el cumplimiento de los objetivos del programa de la comunidad terapéutica valdocco.</p>
<p>Tipo de Variable: Variable Discreta</p>
<p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación consigo mismo, según encuesta aplicad. • Relación con sus familiares, según encuesta aplicada. • Relación con su entorno social, según encuesta aplicada.
<p>Indicadores: Se evalúa, a través, de ámbitos logros obtenidos en integración social de los usuarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ámbito personal: Salud, Habitación, estudios y Consumo. • Ámbito familiar: Convivencia, Vínculo familiar, frecuencia vínculo, actividades familiares. • Ámbito social: Apoyo social, Relación organizaciones, aspecto judicial.
<p>Instrumento: Cuestionario</p>

<p>CATEGORÍA DE ABANDONO</p>
<p>Definición: Se recogerá la información desde la Base de datos SISTRAT, en donde se consultará la cantidad de usuarios que no terminan el proceso, en la CT Valdocco.</p>
<p>Tipo de Variable: Variable Discreta, Nominal.</p>
<p>Dimensiones:</p>

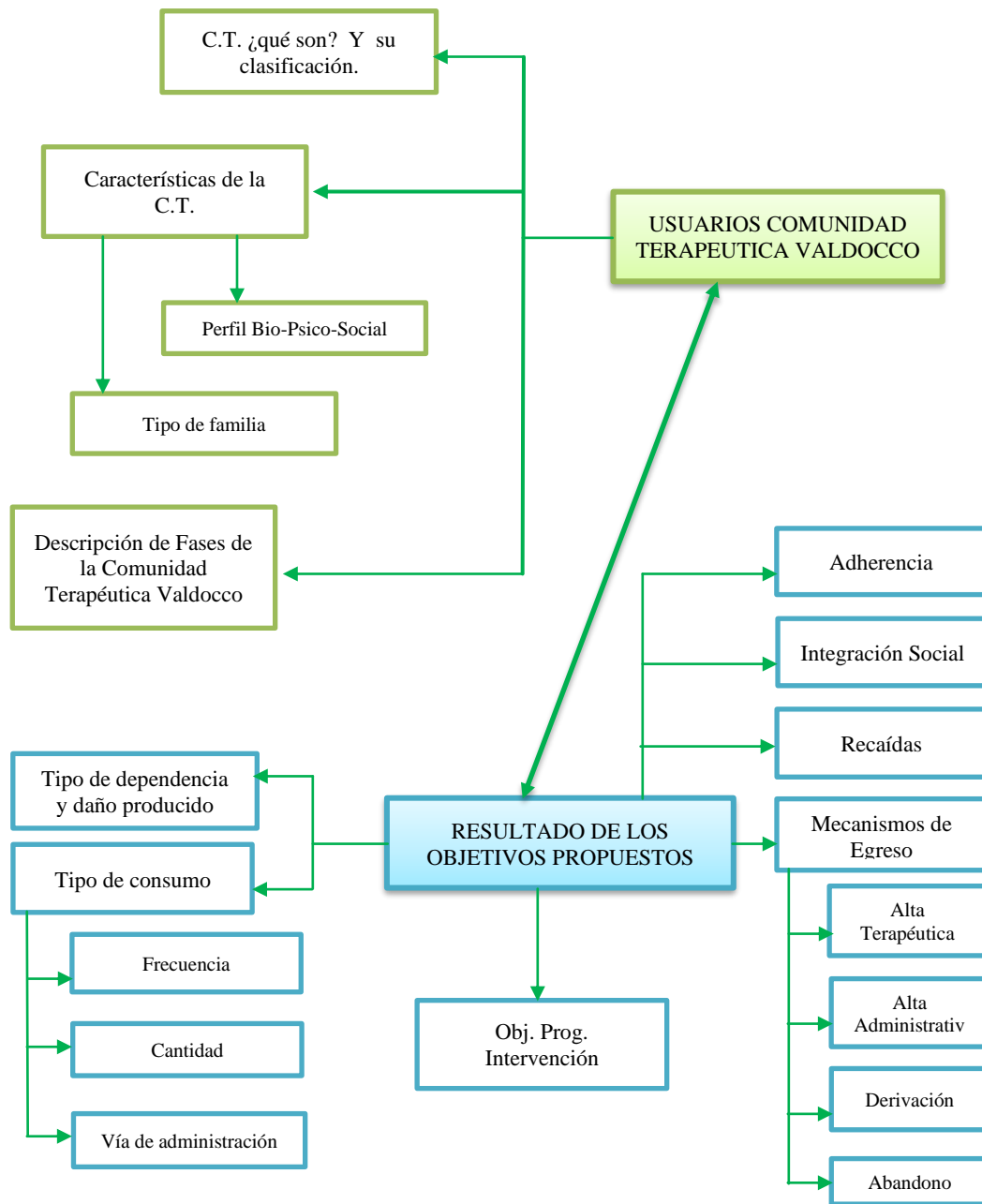
<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de usuarios que terminan el proceso. • Cantidad de usuarios que no terminan el proceso
Indicadores: Se evalúa en dos categorías: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Instrumento: Bases de datos SISTRAT – SENDA, la cual se actualiza una vez al mes, con las prestaciones individuales por usuarios.

5.7.2.- Operacionalización de Variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES						
OBJETIVO	VARIABLE	DIMENSION	UNIDAD DE ANALISIS	INSTRUMENTO	CATEGORIA	ITEM
Determinar el cumplimiento de los objetivos de la CT Valodocco	NIVEL DE CONSUMO	Nivel Consumo Ilicito	Usuarios C.T. Valodocco	Base Datos Sistrat	Consumo Perjudicial	
		Nivel Consumo Licito	Usuarios C.T. Valodocco	Base Datos Sistrat	Dependencia	
	GRADO DE ADHERENCIA	Cantidad de tiempo en tratamiento	Usuarios C.T. Valodocco	Base Datos Sistrat	Adherencia Baja	
					Adherencia Media	
					Adherencia Alta	
	CATEGORÍA DE RECAÍDA	Situación de recaída.	Usuarios C.T. Valodocco	Base Datos Sistrat y Autoreporte	Recae	
					No recae	
	TIPO DE EGRESO	Situación favorable del término del proceso	Usuarios C.T. Valodocco	Base Datos Sistrat	Alta Terapéutica	
					Derivación	
		Situación desfavorable del término del proceso			Alta Administrativa	
					Abandono	
	NIVEL CUMPLIMIENTOS OBJETIVOS	Personal	Usuarios C.T. Valodocco	Encuesta	Nivel Bajo	P: 1 - 34
Laboral						
Educacional		Nivel Medio				
Judicial						

		Familiar			Nivel Alto	P: 1 - 34
		Social				
Comparar los resultados de abandono de la C.T. Valdocco con los obtenidos en las C.T. a nivel nacional.	CATEGORÍA DE ABANDONO DE ABANDONO	Cantidad de usuarios que terminan el proceso	Usuarios C.T. Valodocco	Base Datos Sistrat	Abandona	
		Cantidad de usuarios que no terminan el proceso			No abandona	
Identificar los principales factores precipitantes de recaídas, así como el momento en que estas se producen.	CATEGORÍA DE RECAÍDA	Situación de recaída.	Usuarios C.T. Valodocco	Base Datos Sistrat y Autoreporte	Recae	
					No recaee	

5.7.3.- Esquema de Análisis



5.7.4.- Plan de Análisis

NIVEL DE CONSUMO

Tipo de Variable: Variable Discreta, Nominal

Medición: Análisis documental Bases de datos SISTRAT – SENDA (Que está de acuerdo a Tabla tipo de Consumo SENDA)

Categoría:

- Consumo perjudicial
- Dependencia

GRADO DE ADHERENCIA

Tipo de Variable: Variable Discreta, de razón

Medición: Análisis documental Bases de datos SISTRAT – SENDA

Categorías:

- Grado Bajo: 0 a 3 meses permanencia en Comunidad Terapéutica
- Grado Medio: 3 meses, 1 día a 8 meses permanencia en Comunidad Terapéutica
- Grado Alto: 8 meses 1 día a 12 meses permanencia en Comunidad Terapéutica

RECAIDA (Situación de recaída)

Tipo de Variable: Variable Discreta, Nominal

Medición: Reporte de recaída por residente, familiar, terapeuta o Base de Datos SISTRAT- SENDA.

Categoría: Recae el residente en el consumo de alcohol y/o drogas.

- Si
- No

TIPO DE EGRESO

Tipo de Variable: Variable Discreta, Nominal

Medición: Análisis documental Bases de datos SISTRAT – SENDA

Categoría:

- Alta Terapéutica
- Derivación
- Alta Administrativa
- Abandono

NIVEL CUMPLIMIENTO OBJETIVOS PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Tipo de Variable: Variable Discreta

Medición: Prueba de 34 preguntas que han sido desagregadas en 3

Dimensiones:

Dimensión Personal: Preguntas desde la 11 a la 12

Dimensión Laboral: Preguntas desde la 13 a la 16

Dimensión Educacional: Preguntas desde la 17 a la 20.

Dimensión Judicial: Preguntas desde la 21 a la 23.

Dimensión Judicial: Preguntas desde la 24 a la 28.

Dimensión Social: Preguntas desde la 29 a la 34.

Categorías: No se establecen categoría, sino, que se hace una análisis de datos del cuestionario con los diferentes ámbitos contenidos en las Dimensiones y se saca un porcentaje sobre Integración social de los residentes de la CT Valdocco.

ABANDONO

Tipo de Variable: Variable Discreta, Nominal

Medición: Bases de datos SISTRAT – SENDA

Categorías: Personas que terminan el tratamiento

- Si
- No

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS DE DATOS

VI.- ANÁLISIS DE DATOS

6.1.- Presentación de la Información

Esta evaluación conjuga, por tanto, el análisis Base de datos SISTRAT y datos de la encuesta de evaluación de seguimiento. Ello permite abordar temas que afectan tanto a los resultados del tratamiento a corto plazo (relacionados con la finalización del programa), como a largo plazo (evolución de los usuarios y eficacia del programa). Estas cuestiones se contextualizan según el modelo lógico que se presenta en la **Ilustración 1.0**.

Ilustración 1.0: Personas tratadas Periodo 2012 – 2014

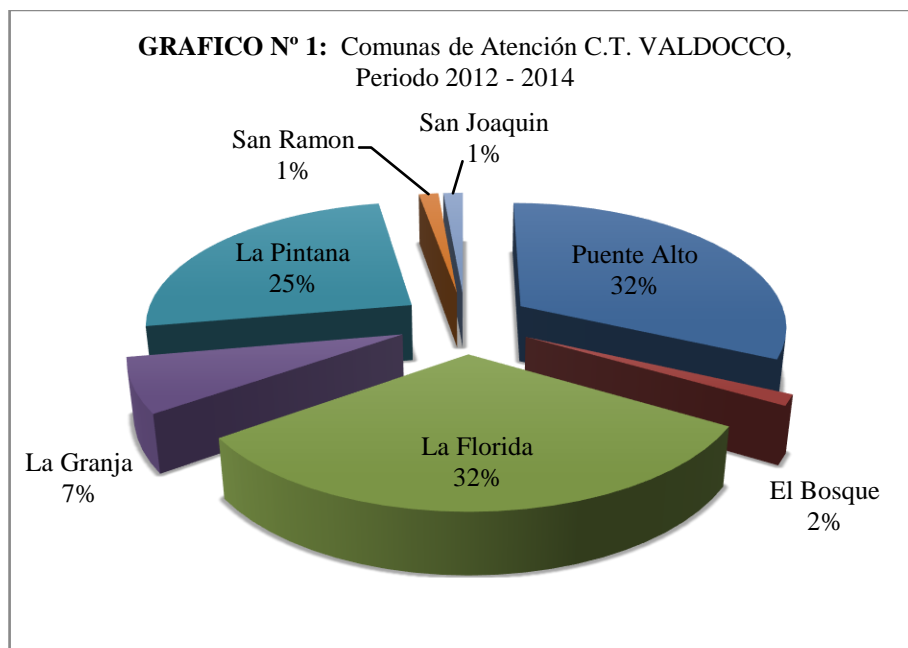
PROGRAMA ACTIVIDADES	RESULTADOS A CORTO PLAZO	RESULTADOS A LARGO PLAZO
72 Personas Ingresaron a tratamiento	20 Finalizaron 52 Abandonaron	20 Personas terminaron (Alta terapéutica). ¿Qué ocurrió a largo plazo? ¿Ha Sido Eficaz?
20 Personas terminaron el proceso	¿Cuándo y quienes abandonaron?	Coherencia con otros estudios.
9 Personas completaron el cuestionario de seguimiento (Evaluación del programa)	Finalizaron: ¿Existen Variables predictores del Alta?	¿Qué dice la eficacia del tratamiento?

De acuerdo a los antecedentes y contextualización de la Comunidad Terapéutica. Valdocco 2012 - 2014, se debe mencionar que para el presente análisis, se ha obtenido la

información desde la base de datos SISTRAT y el cuestionario realizado a personas egresadas de esta Comunidad.

Se debe mencionar que esta comunidad, presenta convenio con SENDA desde el 2005, posibilitando cupos para la red sur oriente de salud, que comprende las siguientes comunas: La Florida, La Granja, La Pintana, Puente Alto, San José de Maipo y San Ramón.

Desde lo anterior y de acuerdo a los datos recogidos, las comunas de Puente Alto y La Florida, cuentan con el mayor número de atenciones en la Comunidad Terapéutica Valdocco. Es así que un 32% de ingresos a tratamiento, pertenecen a de Puente Alto, seguidos de La Pintana con un 25%, siendo las comunas con menores ingresos de usuarios a tratamiento La Granja con un 7%, El Bosque con un 2% y San Ramón con un 1%. Esto se puede visualizar en el **Gráfico N° 1**.



6.2.- Variables Socio-demográficas

En la Tabla 1, que se presenta a continuación, se muestran las características socio-demográficas de la muestra para las altas terapéuticas y los abandonos.

Las personas que logran las altas terapéuticas en los tratamientos en rehabilitación de drogas, como también aquellos que abandonan el mismo, son principalmente personas solteras, siendo mayor el nivel de escolaridad en aquellas altas terapéuticas que en los que abandonan; también se puede mencionar que el promedio de edad en las altas terapéuticas es mayor a la que abandonan el proceso. Esto puede indicar que a mayor edad y nivel escolar, es mayor la concretización de un proceso terapéutico y con esto el logro en su tratamiento de la alta terapéutica.

Tabla 1. Variables socio-demográficas de los usuarios que obtuvieron su alta terapéutica y de los que abandonaron

	Altas Terapéuticas N=20			Abandonos N=43		
Edad Media	40,3			35,2		
Estado Civil	Estado	Cantidad	%	Estado	Cantidad	%
	Soltero	13	65%	Soltero	30	70%
	Casado	6	30%	Casado	11	27%
	Separado	1	5%	Conviviente	2	3%
Nivel de Escolaridad	Estudios	Cantidad	%	Estudios	Cantidad	%
	B. Incompleta	2	10%	B. Incompleta	3	3,7%
	B. Completa	1	5%	B. Completa	5	5,11%
	M. Incompleta	6	30%	M. Incompleta	18	60%

	M. Completa	2	10%	M. Completa	11	25%
	Tec. Incompleta	4	20%	Tec. Incompleta	3	3,7%
	Tec. Completa	4	20%	Tec. Completa	3	3,7%
	U. Incompleta	1	5%			
Residencia	Comuna	Cantidad	%	Comuna	Cantidad	%
	La Florida	7	35%	La Florida	14	30%
	La Granja	1	5%	La Granja	5	10%
	La Pintana	6	30%	La Pintana	10	20%
	Puente alto	6	30%	Puente Alto	14	40%

De los 72 ingresos a tratamiento en el periodo 2012 y 2014, el 56% de los usuarios tenían hijos al momento del ingreso y el 32% no tenía. Entre las altas terapéuticas el porcentaje de usuarios con hijos es de 70%, y entre los abandonos es de 65%. De estos datos se puede apreciar una diferencia estadísticamente significativa, ya que, se aprecia en el grupo de los que no tenían hijos, que los abandonos de tratamiento fueron 11 veces mayor, que aquellos que lograron el alta terapéutica. Véase tabla 2.

Tabla 2: Relación de hijos con altas terapéuticas y abandonos.

Alta Terapéutica	Con hijos	%	Sin hijos	%
n=20	15	79%	4	21%
Abandono	Con hijos	%	Sin hijos	%
n=43	28	65%	15	35%

La situación de convivencia familiar al ingreso a la Comunidad Terapéutica Valdocco, es

presentada en la Tabla N° 3. Se observa por una parte en esta tabla, que entre los usuarios que abandonaron el tratamiento, el 35% de ellos vivía con sus padres, y por otra parte que entre las altas terapéuticas logradas, el porcentaje de los que vivían con sus padres aumenta al 80%. Se visualiza también que en los abandonos, el 28% de los usuarios, vivían con su pareja y sus padres y en las altas terapéuticas este porcentaje disminuía al 15% de los usuarios.

Tabla 3. Convivencia en el momento del ingreso (abandonos/altas)

	Alta Terapéutica n=20	Abandono n=43
Calle	1 (5%)	9 (21%)
Solo		7 (16%)
Padres	16 (80%)	15 (35%)
Pareja + Padres	3 (15%)	12 (28%)

De hecho, si se agrupa a los usuarios que convivían con sus padres respecto a otras formas de convivencia se obtiene una diferencia estadísticamente significativa, ya que los que alcanzaron el alta terapéutica en su mayoría vivía con sus padres 95 % al contrario de los abandonos que solo el 63 % vivía con sus padres, tal como se presenta en la Tabla 4.

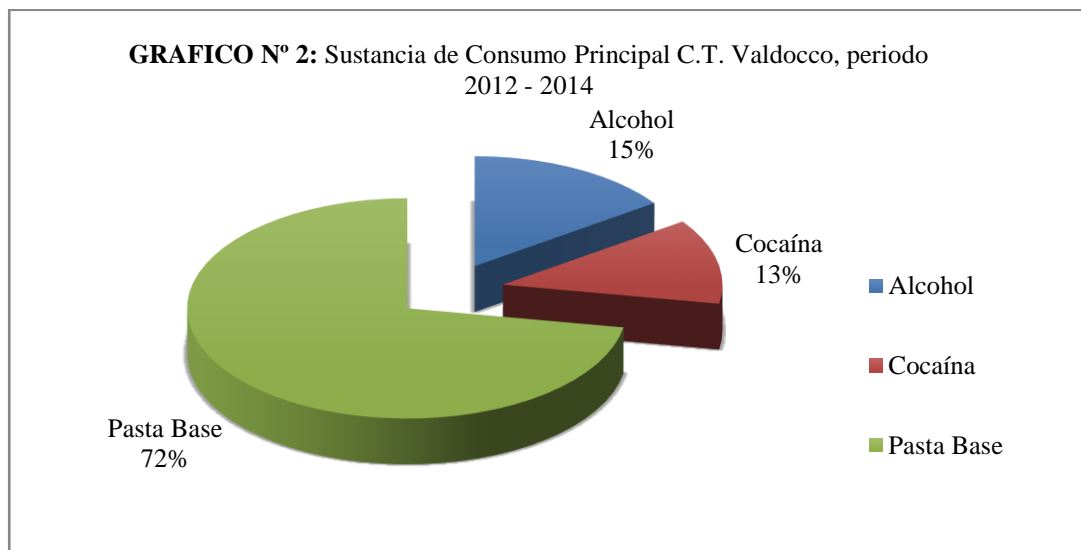
Tabla 4. Convivencia con los padres (según alta terapéutica o abandono)

	Alta Terapéutica n=20	Abandono n=43
Con los Padres	19 (95%)	27 (63%)
Otra Forma	1 (5%)	16 (37%)

6.3.-Historia de consumo de sustancias

La principal sustancia de consumo de los usuarios que ingresaron a tratamiento a la Comunidad Terapéutica Valdocco, durante el periodo 2012 – 2014, fue la pasta base, con un porcentaje del 72% de los usuarios, seguido por el alcohol con un 15% y la cocaína con un 13% . Esto lo puede ver reflejado en el Gráfico N° 2: Sustancia de Consumo Principal C.T. Valdocco, periodo 2012 – 2014.

Esto nos muestra que las personas que ingresan a tratamiento, es a causa de sustancias, que provocan un gran deterioro tanto en lo físico como a nivel psicológico y social, como la pasta base, ya que, esta sustancia provoca estos efectos en los usuarios a corto plazo. En este mismo sentido se puede hablar del alcohol, el cual provoca un deterioro más a largo plazo, sin por eso ser menos perjudicial su consumo.



En lo que se refiere, a la antigüedad de la dependencia de las diferentes sustancias, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las altas terapéuticas y los abandonos, como se presenta en la Tabla N° 5

Tabla 5. Años de dependencia (altas/abandonos)

Sustancia	Altas n=20 Abandono n=43	Cantidad	Promedio años en consumo
Pasta Base	Alta Terapéutica	12	16,5
Pasta Base	Abandono	32	13,2
Alcohol	Alta Terapéutica	5	17,3
Alcohol	Abandono	5	16,2
Cocaína	Alta terapéutica	3	18,4
Cocaína	Abandono	6	13,8

Siguiendo con el análisis de sustancias, según la información recogida, las sustancias que más años de dependencia generan son: la cocaína con 18,5 años de consumo, seguidas por alcohol con 17,3 años de consumo en promedio.

En cuanto a la edad de comienzo en el consumo, apenas hay diferencias entre las altas terapéuticas y los abandonos. El alcohol es la sustancia que más tempranamente se comienza a consumir (entre los 10 -14 años), seguida por pasta base y cocaína (19 - 21 años). Ver Tabla 6

Tabla 6. Edad de inicio en el consumo de las diferentes sustancias (altas/abandonos)

Sustancia	Altas n=20 Abandono n=43	Cantidad	Promedio años inicio en el consumo
Pasta Base	Alta Terapéutica	12	19
Pasta Base	Abandono	32	21
Alcohol	Alta Terapéutica	5	14
Alcohol	Abandono	5	10
Cocaína	Alta terapéutica	3	20

Cocaína	Abandono	6	19
---------	----------	---	----

Tras analizar los datos de historia de consumo de drogas y alcohol, se puede destacar que la C. T. Valdocco, atendió a una población con un consumo en promedio de 16 años de alcohol, y entre 14 y 15 años de pasta base y de cocaína.

En cuanto a los motivos de inicio en el consumo, en la Tabla 7, se presentan los expresados por los usuarios en su ingreso a tratamiento, en el caso de altas terapéuticas y abandonos (téngase presente que se podían dar hasta dos contestaciones por usuario).

Tabla 7. Motivos de inicio en el consumo (altas terapéuticas, abandonos)

Motivos Inicio de Consumo	Altas Terapéuticas n=20	Abandono n=43
Por curiosidad / por probar	3 (13%)	15 (35%)
Para pasarlo bien / no aburrirme	4 (17%)	2 (5%)
Por seguir a mi grupo de pares	2 (9%)	8 (19%)
Para olvidarme de mis problemas	3 (13%)	6 (14%)
Sentirme seguro en mis relaciones	3 (13%)	8 (18%)
A raíz de un suceso que me afectó mucho	8 (35%)	4 (9%)

Se puede visualizar motivaciones diferentes para iniciar el consumo de drogas y alcohol, en el caso de los que abandonan dan como motivos principales: por curiosidad / por probar, con un 35%, en cambio en el alta terapéutica la principal la motivación es a raíz de un suceso que les afectó mucho, con un 35% de los usuarios.

6.4.- Consumo de sustancias en el entorno familiar

En cuanto al consumo de sustancias en el entorno familiar, existe alguna diferencia

reseñable, entre las altas y los abandonos. El consumo de sustancias entre los familiares de los usuarios, se presenta más en los abandonos del tratamiento, que en las altas terapéuticas (Tabla 8)

Tabla 8 Consumo de sustancias en la familia según alta/abandono

Altas n=20; Abandono n=43		Alcohol	Pasta Base	Cocaína	Marihuana
Pareja	Altas Terapéuticas		1		4
	Abandono	1	2		10
Padre	Altas Terapéuticas	5		2	
	Abandono	15		9	8
Madre	Altas Terapéuticas				
	Abandono	4			5
Hermanos	Altas Terapéuticas		3		
	Abandono		9		15
Otros Familiares	Altas Terapéuticas		1		
	Abandono	2	5		3

Datos Generales

La tabla 9, muestra una baja adherencia al tratamiento, siendo que los usuarios que sobrepasan los 4 meses en tratamiento son 22 usuarios y esto es menor a los 50 usuarios que se retiran del proceso de tratamiento entre el 1 y 4 mes.

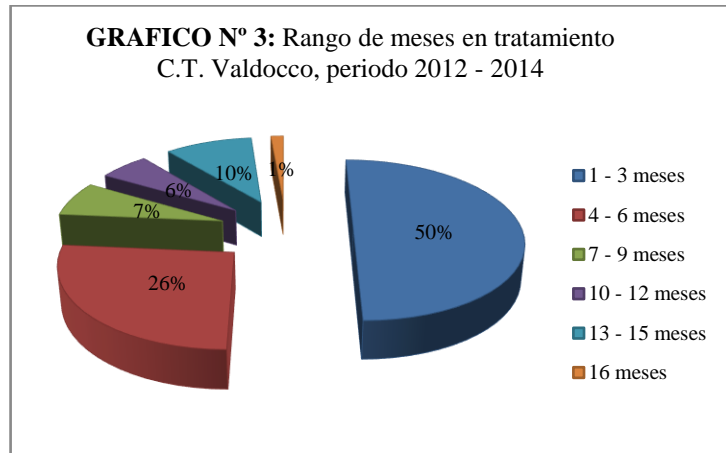
Esto supone, que el rango más alto, en cuánto a meses en tratamiento de los usuarios atendidos en la Comunidad Terapéutica es entre los 1 y los 3 meses de tratamiento, que corresponde al 50%, seguido por la atención entre 4 y 6 meses, con un 26%, mientras que el 10% de la atención se encuentra entre los 13 y los 15 meses, el 7% está en el rango de los 7 y los 9 meses y el 6% entre los 10 y los 12 meses. Esto se observa en el **Grafico 3**. Siendo en la Comunidad Terapéutica Valdocco 4,7 meses el promedio de atención, en el tratamiento terapéutico desarrollado por la C.T.

Se debe indicar que el abandono del tratamiento de rehabilitación, no significa que exista una falta de mejoría, o que la situación empeore en el caso de los usuarios que abandonan, aunque la teoría dice, que menos permanencia en tratamiento es sinónimo de un mal pronóstico. En este sentido la práctica nos muestra que existe un cambio en el patrón de consumo, desde los 3 meses en tratamiento en adelante, aunque se produzca el abandono, la persona “consume con más conciencia”, de lo que la sustancia provoca, de los efectos, tanto a nivel biológico como a nivel de relaciones sociales.

A la vez, no se debe desconocer, la importancia de la adherencia en el proceso de tratamiento en rehabilitación de drogo dependencia, el cual en todo sentido y de acuerdo a los resultados de la investigación, es un predictor claro, en la eficacia del mismo.

Tabla 9. Meses en Tratamiento

Meses en Tratamiento	Total
1	17
2	12
3	7
4	14
5	2
6	3
7	4
8	1
11	2
12	2
13	3
14	1
15	3
16	1
Total general	72



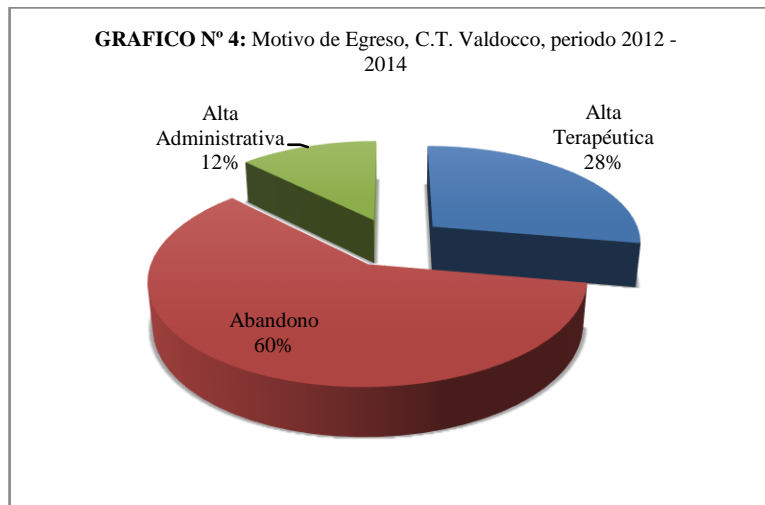
De acuerdo a la recolección de datos y la información arrojada, se muestra la correlación entre edad, motivación y adherencia en los tratamientos de rehabilitación. Así como se muestra en la tabla 10, en donde se lee que a menor edad, existe menos motivación al cambio, presentando índices de adherencia al tratamiento de: 30 usuarios con permanencia inferior a los 4 meses y 7 usuarios con permanencia en el programa superior a los 4 meses; siendo el rango de edades entre los 20 años y los 35 años. En esta misma tabla se presenta que la mayor adherencia al tratamiento (sobre los 4 meses), se da en el rango de edad sobre los 35 años, en este caso se da en 15 usuarios.

Sobre lo anterior, se puede indicar que a mayor edad, la motivación al cambio es mayor, siendo más grave el deterioro en los usuarios con más edad (consumo más crónico), que en el rango de menor edad. En este sentido la situación “de tocar fondo”, se percibe más, que en los casos de menor edad, en donde la responsabilidad se aprecia con menor carga.

Tabla 10. Edad de Inicio del tratamiento /Meses en tratamiento

Edad inicio Tratamiento	Meses en Tratamiento																Total General
	1	2	3	4	5	6	7	8	11	12	13	14	15	16			
22	1					1								1		3	
23	1															1	
25	1	1		1												3	
26		1														1	
28	2		1		1											4	
29		1		1					1							3	
30	1		1	1												3	
31	1		1	1												3	
32	1	1													1	3	
33	3			2												5	
34			1								1					2	
35	1	4							1							6	
36					1											1	
37	1	1					1					1	1			5	
38	1		1							1						3	
39	1			1												2	
40			2													2	
41	1			1			2									4	
42						1										1	
43	1	1		3							1			1		7	
44		1		1												2	
46				1												1	
50						1										1	
51										1						1	
53		1														1	
54				1			1				1					3	
58								1								1	

En la Comunidad Terapéutica Valdocco, fueron atendidos 72 usuarios, en el periodo de 2012 - 2014. En este periodo, 20 personas finalizaron el programa del tratamiento en rehabilitación y 43 del total atendido, lo habían abandonado. Esto supone que el 28% de las personas atendidas lograron el alta terapéutica, y el 60% de los pacientes lo abandonaron prematuramente (Gráfico 4).



6.5.-Abandono Tratamiento

Las tablas 11 y 12, nos muestra que la mayor cantidad de personas que abandonan el tratamiento presentan un consumo precoz⁴, antes de los 20 años, correspondiente a 24 personas, presentando 21 de ellas policonsumo⁵, siendo esto un predictor de menor adherencia al tratamiento, y como una de las consecuencias de esto es el abandono del proceso de tratamiento durante los 4 primeros meses, como se analizó anteriormente.

En las tablas se aprecia, que a menor edad de inicio del consumo (consumo de dos o más sustancias), menor es la adherencia al tratamiento. Esto se puede relacionar con una dependencia física, la cual se manifiesta con síntomas de abstinencia severos (Craving⁶), o una dependencia a la sustancia más psicológica, por poca maduración mental y alta vulnerabilidad, entendiendo este último concepto como: la probabilidad de que un individuo, un grupo o una población, esté más expuesto a sufrir las consecuencias

⁴ **Consumo Precoz:** En general se refiere al consumo antes de los 18 años de edad, en donde los riesgos son mucho mayores, haciendo más probable el desarrollo del policonsumo (uso de más de una droga) y de la dependencia. Según los datos nacionales sobre consumo de drogas, en promedio, la edad de inicio en el uso de drogas ilícitas es alrededor de los 20 años, sin embargo, existe un porcentaje mínimo de la población que se inicia a los 15 años o antes. Este último grupo es el considerado de inicio precoz.

⁵ **Policonsumo:** Corresponde a un patrón particular de consumo de drogas que se caracteriza por la alternancia en el uso de distintos tipos de drogas de parte del sujeto. su especificidad no está dada por haber probado en alguna oportunidad alguna droga distinta de la que se consume habitualmente, sino por consumir indistinta y simultáneamente más de una sustancia como conducta recurrente.

⁶ **Craving:** El craving, constituye uno de los criterios diagnósticos considerados por el CIE-10 para determinar dependencia de drogas, se refiere al deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir, es un deseo irrefrenable o ansia de la sustancia.

negativas ante determinados eventos. Desde esta concepción, es necesario mencionar que esta investigación, se asocia directamente, como se ha expuesto antes, al consumo de drogas, es decir, se considera que un individuo, o un grupo es vulnerable, cuando tiene mayores posibilidades de experimentar problemas derivados del consumo de drogas.

En el quehacer institucional, la vulnerabilidad social es la que mayormente se vincula y se entiende como: la situación de desprotección social, de inseguridad e indefensión en las condiciones de vida de las personas o grupos de personas. En la presente evolución, se presenta a continuación a través de las tablas la contextualización de la investigación, en lo referente a los usuarios, territorios a los que pertenecen y los datos de la alta concentración de delitos y tráfico de drogas.

Tabla 11. Edad de Inicio sustancia principal abandonos

Sustancia Principal Abandono	Edad de Inicio Sustancia Principal abandonos															Total general	
	3	8	12	14	15	16	17	18	20	21	25	28	29	30	35		37
Alcohol	1	1		1	1			1									5
Cocaína				1		2	2								1		6
Marihuana					1												1
Pasta Base			1	1	1	3	3	4	2	4	2	2	2	3		3	31

Tabla 12. Edad de inicio sustancia secundaria abandonos

Sustancia Secundaria Abandono	Edad de Inicio Sustancia Principal Abandono															Total general	
	3	8	12	14	15	16	17	18	20	21	25	28	29	30	35		37
Alcohol				1	1	4	3	1				1		1	1	1	14
Cocaína		1	1		1			3		1	1	1	1	1		2	13
Marihuana					1		1	1	1	1	1						6
Pasta Base	1			1													2

En la tabla 13, muestra las altas tasas de diversos problemas de salud mental, que presentan 43 usuarios de la Comunidad Terapéutica Valdocco, que abandonaron el tratamiento en rehabilitación durante el periodo de la investigación. De ellas 26 personas muestran problemas de salud mental (abuso sexual, violencia intrafamiliar) y 22 personas antecedentes penales. Por lo anterior, se puede deducir, que los abandonos se producen en su mayoría en personas con problemáticas de salud mental y con antecedentes penales, es decir, con personalidades antisociales dentro de la sociedad.

En este sentido, se puede indicar que: los rasgos antisociales, los antecedentes de abusos sexual (abusado / abusador) y las vivencias de violencia intrafamiliar (víctima / victimario), están relacionados en la generación de personalidades antisociales. Esto produce de alguna manera la vulnerabilidad personal y social, y la dependencia a sustancias. Todo lo anterior provoca una tasa de mayor abandono del tratamiento en la Comunidad Terapéutica Valdocco. Se puede inferir que la razón de este abandono, de acuerdo a lo mencionado con anterioridad y de acuerdo a los resultados de la investigación, la imposibilidad de afrontar traumas vivenciados en su niñez y adolescencia, los cuales se hacen presentes en sus vidas al encontrarse más lúcidos, y por el proceso que han comenzado sin la anestesia que les da la sustancia.

Al analizar estos resultados, se puede indicar que: cuando las personas ingresan a un tratamiento de consumo de alcohol y drogas y presentan un consumo precoz, asociado a problemas antisociales y a antecedentes de problemas de salud mental, el abandono del proceso será mayor, ya que, su motivación al cambio, no será constante en el tiempo por presentar síndrome de abstinencia severo y personalidad antisocial. Esto mismo no permite visualizar, que las personas entiendan el proceso que están realizando y por otro lado el no querer o poder vivenciar el dolor que provoca el revivir sus traumas, los cuales le provocaron en su gran mayoría la dependencia al alcohol y/o la droga.

Tabla 13 Antecedentes Penales / Problemas de Salud Mental y Abandono del Tratamiento

Otros Problemas de Atención de Salud Mental en Abandonos	Cantidad	Antecedentes Penales abandonos	Cantidad
Abuso Sexual	2	Si	22
Violencia Intrafamiliar	24	No	21

6.6.- Alta Terapéutica

Lo que muestra la tabla 14, es la relación que existe, entre la edad de inicio del tratamiento y los meses que los usuarios de la Comunidad Terapéutica Valdocco permanecen en ella en procesos de rehabilitación. Los datos arrojan la información referente a que a mayor edad de inicio en el proceso, se presenta mayor motivación al cambio. Esto se ve reflejado en los índices que presenta adherencia al tratamiento, pues, de 14 personas desde los 35 años en adelante logran permanecer en la Comunidad Terapéutica y desarrollan adherencia de más de 4 meses, por lo que puede leerse como un predictor de alta terapéutica.

Tabla 14. Edad de Inicio Tratamiento / Meses en tratamiento

Edad Inicio Tratamiento	Meses en tratamiento												Total general
	1	4	6	7	8	11	12	13	14	15	16		
22										1			1
28				1									1
29						1							1
32												1	1
34								1					1
35						1							1
37				1					1	1			3
38								1					1
41				2									2
43		1						1		1			3
50			1										1
51							1						1
54				1				1					2
58					1								1

La tabla 15, muestra que a mayor edad de los usuarios de la C.T. Valdocco, los que han presentado mayor adherencia al tratamiento de rehabilitación, también han participado en tratamientos anteriores, lo que puede leerse por ende como un predictor del alta terapéutica. Los datos arrojados en el caso de las altas terapéuticas durante el periodo 2012 – 2014 es que 17 personas presentan tratamientos anteriores y solo en 3 casos la C.T. Valdocco es su primera experiencia de tratamiento en rehabilitación.

Tabla 15. Número Tratamientos anterior / Edad de inicio Tratamiento

Numero de Tratamientos Anteriores	Edad de Inicio Tratamiento														Total general
	22	28	29	32	34	35	37	38	41	43	50	51	54	58	
0									1			1		1	3
1		1	1	1			3	1	1	1			2		11
2	1				1	1									3
3										1					1
4										1					1
5											1				1

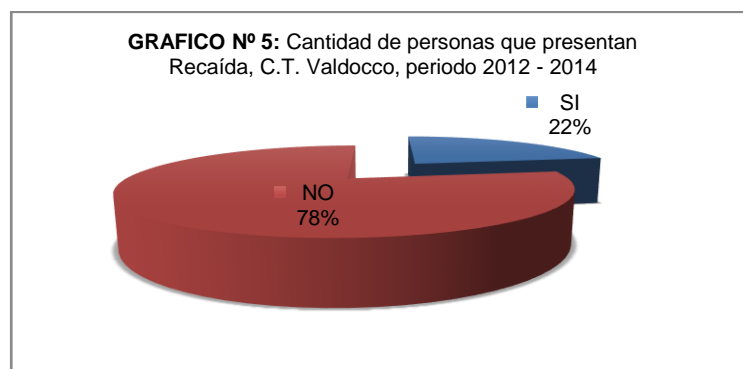
La tabla 16, muestra que en el caso de las 20 personas que alcanzaron en este periodo altas terapéuticas, son bajas las tasas que presentan de otros problemas de salud mental. 9 personas de la muestra de usuarios de la Comunidad Terapéutica Valdocco, presentan problemas de salud mental (abuso sexual, violencia intrafamiliar) y ninguna antecedentes penales. De lo anterior se puede deducir, que las altas terapéuticas, se producen en su mayoría en personas que no presentan estas características o las presentan en menor grado.

Tabla 16 Antecedentes Penales / Problemas de Salud Mental y Alta Terapéutica

Otros Problemas de Atención de Salud Mental en Altas Terapéuticas	Cantidad	Antecedentes Penales abandonos	Cantidad
Abuso Sexual	1	Si	0
Violencia Intrafamiliar	9	No	20

Objetivo N°2: Identificar los principales factores precipitantes de recaída, así como el momento en que estas se producen, de acuerdo al reporte realizado por los usuarios de la comunidad.

En el periodo 2012 - 2014 fueron atendidos 72 usuarios. En este periodo 16 usuarios, presentan recaídas reportadas y 56 no presentaron recaídas. Esto supone que el 22% de las personas tuvo una recaída durante su proceso de tratamiento de alcohol y drogas (Gráfico 5).



Desde lo anterior, y desde lo reportado por los usuarios, se muestra en la Tabla 17, las causas de esta recaída reportado por los usuarios.

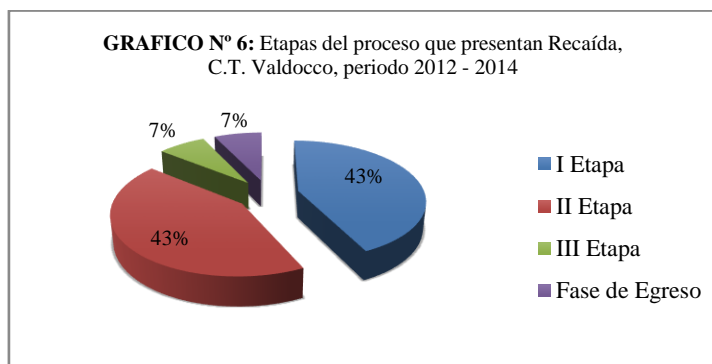
Tabla 17. : Causas de las recaídas, reportado por los usuarios

Motivo de Recaída	Cantidad de usuarios
Conflictos Familiares	9 Usuarios
No quiere enfrentar conflictos personales a trabajar en su proceso	2 Usuarios
Manejo de Dinero	1 Usuario
No Reporta	4 Usuarios

Se indica el mes de recaída, de los usuarios de la C.T. Valdocco, relacionado con la etapa de proceso terapéutico residencial y de seguimiento, de cada uno de ellos. Esto se especifica en la tabla 18 y Gráfico N° 6

Tabla 18. : Mes de la recaída y etapa del proceso en que esta ocurre.

Meses en Tratamiento	Etapa Proceso	N° Usuarios
0 – 3 meses	I Etapa	6 Usuarios
4 – 6 meses	II Etapa	3 Usuarios
7 – 9 meses	II Etapa	3 Usuarios
10 – 12 meses	III Etapa	1 Usuarios
13 – 15 meses	Fase Egreso	3 Usuarios



Recaída

La tabla 19, que se analiza a continuación, muestra que el mayor número de recaídas, se produce los 4 primeros meses y del mes 4° al 9° mes, con número de usuarios recaídos tantos en el primer periodo como el segundo, es decir en la primera etapa y segunda etapa de tratamiento. Desde lo anterior se puede indicar que las recaídas en un primer momento se producen por motivos de bajo manejo de síndrome de abstinencia o por

estar poco convencido de la necesidad de un tratamiento y, como se dijo anteriormente, por no querer o poder enfrentar traumas, que lo llevaron al consumo, aunque algunas veces puede deberse, a la baja habilidad de resolución de conflictos, lo cual está directamente relacionado con los conflictos familiares.

Por otro lado muestra que las recaídas se producen en personas que inician su proceso de rehabilitación a más alta edad (sobre los 35 años), en este caso 10 usuarios, y con menos edad son 6 usuarios. Esto puede ser producto de los años de consumo, mientras más años de consumo, más fuerte es el síndrome de abstinencia y su vulnerabilidad psicológica traducida en enfrentar sus traumas.

Tabla 19. Edad de Inicio de Tratamiento / Recaída

Edad Inicio Tratamiento	Meses en tratamiento										Total general
	1	3	4	5	6	7	8	13	15		
22					1						1
23	1										1
25			1								1
31		1	1								2
33			1								1
36				1							1
37									1		1
40		1									1
41			1			2					3
43								1			1
50					1						1
54						1					1

Tabla 20. Causa de recaída / Etapa de tratamiento

Etapa Tratamiento	Conflictos Familiares	Manejo de Dinero	Motivos Familiares	Motivos Familiares y economicos	No quiere enfrentar traumas	No Regresa
I Etapa						1
						2
	2				2	
II Etapa				1		
	2					
III Etapa			1			
Fase Seguimiento				1		
					1	

La tabla 20, nos muestra que en la primera etapa de tratamiento, el cual tiene una duración de 3 meses durante el periodo 2012 – 2014, recaen 3 personas, no teniéndose ningún reporte de ellos, esto quiere decir que abandonaron el programa, se puede deducir que su motivación al tratamiento no era alta y solo pasaba por situaciones externas, más que internas y además por bajo control de impulso, esto por no saber controlar los síntomas que provocan el síndrome de atinencia.

En la segunda etapa residencial, se puede visualizar 7 recaídas, todos volvieron a la comunidad, pero solo 3 terminaron el proceso, es decir de estos 7 usuarios cuatro abandonaron 3 continuaron su proceso. Los motivos que dieron para su recaída fueron, 4 usuarios que no tuvieron resolución de conflictos para solucionar conflictos familiares, no pudiendo abordar las temáticas de la problemáticas, 1 explica que por consumo al interior de su familia, a lo cual se le da la categoría de motivos familiares, el regresa al tratamiento y posterior a esto abandona el tratamiento y 2 usuarios argumentan su recaída indicando que no quieren trabajar “cosas dolorosas de su historia de vida”, relacionadas con el daño que le provocaron y daños que cometieron, posterior a la recaída regresa pero abanan en semanas posteriores.

En la tercera etapa, la recaída se relaciona por el poco manejo del dinero y por lo que esto le provoca, supera la recaída y continua en tratamiento, llegando a conseguir el alta terapéutica

En la fase de seguimiento, un usuario recae, esto se provoca por problemas familiares y económicos, no existiendo un reporte exhaustivo sobre esto, ya que solo llama, indicando que recae y no presentándose posteriormente al programa.

Desde lo anterior se puede indicar que las principales recaídas de los usuarios de la comunidad se producen principalmente por conflictos en su entorno familiar, seguido de bajo manejo de los impulsos (síndrome de atinencia y manejo de dinero).

Tabla 21: Motivo de Recaída / estado Civil

Motivo de Recaída	Estado Civil			Total General
	Casado	Separado	Soltero	
CONFLICTO FAMILIAR	2	1	3	6
MANEJO DEL DINERO			1	1
MOTIVOS FAMILIARES			2	2
MOTIVOS FAMILIARES Y ECONOMICO			1	1
NO QUIERE ENFRENTAR SUS TRAUMAS	1		1	2
NO REGRESA	1		3	4
Total general	4	1	11	16

La tabla 21 nos muestra que los usuarios que más recaen son las personas con estado civil de solteros, estando en esta categoría 11 usuarios, en contraste con personas casadas que solo recaen 4 usuarios. Deduciendo en este sentido que los que presentan una relación de pareja estable presentan mayor motivación al cambio que personas que tienen un lugar de pertenencia (hogar constituido).

La tabla 22, nos muestra que los que recaen más son los solteros con 11 usuarios, presentando estos en proporción sin hijos 3 y 8 con hijos, se puede deducir que al estar solteros, sin un involucramiento en la crianza, es decir sin cumplir el rol de padres y no

teniendo una pertenencia emocional con su pareja (madre de sus hijos), la motivación al cambio es menos fuertes que en otros casos.

Tabla 22: Recaída / Estado Civil / Número de hijos

Estado Civil	Número de Hijos					Total general
	0	1	2	3	6	
Casado	1		2	1		4
Separado			1			1
Soltero	3	7			1	11
Total general	4	7	3	1	1	16

En la tabla 23, se muestra que el mayor número de recaídas se produce en el consumo de alcohol, siendo esto producto, por la aceptación social y los contextos que se generan entorno a esta sustancia, lo sigue la cocaína con 4 personas, que dentro de consumo de drogas es mayor mente aceptada, dando un concepto socialmente mejor mirado que el consumo de pasta base con 3 personas, la cual es menos aceptada socialmente.

Tabla 23: Sustancia principal / Recaída

Sustancia Principal	Total de Recaída
Alcohol	7
Cocain	4
Marihuana	2
Pasta Base	3
Total general	16

Objetivo N°1: Determinar el cumplimiento de los objetivos del programa de tratamiento de la Comunidad Terapéutica Valdocco.

En el periodo 2012 – 2014 en el cual fueron atendidos 72 usuarios. En el mencionado periodo 20 personas obtuvieron el Alta Terapéutica. La Tabla 24 muestra cómo se disgrega esta cantidad, dando a conocer su situación actual.

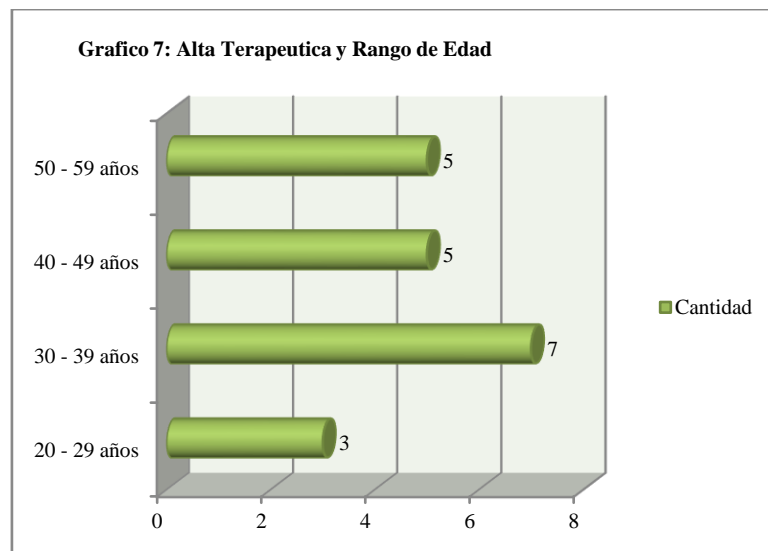
Tabla 24 : Personas con Alta Terapéutica

Estado	Cantidad Personas
Personas Privada de libertad	4 Personas
Personas Perdidas	5 Personas
Personas que participaron en el estudio	9 Personas
Personas que no participaron en el estudio	2 Personas

De las 20 personas que obtuvieron el alta Terapéutica durante el periodo 2012 – 2014 y su relación con su rango etario, el cual se especifica en la tabla 25, se puede indicar que el mayor porcentaje de personas que alcanzan el alta se encuentran sobre los 40 años con un 50%, seguido de personas sobre los 30 años con el 35% , siendo el menor porcentaje entre los 20 y 29 años con el 15%, esto se puede visualizar en el grafico 7 Alta terapéutica y Rango de edad

Tabla 25 Rango Etario

Rango de Edades	Cantidad Personas
20 – 29 años	3
30 – 39 años	7
40 – 49 años	5
50 – 59 años	5



Durante el periodo 2012 – 2014, 20 usuarios de la Comunidad Terapéutica Valdocco obtuvieron el alta terapéutica, 13 de los cuales su estado civil es soltero, de los cuales 4

no presentaban hijos y 9 presentaban hijos de los cuales 5 presentaban pareja estable y 4 no. 6 personas su estado civil es casado, 4 de los cuales están separados de hecho y 4 tienen 4 hijos, 1 tiene 3 hijos y 1 no presenta hijos. 1 persona separada, la cual cuenta con 2 hijos. Ver Tabla 1.8: Alta terapéutica, estado civil y número de hijos.

Tabla 26 Alta Terapéutica, estado civil y número de hijos

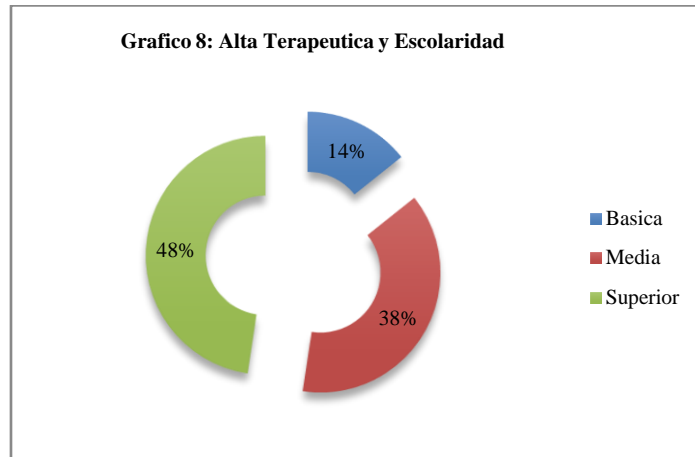
N = 20 Alta Terapéutica					
Estado Civil	Cantidad	Estado Civil	Cantidad	Estado Civil	Cantidad
Soltero	13 Personas 5 = con pareja 4 = Sin pareja	Casado	6 Personas 4 = separados de hecho	Separado	1 Persona
Numero Hijos	Cantidad	Numero Hijos	Cantidad	Numero Hijos	Cantidad
Sin hijos	4 Personas	Sin hijos	1 Persona	Sin hijos	0 Persona
1 Hijo	7 Personas	1 Hijo	0 Persona	1 Hijo	0 Persona
2 Hijos	1 Persona	2 Hijos	4 Personas	2 Hijos	1 Persona
6 Hijos	1 Persona	3 Hijos	1 Persona	3 Hijos	

Esto nos da cuenta que un aliciente para terminar un proceso terapéutico y alcanzar el alta terapéutica, es tener pareja y además hijos, es decir, tener pertenencia a un entorno familiar de la cual soy responsable.

En lo que tiene relación al Alta Terapéutica y la escolaridad de los usuarios, se puede indicar que a mayor escolaridad, los usuarios presentan más logros terapéuticos, logrando alcanzar el alta terapéutico dentro de la comunidad. Ver Tabla 27 Alta Terapéutica y escolaridad y Grafico 8: Alta Terapéutica y Escolaridad.

Tabla 27. Alta Terapéutica / Escolaridad

Escolaridad	Cantidad de usuarios
Básica Incompleta	2 Personas
Básica Completa	1 Persona
Media Incompleta	6 Personas
Media Completa	2 Personas
Técnico Incompleto	4 Personas
Técnico Completo	4 Personas
Universitaria Incompleta	1 Persona



Durante el periodo 2012 – 2014, se atendiendo en la Comunidad Terapéutica Valdocco 72 personas de las cuales 20 obtuvieron el alta terapéutica, en la tabla 28 se detalla el estado de estas personas.

Tabla 28 : Estado de personas que obtuvieron el alta terapéutica.

Cantidad de Personas	Situación	Observación
4 Personas	Presos	<ul style="list-style-type: none"> • 1 por robo a mano armado. • 2 por robo en lugar habitado. • 1 persona por robo en lugar no habitado.
5 Personas	En consumo	<ul style="list-style-type: none"> • 3 en situación de calle • 2 no aceptan entrevista. 1 vive en albergue, el otro en caletas.
2 Persona	Perdidas	Perdida (ni la pareja y familiares cercanos saben de o que le sucedió.
9 Personas	En contacto con la C.T. Valdocco	Contestaron el cuestionario de seguimiento el cual evalúa el cumplimiento de los objetivos de la comunidad C.T. Valdocco.

Se realiza una encuesta a 9 usuarios los cuales tuvieron participación del programa Comunidad Terapéutica Valdocco 2012 – 2014, los cuales obtuvieron el egreso en forma exitoso. Este cuestionario evalúa el cumplimiento de los objetivos del programa en los usuarios los cuales terminan el tratamiento con alta terapéutica, este cuestionario presenta 6 dimensiones (consumo de alcohol y drogas, dimensión personal, dimensión laboral, dimensión educacional / laboral, dimensión judicial / valores pro - sociales), dimensión que están estrechamente relacionados con los objetivos que persigue el programa:

Objetivos del programa a evaluar

OBJETIVO N° 1

- Favorecer el autoconocimiento y valoración de sí mismo, identificando recursos para un mejor desempeño social.
- Favorecer el reconocimiento y profundización en los diferentes aspectos de la vida del usuario, que le permita desarrollar al máximo sus potencialidades y replantearse los que obstaculizan el adecuado desarrollo de su personalidad.

Situación Habitacional		Obtención de Dinero	
	Cantidad Personas		Cantidad Personas
En casa o departamento propio	2	Trabajo	7
En casa o de departamento arrendado	0	Familia	2
En pieza arrendada	1	Robo familia	0
De allegado	6	Amigos	0
En calle o caleta		Pidiendo en la calle	0
Otros		Subsidio gobierno	0

La tabla nos muestra que 2 personas presentan vivienda propia, 1 arrienda pieza y 6 viven en situación de allegados. Por otro lado en la obtención de dinero 7 personas reportaron trabajar y 2 obtener recursos monetarios de sus familiares.

Situación Laboral		Tipo de Trabajo	
	Cantidad Personas		Cantidad Personas
SI	7	Trabajo fijo con Contrato	4
NO	1	Trabajo Temporal con contrato	0
NO, pero busca uno	1	Trabajo sin Contrato	2
		Trabajo con familiar	1
		Robos	0

Tiempo Trabajando		Satisfacción en el trabajo	
	Cantidad Personas		Cantidad Personas
Hace 1 mes	0	Empeoro mucho	0
Hace más de 3 meses	3	Empeoro	0
Hace mas de 6 meses	4	Sin Cambios	0
No sabe no recuerda	0	Mejoro	2
		Mejoro mucho	5

Esto nos muestra que 7 personas están trabajando, 4 presentan trabajo fijo con contrato, 2 trabajo sin contrato y una trabaja con familiares. La pertenencia en

lo laboral da cuenta que 3 personas llevan más de tres meses en su trabajo y 4 más de 6 meses. Indicando 5 personas que su satisfacción en lo laboral mejoro mucho y 2 que mejoro.

Estudios	Cantidad Personas	Capacitación Laboral	Cantidad Personas
SI	1	SI	3
NO	4	NO	4
No, pero, tiene interés en hacerlo	4	No, tiene interés en hacerlo, peor, no cumple con los requisitos	2
Satisfacción con la Capacitación laboral	Cantidad Personas		
NO	1		
Si, en alguna medida	1		
Si, en gran medida	1		

Esto nos muestra que solo 1 persona está terminado estudios formales, 4 no le interesa y 4 tiene interés en hacerlo. En la capacitación laboral 3 han tenido capacitaciones laborales de estos 1 reporta no haber obtenido beneficios de este, 1 beneficio en alguna medida y 1 en gran medida.

Este objetivo ha sido medianamente logrado ya que de nueve personas encuestadas solo 2 presentan vivienda propia y 6 viven de allegados, solo 7 personas tienen trabajo estable, mostrando un promedio de 3 meses de continuidad en el trabajo, lo cual nos habla de una precaria autonomía individual que le permita alcanzar sus metas tanto en lo laboral como en lo social.

OBJETIVO N°2

- Fomentar la sustitución de hábitos asociados a la drogadicción y a la “cultura de la calle”, por hábitos nuevos que favorezcan un positivo desenvolvimiento en su medio.

Consumo de Alcohol	Cantidad Personas	Consumo de Drogas	Cantidad Personas
SI	1	SI	3
NO	8	NO	6
Tipo de Alcohol	Cantidad Personas	Tipo de Drogas	Cantidad Personas
Vino		Pasta base	2
Pisco, Ron, Whisky		Cocaína	
Petaca de 500		Marihuana	1
Otros	1	Psicotrópicos	
		Inhalantes	
Razones	Cantidad Personas	Razones	Cantidad Personas
Afrontar la frustración y la ira		Afrontar la frustración y la ira	
Afrontar otros estados emocionales negativos	1	Afrontar otros estados emocionales negativos	
Afrontar estados físicos asociados con el uso previo de sustancias		Afrontar estados físicos asociados con el uso previo de sustancias	
Afrontar estados físicos negativos		Afrontar estados físicos negativos	
Realce de estados emocionales positivos		Realce de estados emocionales positivos	1
Poner a prueba el control personal		Poner a prueba el control personal	2
Ceder a tentaciones o deseos en presencia de señales asociadas al alcohol		Ceder a tentaciones o deseos en presencia de señales asociadas a la droga	
Ceder a tentaciones o deseos en ausencia de señales asociadas al alcohol		Ceder a tentaciones o deseos en ausencia de señales asociadas a la droga	
<p>La tabla nos muestra que 8 personas no han consumido alcohol posterior al egreso de la comunidad y 1 una consume para afrontar situaciones emocionales negativas. Por otro lado 6 personas consumen drogas 2 pasta base y 1 marihuana, indicando que sus razones 1 fueron realzar estados emocionales positivos y 2 poner a prueba el control personal</p>			

El objetivo fue cumplido casi por la totalidad de los usuarios mostrando, que el programa le sirvió para alcanzar la sustitución de hábitos asociados a la drogadicción y a la “cultura de la calle”, por hábitos nuevos que favorezcan un positivo desenvolvimiento en su medio.

OBJETIVO N°3

- Promover el conocimiento e integración personal de valores humanos como responsabilidad, honestidad, autonomía, amor, solidaridad, respeto.
- Fomentar el diálogo y la asertividad como formas adecuadas de solución de conflictos.

PREGUNTA	NADA	POCO	NORMAL	BASTANTE	MUCHO
Aprender a vivir con los demás			2	3	4
Relacionarme mejor con mi familia			2	4	3
Ser más responsable		1	2	2	4
No cometer delitos			2	4	3

La tabla nos muestra que 4 personas que realizaron el tratamiento le sirvió de mucho aprender a vivir con los demás, 3 personas bastantes y 2 personas indicaron que esta situación siguió normal.

En relaciones familiares 3 indicaron que le sirvió de mucho, 4 baste y dos las relaciones siguieron iguales.

En el ser responsable 4 personas indicaron que posterior al tratamiento le ha servido mucho integrar este valor, 2 indicaron que bastante, 2 indica que el sigue igual y que no le sirvió.

En lo relacionado en cometer delitos el proceso a 3 personas le sirvió de mucho, 4 bastante y 2 sigue con una percepción igual.

De las 9 personas encuestadas ninguna ha sido detenida y no han tenido causas posterior al alta.

Este objetivo fue conseguido en su totalidad ya que los usuarios en su gran mayoría, integraron el conocimiento e integración personal de valores humanos como responsabilidad, honestidad, autonomía, amor, solidaridad, respeto.

Por otro lado integraron la comunicación asertiva a sus vidas, la cual fomenta el diálogo y la asertividad como formas adecuadas de solución de conflictos.

OBJETIVO N° 4

- Favorecer la identificación y modificación de relaciones de co-dependencia en las familias de los usuarios que participan en la comunidad terapéutica.
- Promover la incorporación de estilos de comunicación asertivos y un sistema de límites claros y consistentes al interior de la familia.

Con quiénes vive	N° Personas	Contacto con sus familiares	N° Personas
Vive solo		Siempre	8
Vive con personas que no son sus familiares		Casi siempre	
Vive con familiares (Padre, madre y/o hermanos)	7	A Veces	
Vive con pareja		Nunca	1
Vive con pareja e hijos	1	No Responde	
otros (En situación de calle)	1		
Su familia le da apoyo cuando lo necesita	N° Personas	Participa en actividades familiares	N° Personas
Siempre	8	Siempre	5
Casi siempre		Casi siempre	2
A Veces		A Veces	1
Nunca	1	Nunca	1
No Responde		No Responde	

7 de las personas encuestadas vive con su familia, 1 con pareja y 1 en situación de calle. De las 9 personas encuestadas 8 siempre mantiene

contacto con su familia y se siente apoyada por esta y 1 nunca. En cuanto a la participación de actividades familiares 5 personas participa siempre, 2 casi siempre, 1 a veces y una nunca.

OBJETIVO N°5

- Promover el desarrollo de habilidades para la convivencia social, favoreciendo una adecuada interacción en los diferentes ámbitos de la vida donde le corresponde actuar.

<table border="1"> <thead> <tr> <th>Donde acude y busca ayuda</th> <th>N° Personas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Con familiares</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Con amigos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Centro de Salud</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Municipalidad</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inglesia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Organización Social</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Donde acude y busca ayuda	N° Personas	Con familiares	6	Con amigos		Centro de Salud		Municipalidad		Inglesia		Organización Social		Otros	3	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Satisfacción con el tiempo libre</th> <th>N° Personas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Empeoro mucho</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Empeoró</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sin cambios</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mejóro</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Mejóro Mucho</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Satisfacción con el tiempo libre	N° Personas	Empeoro mucho		Empeoró		Sin cambios	1	Mejóro	4	Mejóro Mucho	4
Donde acude y busca ayuda	N° Personas																												
Con familiares	6																												
Con amigos																													
Centro de Salud																													
Municipalidad																													
Inglesia																													
Organización Social																													
Otros	3																												
Satisfacción con el tiempo libre	N° Personas																												
Empeoro mucho																													
Empeoró																													
Sin cambios	1																												
Mejóro	4																												
Mejóro Mucho	4																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Grupo de amigos no consumidores</th> <th>N° Personas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo de amigos no consumidores	N° Personas	Si	5	No	4	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Herramientas adquiridad/vida de mejor manera</th> <th>N° Personas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Siempre</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Casi siempre</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>A veces</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Nunca</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Herramientas adquiridad/vida de mejor manera	N° Personas	Siempre	6	Casi siempre	2	A veces	1	Nunca		No responde											
Grupo de amigos no consumidores	N° Personas																												
Si	5																												
No	4																												
Herramientas adquiridad/vida de mejor manera	N° Personas																												
Siempre	6																												
Casi siempre	2																												
A veces	1																												
Nunca																													
No responde																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Bienestar de vida Post Tratamiento</th> <th>N° Personas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Empeoró mucho</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Empeoró</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sin cambios</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mejóro</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Mejoro mucho</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Bienestar de vida Post Tratamiento	N° Personas	Empeoró mucho		Empeoró	1	Sin cambios		Mejóro	2	Mejoro mucho	6																	
Bienestar de vida Post Tratamiento	N° Personas																												
Empeoró mucho																													
Empeoró	1																												
Sin cambios																													
Mejóro	2																												
Mejoro mucho	6																												

De las 9 personas encuestadas 6 busca ayuda con sus familiares y 3 en otros lugares (Valdocco).

En cuanto al tiempo libre 4 personas indicaron que mejoró mucho, 4 personas indican que mejoro y 1 indica que no ha tenido cambios.

De las 9 personas encuestadas 5 reportan que su grupo de amigos cambio (amigos no consumidores) y 4 indican que no ha cambiado.

En cuanto a las herramientas adquiridas en la comunidad y el utilizarlas para el mejoramiento en calidad de vida, 6 personas indican que siempre las utilizan, 2 casi siempre y 1 a veces la utiliza.

En cuanto al bienestar de vida post- tratamiento, 6 reportan que mejoro mucho, 2 que mejoro y 1 persona que empeoro.

Es objetivo fue logrado casi por la mayoría de los usuarios encuestados, de los cuales casi en totalidad integro en su vida habilidades para la convivencia social, favoreciendo una adecuada interacción en los diferentes ámbitos de la vida donde le corresponde actuar.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

VII. CONCLUSIONES

En la presente evaluación se puede concluir que el porcentaje de abandono es significativamente mayor al del alta terapéutica, alcanzando durante el periodo 2012 – 2014 un 68 % de los usuarios que ingresaron a tratamiento, en este sentido se puede hablar que las variables predictores de abandono son la severidad de la sustancias, poco acompañamiento familiar y consumo dentro de la familia.

La mayor cantidad de personas que abandonan el tratamiento presentan un consumo precoz (antes de los 20 años), presentando policonsumo de sustancias siendo esto un predictor de menor adherencia al tratamiento y por ende el abandono del tratamiento. Esto se puede ver confirmado en diferentes estudios, los cuales nos indican que algunas variables con un mayor riesgo de abandono de los programas de rehabilitación son: la gravedad de la adicción y la polidependencia la presencia de trastornos psicopatológicos comórbidos o la presencia de trastornos de personalidad (Secades & Fernandez, 2000).

Desde lo anterior y confirmando los estudios realizado sobre abandono y retención de los programas de tratamiento en consumo de sustancias, las altas tasas de diversos problemas de salud mental, que presentan 43 usuarios de la Comunidad Terapéutica Valdocco, que abandonaron el tratamiento en rehabilitación durante el periodo de la investigación. De ellas 26 personas muestran problemas de salud mental (abuso sexual, violencia intrafamiliar) y 22 personas antecedentes penales. Por lo anterior, se puede deducir, que los abandonos se producen en su mayoría en personas con problemáticas de salud mental y con antecedentes penales, es decir, con personalidades antisociales dentro de la sociedad.

Por otro lado se confirma que la tasa de recaídas será superior en los pacientes que abandonan el programa de tratamiento. Las personas que abandonaron el tratamiento presentan una tasa de recaídas significativamente más elevada que las altas. Los resultados indican que en todas y cada una de las áreas valoradas: convivencia,

educación, trabajo, empleo de ocio y tiempo libre, estado de salud y situación judicial - penal las altas terapéuticas presentan mayores mejoras de personas que abandonan el tratamiento. En este sentido, diferentes estudios han indicado que la duración del tratamiento es un importante predictor de los resultados y de la recaída. Específicamente, se ha encontrado que un tiempo más breve en el tratamiento, sin tener en cuenta el tipo de programa, lleva a peores resultados. Joe y col (1982-1983), citado en (Luengo & Romero & Gómez – Fragnerla, 2001) encontraron que aquellos usuarios que están en el tratamiento menos de tres meses tienen más altas tasas de recaídas que los que permanecen por más tiempo. Hubbard y Col. (1989), citado (Luengo & Romero & Gómez – Fragnerla, 2001) en encontraron que el tiempo en el tratamiento necesario para producir resultados positivos para todos los tipos de drogas es de seis a doce meses.

Desde lo anterior se puede indicar que los mayores predictores de recaída de una persona dependiente al consumo de alcohol y drogas, se encuentra en su entorno familiar por su disfuncionalidad y su entorno social el cual presenta alta vulnerabilidad para los usuarios que realizan un tratamiento de dependencia al consumo de sustancias.

Se puede indicar que 16 personas en proceso de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica Valdocco, presentaron recaídas, es decir el 22% de los usuarios que realizaron proceso de rehabilitación durante el periodo de 2012 – 2014 recayeron.

Estas recaídas fueron disgregadas en dos Fases, fase residencial, en la primera etapa (0 – 3 meses), que es la más compleja para los usuarios 6 personas presentan una recaída 4 de los cuales no regresan a tratamiento, no reportando por qué abandonaron el tratamiento, lo reportado por los usuarios, que regresaron a tratamiento, es el poco manejo de descontrol de impulso, baja motivación al cambio y disfunción familiar. En la 2 etapa (4 – 9 meses) 6 personas recayeron, presentando como principal causa disfunción familiar y el no querer trabajar traumas de su historia de vida. En la III etapa, de fase residencial

recaen (10 – 12 meses en tratamiento), solo recae un usuario y su reporte es por descontrol de impulso, relacionado con el no manejo del dinero.

En la fase de egreso, solo se cuenta con 3 reportes usuarios recaídos, los cuales reportan que estas fueron por disfunción familiar y no poder llegar a resolución de conflictos.

Asimismo, se encuentra que con cualquiera de las definiciones de recaída (unidimensionales o multidimensionales) que se valoren los resultados del presente estudio, las altas terapéuticas presentan una menor probabilidad de recaída que los abandonos durante el proceso residencial.

En cuanto a los logros propuestos en los objetivos del programa terapéutico, este nos muestra que sus logros se cumplen parcialmente, entre las personas que egresan con alta terapéutica de la comunidad. Si tenemos que mencionar desde lo anterior que los resultados indican que en todas y cada una de las áreas valoradas: convivencia, educación, trabajo, empleo de ocio y tiempo libre, estado de salud y situación jurídica, familia, las altas terapéuticas presentan mejoras sustanciales respecto al pre-tratamiento, a lo largo del tiempo.

Por otro lado, se debe mencionar que el presente estudio llegó a los siguientes resultados:

- El inicio del consumo está mayoritariamente marcado por el alcohol como droga lícita y la cocaína como droga ilícita. Este cambio en el consumo se da por el contexto social y familiar que rodea a este sujeto, cuyo perfil lo determina en la obtención de la droga y en el tipo de consumo.
- La droga determinante en la cual está el residente en dependencia es la pasta base.
- A mayor adherencia que presenta la persona menor es la tasa de abandono.

- La adherencia alta es determinante en el vínculo desarrollado por el individuo con sus procesos.
- El porcentaje de egresos exitosos que se denominan altas terapéuticas en la Comunidad Terapéutica Valdocco, son más elevados que los porcentajes de egresos exitosos a nivel nacional. Por lo que se puede concluir que la metodología utilizada en la Comunidad Terapéutica Valdocco influye positivamente en el tratamiento de los residentes. Lo que permite el logro de uno de los objetivos específicos de esta Investigación.
- La tasa de abandono al ser mayor que la de alta terapéutica está relacionada con la baja adherencia al proceso.
- Se puede concluir que al realizar esta investigación y medir de alguna manera el cumplimiento de los objetivos de la Comunidad Terapéutica Valdocco, se determina con precisión el cómo se van relacionando las diferentes variables intervinientes del proceso.
- Los resultados arrojados se relacionan en general con la literatura que habla sobre los factores que acá llamamos variables y como éstas inciden en los procesos de Rehabilitación de las Comunidades Terapéuticas.
- Importante de destacar es la metodología utilizada, pues, si bien hay coincidencias teóricas con este estudio, el resultado obtenido en esta medición de la tasa de abandono y de las altas terapéuticas, dan cuenta de que si bien hay un trabajo realizado a nivel nacional, es muy importante y puede ser determinante la metodología que se aplican en las Comunidades, o sea, como se ejecutan los programas y dónde están los énfasis de la Intervención.

Desde las conclusiones anteriores y los resultados entregados en la evaluación realizada, se debe mencionar que la principal limitación que se encontró al realizar la investigación fue la cantidad de entrevistados, en la comunidad en el periodo 2012 – 2014, existieron 20 altas terapéuticas (egresos exitosos de la comunidad) y solo pudieron ser entrevistados 9 usuarios, este número demasiado pequeño, no nos permite extrapolar

los datos a un nivel general, quedándose la información solo a un nivel más bien micro, sirviendo solo a la Comunidad Terapéutica Valdocco y no a un nivel más macro

Por último, mirando lo anterior y reflexionando los resultados de la Investigación, se recomienda líneas futuras como:

La evaluación hacia la mejora del programa no es un resultado cerrado, sino que debería ser un punto de partida hacia otras evaluaciones y procesos de mejora. Además, por su condición de evaluación debe contener algunas recomendaciones para la mejora del programa de tratamiento y sus objetivos.

El primer paso tras la revisión realizada, debería servir de punto de partida para la mejora de las evaluaciones del programa de la Comunidad terapéutica Valdocco.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- Botella & Feixas (1998) Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la practica Psicológica.
- Carvajal (2010) La Construcción Social del Consumo de Drogas en el Espacio Comunitario, Universidad Alberto Urtado
- CONACE (2005) Experiencia en Chile: Evaluación de Programas, Tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias psicoactivas, Editorial: Atenas Ltda.
- CONACE (2005) Modelo de Intervención en Personas con Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas, Recluidas en los Establecimientos Penitenciarios Chilenos, Tomo I y II.
- CONACE (2000) Experiencia chilena en ^[1] _{SEPE} Evaluación de programas de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias psicoactivas
- Diaz, Juan (2001) El Modelo de los estadios del cambio en la recuperación Adictiva, Editorial: Escritos de Psicología.
- Elena Goti (1990) La Comunidad Terapéutica: un desafío a la droga, Editorial: Nueva Visión.
- FLACT (2009) Comunidad Terapeutica, Una definición operativa asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas.
- Gonzalvo (2011) Factores de adherencia al tratamiento en pacientes dependientes de cannabis
- Hernández, Fernández & Baptista (2010) Metodología de la Investigación, Editorial: MacGRaw, México D.F.
- Luengo & Romero & Gomez-Fraguela (2001) Análisis de la Eficacia y prevención de Recaídas en el consumo de drogas.
- Moreno & Baez (2010) Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas practicas.
- Observatorio Chileno de Drogas SENDA (2015) Caracterización de personas que

consumen pasta base de cocaína de forma habitual en la Región Metropolitana.
Boletín No 24 / Septiembre 2015. ISSN: 0719 - 2770

- Pascale, Hynes, Cumsille & Bares (2014) *Consumo de Pasta Base de Cocaína en América del Sur: Revisión de los aspectos Epidemiológicos y Médicos – Toxicológicos*, Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas
- Peña y Cortez, (2009) *Corrientes Psicológicas Presentes en Proyecto Hombre*, Editorial: Proyecto Hombre, España.
- Rubio (2007) *El consumo como configurador de identidad juveniles: Una perspectiva socio histórica y Psicoanalítica*.
- Rementería (2001) *Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención*.
- Sandoval Moya, Juan (1997) *Producción Discursiva y Problemas Sociales. El Ejemplo de la cosutrucción social del problema del consumo de pasta base, última Década N°7*.
- Secada V, Fernández H (2000) *Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias*, Editorial: Proyecto Hombre, España.
- Secades Villa, Roberto & Fernández Hermida, José Ramón (2001) *Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína*, *Psicothema* Vol. 13, no 3, pp. 365-380 Copyright © 2001 Psicothema
- Secades Villas, R. & Fernández Hermida J.R. (2000) *Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias*, *ADICCIONES*, VOL.12 NÚM. 3 • PÁGS. 353/363.
- SENDA (2014) *Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011 – 2014*
- Soto, C (2011) *Psicoanálisis Análisis Aplicado al Tratamiento de adicciones en Comunidad Terapéuticas ¿Posible o Imposible?* U. De Chile, Facultad de Medicina
- Tatarsky (2002) *Psicoterapia de reducción de daños: Un nuevo tratamiento para problemas de drogas y alcohol*.

Artículos Web

- ALVARADO, S.(s.f.). El proceso de recaída. Recuperado el 20 de Julio de 2015 de <http://www.adicciones.org/recuperacion/recaida.html>
- Odd Magnus Venas, Familias Disfuncionales, FATELA (2011), Artículo recuperado el 28 de Abril de 2015 <Monografía-sobre-familias-disfuncionales_Odd-Magnus.pdf >
- Peña Delgado, José & Cortes Roberts, Luara, Corrientes Psicologicas presenten el proyecto hombre; 2008, articulo recuperado el 10 de Julio de 2015, www.proyectohombre.es/archivos/3.pdf
- Rodríguez Martínez, A , Pinzón Pulido SA , Máiquez Pérez A , Herrera Jáimez, J , De Benito Torrente, M , Cuesta Ortiz, E; ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa «libre de drogas» en prisión?, articulo recuperado el 10 de Julio de 2015, www.samfyc.es/Revista/PDF/v5n1/04.pdf.
- Sadoval Moya, Juan, Producción discursiva y problemas Sociales. El ejemplo de la construcción social del problema del consumo de pasta base, articulo recuperado el 4 de Julio de 2015, <http://www.cidpa.cl/wp-content/uploads/2013/05/7.10-Moya.pdf>
- Silvana Rodríguez, Dilucidando desde el Trabajo Social, dificultades y posibilidades de la intervención en drogadicción, articulo recuperado el 4 de Julio de 2015, http://www.edumargen.org/docs/curso51/unid3/apunt06_03.pdf

IX .- ANEXOS

Anexo N° 1: Cuestionario

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO

INDICACIONES PARA RESPONDER EL CUESTIONARIO
--

A continuación aparecen una serie de preguntas, marque con una X la respuesta o respuestas que más se aproxime a su situación y si la selección lo requiere escriba la respuesta.

Te vamos a preguntar sobre el consumo de sustancias que has tenido desde que dejaste el programa comunidad terapéutica valdocco, es decir, desde que obtuviste el alta terapéutica, hasta la actualidad.

Consumo de alcohol.

1) ¿Consumes alcohol?. Si la respuesta es negativa pase a la pregunta N° 5.

- a.- Si
- b.- No

2) ¿Qué tipo de alcohol?

- a.- Vino
- b.- Pisco, Ron, whisky
- c.- Petaca de 500, Monotop
- d.- Otro, especifique _____

3) ¿Con qué frecuencia?

- a.- Una vez al mes
- b.- Una vez a la semana
- c.- Más de una vez a la semana
- d.- Todos los días
- e.- No responde

4) ¿Cuánto dinero mensualmente ocupas en el consumo de alcohol? \$

5) ¿Cuáles crees que han sido las razones que te llevaron a consumir? (Determinantes intrapersonales).

Marca solo uno

1	Afrontar la frustración y la ira.	
2	Afrontar otros estados emocionales negativos.	
3	Afrontar estados físicos asociados con el uso previo de sustancias.	
4	Afrontar estados físicos negativos.	
5	Realce de estados emocionales positivos.	
6	Poner a prueba el control personal.	
7	Ceder a tentaciones o deseo en presencia de señales asociadas al alcohol.	
8	Ceder a tentaciones o deseo en ausencia de señales asociadas al alcohol.	

Consumo de drogas.

6) ¿Consumes drogas?. Si la Respuesta es negativa pasa a la pregunta N° 8

- a.- Si
- b.- No

7) ¿Qué tipo de droga?. Puede marcar mas de una respuesta.

- a.- Pasta Base
- c.- Cocaína
- d.- Marihuana
- e.- Psicotrópicos (pastillas)
- f.- Inhalantes
- f.- Otros, especifique: _____

8) ¿Con qué frecuencia?

- b.- Una vez al mes

- c.- Una vez a la semana
- d.- Más de una vez a la semana
- e.- Todos los días
- f.- No responde

9) ¿Cuándo dinero mensualmente ocupas en el consumo de drogas? \$ _____

10) ¿Cuáles crees que han sido las razones que te llevaron a consumir? (Determinantes intrapersonales).

Marca solo uno

1	Afrontar la frustración y la ira.	
2	Afrontar otros estados emocionales negativos.	
3	Afrontar estados físicos asociados con el uso previo de sustancias.	
4	Afrontar estados físicos negativos.	
5	Realce de estados emocionales positivos.	
6	Poner a prueba el control personal.	
7	Ceder a tentaciones o deseo en presencia de señales asociadas a la droga.	
8	Ceder a tentaciones o deseo en ausencia de señales asociadas a la droga.	

Desde las preguntas N° 11 a la N° 34 se abordan preguntas referidas a la dimensión personal, para conocer como ha sido su integración en el mundo social a nivel personal y familiar.

Dimensión personal

11) ¿Dónde ha estado viviendo usted el último mes?

- a.- En casa o departamento propio
- b.- En casa o departamento arrendado
- c.- En pieza arrendada
- d.- De allegado
- e.- En la calle o caleta
- f.- Otro (especificar) _____

12) ¿De dónde obtiene dinero para sus gastos?

- a.- Trabajo
- b.- Familiares
- c.- Robo Familia
- d.- Robo
- e.- Amigos
- f.- Pidiendo en la calle
- g.- Subsidios del gobierno
- h.- Trafico de drogas
- i.- Otros (especifique) _____

Dimensión laboral

13) ¿Usted tiene trabajo? (Si la respuesta es “no” siga a la pregunta 17)

- a.- Si
- b.- No
- c.- No, pero busca uno.

14) ¿Qué tipo de trabajo tiene?

- a.- Trabajo fijo con contrato.
- b.- Trabajo temporal con contrato.
- c.- Trabajo sin contrato.
- d.- Trabajo con familiares.
- e.- Robos

15) ¿Hace cuánto tiempo está en ese trabajo?

- a.- Hace 1 mes
- b.- Hace más de 3 meses
- c.- Hace más de 6 meses

d.- No sabe o no recuerda

16) ¿En qué sentido ha cambiado su satisfacción en el trabajo en comparación a su etapa anterior al tratamiento? (si no ha trabajado no se contesta)

a.- Empeoró mucho.

b.- Empeoró

c.- Sin Cambios

d.- Mejoró

e.- Mejoró mucho

Dimensión educacional / Capacitación

17) ¿Está estudiando en estos momentos?

a.- Si

b.- No

c.- No, pero, tiene interés de hacerlo

18) Si la respuesta es positiva indique que estudia: _____

19) ¿Ha participado en Capacitación laboral? (Si la respuesta es “no” siga a la pregunta 21)

a.- Si

b.- No

c.- No, tiene interés en hacerlo, pero, no cumple los requisitos.

20) ¿La formación que ha realizado te ha servido para obtener empleo?

a.- No

b.- Sí, en alguna medida.

c.- Sí, en gran medida

Dimensión Judicial / valores pro-sociales

21) El tratamiento en la comunidad le a servido para:

Nº	Pregunta	NADA	POCO	NORMAL	BASTANTE	MUCHO
1	Aprender a vivir con los demás.					
2	Relacionarme mejor con mi familia.					
3	Relacionarme mejor con mi familia.					
4	Ser más responsable.					
5	No cometer delitos.					

22) Número de veces que ha sido detenido tras el alta. _____

23) Número de veces que sido condenado por delitos de causas posteriores al alta. _____

Dimensión Familiar

24) ¿Con quiénes vive?

- a.- Vive solo
- b.- Vive con personas que no son familiares
- c.- Vive con familiares (Padre, madre y/o hermanos)
- d.- Vive con pareja
- e.- Vive con pareja e hijos
- f.- Otro _____

25) Mantiene contacto con su familia (Si la respuesta es “**Siempre – Casi siempre – A veces**” pase a la pregunta 26, sino pase a la 27)

- a.- Siempre
- b.- Casi siempre
- c.- A veces
- d.- Nunca

e.- No responde

26) ¿Su familia le da apoyo cuando usted lo necesita?

- a.- Siempre
- b.- Casi siempre
- c.- A veces
- d.- Nunca
- e.- No responde

27) ¿Participa de actividades familiares?

- a.- Siempre
- b.- Casi siempre
- c.- A veces
- d.- Nunca
- e.- No responde

28) ¿Consume habitualmente algún miembro de tu familia las siguientes drogas? (en hermanos/as indica número)

DROGA	Pareja	Padre	Madre	Hermanos/as (indique cantidad)	Otros
Alcohol					
Pasta Base					
Cocaína					
Marihuana					
Psicotrópicos (Pastillas)					
Inhalantes					

Si otras drogas, especificar _____

Si otros familiares, especificar _____

Dimensión Social

29) Si tiene algún problema ¿Dónde acude y busca ayuda?

- a.- Con familiares
- b.- Con amigos
- c.- Centro de Salud
- d.- Municipalidad
- e.- Iglesia
- f.- Organizaciones sociales
- g.- Otros (especifique) _____

30) A su juicio, ¿ha cambiado su grado de satisfacción en el uso que hace de su tiempo libre tras el alta?

- a.- Empeoró mucho.
- b.- Empeoró.
- c.- sin cambios.
- d.- mejoró.
- e.- mejoró mucho.

31) Tras el alta, ¿Con qué frecuencia realiza en su tiempo libre alguna de las siguientes actividades? (marque con una cruz lo que corresponda).

1	Deportivas	(0) nunca.	(1) algunas veces.	(2) frecuentemente.
2	Culturales	(0) nunca.	(1) algunas veces.	(2) frecuentemente.
3	Ocio	(0) nunca.	(1) algunas veces.	(2) frecuentemente.
4	Ningunas	(0) nunca.	(1) algunas veces.	(2) frecuentemente.

32) ¿Tiene un grupo de amigos no consumidores con los que realiza actividades frecuentemente?

- a. Si
- b. No

33) A su juicio, ¿las herramientas adquiridas durante su tratamiento le han servido para abordar su vida de mejor manera?

- a.- Siempre
- b.- Casi siempre
- c.- A veces
- d.- Nunca
- e.- No responde

34) A su juicio, ¿ha cambiado su bienestar de vida post tratamiento?

- a.- Empeoró mucho.
- b.- Empeoró.
- c.- sin cambios.
- d.- mejoró.
- e.- mejoró mucho.

MUCHAS GRACIAS