

ABRIENDO PUERTAS

Programa para la Integración
Socio ocupacional de personas drogodependientes

ABRIENDO PUERTAS

Programa para la Integración Socio ocupacional de personas
drogodependientes.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE)

Ministerio del Interior

Gobierno de Chile

I.S.B.N: 956-7808-40-6

Equipo Responsable: Área Técnica de Prevención

Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación

CONACE

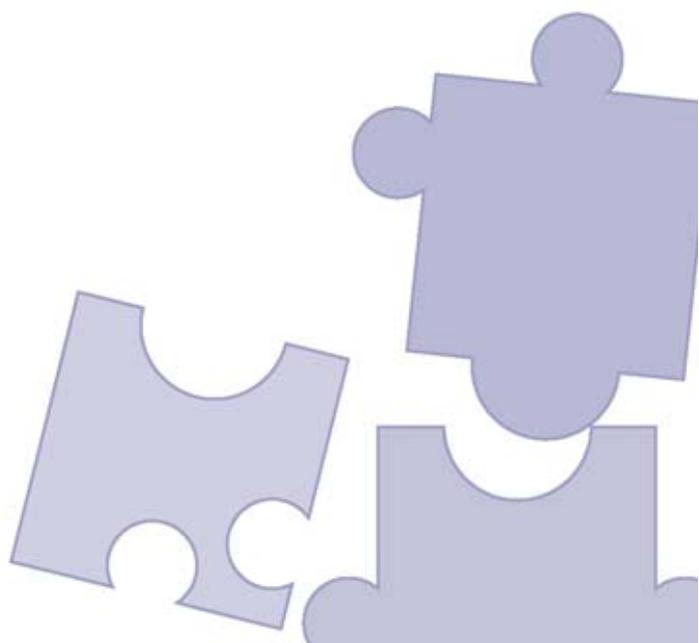
Diseño: Ocho Libros Editores

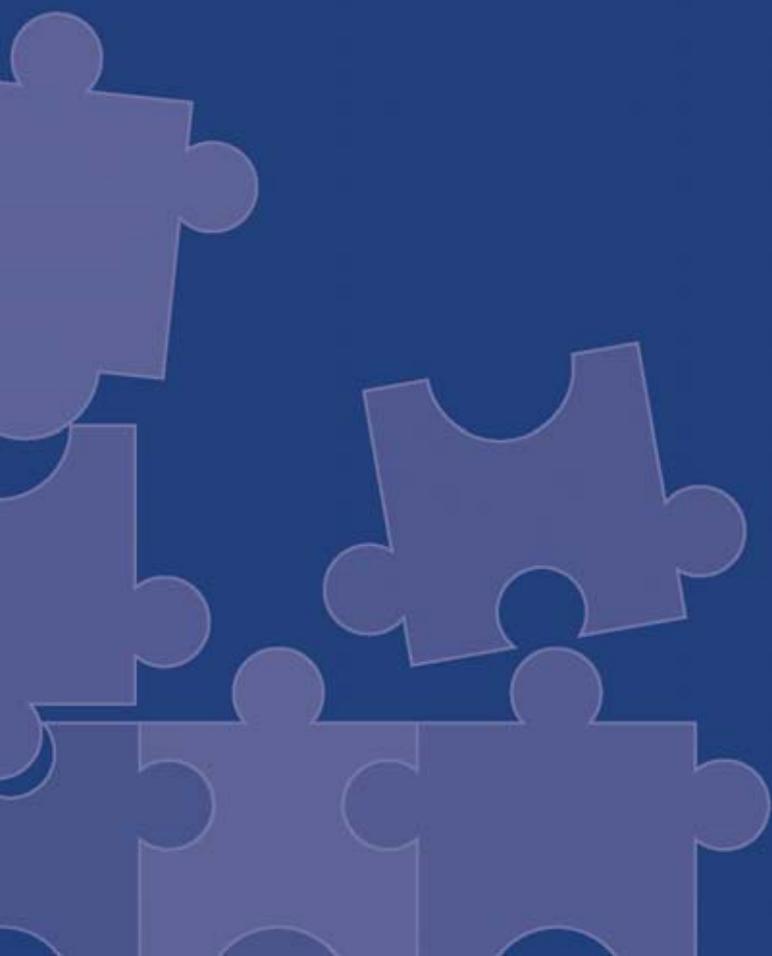
Impresión: Editora e Imprenta Maval

Santiago de Chile, 2004

“Todos los días se nos recuerda que, para todos/as, el trabajo es un rasgo que define la existencia humana. Es el medio de sustento y de satisfacción de las necesidades básicas. Pero es también una actividad por la que los individuos afirman su identidad, para sí mismos y para aquellos/as que los rodean. Es crucial para la elección individual, el bienestar de las familias y la estabilidad de las sociedades”.

Juan Somavía, Director General de la OIT, Junio de 2001
“El derecho al trabajo decente de las personas con discapacidades”





PRESENTACIÓN	6
I. ANTECEDENTES	8
• Contextualización del fenómeno de la drogodependencia en Chile	8
• Principios orientadores de los programas de tratamiento y rehabilitación de las drogodependencias	12
• La red asistencial en drogodependencias	13
• Planes de tratamiento por niveles de complejidad	15
II. OBJETIVOS DEL PROGRAMA	18
III. PRINCIPIOS DEL PROGRAMA	19
IV. BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA	22
V. CONCEPTOS RELEVANTES PARA LA INTEGRACIÓN SOCIO OCUPACIONAL	23
• La exclusión social de las personas drogodependientes	23
• ¿Cómo enfrentar la exclusión social del grupo de personas drogodependientes?	
Se busca: (re)insertar; (re)habilitar o integrar	28
• La ocupación como camino hacia la integración	29
VI. EL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA (MHO)	31
• Subsistema de volición o motivación	32
• Subsistema de habituación o aprendizaje	34
• Subsistema de ejecución	35
VII. EL MODELO BIOPSIOSOCIAL	39
VIII. MODELO DE INTEGRACIÓN SOCIO OCUPACIONAL DEL USUARIO	43
1. Diagnóstico Socio ocupacional	45
2. Itinerario de integración del usuario	47
3. Seguimiento del itinerario de integración del usuario	53
IX. FACTORES ESTRATÉGICOS EN LA INTEGRACIÓN SOCIO OCUPACIONAL	57
1. Red familiar	57
2. El grupo social de referencia	60
3. El nivel de educación y formación	62
4. Situación del empleo	64
5. Problemas legales y/o judiciales asociados	68
X. ANEXOS	70
• Ficha socio ocupacional	70
• Entrevista para la integración socio ocupacional	77
• Pauta de evaluación del mediador/a	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
DIRECCIONES DE OFICINAS CONACE	84

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE, en el marco de la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2003-2008 propone la utilización del programa “Abriendo Puertas” para integración socio ocupacional de personas drogodependientes como una herramienta que potencia y facilita el proceso de reinserción social de los usuarios de los centros de tratamiento y rehabilitación del país.

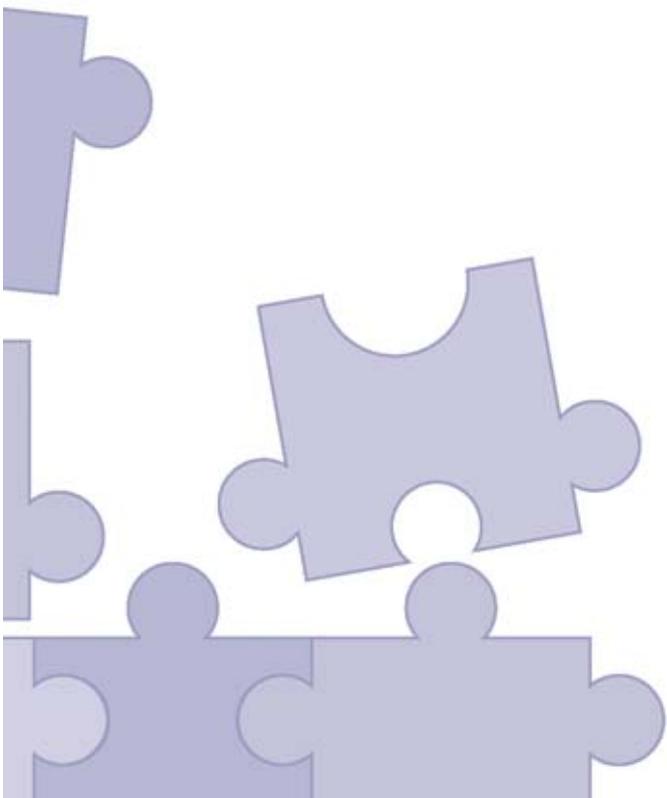
Este documento es una guía conceptual y metodológica que pretende orientar el quehacer de los terapeutas, profesionales, mediadores y técnicos que intervienen en el proceso de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas.

Su estructura está diseñada en dos niveles, primero da a conocer los antecedentes que justifican el programa, el marco conceptual y principios de la integración socio ocupacional para drogodependientes, y luego entrega elementos metodológicos y prácticos para la intervención directa con el usuario a través de itinerarios individualizados para la integración y la coordinación entre éstos y los servicios sociales de la comunidad en general que pueden contribuir a disminuir el estigma social de las personas dependientes de sustancias y a apoyar su integración como miembros sanos y productivos de la comunidad.

Esta iniciativa surge a partir de conocer la experiencia internacional en la materia, estudios nacionales y las evaluaciones del Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento realizados por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, que han demostrado que las personas con problemas relacionados con drogas suelen tener múltiples carencias en una variedad de esferas personales, sociales y económicas. Por otra parte, si bien los aspectos sociales que deben acompañar al proceso de reinserción social están definidos y en la mente de muchos profesionales y en los equipos de atención, nos señalan los estudios que se realizan pocas actuaciones integrales y sistemáticas destinadas a cubrir la mayor parte de esos factores asociados, que posibiliten a su vez una integración socio ocupacional efectiva de los usuarios de programas de tratamiento y rehabilitación.

Por lo anterior el programa pretende favorecer este proceso a través de un mecanismo que incorpore desde el tratamiento intervenciones sociales específicas en conjunto con el apoyo de un/a profesional mediador/a que facilite la integración socio ocupacional de estas personas a una vida normalizada, a fin de:

- Optimizar los recursos públicos y privados, planes, programas y proyectos de actuación en el ámbito social y laboral, planes de inclusión social, nivelación de estudios, asistencia familiar, etc.
- Operativizar nuevos conceptos de integración socio ocupacional, con itinerarios de integración socio ocupacional personalizada.
- Impulsar que el proceso de reinserción social se incorpore como un objetivo transversal en los programas de tratamiento y rehabilitación.
- Complementar y coordinar los recursos existentes con los recursos específicos de la integración socio ocupacional en apoyo a la población drogodependiente.
- Sistematizar una metodología que permita: la unificación de criterios, actuaciones, diagnósticos y planes de integración social de las personas drogodependientes en tratamiento.



I. ANTECEDENTES

CONTEXTUALIZACIÓN DEL FENÓMENO DE LA DROGODEPENDENCIA EN CHILE

El tres por ciento de la población del planeta, unos 180 millones de personas, consume drogas ilegales —y habitualmente más de una sustancia—, según lo que revela el Informe Mundial sobre la Droga de la ONU (Enero 2001). Se asevera en casi todos los países que la droga más consumida es la cannabis, tanto en hierba (marihuana) como en resina (hachís).

Chile no está ajeno a este problema de carácter mundial. El fenómeno de la droga en nuestro país ha sido considerado como uno de los temas emergentes de la última década. La preocupación ciudadana y de las autoridades se ha hecho notar crecientemente a través de diversas acciones implementadas para conocer más acerca del fenómeno, definir las posibles medidas a desarrollar y promover la coordinación intersectorial para aunar esfuerzos en los programas emprendidos. Por otra parte, en los últimos años diversos estudios sociales dan cuenta de la magnitud del fenómeno.

Si bien es cierto el consumo inmoderado de alcohol continúa siendo uno de los problemas de salud pública más significativo, no es menos cierto que la rápida introducción de drogas ilegales al país, como la pasta base de cocaína en la década de los ochenta, ha representado un desafío adicional que ha requerido más de una década de grandes esfuerzos de adecuación institucional de los organismos competentes y de la ciudadanía en general, en la búsqueda de un camino que impida la propagación del consumo y la penetración de drogas nuevas con mayor poder adictivo y modalidades de uso de más alto riesgo sanitario (drogas inyectables).

Desde la década de los noventa y hasta la fecha CONACE ha realizado cinco estudios epidemiológicos en hogares, de carácter nacional. Los resultados muestran en general un incremento sostenido del consumo de cocaína y pasta base de cocaína, con una estabilización de esta última y una pequeña disminución de la marihuana en el estudio del año 2002.¹

1. Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile, 2002. Consejo Nacional Para el Control de Estupefacientes. Gobierno de Chile.

Además, la prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante el último año alcanza un 5,68%, lo que equivale a un total de 476.000 personas. La droga ilícita más consumida en Chile es la marihuana, con una tasa de consumo de 5,17 por cada 100 individuos. Le sigue la tasa de consumo de clorhidrato de cocaína con 1,57%. La pasta base presenta una tasa de consumo de 0,51%.

El uso reciente de drogas (prevalencia último año) se concentra en personas de 14 a 34 años de edad; una de cada diez personas declara haber usado drogas ilícitas en este grupo específico.

El uso de drogas ilícitas es siempre mayor en los hombres, en todas las edades y poblaciones estudiadas.

En relación a la dependencia de sustancias, que hace referencia a síntomas de privación, tolerancia y uso recurrente de drogas, se puede mencionar que las tasas de dependencia de cocaína y pasta base son más altas entre las mujeres.

La dependencia de alcohol es más alta entre los hombres, los jóvenes y en las personas de bajo nivel socioeconómico. A pesar de que la droga permea todos los estratos socioeconómicos, la presencia de usuarios recientes es algo mayor en los sectores de menos ingresos. Las tasas de dependencia de drogas ilícitas son siempre más altas en el nivel socioeconómico bajo.

La dependencia de drogas siempre es mayor entre los más jóvenes. Mientras que los hombres (12-18 años) aumentaron en tres puntos porcentuales la tasa de uso de alcohol, las mujeres aumentaron en seis puntos porcentuales durante el bienio. Los menores (12 a 18 años) que desertan del sistema escolar y se dedican a trabajar o buscan trabajo tienen tasas de consumo de marihuana cinco veces más altas y cuatro veces más altas en cocaína, que los escolarizados.

Los jóvenes de 19 a 25 años en relación al estudio anterior disminuyeron sus tasas de consumo de marihuana y pasta base, pero aumentaron el uso de cocaína. Las drogas ilícitas son de fácil acceso tanto para la población en general como para los menores. Por ello es que una respuesta efectiva al problema de las drogas debe orientarse a la reducción de la demanda y oferta de drogas.

Finalmente, en relación con el perfil del consumo de drogas ilícitas en Chile, se puede advertir lo siguiente:

- Mayor consumo en hombres que en mujeres.
- Mayor frecuencia, intensidad y dependencia en el nivel socioeconómico bajo.
- Mayor consumo en adultos jóvenes (19-34 años de edad).
- El consumo en menores (12-18 años) es alto, pero con tendencia a la baja.
- Los desertores escolares son una población de alto riesgo.
- Existe asociación entre uso de drogas y comisión de delitos. A mayor cantidad de causas y condenas, mayor asociación a uso de drogas en delitos.
- Los menores de la línea infractores SENAME tienen altas tasas de consumo.
- Los menores tienen menor percepción de riesgo.
- Menores y jóvenes están expuestos a mayor oferta.

Los consumidores abusivos o dependientes de drogas ascienden a 209.799 personas entre 12 a 64 años, de ellos 37.340 declaran necesitar tratamiento. El año 2003 fueron atendidas 11.885 personas por consumo problemático de drogas en los 227 centros que ofrecieron planes de tratamiento, en convenio con CONACE, en el país, lo que permite afirmar que la oferta de tratamiento es inferior a la demanda potencial de atención. Brecha que constituye un enorme desafío.

El tratamiento y la rehabilitación de personas consumidoras problemáticas de drogas, es un proceso complejo que requiere de una comprensión del problema en todas sus dimensiones –personal, familiar, social–, amerita intervenciones terapéuticas especializadas con un equipo de profesionales y técnicos entrenados, motivados y comprometidos con una acción que conlleva tolerar en ocasiones, la frustración de un trabajo que no siempre consigue los logros esperados.

Si bien la abstinencia del consumo es un objetivo del tratamiento, también la eficacia del mismo considera modificaciones conductuales y de estilo de vida que van más allá de la cesación del consumo. La incorporación de las personas a una vida normalizada, con autonomía y desarrollando una vida sana, requiere de esfuerzos de los usuarios, sus familias, los centros de tratamiento y la comunidad en su conjunto. Una vez que la persona abandona el consumo y está preparada para funcionar en la vida cotidiana, es necesario que sea acogida por la sociedad, con oportunidades reales y sin estigmas, para que el cambio logrado, se mantenga y perpetúe en el tiempo.

PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), SALUD no es sólo ausencia de enfermedad, sino que se define como “el estado de bienestar biopsicosocial que puede ser alterado, entre otras causas, por un consumo problemático de sustancias”.

En tanto la salud es un derecho, el Estado debe garantizar las condiciones necesarias y las oportunidades suficientes para que los individuos alcancen una situación de bienestar general y desarrollen un estilo de vida saludable. El actuar congrega todas las intervenciones, acciones y orientaciones cuyo principal objetivo sea promover la salud de las personas.

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

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

El compromiso institucional con estos ocho principios permite incorporar en la Estrategia Nacional de Drogas 2004-2008 un objetivo estratégico para el ámbito de tratamiento, rehabilitación y reinserción social:

“Rehabilitar y reinserter socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas, mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción”.

LA RED ASISTENCIAL EN DROGODEPENDENCIAS²

La historia de la red asistencial para personas con consumo problemático de alcohol y drogas en Chile, data de las décadas cincuenta y sesenta, cuando surge la preocupación por el problema del consumo de alcohol y se instalan los primeros centros o unidades de desintoxicación (postas antialcohólicas). En la década de los setenta y en la década de los ochenta, surgen desde el sector privado solidario diferentes organizaciones no gubernamentales que desarrollan iniciativas y programas de atención, para población marginal y niños de la calle con consumo de solventes volátiles. A fines de los años ochenta, surgen las primeras comunidades terapéuticas basadas en el modelo dominicano y/o de orientación religiosa.

Pero es en la década de los noventa, específicamente en el año 1993, con la elaboración de la Política y Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, en donde se define como área prioritaria el beber problema y consumo de drogas. Se realizan entonces, acciones preventivas desde el sector público y a nivel comunitario a través de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM).

En el año 1994, con la promulgación de la ley 19.366, el **Ministerio de Salud** crea el programa de rehabilitación de personas con problemas de drogas y alcohol, a través de la contratación de profesionales en los Servicios de Salud del país, para la atención de la demanda de personas con problemas de drogas.

El Consejo Nacional Para el Control de Estupefacientes (CONACE), por intermedio de su **Secretaría Ejecutiva** otorga apoyo técnico y financiero a organizaciones que brindan tratamiento a través de la modalidad de proyectos concursables desde 1996 hasta 1998.

En 1999 se establece una alianza estratégica entre CONACE-MINSAL para la instauración del Subprograma de Tratamiento y Rehabilitación. Este otorga financiamiento a centros de tratamiento a través de la modalidad de compra de cupos ambulatorios y residenciales, que posibilita entregar tratamiento a personas de escasos recursos de país.

A fines del año 2001 el CONACE y MINSAL diseñan el **Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de sustancias estupefacien-**

2. Lineamientos Técnicos Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación CONACE 2003.

tes y/o psicotrópicas. Se trata de un programa que administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y en coordinación con el programa de Drogas y Alcohol de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, entrega apoyo técnico y financiero a centros de tratamiento públicos y privados acreditados e incorporados a una red asistencial de la jurisdicción correspondiente a los 28 servicios de salud del país, para la atención de personas con problemas derivados del consumo de sustancias ilícitas, a través de planes de tratamiento por niveles de complejidad.

Esta alianza intersectorial cuenta con la red de los Servicios de Salud, los cuales asumen la tarea de acreditar a cada uno de los centros públicos y privados de tratamiento que se ubican en su territorio jurisdiccional; asignar en conjunto con CONACE la carga de trabajo en rehabilitación que a cada uno de ellos le corresponde, en relación a la red asistencial disponible y a las necesidades de atención de la población a su cargo, y por último, asesorar en forma continua la marcha técnica del proceso de tratamiento y rehabilitación.

En la actualidad existen 186 centros de tratamiento públicos y privados distribuidos a lo largo del país que ofrecen planes de tratamiento básicos, intensivos y residenciales, a través del convenio CONACE-FONASA, de un total de 350 centros que otorgan programas de tratamiento acreditados por el Ministerio de Salud.

El mecanismo de supervisión y asesoría es sistemático y se realiza en coordinación entre los equipos CONACE regionales y los equipos de salud mental de los servicios de salud. El proceso comprende la visita a terreno y asesorías técnicas orientadas al mejoramiento de la calidad de la atención, detectando las fortalezas y debilidades de los centros, así como también las necesidades permanentes de capacitación de los equipos.

La focalización de los planes considera el concepto de equidad, por lo tanto se decide mayor inversión en la jurisdicción geográfica con mayor prevalencia de consumo, más bajo índice de desarrollo humano, con mejor potencial de ampliar la oferta de tratamiento y con menor inversión de otros sectores en este tema.

Los datos de prevalencia obtenidos del tercer y cuarto Estudio Nacional de CONACE, fueron utilizados para efectuar la distribución mencionada, al inicio del programa (Septiembre 2001).

Este programa de apoyo incluye una evaluación de proceso donde se analiza la estructura de los planes en toda su dimensión y otra de resultado del tratamiento y rehabilitación a través una cohorte por plan, que realiza la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, por indicación de CONACE.

En el marco del mejoramiento de la calidad y estándares de la atención de los usuarios y sus familias, se ha capacitado en forma continua a los equipos de los centros de tratamiento, fortaleciendo principalmente el desarrollo de habilidades y destrezas terapéuticas específicas que promuevan la adherencia a los programas.

PLANES DE TRATAMIENTO POR NIVELES DE COMPLEJIDAD

Los planes de tratamiento, corresponden a un diseño estructurado para el tratamiento de las personas consumidoras problemáticas de drogas, que se ajusta a los diferentes perfiles (abusadores y dependientes de drogas ilícitas) y a los niveles de compromiso biopsicosocial que presentan, como consecuencia de su historia de consumo, es decir número, intensidad y gravedad de los problemas personales, sociales, familiares, laborales, judiciales, etc.

Los planes comprenden intervenciones de gradiente de intensidad y frecuencia terapéutica, en la lógica del principio o estrategia de trabajo en red que garantice el acceso y la continuidad de la atención.

a) Plan de Intervención de Primera Respuesta

Este plan está diseñado para recibir todos los consultantes que requieran tratamiento. Cumple la función de ser la puerta de entrada al sistema; debe captar, acoger y evaluar a la persona y su entorno sociofamiliar; realizar diagnóstico individual y compromiso biopsicosocial, resolver en el caso de los consultantes consumidores no problemáticos de drogas, y derivar asistidamente a los consultantes consumidores problemáticos de drogas, al lugar que le corresponde para continuar tratamiento. El centro principal prestador de este plan es la atención primaria de salud.

El plan Primera Respuesta, a partir del año 2004, fue asumido financieramente por el Ministerio de Salud.

b) Plan Ambulatorio Básico

El perfil del consultante derivado a este plan, corresponde a un abusador o dependiente de drogas ilegales, sin patología psiquiátrica grave, con compromiso biopsicosocial moderado. Es un plan que ofrece atención tres veces por semana, al menos dos horas cada vez, con prestaciones individuales, grupales y familiares, realizadas por un equipo multiprofesional y técnicos en rehabilitación acreditados. Este plan se asigna principalmente a centros de salud mental familiar (COSAM), Centros de Atención Primaria de Salud más equipados, hospitales o centros diurnos, y comunidades terapéuticas ambulatorias.

c) Plan Ambulatorio Intensivo

El perfil del consultante derivado a este plan, es el de un abusador o dependiente de drogas ilegales, con moderada y estabilizada patología psiquiátrica, con compromiso biopsicosocial moderado-severo. Es un plan que ofrece atención cinco veces por semana, al menos cuatro horas cada vez, con prestaciones individuales, grupales y familiares, realizadas por un equipo multiprofesional y técnicos en rehabilitación acreditados. Este plan se asigna principalmente a hospitales o centros diurnos, comunidades terapéuticas ambulatorias y Centros de Salud Mental (COSAM) más equipados.

d) Plan Residencial

El perfil del consultante derivado a este plan, es dependiente de drogas ilegales, con moderada a severa patología psiquiátrica compensada, con compromiso biopsicosocial severo. Es un plan que ofrece atención de 24 horas diarias, con días cama, con régimen de actividades o prestaciones similares al plan ambulatorio intensivo, más actividades del fin de semana, con prestaciones individuales, grupales y familiares, realizadas por un equipo multiprofesional y técnicos en rehabilitación acreditados. Este plan se asigna principalmente a comunidades terapéuticas.

Los siguientes dos planes de tratamiento pertenecen al concepto denominado “planes complementarios de especialidad”, que no entran en el programa de apoyo de tratamiento y rehabilitación de CONACE, por lo cual queda incorporado exclusivamente en el programa matriz del Ministerio de Salud.

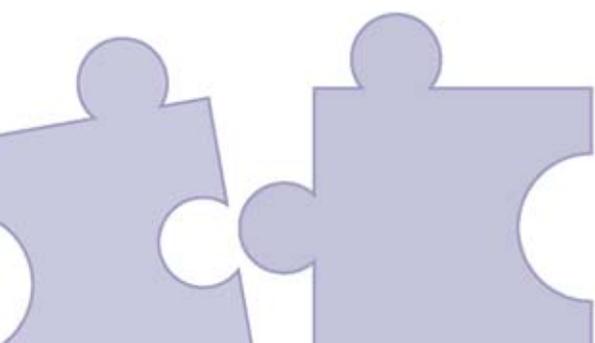
e) Plan de Desintoxicación y Manejo del Síndrome de Deprivación

El perfil del consultante derivado a este plan, es el de una persona dependiente de drogas ilegales, sin patología psiquiátrica grave, con compromiso biopsicosocial severo, que no pudo abstenerse ambulatoriamente o en régimen residencial, pero que continúa motivado por su tratamiento; generalmente requiere una evaluación psiquiátrica-psicológica-social en profundidad, y apoyo en el manejo de su síndrome de deprivación inmediato. Es un plan que ofrece atención de 24 horas diarias, con días cama, con régimen de actividades o prestaciones de alta especialidad y alta intensidad. Las prestaciones son individuales, grupales y familiares, realizadas por un equipo multiprofesional, técnicos en rehabilitación acreditados y auxiliares paramédicos entrenados en drogas. Su duración máxima es de 15 a 21 días. Este plan se asigna principalmente a unidades de Desintoxicación en hospitales psiquiátricos o de servicios de psiquiatría de hospital general, o extrahospitalaria pero de alta especialidad.

f) Plan de Compensación de Patología Dual

El perfil del consultante derivado a este plan, es el de una persona dependiente de drogas ilegales, con patología psiquiátrica grave concomitante, con compromiso biopsicosocial severo, que no pudo abstenerse del consumo de drogas ni compensar su trastorno psiquiátrico grave en forma ambulatoria o en régimen residencial; generalmente requiere una evaluación psiquiátrica-psicológica-social en profundidad, y apoyo en el manejo de su síndrome de privación inmediato y su descompensación psiquiátrica.

Es un plan que ofrece atención de 24 horas diarias, con días cama, con régimen de actividades o prestaciones de alta especialidad y alta intensidad. Las prestaciones son individuales, grupales y familiares, realizadas por un equipo multiprofesional, técnicos en rehabilitación acreditados y auxiliares paramédicos entrenados en drogas. Su duración máxima es de 45 días. Se le asigna principalmente a unidades de Patología dual intrahospitalaria de hospitales psiquiátricos o de servicios de psiquiatría de hospital general, o extrahospitalaria pero de alta especialidad.



II. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIO OCUPACIONAL

OBJETIVO GENERAL

Fomentar y facilitar la integración socio ocupacional de las personas drogodependientes en proceso de rehabilitación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Facilitar herramientas de diagnóstico y evaluación que permitan identificar factores internos y externos que influyen en la integración socio ocupacional de los drogodependientes de los centros de tratamiento.
2. Determinar las condiciones organizativas y del contexto necesarias para lograr la integración socio ocupacional de las personas drogodependientes.
3. Fomentar el entrenamiento de habilidades y destrezas personales para la reinserción socio ocupacional de los drogodependientes, al interior de los centros de tratamiento.
4. Aportar a los procesos de autonomía de los usuarios, a través de la capacitación y formación en técnicas y herramientas sociales, que incentive actitudes y aptitudes de responsabilidad y mayor oportunidad al momento de la búsqueda de la inserción laboral y social.
5. Fortalecer la integración socio ocupacional de los drogodependientes a través del trabajo con mediadores sociales.



III. PRINCIPIOS DEL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIO OCUPACIONAL

El presente programa busca acercar los servicios sociales y ocupacionales existentes para la población general, hacia las personas drogodependientes, realizando las adecuaciones necesarias en la persona y el entorno con el fin de llegar a todos los usuarios de los programas de tratamiento y rehabilitación en la etapa de reinserción social.

Para que la formulación del programa sea amplia y se ajuste lo mejor posible a la realidad y diversidad de perfiles presentes en los centros de atención necesita introducir una serie de elementos, como los que se describen a continuación:

- **El proceso de integración socio ocupacional comienza desde el ingreso de la persona en tratamiento y rehabilitación en drogas, hasta el período de seguimiento post egreso o alta.** Los problemas generados por el abuso de drogas se pueden tratar eficazmente en la mayoría de los casos si las personas afectadas tienen acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación apropiados para atender a sus necesidades particulares, tanto en la calidad, intensidad y duración suficientes. Sin embargo, ningún programa de tratamiento resulta efectivo si con posterioridad al mismo, la persona no logra construir un estilo de vida saludable e integrarse en la sociedad desarrollando una vida normalizada. Por esto es necesario contemplar desde al comienzo y a lo largo del tratamiento intervenciones que incluyan el trabajo de variables socio ocupacionales, así como la prevención de recaídas, entre otros.
- **Las acciones que se lleven a cabo deben estar destinadas fundamentalmente a reforzar las capacidades que el usuario ya posee y no sus carencias,** aunque no se debe desestimar el trabajo dirigido a modificar determinadas debilidades y dificultades que éste presente.
- **Se debe evitar la duplicidad de recursos,** recurriendo a los que ya existen y fomentando la sinergia entre ellos. Esto no quiere decir que se imposibilite la generación de recursos específicos si la situación lo requiere. Hay que recordar que algunos usuarios ya han utilizado un sinnúmero de recursos específicos del sistema asistencial y saben que para cada uno de ellos, es necesario contar su historia de vida según el recurso solicitado, lo que en algunos casos les ha traído buenos resultados y en otros a provocado

frustraciones que lo alejan aún más del sistema; por lo tanto, se debe promover una visión de que los recursos son integrales y que su función es apoyar a la persona drogodependiente en busca de su autonomía, evitando el enfoque asistencial.

- **El programa debe incluir todos los perfiles socio ocupacionales.** Se asume que hay personas que nunca van a acceder a un empleo normalizado, regular y a tiempo completo. Lo contrario será engañar a los usuarios con ese perfil, enviándoles al fracaso seguro. El programa se basa en la creencia de que hay que buscar fórmulas alternativas al empleo, como la educación, incorporación en actividades ocupacionales y de participación social, roles parentales positivos, etc. que den respuestas a la necesidad de toda persona de estar vinculada socialmente, de poseer un espacio donde desarrollar sus capacidades y tener el sentimiento de que su aporte a la sociedad es valioso y tomado en cuenta. En definitiva, la concepción que guía esta propuesta sería la de una ocupación socialmente útil y no la del empleo como única alternativa. Se debe respetar el marco cultural de las personas que se someten a tratamiento, ya que muchos de ellos practican una economía de subsistencia que no tiene el trabajo estable como una conducta deseable, pero si con ello logran ser y sentirse efectivos y cumplir con los roles asignados y asumidos, los objetivos terapéuticos deben darse por satisfechos.
- **La intervención destinada a la integración socio ocupacional debe estar diferenciada de la psicoterapéutica pero en estrecha complementariedad,** con el fin de no superponer actuaciones y delimitar de forma clara las funciones que debe realizar cada profesional. El programa se regirá entonces por el principio de complementariedad y trabajo multidisciplinario. Esto se debe traducir en un trabajo conjunto, ya que resulta un tanto difícil pensar que los psicólogos no van a tocar elementos de la causalidad personal y que los terapeutas ocupacionales u otros profesionales no van a tocar elementos de la vida familiar e histórica del sujeto, al tratar de desarrollar habilidades de interpretación y de comunicación o al tratar de identificar el porqué el usuario presenta, por ejemplo, poca tolerancia a la autoridad de sus jefes.

- **La evaluación de resultados del programa no tendrá como foco principal el número de usuarios atendidos o el número de personas que se insertaron en el mundo laboral**, sino que utilizará indicadores más cualitativos como el grado de cambios que el usuario ha experimentado, desde la modificación de hábitos; rutina diaria, puntualidad, formación y capacitación, hasta la adopción de una perspectiva más realista de la situación del mercado de trabajo, la mayor motivación por la búsqueda de empleo, y la confianza en sí mismo.

Por otra parte, aunque el usuario encuentre empleo no indica que el programa sea un éxito. La permanencia en el trabajo, el logro de un nivel de autonomía respecto de las decisiones personales, la autopercepción de competencias y la satisfacción frente a lo que hace, son los mejores indicadores de logro.

Sin embargo, se considera que el trabajo sobre lo ocupacional y particularmente sobre la empleabilidad es una prolongación del proceso terapéutico en sí mismo: no puede concebirse como una actuación al margen del resto, sino que debe ser llevada con estrecha conexión y coordinación con las otras intervenciones, englobando todos los aspectos que habitualmente son considerados desde el ámbito de la intervención social. Se trabaja la empleabilidad tomando en cuenta que ésta sólo mejorará si a la vez se dan otras condiciones como la integración en una red social, condiciones de vivienda digna, establecimiento de vínculos de solidaridad, etc.



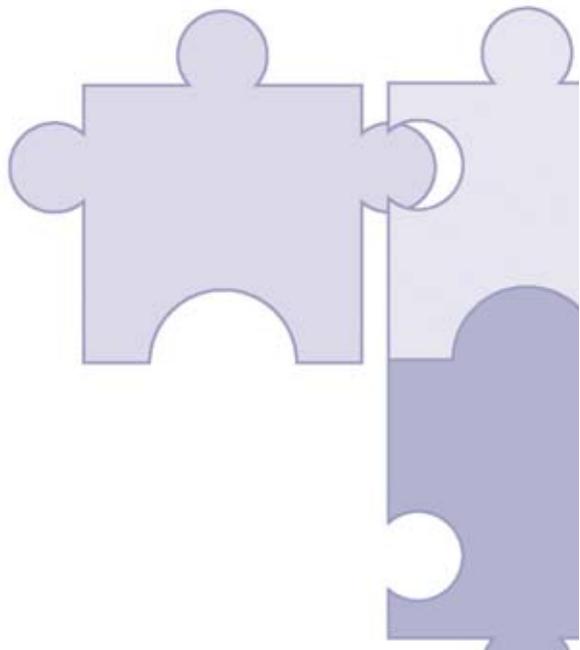
IV. BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA

Hombres y mujeres que presentan dependencia al consumo de drogas con compromiso biopsicosocial leve, moderado y severo y que se encuentran en la fase de reinserción social de un programa de tratamiento, en centros públicos y privados que ofertan planes básicos, intensivos y residenciales en el país.

Características de los usuarios del Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación:

- Son mayoritariamente hombres jóvenes, con una situación económica regular o mala, que precisan de una formación y capacitación que les facilite su inserción laboral inmediata o que desarrolle su empleabilidad para una proyección laboral a mediano plazo.
- Proviene de familias, con historias tempranas de abandono o negligencia en los cuidados, con dificultad para desarrollar autonomía e independizarse del sistema familiar.
- Se trata, en la mayor parte de los casos, de personas cuyas oportunidades de educación formal y de trabajo han sido pocas y/o de calidad deficiente. Cerca de la mitad de ellos presentan antecedentes de conflicto con la justicia, asociados a su historia de consumo.
- En el caso de aquellos que han tenido más oportunidades de integración, les ha sido difícil poder aprovecharlas, debido a factores internos y externos, entre ellos el consumo problemático de drogas.

Datos obtenidos del Sistema de supervisión-asesoría Estudio de Evaluación de los Planes Ambulatorio Básico, Intensivo y Residencial de las instituciones en convenio CONACE-FONASA 2003-2004.



V. CONCEPTOS RELEVANTES PARA LA INTEGRACIÓN SOCIO OCUPACIONAL

LA EXCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS DROGODEPENDIENTES

Lo primero que se debe considerar para diseñar iniciativas o propuestas que fomenten la integración socio ocupacional de las personas dependientes del consumo de drogas es definir la exclusión social en la que se encuentran.

El término “exclusión social” es reciente y es utilizado con la idea de ampliar el marco de análisis tradicional que se basa en el concepto de pobreza, culturalmente considerada como carencia o insuficiencia de recursos. Cuando se habla de exclusión se considera que el problema no es sólo material, sino de múltiple deprivación, resultado de una falta de oportunidades personales, sociales, políticas y económicas.

Se pueden encontrar así múltiples definiciones de exclusión social en el sentido de procesos que restringen o niegan la participación de las personas en la sociedad. El Consejo Económico y Social de Naciones Unidas 2004³ articula una de las definiciones más completas: **“el concepto de exclusión social engloba las causas y efectos de la pobreza y permite, además, designar los procesos, situaciones y mecanismos en función de los cuales una parte de la población, personas, grupos o territorios, quedan al margen de la participación en la vida social y económica”**.

Cuando se menciona el término exclusión social el concepto de participación adquiere una gran relevancia, en tanto es considerado como un proceso a través del cual se tiene control sobre las iniciativas, decisiones y recursos que afectan a la vida social, política y económica de la población. Se debe evitar el énfasis en lo individual en donde la pobreza es vista como una patología o enfermedad, para poner el acento en lo social.

Fiona Williams (1998) señala los tres cambios de foco de atención que implica el concepto de exclusión social:

- De centrarse en el ingreso y el gasto a centrarse en la multidimensionalidad. La exclusión social no puede reducirse a la carencia de medios económicos, sino que es efecto de una combinación de factores.

3. <http://www.un.org/spanish/documents/esc/>

- De una visión estática de la pobreza como estado a un análisis dinámico de la exclusión como proceso. El verbo de la exclusión social no es el “ser” sino el “estar”: se está en situación de exclusión social como consecuencia de una trayectoria, la cual, por su condición de transitoriedad, es transformable y reversible.
- De centrada en el individuo a centrada en la comunidad y, por tanto, de centrada en la intervención individual a centrada en el empoderamiento de las comunidades.

En este sentido se postula que la exclusión social tiene un carácter multidimensional y que es preciso atender al conjunto de sus dimensiones, las mismas que se refuerzan mutuamente:⁴

Dimensión económica

- desigual acceso a los recursos productivos: propiedad de la tierra, capital, crédito, empresas;
- limitado control sobre el trabajo propio, especialmente por las normas socioculturales;
- desigualdad de oportunidades para desarrollar sus capacidades y recursos para el trabajo: educación y capacitación;
- menores oportunidades para acceder al trabajo remunerado.

Dimensión sociocultural

- carencias sociales: escolaridad insuficiente, deficitario acceso a la salud;
- aislamiento, falta o pobreza de redes y vínculos sociales;
- menor valoración de las actividades y tareas, menor reconocimiento social y poder para expresar opiniones y desarrollar proyectos personales y colectivos.

Dimensión política

- lejanía de los espacios de decisión;
- menores posibilidades de organización;
- precariedad de las relaciones de las personas con las instituciones sociales;
- desconocimiento del funcionamiento de las instituciones y ausencia de canales en las instituciones para conocer las necesidades;
- menores oportunidades de ejercer derechos: mayores obstáculos para acceder a la propiedad, acceso precario al sistema judicial, falta de protección jurídica, falta de información, escasa experiencia organizativa;
- menor incidencia en la toma de decisiones de la comunidad. Una baja representación en las organizaciones políticas y otros factores les impiden participar en la toma de decisiones.

4. Guzmán, Virginia y María Irigoin: **Módulo de formación para la empleabilidad y la ciudadanía**, documento base para el diseño curricular. For Mujer formación y capacidades (Cintefor OIT, 2000), pp. 20-21.

Muchas de las características de estas dimensiones de exclusión social de una u otra forma están reflejadas en las personas drogodependientes usuarias de los programas de tratamiento y rehabilitación, se puede constatar a través de estudios realizados por CONACE y por la experiencia en el trabajo directo con estas personas, es por esto que es un desafío el ahondar en ellas para identificar las estrategias y soluciones posibles con el fin de disminuir el grado de exclusión social en la que se encuentra este grupo humano.

La drogodependencia viene definida por la dependencia de una o varias sustancias durante un largo período. Se discute si el consumo de drogas es el desencadenante de la exclusión social de estas personas o es su consecuencia; sin embargo, no está en discusión que su resultado es la pérdida de capacidades o el desarrollo de capacidades contraculturales y por lo tanto disfuncionales que dificultan su integración socio ocupacional.

Según la información obtenida a través de los sistemas de supervisión, asesoría y evaluación del Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación por niveles de complejidad, los consumidores problemáticos en tratamiento actualmente en el país, presentan las siguientes características:

- Son mayoritariamente varones, con una edad promedio de 26 años. En su mayoría solteros. Iniciaron el consumo a los 15 años promedio y lo hicieron en general consumiendo alcohol y marihuana. En la actualidad la mayoría se declara consumidor de dos o más sustancias (policonsumidores). Las drogas más frecuentemente consumidas en orden descendente son la marihuana (81%), cocaína (80%), pasta base (59%) y alcohol (44%). Las drogas que motivan el ingreso al tratamiento son la marihuana y la pasta base, la cocaína y luego el alcohol. En relación al consumo de sustancia, cabe mencionar que el grado de disfuncionalidad, esto es la cantidad de problemas personales, familiares, laborales, económicos, etc. provocados por la conducta de consumo y que dificultan la funcionalidad del sujeto es un gatillador para que las personas ingresen a tratamiento.
- Los usuarios reconocen ser parte de una familia, y ésta, mayoritariamente conformada por jefaturas de hogar uniparentales maternas y en las que existe el padre, la relación se califica de deficiente. La mitad de los individuos tiene al menos un hijo y la mitad de ellos vive con sus hijos. Por lo tanto, podemos decir que

los usuarios poseen familias con ausencia física y/o psicológica del padre, en donde los sujetos no han logrado alcanzar un nivel de autonomía suficiente para constituir su propia familia e independizarse.

- Una característica importante es que el 50% reconoce que algún miembro de su familia –por lo general los hermanos y primos– tienen un consumo problemático de drogas; aumenta esta cifra en 25% en el consumo problemático de alcohol que preferentemente corresponde al padre.
- El promedio de escolaridad que presentan es de diez años y uno de cada cuatro de ellos ha alcanzado educación media completa o superior. Existen diferencias significativas entre el nivel educacional de los usuarios y la región donde se encuentran en tratamiento. No existen grandes diferencias entre el nivel educacional de hombres y mujeres. Pero existe una asociación significativa entre la edad de inicio de consumo y el número de años de estudio, es decir al aumentar el número de años de estudio la persona inicia en forma más tardía su proceso de dependencia de las drogas.
- En relación a las actividades laborales, el 32% de los usuarios se encontraba estudiando o trabajando al ingreso del programa de tratamiento, el 15% se encontraba trabajando en forma esporádica y el 22% se encontraba desempleado.
- El 44.4% sin distinción de sexo dice haber tenido conflictos con la justicia los que no incluyen la detención por sospecha y beber en la vía pública. Hay una tendencia de mayor conflicto cuando existe el antecedente de alcohol en la familia del usuario.
- Cuando los usuarios manifiestan intención de abandonar el programa de tratamiento el problema más frecuente es de orden económico. Esta es una variable necesaria de atender para generar una intervención acorde con las características sociales e intereses de los usuarios, quienes deben asumir con responsabilidad y autonomía su realidad, como ser capaces de realizar un análisis crítico de su entorno con el fin de lograr una integración socio ocupacional que les permita una mejora en su calidad de vida.

Caracterización del compromiso biopsicosocial de los usuarios⁵			
Variables biopsicosociales	Compromiso biopsicosociales		
	Leve	Moderado	Severo
Contexto del motivo de consulta	Consulta voluntariamente	Consulta condicionado por familia o amigos	Hay un porcentaje obligado por demanda judicial
Consumo en otros familiares	Porcentaje menor refiere consumo de drogas en los padres	La mitad de los usuarios refiere consumo de drogas en algún miembro de familia	
Diagnóstico de consumo	Diagnósticos que se asocian preferentemente a consumo y abuso	Los diagnósticos se asocian preferentemente a adicción y dependencia	Casi la mitad de los diagnósticos tienen un componente psiquiátrico asociado
Tipo sustancias	Mayoritariamente refiere consumir sólo una sustancia	La mayoría consume dos o más sustancias incluidos el alcohol y los fármacos	
Vía administración	Casi la totalidad utiliza como vía de consumo la aleatoria o la digestiva		Aparecen en un 1% como vía de administración la dérmica e inyectable
Frecuencia de consumo	Existe declaración de consumo esporádico	Refieren consume entre una y cinco veces por semana	Aparecen declaraciones de consumir diariamente
Tratamientos anteriores	Casi la mitad refiere no haber recibido tratamientos anteriores	Más de la mitad ha recibido entre 1 y 3 tratamientos anteriores	Declaraciones de haber recibido 4 o más tratamientos anteriores
Problemas judiciales asociados	La mayoría no ha tenido problemas judiciales	Casi la mitad ha presentado conflicto con la justicia distinto de beber en la vía pública	
Actividades laborales o académicas	Un tercio de ellos se encontraba estudiando o trabajando en forma estable	Un porcentaje menor se encuentra trabajando en forma esporádica	El 20% refiere estar desempleado
Relación con la madre	Más de la mitad califica esta relación como buena o muy buena	Un tercio califica la relación como regular	Aparecen declaraciones en donde se califica la relación con su madre como muy mala
Relación con el padre	Casi la mitad califica esta relación como buena o muy buena	Un tercio califica la relación como regular	El 20% califica la relación con su padre como muy mala

5. Cuadro descriptivo señalado en Estudio de Evaluación de Planes de las instituciones en convenio CONACE-FONASA en programas de apoyo a planes de tratamiento y rehabilitación en drogas. Escuela de Salud Pública Universidad de Chile, 2004.

¿CÓMO ENFRENTAR LA EXCLUSIÓN SOCIAL DEL GRUPO DE PERSONAS DROGODEPENDIENTES? SE BUSCA: (RE)INSERTAR, (RE)HABILITAR O (RE)INTEGRAR

Usualmente estos conceptos son utilizados en forma amplia en los contextos de la intervención social sin una definición clara, sin embargo se considera que poseen significados diferentes; no da lo mismo la opción por uno u otro, ya que parten de supuestos distintos y, por tanto, tienen implicancias diferentes.

Los conceptos “(re)inserción” o “(re)habilitación” presuponen que el sujeto podrá insertarse si cumple con las características necesarias y el perfil adecuado en una sociedad que permanece intacta. Es un proceso activo por parte del sujeto que debe cambiar aquellos aspectos que no permiten su adecuada inserción, pero pasivo por parte del cuerpo social, que teóricamente, desea que se inserte, y que sin embargo no tiene en cuenta las particularidades ni las diferencias: homogeneiza y exige lo mismo para todos los sujetos. El acento, por lo tanto está puesto en el sujeto y en sus faltas o carencias, que son en última instancia las que impiden que éste viva una vida “normalizada”.

Un ejemplo del efecto perverso de esta visión es convertir el “desempleo” en una cuestión de déficit personal, es decir; los problemas sociales se convierten en problemas solamente individuales. Entonces la integración laboral consistiría en subsanar el déficit educacional o la falta de habilidades de la persona para acceder al trabajo, sin considerar que el mercado laboral en la actualidad se presenta como un espacio jerarquizado con relaciones de poder y abuso, que no siempre selecciona a los más aptos ni a los que han acumulado más capital humano.

La integración es lo inverso de la exclusión social, es un proceso con diferentes niveles de intensidad y sólo se puede hablar de ello cuando se cumplen los requisitos de participación plena en la vida social, económica y política en la sociedad en la que el sujeto vive.

Es un concepto más interactivo que implica cambios mutuos por parte de ambos, sujeto y sociedad. El primero modifica aspectos, pero también lo hace su entorno, que trata de acomodarse a sus necesidades específicas, a su idiosincrasia y que tiene en cuenta las variables estructurales, y por lo tanto sociales, que están en el origen y en el momento presente de la situación de exclusión que éste sufre. Por lo tanto, no se centra únicamente en la modificación de

aspectos de la persona, sino que reconoce como imprescindible la necesidad de realizar modificaciones en el entorno”.⁶

LA OCUPACIÓN: UN CAMINO HACIA LA INTEGRACIÓN⁷

La “ocupación” se define como **todo comportamiento motivado intrínsecamente por la búsqueda consciente de ser efectivo en el ambiente, encaminado a satisfacer roles individuales formados por la tradición cultural y aprendidos a través del proceso de socialización**. Este concepto se basa en diferentes fuentes recogidas desde la psicología centrada en la motivación, acerca de los conceptos de competencia; los trabajos sociológicos basados en la teoría de la adquisición de roles, en los trabajos antropológicos que explican la cultura como sistema que modela y da significado al comportamiento ocupacional.

Este es un concepto que “sugiere un perfil de programas de intervención que proporcione oportunidades para desarrollar comportamientos eficaces y competentes; desarrolle destrezas que apoyen el desempeño de roles deseados; provea de estrategias que aseguren la socialización a los requerimientos del grupo cultural y apoyen las rutinas satisfactorias de la vida diaria”.

Según un estudio del CONACE,⁸ los usuarios que se encuentran actualmente en tratamiento, presentan una historia ocupacional disfuncional. Esta afectaría en forma importante la identidad y la competencia ocupacional del sujeto, así como sus ambientes de comportamiento ocupacional.

En relación a la **identidad ocupacional** se observa que la mayor dificultad está en la capacidad para enfrentar obstáculos y la tendencia a culpar a otros de sus fracasos, así como, lograr identificar intereses, valorar sus capacidades y reconocer algunas limitaciones.

6. Cruz Roja Española: La Integración Sociolaboral de Personas Drogodependientes: propuesta y puesta en marcha de un modelo (pp. 53 - 74), 2002.

7. Todas las citas en este tema son del artículo de Emilia L. Nevaron y Azucena Ortega Valdivieso, Rehabilitación Psicosocial: Una perspectiva desde el modelo de ocupación humana. Webs relacionadas: Página del Modelo de Ocupación Humana www.uic.edu/ahp/OT/MOHOC Página de la Fundación Americana de Terapia Ocupacional www.AOTF.org

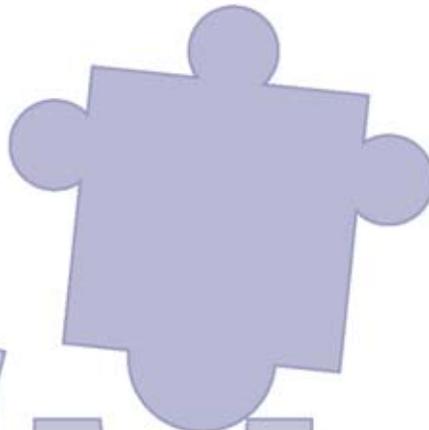
8. “Historia de desempeño ocupacional en usuarios de programas de tratamiento y Rehabilitación en drogas: una propuesta para la prevención”. Proyecto de Tesis para optar al Grado de Magíster en Salud Pública. María Elena Riveros Espiñera.

En relación con la **competencia ocupacional**, se puede decir que este ámbito es el que se presenta más alterado, los sujetos presentan poca capacidad para poner en práctica una identidad ocupacional con satisfacción para sí mismo y que cubra las demandas del ambiente. La mayor dificultad se sitúa en el cumplimiento de los roles, son personas que tienen dificultad para identificarse con uno o más roles y en ocasiones, a pesar de lograr identificarse, no logran cumplir con las demandas que estos implican.

En cuanto a los **ambientes de comportamiento ocupacional** donde se desenvuelve el sujeto, se observa que usualmente están vinculados con el grupo social de diversión, es decir las actividades u ocupaciones que realizan están motivadas e influidas por el grupo de pares. Los sujetos se ven limitados en su funcionamiento en otros espacios, sienten que los otros no reconocen sus esfuerzos, ni sus contribuciones. Sin embargo, la mayor fortaleza percibida por éstos son los espacios físicos, objetos y recursos de la vida hogareña, los sujetos tienen la percepción de tener acceso a lo necesario para desenvolverse, aunque esta situación o recursos sean percibidos como inseguros o faltos de significado.

El **comportamiento ocupacional** de una persona, proviene de las elecciones que realiza. La persona se proyecta hacia el futuro, tomando decisiones. En este sentido las personas drogodependientes tienen dificultad para enfrentar metas en su vida y, cuando lo hacen, desconfían de sus capacidades para llevarlas a cabo con éxito.

La situación ocupacional de un sujeto que se encuentra en un programa de tratamiento y rehabilitación por consumo de sustancias, constituye un factor clave de lo que se denomina éxito terapéutico. La persona no sólo debe contar con una actividad productiva que le permita subsistir, sino que además ésta le debe proveer satisfacción personal y debe permitirle cumplir con el rol que se espera socialmente, de acuerdo a su edad, cultura, nivel de instrucción y nivel socioeconómico.



VI. EL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA (MOH)⁹

El modelo concibe a la persona como un sistema abierto. Dentro del marco de referencia del sistema abierto se integran conceptos específicos que explican y describen la ocupación humana.

De esta forma, el modelo organiza los aspectos de motivación, comportamiento, cognición y aquellos que son relevantes para el entendimiento de la ocupación. El objetivo es **poder establecer un grado de desempeño funcional, entendiendo que a través de la actividad con propósito u ocupación se pueden obtener mejoras funcionales y el mantenimiento de roles ocupacionales significativos, y en definitiva mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por la dependencia de las drogas.**

El concepto de ocupación humana está referido a todo comportamiento que se realiza en una cultura para responder a un rol que esa cultura le asigna a la persona referida. Por tanto, es el autoconcepto de efectividad lo que va a dar la validez personal que hará, en el caso de los drogodependientes, prevenir las recaídas que pueden generar la sensación de ineficacia, frente al rol de rehabilitado porque muchos drogodependientes continúan experimentando las consecuencias de su problema debido al impacto de la soledad, la inactividad y la falta de oportunidades o recursos económicos, entre otros indicadores de vulnerabilidad social y marginación. En este contexto, debe existir un compromiso en la consecución de técnicas y estrategias de intervención que permitan a estas personas:

1. El logro y mantenimiento de roles ocupacionales personalmente significativos y socialmente valorados.
2. La creación de espacios ocupacionales, donde la persona pueda experimentar exploración, logro, eficacia y competencia personal.
3. La colaboración con otras personas (profesionales, familiares, pares) en la consecución de estas metas.

El modelo entiende al ser humano como un sistema abierto:

- El ambiente es la situación física, social y cultural en la cual opera.

9. El Modelo de Ocupación Humana, fue desarrollado por G. Kielhofner; y se trata de un modelo conceptual propio de la Terapia Ocupacional, cuyo origen se encuentra en la Teoría de Sistemas y en la Ciencia de la Ocupación Humana y proporciona un fundamento teórico, una metodología práctica y herramientas esenciales a los profesionales de la Terapia Ocupacional para efectuar su trabajo.

- Los estímulos procedentes del ambiente, las personas, objetos y eventos que inciden en la conducta ocupacional del sujeto.
- Un proceso de filtrado, análisis, elaboración de esta información por parte del organismo humano y la organización de la conducta ocupacional.
- El output es el comportamiento ocupacional de las personas.

El sistema es dinámico, debe ser continuamente reorganizado para responder a las demandas personales y del grupo social a lo largo de la vida.

Para explicar como cada ser humano motiva, organiza y ejecuta el comportamiento ocupacional, el MOH divide la organización interna del sistema a través de tres niveles interrelacionados como se señala a continuación:

- 1. Volición o motivación:** compuesto por los elementos estructurales de la motivación. Respondería a la pregunta ¿cómo se motiva la conducta ocupacional?
- 2. Habitación o aprendizaje:** su estructura incluye componentes que ordenan el comportamiento en hábitos y patrones ocupacionales.
- 3. Ejecución:** organiza el repertorio de habilidades.

1. SUBSISTEMA DE VOLICIÓN O MOTIVACIÓN

Es aquel que genera todas las operaciones del sistema y el responsable de escoger e iniciar el comportamiento. El término volición connota voluntad o elección. Es un proceso de la conducta voluntaria que puede ser dirigida más allá de la satisfacción de necesidades básicas.

Los componentes de la volición son imágenes creadas por el conocimiento y las creencias que las personas poseen de sí mismos, generadas y modificadas a través de la experiencia. Se pueden analizar varios componentes:

a) La causalidad personal: se define como el conjunto de creencias y expectativas que una persona tiene acerca de su efectividad en el ambiente:

- *Creencias de control:* se refiere a la convicción del individuo acerca de que sus logros en la vida están relacionados a las acciones personales (control interno), frente a la convicción de que los acontecimientos están gobernados por los otros, el destino, el azar (control externo).
- *Creencia en las habilidades:* convicción personal de poseer, o no, un rango de habilidades y de cuán útiles le serán esas habilidades. Expectativas de éxito o fracaso: se refiere a la propia anticipación de futuros esfuerzos y si los logros serán, o no, exitosos.

Este conjunto de creencias pueden determinar dos tipos de comportamiento dentro de un continuo:

Comportamiento origen	Comportamiento peón
Sentido de control interno	Sentido de control externo
Poseción de habilidades	Carencia de habilidades
Expectativa de éxito	Expectativa de fracaso

Ningún individuo es peón u origen en la totalidad de sus comportamientos. Desde esta perspectiva se debe estar muy atentos a los sentimientos de incapacidad de las personas, la sensación de pérdida de control y de las oportunidades que poseen y perciben para realizar elecciones.

b) Valores: las personas actúan en un medio social y cultural que les transmite imágenes de lo que es bueno, correcto e importante. Los valores implican un compromiso para actuar de manera socialmente aceptada que nos permite experimentar un sentido de pertenencia a un grupo. Los valores determinan el sentido e importancia de las ocupaciones que realizamos, determinan el grado de satisfacción que se deriva de desempeñarlas. Los valores con:

- **Orientación temporal:** cada persona construye una imagen de sí mismo con un componente temporal, esto es con una capacidad de interpretar el pasado, de comprender el presente y de proyectarse hacia el futuro. Cada etapa conlleva una valoración de cómo debe ser estructurado el tiempo y en qué debe ser empleado: en la infancia las personas están temporalmente orientadas en el presente y absortas en el juego; en la edad adulta pueden estar más orientadas hacia el futuro y desde esta perspectiva conducen sus elecciones ocupacionales.

- **Importancia de las actividades:** se refiere a una disposición del individuo a encontrar seguridad, propósito y reconocimiento en las actividades que realiza.
- **Objetivos ocupacionales:** metas para los logros o cumplimientos personales, o para futuras actividades o roles ocupacionales.
- **Estándares personales:** se refiere a compromisos personales para ejecutar las ocupaciones de una manera moral, eficiente, excelente u otras formas socialmente aceptables.

c) Intereses: son disposiciones a encontrar ocupaciones placenteras. Los intereses representan la imagen o conocimiento del gozo y se ponen mayormente de manifiesto en aquellos aspectos en los que las elecciones se producen de manera más libre. Es decir, las actividades en tiempo de descanso pueden estar basadas casi exclusivamente en intereses, mientras que las actividades productivas, las de trabajo, están sujetas a una combinación de intereses, destrezas, restricciones ambientales, etc. Para evaluar los intereses debemos considerar especialmente tres dimensiones:

- **Discriminación:** grado por el cual la persona determina o diferencia el grado de placer que le produce cada actividad o la creencia de que una actividad podría producir.
- **El patrón:** son las modalidades de actividades que uno está dispuesto a disfrutar (individuales, creativas, deportivas).
- **La potencia:** es la medida en la cual los intereses se basan en experiencias pasadas que influyen en la acción presente; la relación resultante entre el interés y la acción es el grado de participación en las tareas que me pueden interesar.

2. SUBSISTEMA DE HABITUACIÓN O APRENDIZAJE

Organiza el comportamiento ocupacional dentro de patrones o rutinas. Las elecciones conscientes hechas sobre la base de valores, intereses y causalidad personal formalizan una serie de hábitos y roles, que son los componentes del subsistema de habituación. Estas rutinas tratan de satisfacer las demandas internas (las del sujeto) y las demandas externas (las del ambiente). Por lo tanto, una de las claves de bienestar consistirá en el equilibrio entre ambas.

a) Hábitos: consisten en la sistematización de rutinas. Cuando éstas se establecen las personas deben valorar el grado de organización de las mismas (horarios, el desempeño en distintos ambientes); la adecuación social, es decir, en qué medida sus comportamientos son los esperados y valorados y grado de flexibilidad de los hábitos, si somos capaces de acomodar los hábitos a las circunstancias.

b) Roles: un rol es cada uno de los papeles que elegimos, o estamos obligados a desempeñar, dentro de un grupo social y a lo largo de nuestras vidas (estudiante, padre, trabajador, amigo). Cada rol que podamos ejercer conlleva unas obligaciones y expectativas. El cumplimiento del rol, la satisfacción del rol, está en función de otra serie de componentes:

- **Incumbencia percibida:** es la creencia de que uno posee el estatus, los derechos y las obligaciones de un rol y que los demás nos perciben y valoran dentro de ese rol.
- **Expectativas internas:** son imágenes que uno tiene acerca de lo que los otros esperan que uno haga por el hecho de pertenecer a un rol específico. Cuando las expectativas están integradas son percibidas como obligatorias y llegan a ser impuestas por uno mismo.
- **Equilibrio:** es la integración de un número óptimo de roles y de roles apropiados dentro de la vida. El equilibrio existe si los roles no están en conflicto, ni están mal ajustados respecto de la estructuración del tiempo.

3. SUBSISTEMA DE EJECUCIÓN

Está formado por un conjunto de estructuras biológicas y procesos que permiten la organización de habilidades y la puesta en marcha de comportamientos con propósito.

Tipo de habilidades:

- **Perceptivo-motoras:** habilidades para interpretar la información sensorial y para manejarse a sí mismo y a los objetos.
- **De procesamiento o elaboración:** habilidades dirigidas a manejar eventos, procesos en el ambiente. Incluye habilidades para planificar y resolución de problemas.

- **De comunicación:** habilidades para convertir y recibir información y coordinar el propio comportamiento con el de los otros, con el propósito de lograr actividades y objetivos propios.

El desempeño ocupacional es resultado de la interacción de la persona con el ambiente. Esta afirmación tiene importantes implicancias en nuestra concepción de intervención. Los conceptos anteriores proveen de fundamentos para poder delinear una visión de la función y disfunción ocupacional del sujeto.

No sólo no se puede entender la intervención centrada en el usuario sin comprender el contexto donde la persona se desenvuelve, sino que parte de la intervención consistirá en proporcionar espacios ocupacionales para la exploración, la competencia y el logro.

El ambiente permite y moldea el comportamiento ocupacional por medio de dos influencias fundamentales:

1. Las oportunidades de ejecución, es decir, el margen de elección del uso de espacios y objetos que proporciona el ambiente a la persona. El sistema percibe este potencial de elección.

2. La presión para la obtención de respuestas: expectativa, demanda de lo que se espera obtener de un individuo por parte del contexto en el que se desenvuelve (escenario, reglas, requisitos, demandas del rol).

El comportamiento ocupacional adaptativo sería la consecuencia del equilibrio entre los factores ambientales y personales.

Una vez analizada la parte interna del sistema habrá que detenerse en el análisis del ambiente. El MOH propone realizar una diferenciación entre el **ambiente físico o material** que incluye los espacios naturales y artificiales y los objetos que en ellos dispone la persona, artefactos y materiales de la vida diaria; el **ambiente social**, el de la interacción entre las personas y las tareas que realizan (proyectos y actividades de la vida diaria) y la **cultura**. Estos estratos representan una jerarquía ambiental que influye en la selección de sus espacios de relación y los desempeños ocupacionales subsecuentes:

- La cultura determina los grupos sociales disponibles y valorados; los grupos seleccionan y organizan las tareas propias de los miembros de pertenencia; las tareas dictan qué objetos serán utilizados y de qué manera.

- Las características y demandas del ambiente condicionan a la persona en su elección y, a su vez, la elección es un acto volicional: la causalidad personal determina el grado de desafío que una persona espera encontrar en el ambiente y la configuración de valores e intereses determinan el tipo de ambiente que será atractivo para la persona.

Según los resultados del estudio de evaluación del programa de apoyo a los planes de tratamiento y rehabilitación en drogas, realizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, a petición de CONACE,¹⁰ el 62% de los entrevistados declara que el programa de tratamiento habría mejorado su situación ocupacional post-egreso del plan, lo cual puede considerarse un indicador de éxito terapéutico. Sin embargo, el 38% manifiesta que ésta seguiría igual o habría, incluso, empeorado.

Lo anterior viene a avalar la hipótesis de la necesidad de intencionar el trabajo desarrollado hasta ahora, por todos los actores que intervienen en el proceso de recuperación de los usuarios de programas de tratamiento, hacia el mejoramiento de la calidad de su situación ocupacional, como herramienta para la integración social.

La actividad forma parte de la vida de los seres humanos. Una actividad debe tener propósito y proporcionar significado a la persona que la realiza para favorecer el desarrollo de destrezas y la adaptación al medio ambiente. La actividad con propósito u ocupación incluye componentes interpersonales y ambientales y puede ser utilizada para prevenir y mediar la disfunción, produciendo la máxima adaptación posible.¹¹

En general, la vida de las personas está llena de actividades, las que pueden perseguir distintos propósitos. El compromiso en una actividad corresponde a un acto, que implica realizar elecciones, utilizar segmentos del cuerpo, solucionar problemas, interactuar con otras personas o con el ambiente físico y reaccionar al éxito, fracaso e incluso frustración y ansiedad.

La actividad también tiene una dimensión temporal, es decir dentro de cada período de un día, el tiempo se divide participando en una serie de actividades que apoyan la función y competencia de cada

10. Evaluación del Plan Ambulatorio Intensivo de las instituciones en convenio con CONACE-FONASA en programas de apoyo a los planes de tratamiento y rehabilitación en drogas. Escuela de Salud Pública. Mayo 2004.

11. Estudio de desempeño ocupacional.

persona en las áreas de **autocuidado, productividad y tiempo libre**. Las personas experimentan por sí mismas y conocen sus capacidades y déficit a través de las cosas que hacen.

El rol vital que una persona espera satisfacer (trabajador, estudiante, padre, etc.) influye sobre las actividades elegidas y el tiempo que se destina a cada una de ellas.

Por lo tanto, en el proceso de integración social y específicamente en la etapa de reinserción social de un programa de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas, es necesario explorar las necesidades, la historia ocupacional, los roles vitales, los valores culturales, la configuración de la actividad, la cantidad de tiempo utilizado en actividades diarias específicas y los niveles funcionales alcanzados por las diferentes áreas de manera de planificar acciones que den respuestas eficientes a las necesidades de los usuarios.

El egreso o alta de un programa de tratamiento y rehabilitación en drogas es considerado como el primer paso de la transición hacia la integración social de una persona que ha presentado un problema de consumo. Se trata de un tránsito desde una situación “protegida” y sujeta a una serie de normas y compromisos, a otra cuyo propósito final es lograr la autonomía y la funcionalidad del sujeto, en sus distintos ámbitos de desempeño, para lo cual es necesario entrenar y facilitar el desarrollo de destrezas ocupacionales que faciliten la integración con posterioridad al alta terapéutica.



VII. MODELO BIOPSIICOSOCIAL

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

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

El objetivo del tratamiento de la drogodependencia, para este enfoque es propender al mejoramiento de la calidad de vida de la persona dependiente, así como a apoyarla en una inserción social, familiar, educativa y laboral y la construcción de un estilo de vida saludable y libre de drogas.

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

La intervención en el *plano biológico* se refiere a la intervención que realiza el médico (área sanitaria), con procedimientos y técnicas propias de esta área, por ejemplo la realización de la desintoxicación y otras terapias biológicas, la prescripción farmacológica, el seguimiento y control de las patologías, la prevención y la educación de com-

portamientos y hábitos relacionados con la salud, higiene, alimentación, sueño, conducta sexual, etc.

La intervención en el *ámbito psicológico* es aplicada por el psicólogo, o médico con formación psicoterapéutica (médico psiquiatra, médico familiar con formación en terapia), mediante la utilización de procedimientos y técnicas relativas a su campo y asumiendo con ello, la responsabilidad de la rehabilitación.

En el *plano social*, la intervención es responsabilidad de los trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales afines, de los educadores y de los técnicos en rehabilitación, quienes deben utilizar técnicas que apoyen la integración familiar, social, educacional y laboral. En este plano se trabaja la estructuración de hábitos que le permitan a la persona adquirir y mantener un equilibrio entre el aspecto laboral y/o educacional, social, tiempo libre y recreacional, como asimismo la búsqueda, adquisición y mantención de una red de apoyo social que no esté relacionada con el anterior estilo de vida de la persona en tratamiento.

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

- La primera fase es la de **acogida y diagnóstico**. Se refiere al manejo de la deshabitación y acompañamiento para la cesación inicial de consumo, así como también la implementación de estrategias motivacionales para favorecer la incorporación y adherencia de la persona a un programa de tratamiento estructurado. Dependiendo de las condiciones físicas, sociales, psicológicas y motivacionales, ésta podrá realizarse en diversos lugares, tales como hospitales, establecimientos con planes ambulatorios o con planes residenciales.
- Luego comienza una etapa del proceso que refiere a **la rehabilitación biopsicosocial**. En esta fase el equipo de profesionales realiza una evaluación de las áreas afectadas por las consecuencias del consumo problemático de la persona. Realizada esta primera evaluación, se procede a establecer los objetivos terapéuticos necesarios para apoyar a la persona en el proceso de construcción de un estilo de vida, apartado del consumo de drogas

y/o en la disminución de su consumo, en aquellos que no pueden alcanzar la abstinencia. Con esta finalidad, profesionales y técnicos elaboran programas de tratamiento específicos de acuerdo a las necesidades y características de cada persona, como parte de un tratamiento que integra todos aquellos ámbitos relacionados con su consumo.

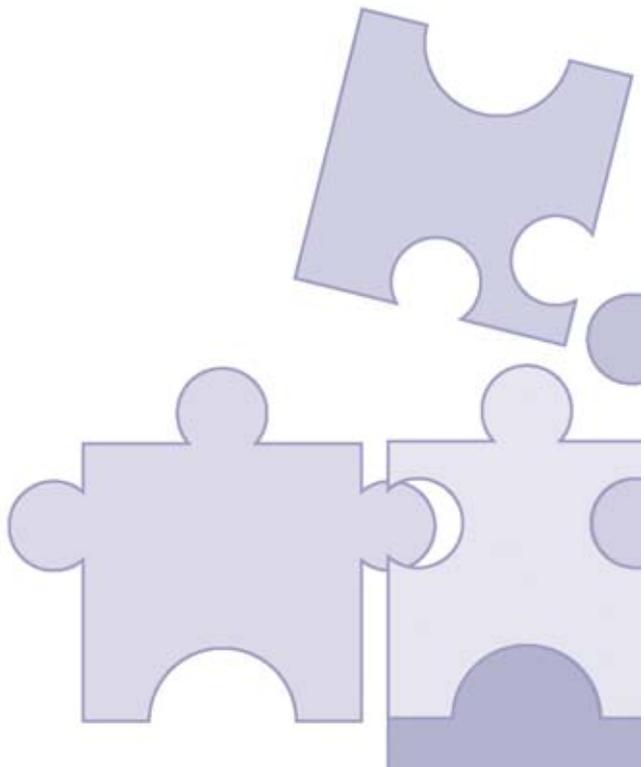
- Una última fase del proceso, refiere a la **(re)inserción social**, que en forma transversal durante todo el proceso, trabaja el entrenamiento, recuperación, descubrimiento y desarrollo de habilidades y destrezas para la integración a una vida normalizada.

El éxito de un programa de tratamiento y rehabilitación para personas dependientes de las drogas, debe considerar como eje prioritario el cumplimiento de objetivos a largo plazo, con repercusión en el desarrollo futuro de la vida personal y social de la persona, reajustando los aspectos relacionados con la dependencia física y psicológica (prevención de recaídas), y las dificultades y consecuencias que esta dependencia ha producido en la capacidad del individuo para desenvolverse en condiciones de normalidad en su medio social.

El programa de tratamiento debe reconocer que cada persona es única, y optar por el respeto a la diferencia, debe ser flexible para adaptarse y responder a las necesidades de la persona, favorecer el cambio personal y social a través del reforzamiento de las habilidades y factores de protección con los que cuenta la persona, así como también, facilitar el desarrollo de estrategias de enfrentamiento para la disminución y regulación de los factores de riesgo.

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

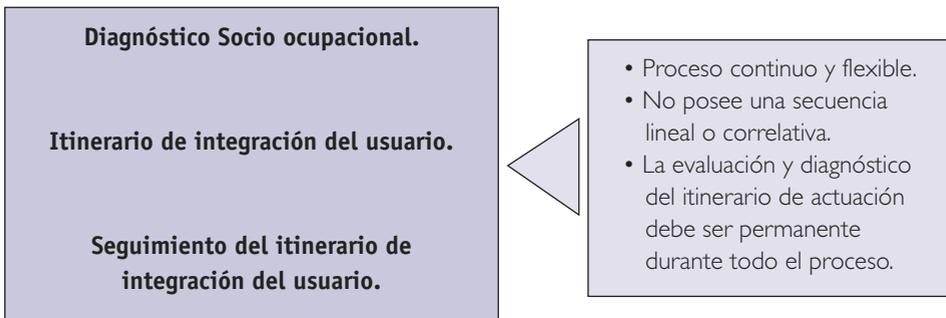
- Mantenimiento de la abstinencia.
- Readaptación de las relaciones sociales, familiares y laborales, de tal manera que se reduzca o elimine el condicionamiento provocado por la drogodependencia.
- Reajuste de los patrones y estilos de ocupación del tiempo libre y participación en la vida social.
- Mejora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



VIII. MODELO DE INTEGRACIÓN SOCIO OCUPACIONAL

El modelo integración socio ocupacional es un **proceso continuo y flexible** que requiere acciones con diferentes niveles de intensidad, es un concepto interactivo que **implica cambios en la persona y en el entorno o medio social** y sólo se consigue cuando el usuario logra una participación plena en la vida social, económica y política en la sociedad.

El modelo propuesto establece la incorporación de un/a mediador/a socio ocupacional, que es un profesional que facilita la integración del usuario a una vida normalizada. Este proceso tiene tres hitos relevantes: el diagnóstico socio ocupacional, el itinerario de integración y el seguimiento del itinerario de integración del usuario. Estos pasos no son una secuencia correlativa y rígida forma parte de un proceso; es por esto que se debe adecuar a las necesidades y características de cada usuario detectadas en el diagnóstico.



EL MEDIADOR/A SOCIO OCUPACIONAL

El/a mediador/a de integración socio ocupacional es una figura central. Se trata de un agente activador y facilitador de un proceso personalizado de mejora de autonomía y bienestar social de una persona con su entorno, puesto que debe lograr una coordinación efectiva y eficiente entre el programa de tratamiento, el usuario y la red local de apoyo social y laboral.

Se trata preferentemente de profesionales del área social y ocupacional, con conocimiento de trastornos adictivos y sus consecuencias, con manejo en aspectos vinculares y de acercamiento personalizado; no requiere manejo psicoterapéutico.

PRINCIPALES FUNCIONES DEL MEDIADOR/A SOCIO OCUPACIONAL	
Con los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el perfil socio ocupacional de los usuarios a través de un diagnóstico. • Diseñar el itinerario de integración con el usuario. • Orientar hacia la formación ocupacional imprescindible para acceder al mercado laboral en condiciones de competitividad, por ejemplo, la finalización de estudios, con especial atención en la obtención de licencia secundaria. • En caso necesario, orientar y acompañar al usuario para la resolución de problemas vinculados con su situación judicial. • Incentivar a que el usuario, mejore su estado de salud y disminuya los inconvenientes asociados a sus aspectos físico y de salud asociados al consumo de drogas u otros. • Facilitar el mejoramiento de las relaciones familiares y de entorno social. • Ofrecer orientación para el mejoramiento de la calidad de vida (vivienda, participación social). • Ofrecer la orientación y técnicas necesarias para la búsqueda de un puesto de trabajo y el manejo de los riesgos y frustraciones que esto conlleva. • Facilitar el acceso a los recursos y servicios ya existentes en la red local y asistencial. • Colaborar en el entrenamiento en el manejo del presupuesto personal y familiar.
Con el equipo terapéutico del centro	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación permanente y trabajo en equipo que posibilite complementar los objetivos de carácter psicoterapéutico con los de Integración socio ocupacional. • Mantener contacto permanente con el equipo del centro de tratamiento, para evaluar la situación de los usuarios y trabajar la prevención de recaídas en el medio sociolaboral en caso de ser necesario.
Con la red local y territorial laboral y social	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener coordinación estrecha con instituciones que desarrollen cursos de formación, capacitación en oficios y finalización de estudios. • Promover el desarrollo de actividades ocupacionales acordes con las necesidades de los usuarios. • Mantener coordinación estrecha con empresas publicas y privadas que ofrzcen o puedan ofrecer empleo. • Coordinarse con el Municipio a través del PREVIENE para lograr referir y entregar ayuda asistencial (judicial, salud, educación, vivienda y desarrollo social) y laboral para los usuarios. • Promover actitudes positivas hacia el colectivo de drogodependientes rehabilitados, de forma especial en los empleadores.

1. DIAGNÓSTICO SOCIO OCUPACIONAL

El diagnóstico socio ocupacional de los usuarios es una herramienta que permite orientar al mediador/a para el diseño de los itinerarios de integración de los usuarios; se entenderá en el programa como una evaluación de las variables personales y del contexto que inciden en la mayor o menor integración socio ocupacional en que se encuentra una persona con consumo problemático de drogas en tratamiento y/o rehabilitación. Los diferentes indicadores están agrupados en tres variables: la identidad ocupacional, la competencia y el contexto.¹²

- **La identidad ocupacional:** permite conocer los valores, intereses y causalidad personal del usuario entendida como el conjunto de creencias y expectativas que una persona tiene acerca de su efectividad en el ambiente que le ayudan a tener una imagen del tipo de vida que desea y una identidad ocupacional positiva.
- **La competencia:** está referida a establecer el grado en que la persona es capaz de mantener un patrón de conducta ocupacional productivo y satisfactorio. Los indicadores son la organización del tiempo, propositividad y su condición física de salud.
- **El contexto:** mide el impacto del medio o ambiente sobre la vida ocupacional del usuario. Se diferencia en relación al ambiente físico o material, el ambiente social y la cultura. El ambiente social se entiende como la interacción entre las personas que rodean al usuario y las tareas que realizan y la cultura es la que determina la los grupos sociales disponibles y valorados por el usuario.

El diagnóstico socio ocupacional se realizará cuando el usuario se encuentre en la fase de reinserción social, debido a que tanto los aspectos personales como del contexto cambian a lo largo del proceso de tratamiento y es necesario conocer la situación en la que se encuentra el usuario para poder establecer un plan de acción o itinerario de integración acorde con sus potencialidades, necesidades e idiosincrasia. En esta fase del tratamiento el usuario tiene mayor contacto con su ambiente social y cultural, o sea pasa de un ambiente semiprotectido en el centro de atención a uno más expuesto, donde se requiere la incorporación de un/a mediador/a que lo apoye en esta tarea.

12. Adaptación Escala de evaluación "entrevista del rol de trabajador" Autores: Craig A Velosos Dr.Ph., OTR/L de terapia ocupacional, Gary Kilhafner, Dr.Ph, NS OTR/L, FAOTA. Gae Fidler, NPA, OTR/L

Idealmente debiera realizarse el diagnóstico socio ocupacional al comienzo del tratamiento y rehabilitación del usuario, en conjunto con la evaluación clínica y biopsicosocial que realiza el equipo terapéutico, donde se evalúa el nivel de complejidad y severidad del trastorno por consumo de sustancias, los componentes psicológicos personales y familiares y los trastornos psiquiátricos asociados, con el fin de comenzar a realizar intervenciones que promuevan la integración del usuario a una vida normalizada desde el principio del tratamiento.

El mediador/a socio ocupacional estará a cargo de la realización del diagnóstico y contará con el apoyo del equipo terapéutico del centro, ya que este último debe dar cuenta de la evolución del usuario en relación al tiempo de permanencia en el plan de atención, la situación médica, social y psicológica actual del usuario así como las características de su historia de vida, etc. Es decir, su evolución desde el ingreso al centro de tratamiento hasta su situación en la fase de reinserción social, así como también debe incluir la percepción de los terapeutas en relación a la motivación que presenta el usuario hacia la búsqueda de autonomía a través de la educación, empleo u otros objetivos propuestos.

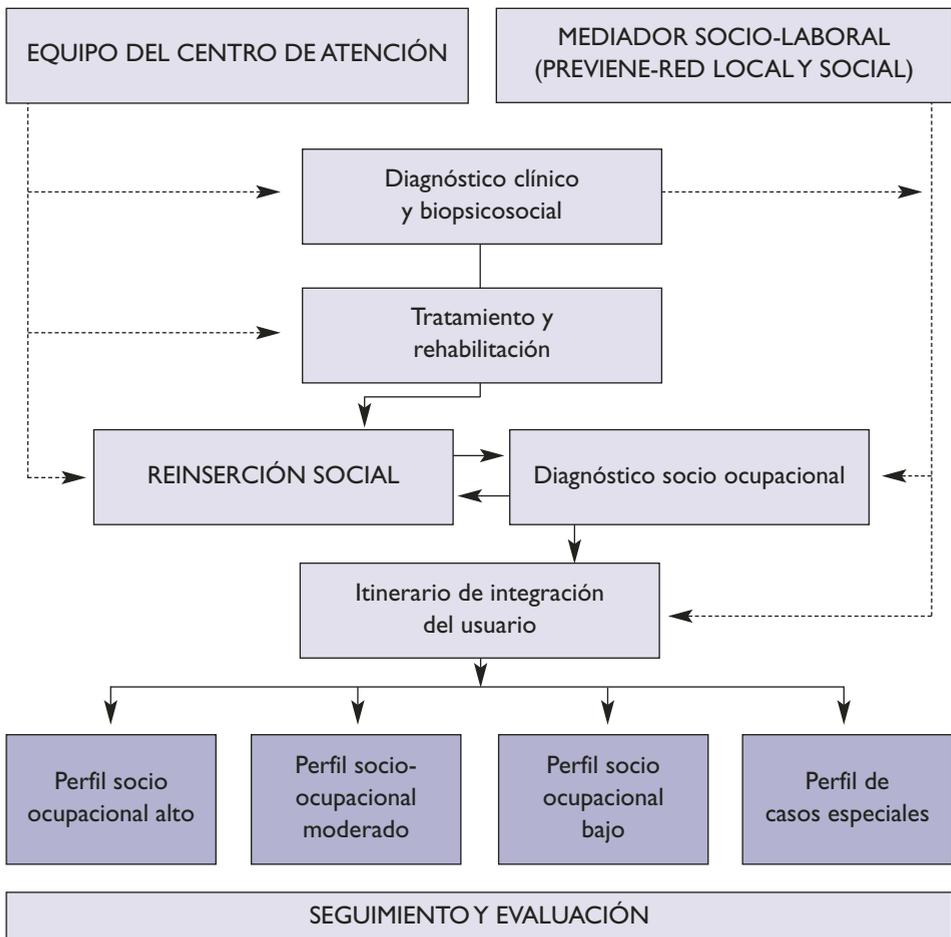
El diagnóstico socio ocupacional se compone de tres instrumentos:

- **La ficha socio ocupacional**, entregará los antecedentes biográficos y la historia ocupacional del usuario y será llenada en forma autoadministrada bajo la supervisión y apoyo del mediador o terapeuta a cargo de la fase de reinserción social. (ver anexo)
- **La entrevista para la integración socio ocupacional**, consiste en una conversación directa con el usuario. El objetivo es explorar, necesidades y expectativas, y profundizar en la información suficiente y necesaria que permita ubicar el perfil en que se encuentra la persona respecto de lo socio ocupacional. Es posible que esta etapa considere más de una entrevista, situación que deberá evaluar el mediador/a, dependiendo de cada caso. Las entrevistas deben apoyarse en la empatía y respetar la autodeterminación del sujeto. Esta dividida en cinco partes: las actividades realizadas, eventos críticos, la propositividad, la organización del tiempo, la condición de salud y los recursos del entorno o contexto social.

- **Pauta de evaluación del mediador/a**, este instrumento pretende que el mediador/a registre la evaluación que tiene del usuario considerando toda la información obtenida en los instrumentos anteriores, con el fin de realizar un informe final que justifique su perfil y que sirva para definir los objetivos y acciones a seguir en su tratamiento.

Una vez finalizado este proceso, el mediador/a se reunirá con el equipo terapéutico para devolver la información y entregar el diagnóstico del perfil socio ocupacional observado en relación al grado de integración o exclusión del usuario a una vida normalizada y se dará comienzo al itinerario de integración del usuario. Los perfiles socio ocupacionales son cuatro: alto, moderado, bajo y casos especiales estos serán definidos más adelante.

2. ITINERARIO DE INTEGRACIÓN DEL USUARIO



Itinerario de integración del usuario según perfil socio ocupacional

Con la información obtenida con el diagnóstico el mediador/a establecerá un itinerario de integración con el usuario que consiste en desarrollar un esquema de trabajo personalizado que considere las potencialidades y trabaje las debilidades y las características asociadas a cada perfil socio ocupacional. El Itinerario debe incluir los objetivos de la mediación y/o intervención, las actividades y acciones programadas, los plazos previstos y los recursos locales con que se cuenta o los que se deben gestionar y coordinar para facilitar la integración socio ocupacional del usuario.

El mediador/a debe realizar un ajuste de expectativas entre los intereses y resultados esperados por el usuario, tomando en cuenta sus capacidades, habilidades y posibilidades en relación a la oferta ocupacional y a los recursos existentes en la red local, ya sean laborales, educacionales, de vivienda, etc.

Las variables consideradas para la construcción de los perfiles socio ocupacionales son coherentes con las establecidas en el compromiso biopsicosocial del programa de tratamiento y rehabilitación. La red social y familiar; las capacidades y competencias para la obtención de logros, el nivel de formación, la experiencia laboral previa, los antecedentes legales y comerciales, la condición de salud y los recursos del entorno o contexto social.

La mediación a realizar está en estrecha relación con el perfil socio ocupacional, pero hay que considerar que se trata de una clasificación dinámica y flexible. El programa debe permitir que el sujeto pueda transitar de un perfil socio ocupacional bajo, a uno de mayor autonomía y desempeño ocupacional satisfactorio.

CLASIFICACIÓN DE LOS PERFILES SOCIO OCUPACIONALES

Perfil socio ocupacional alto

Se trata de usuarios que poseen un empleo estable, o se encuentran estudiando y/o realizando actividades sociales, recreativas, de uso del tiempo libre, etc., y están satisfechos o no, con su desempeño ocupacional.

El medio ambiente cercano reconoce el ejercicio de los roles que desempeñan, aunque el cumplimiento de los mismos, sea disarmónico. Estos últimos requieren de ayuda o asesoría para mejorar su desempeño y satisfacción personal respecto de las actividades y roles que ejercen.

También incluye aquellos usuarios que no poseen empleo estable, y presentan un mediano nivel de autonomía, con experiencia laboral intermitente, con períodos de cesantía, pero que han logrado mantenerse en alguna ocupación por un espacio prolongado de tiempo (actividad regular asociada a lo social, recreativo, etc.). Es decir, se trata de usuarios que cuenten con capacidad para mantener una actividad estructurada y desempeñarla de manera aceptable como para sostenerse en ella sin disfuncionalidad del medio.

En lo familiar, cuentan con una red de apoyo que, aunque disfuncional, mantiene una actitud de apoyo y cercanía, no presenta antecedentes penales por su historia de consumo, y tampoco presenta trastornos psiquiátricos.

Los problemas personales, familiares y sociales asociados a su condición de consumidor de drogas, son de compromiso leve.

Itinerario de integración de baja intensidad

Las personas con este perfil cuentan con un nivel satisfactorio de autonomía y es factible entregarle información y orientación hacia oficios o agencias normalizadas de empleo públicas y privadas, así como también hacia la regularización de estudios o búsqueda de capacitación de mayor calificación para la obtención de un empleo más rentable y de mayor satisfacción personal y social.

En este perfil se propende el desarrollo de actividades con mayor participación social y vinculación con la vida en comunidad.

Se debe derivar a la persona donde corresponda e iniciar un seguimiento para orientar en la resolución de conflictos (mediar) en caso de que ésta lo requiera, ayudando a reforzar algunos aspectos de su vida familiar, laboral, educacional y social para evitar descompensaciones, ansiedades, etc., privilegiando la sensación de autonomía que reforzará su causalidad personal.

Perfil socio ocupacional moderado

Se trata de un usuario que se encuentra desempleado y sus experiencias laborales datan de trabajos esporádicos e informales con largos períodos de cesantía. Posee un mediano a bajo nivel de autonomía. Muestra baja participación en actividades ocupacionales de tipo social o recreativa y baja percepción de logro.

Se observa con dificultad para la constitución de propósito, lo que los hace poco proactivos, con una actitud más bien pasiva respecto de sí mismo y situando la responsabilidad de lo que le acontece en el entorno.

Pudiera presentar obstáculos relacionados con los aspectos físicos y/o problemas de salud asociados, o presentar antecedentes penales por porte de sustancias.

Cuenta con una red de apoyo familiar precaria, presente pero con reparos.

Puede presentar trastornos psiquiátricos no severos y compensados.

Los problemas personales, familiares y sociales asociados a su condición de consumidor de drogas, son de compromiso moderado.

Itinerario de integración de moderada intensidad

La persona que se ajusta a este perfil ocupacional debe dar inicio a un itinerario personalizado intensivo con apoyo y seguimiento. Se deben establecer metas menos exigentes que para el perfil anterior; aunque la demanda explícita del usuario sea encontrar trabajo u ocupación en forma inmediata.

Se deben realizar acciones concretas que apunten hacia el desarrollo de actividades ocupacionales que le permitan satisfacción personal y social, orientar hacia la capacitación y nivelación de estudios, realizando un diseño de intereses, necesidades, habilidades y oferta de formación a la que puede optar. Esta orientación debe ser lo más realista posible, conjugando la necesidad sentida por el paciente y la realidad tanto laboral como de formación de la realidad local.

En relación al empleo se debe realizar en forma conjunta el currículum del sujeto, para ir entrenando habilidades básicas de apresto laboral. El objetivo es que la persona logre alcanzar metas que le permitan comenzar la búsqueda de empleo normalizadamente. Se debe potenciar la autoimagen de ser capaz de enfrentar las propias limitaciones y de fortalecer las habilidades descubiertas.

Perfil socio ocupacional bajo

Se trata de un usuario con bajo nivel de autonomía.

Experiencia ocupacional muy escasa o nula con alta percepción de fracaso ocupacional. El desempleo ha sido lo más frecuente en su vida.

Puede poseer antecedentes penales por consumo y actos delictuales y presentar obstáculos relacionados con los aspectos físicos y/o problemas de salud asociados.

Baja escolaridad y formación.

La familia está presente, de tal manera que cuenta con un lugar donde vivir y con quienes vivir, pero con gran conflicto relacional; puede haber antecedentes de consumo y/o de tráfico al interior del sistema.

Puede presentar trastornos psiquiátricos no severos, compensados, y en situación de vulnerabilidad social.

Los problemas personales, familiares y sociales asociados a su condición de consumidor de drogas, son de compromiso severo.

Itinerario de integración de alta intensidad

Para este perfil es necesario reorientar a los usuarios hacia planes de formación o capacitación y trabajar las habilidades sociales más básicas de las que carezca, reforzando al máximo sus recursos personales. Se debe trabajar objetivos que apunten a resolver sus problemas judiciales, de vivienda, familiares, deterioros físicos y/o de salud.

Se sugiere que se realicen actividades que le ayuden a reforzar algunos aspectos de su vida social y laboral, para evitar descompensaciones, ansiedades, etc., así como también, orientar a hacer uso de los servicios sociales adecuados en cada caso, ya sean grupos de autoayuda o centros específicos para la integración social de discapacitados, en caso de ser requeridos.

El mediador/a hará un análisis de las necesidades y posibilidades de la persona en lo que a ocupación se refiere, incluyendo el empleo, que conduzca al diseño de ofertas laborales y ocupacionales que puedan darle respuesta (empleo protegido, voluntariados.)

Este perfil requiere de una intervención a largo plazo, muy intensiva, lo que implica un mayor uso de recursos personales, sociales y comunitarios y una oferta laboral y de actividades más amplia y específica; así como estar bien coordinadas con las actividades terapéuticas del tratamiento y rehabilitación.

Perfil socio ocupacional de casos especiales

Se trata de usuarios que presentan reiteradas experiencias de fracaso en actividades ocupacionales, con una muy baja o nula motivación hacia la realización de actividades con propósito.

Pueden tener presencia de trastorno psiquiátrico severo (psicosis, trastornos orgánicos, desórdenes antisociales, etc.) con una larga historia de consumo.

No hay familia que acompañe o apoye, o su disfuncionalidad es tan grave, que no es recomendable la inserción en ella (altos índices de violencia, abuso, tráfico, consumo de drogas). Puede presentar problemas físicos crónicos asociados a consumo.

Antecedentes penales por consumo, tráfico y/o delitos comunes.

Los problemas personales, familiares y sociales asociados a su condición de consumidor de drogas, son de compromiso muy severo.

La probabilidad de encontrar personas que en la etapa de reinserción se encuentren en este perfil es baja, pero de existir se requiere de una mediación específica y con características de tutoría.

Itinerario de integración específico

La intervención con personas que presentan este perfil no permite iniciar itinerarios de trabajo utilizando los mismos procedimientos que con los perfiles anteriores, se requiere comenzar a desarrollar otro tipo de alternativas que busquen la combinación entre cubrir las necesidades básicas y tener una actividad.

Estos usuarios presentan un deterioro que hace imposible recuperar ciertas capacidades imprescindibles en el mercado laboral normalizado. Son aquellas personas a las que se les denomina como “inempleables”, al menos tal como está concebido el empleo en la sociedad actual. Sin embargo la actividad ocupacional puede ser un medio para mejorar las posibilidades de integración social y una ayuda a procesos de cambio.

Se sugiere una orientación hacia la incorporación de actividades protegidas, grupos de autoayuda, hogares protegidos, seguridad social, casas de acogida y, en particular, con aquellos que presentan patología dual (trastornos psiquiátricos severos y consumo problemático de drogas), una coordinación y derivación asistida al sistema de salud.

3. SEGUIMIENTO DEL ITINERARIO DE INTEGRACIÓN DEL USUARIO

El seguimiento del itinerario de integración del usuario comienza una vez que la persona ha conseguido incorporarse en actividades ocupacionales satisfactorias para sí misma y en concordancia con las exigencias del ambiente.

Es necesario considerar un análisis de las situaciones de riesgo que el medio ambiente tiene y que puedan favorecer la aparición de una recaída en el consumo de drogas del usuario.

Cuando la persona ha conseguido empleo o se encuentra participando de un programa de capacitación, formación para el trabajo, regularización de estudios, etc. donde se conozca que participó de un programa de tratamiento y rehabilitación, es necesario realizar un seguimiento más amplio destinado a dar apoyo, en la medida de lo posible, a la institución que lo recibe para realizar una sensibilización y evaluar en conjunto los problemas que puedan ir surgiendo en la adaptación de la persona a su nuevo rol.

El seguimiento es valorado como la parte más difícil y de mayor riesgo para el usuario, por ejemplo, la consecución de un empleo es un factor estresante por sí mismo, genera dudas y levanta ansiedades en el usuario. La persona necesita además de un empleo, una red social y un grupo de apoyo donde pueda depositar parte del estrés, con quien compartir las dificultades y los logros. Si estos factores no han sido trabajados, la búsqueda y el mantenimiento del empleo logrado tendrán un equilibrio muy precario.

Por otra parte, puede que los empleos que consigan los usuarios sean altamente precarios e inclusive que no obtengan empleo, y la manera de evitar que la persona se frustre ante esta realidad es que el mediador realice un trabajo previo, sobre su capacidad para flexibilizar y proyectarse, como un sujeto que posee capacidades y recursos para el desarrollo de una vida ocupacional satisfactoria más allá de la obtención y mantención de un empleo.

Es necesario realizar una asesoría constante de los recursos y de las oportunidades reales de capacitación y empleo, ofreciendo la posibilidad de consulta acerca de requisitos para su incorporación o apresto laboral, etc.

Es difícil determinar el período necesario de seguimiento para cada perfil, sin embargo es altamente probable que la intensidad de la mediación también esté directamente relacionada con la durabilidad del seguimiento.

PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS

Las circunstancias que acompañan el proceso de integración afectan de modo diferente según la etapa del ciclo vital en que se producen. Hay acontecimientos inesperados que ayudan y repercuten: no todo está predeterminado, ni exclusivamente en manos del terapeuta. La rehabilitación es un proceso muy particular derivado de la presencia de una gama de circunstancias y contextos, en un determinado momento evolutivo de cada persona y con una presencia de hechos fortuitos que pueden favorecer o dificultar los resultados esperados.

Por ello, las características del proceso en sí se deben definir para cada caso individual, ya que aunque puede hablarse de unos patrones comunes de desarrollo, cada proceso es singular. Uno de los factores individuales de mayor riesgo en el resultado de un proceso de rehabilitación y altamente asociado a lo familiar, social y ocupacional, es la aparición de recaídas.

En las personas drogodependientes la presencia del riesgo de recaída es alta, así como también el impacto que ello produce en la persona y su entorno familiar y social. El conocimiento de las señales de alerta de recaída es un factor que favorece el proceso, y que por ello deben tomarse en cuenta en forma simultánea al trabajo realizado sobre los aspectos específicos relacionados con la integración socio ocupacional.

Se distinguen al menos dos tipos de recaídas, las propiamente tales, que dicen relación con volver a repetir el patrón de consumo original que motivó el ingreso a tratamiento, y los lapsus, que se refieren a un consumo menor y esporádico en donde el usuario toma conciencia y ejerce el auto control, deteniendo el consumo.

Para prevenir la aparición de recaídas es necesario:

- Ayudar a que los usuarios identifiquen los factores de riesgo de recaída y desarrollen estrategias para manejarlos.

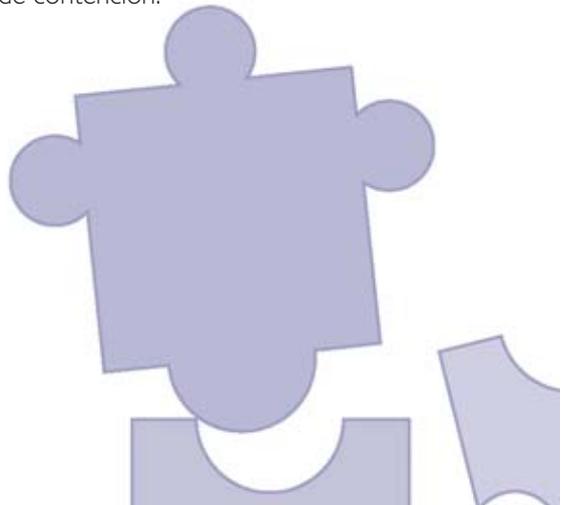
- Promover la comprensión de que la recaída es un proceso con signos y estímulos incluidos en un contexto familiar.
- Ayudar a que comprendan y manejen los estímulos que inducen al consumo de alcohol o sustancias, así como el anhelo de consumo.
- Lograr que comprendan y manejen la presión social asociada al consumo de sustancias.
- Facilitar que desarrollen formas de manejo de los estados emocionales negativos.
- Ayudar a que aprendan formas de manejo adecuadas de resolución de problemas.
- Lograr que enfrenten situaciones de estrés de manera positiva.
- Facilitar que construyan un estilo de vida saludable.
- Ayudar a que desarrollen un plan para interrumpir una recaída.
- Promover el fortalecimiento de las relaciones familiares.
- Ayudar a generar una red de relaciones sociales de personas no drogodependientes.
- Facilitar la consecución de condiciones de vida que resulten satisfactorias para el sujeto, ya que la recaída está en estrecha conexión con el hecho de que el presente es una realidad muy poco gratificante.
- Ayudar a identificar elementos culturales que pueden ser modificados en función de su abstinencia.
- Ayudar a tomar conciencia de que la frustración es un elemento común en la vida cotidiana y a desarrollar tolerancia a la frustración.

La decisión de normalizar la vida e integrarse a la sociedad de referencia, puede llegar a ser altamente estresante, en especial si se considera que las expectativas pueden llegar a ser muy altas y la frustración al no poder alcanzarlas, puede constituir un riesgo de recaída.

A lo largo del proceso de integración, hay momentos de transición y de cambio que podríamos llamar puntos críticos, conectados con el estrés que producen determinadas situaciones, y que deben ser consideradas para contener y controlar los posibles riesgos de recaída, por ejemplo:

1. La primera participación en un curso o acción formativa más o menos intensa, puesto que implica mayores exigencias y esfuerzos personales.
2. El tiempo que transcurre entre el final de un curso de capacitación o formación laboral y la incorporación a un empleo, si es demasiado prolongado, suscita frustración y desánimo.
3. Los primeros momentos de la incorporación laboral debido a los cambios de hábitos de vida, el estrés que el trabajo supone en sí mismo, y el derivado de las situaciones sociales propias de un empleo.
4. No ser seleccionado para un empleo por algún motivo, de tipo personal o externo.
5. La readquisición de funciones parentales, una vez que los hijos se han habituado a un estilo de vida sin la presencia del padre.
6. La independencia física de los padres.
7. La independencia económica y la creciente valoración de ello para alcanzar la autonomía afectiva.

Es necesario que el o la mediador/a, aprendan a reconocer las señales de alerta de una probable recaída, del caso específico, para dar inicio a estrategias de apoyo a través de la coordinación con el equipo terapéutico y/o la implementación de consejería de contención.



IX. FACTORES ESTRATÉGICOS QUE INCIDEN EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN SOCIO OCUPACIONAL

La recuperación de una persona es un proceso singular que no tiene replica, se deriva de un sinfín de circunstancias, se presenta en un determinado contexto; por lo tanto, es necesario establecer cuales serán los factores ejes que se abordarán para lograr una mayor integración socio ocupacional con cada uno de los sujetos de atención. Estos factores se han definido como:

1. La red familiar
2. El grupo social de referencia
3. El nivel de educación y formación
4. La situación del empleo
5. Problemas legales y/o judiciales asociados

1. RED FAMILIAR

La familia, representa la red social primaria más significativa en la vida de la comunidad y es definida como un grupo de personas que viven juntas y comparten funciones de protección y socialización e intercambio de afecto.¹³

La familia es el primer grupo donde el ser humano adquiere conocimientos, creencias, valores y conductas que le permiten, posteriormente, insertarse en la escuela, el trabajo y en la sociedad en su conjunto, por lo que constituye el principal agente formador de conductas relacionadas con un estilo de vida particular.

Dependiendo de las características y funcionamiento de la familia, puede constituirse en un factor protector o un factor de riesgo, para el inicio y desarrollo de problemas por consumo de sustancias. Una familia saludable, es decir protectora del riesgo, es aquella en donde se ha generado una afectividad sana, los miembros se quieren y expresan su afecto, el estilo comunicacional es asertivo, los miembros son capaces de decir lo que piensan y sienten sin temor; pero manteniendo respeto y tolerancia, las normas son pocas pero claras y conocidas por todos.

La experiencia y los estudios reflejan que las familias de personas con consumo problemático de drogas, presentan características aso-

13. Presentación Familia y Drogas, Ps. Marco Barrientos 2003.

ciadas a disfunciones generales, relacionadas con clima afectivo desapegado u hostil, comunicación indirecta y normas inconsistentes.

Habitualmente se observa consumo de alcohol y/o drogas en algún miembro del sistema, el proceso de autonomía e individuación de los miembros consumidores se ha retrasado, manifestando actitudes y conductas correspondientes a una etapa anterior de desarrollo evolutivo que la correspondiente a su edad cronológica.

Sumado a lo anterior se observa un sistema con poca participación social, se trata de familias aisladas de redes sociales afectivas, con rigidez en las relaciones, ambigüedad en la definición de roles familiares y en situación de pobreza o marginación.

La familia presenta una importante dificultad para comprometerse en los procesos individuales de cada miembro y para solucionar problemas, presentando así altos niveles de ansiedad a causa del impacto que produce la aceptación de un hijo o un padre con problemas de consumo de drogas; la familia mantiene por largos períodos una actitud negadora, llegando a minimizar el conflicto, que una vez manifiesto requiere de niveles de adaptación y adecuación necesarios para su solución.

Distintos tipos de respuesta familiar al problema de la drogodependencia:

- Madre que funciona como una amiga.
- Padre que no se implica.
- Padres que consideran a su hijo como un caso especial.
- Padres a los que desborda el problema de su hijo.
- Padres que utilizan la adicción para controlar la relación familiar.
- Padres perfectos.

Patrones interaccionales observados en familias con un miembro adicto¹⁴

1. Inicio del consumo típicamente en la adolescencia.

2. Período de ocultamiento del proceso:

Preocupación puesta en otro lugar que no permite ver con claridad lo que está pasando.

Contexto favorable o ayudador para el consumo.

14. Presentación Familia y Drogas, Ps. Marco Barrientos 2003.

Intentos (no conscientes) del consumidor por mostrar abiertamente su consumo de drogas.

Secreto a voces o sospecha.

3. Descubrimiento del consumo:

Alarma, intentos de ayuda.

En ciertos intentos de ayuda: cambian sin cambiar; ayudan a mantener el consumo.

4. Estructura y regularidades:

Límites borrosos o difusos y aglutinados.

Madre aliada con el hijo (infantilizado).

Padre periférico.

Atracción del hijo hacia el interior de la familia de origen.

A mayor número de conflictos intrafamiliares y mayor aislamiento social del sistema, la severidad del compromiso psicosocial asociado al consumo de sustancias en el usuario, se hace más severo y se requiere entonces, trabajar activamente con la familia para comprometerlos con el tratamiento, entrenar en habilidades de comunicación y solución de problemas, fortalecer sus recursos, modificar atribuciones y sistemas de creencias asociados al consumo, así como las expectativas irracionales en relación a los logros, y la sobreimplicación materna y el desinterés paterno.

Los objetivos terapéuticos asociados a la familia están orientados a:

- Comprometer a la familia con el tratamiento.
- Identificar los conflictos y/o problemas al interior del sistema familiar.
- Entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas.
- Favorecer la adaptabilidad y flexibilidad del sistema.
- Disminuir el estrés agudo y crónico.
- Fortalecer los recursos familiares.
- Modificar atribuciones, creencias y expectativas irracionales de la familia.

El trabajo con la familia, se inicia con el ingreso del usuario a tratamiento y durante todo su proceso de rehabilitación. Por lo tanto, durante la fase de reinserción social el equipo terapéutico refuerza, fortalece y acompaña a la familia hacia la readaptación de nuevos patrones conductuales y estilos relacionales saludables.

La familia cumple un papel fundamental, en la integración socio ocupacional del usuario, dado que la reparación de daños ocasionados en la familia por la historia de consumo y la comprensión y aceptación del proceso de cambio, requiere de un sistema familiar que asume sus responsabilidades y se flexibiliza para acoger a un familiar; que como consecuencia del tratamiento ha cambiado y se comporta con niveles de autonomía desconocidos hasta entonces por sus miembros.

El mediador/a encontrará en la familia, recursos y potencialidades que debe aprovechar en su labor y su rol debe centrarse en fortalecer, mantener y potenciar la red familiar que ha sido articulada durante su estancia en tratamiento, con el fin de que la familia acompañe y sea un facilitador en el proceso de integración socio ocupacional, potenciando la autonomía del paciente.

2. EL GRUPO SOCIAL DE REFERENCIA

Además de la familia, existen otros grupos de socialización, tales como los grupos de pares sean estos amigos, vecinos, compañeros de trabajo o estudios, que constituyen redes sociales de apoyo.

Un porcentaje importante de consumidores problemáticos de drogas ha iniciado su consumo durante la adolescencia temprana, y generalmente acompañado de su grupo de pares, en el caso de los varones, y de la pareja en el caso de las mujeres. Posteriormente, cuando el consumo va convirtiéndose en un hábito, el grupo social constituye una fuente de reforzamiento para la perpetuación del mismo y se va dando una especie de segregación de los grupos de acuerdo al tipo de sustancia consumida.

La habituación al consumo de drogas usualmente va aparejado de un grupo social de referencia que realiza la misma actividad y que comparte los mismos intereses o que está relacionado en algún grado con el engranaje del sistema, proveedores, microtraficantes o consumidores. En el caso de los varones, se da en la etapa final del circuito, cuando la dependencia se ha declarado y la conducta compulsiva de consumo es la norma. Por el contrario, en el caso de las mujeres esta relación con grupos de traficantes o consumidores se da desde el comienzo, ya que son sus parejas o grupo de pares los que las proveen.

De esta manera, uno de los tantos desafíos que debe enfrentar una persona con consumo problemático de drogas que se encuentra en

tratamiento, dice relación con la conformación de un nuevo grupo social de referencia, pares, amigos, desvinculados del mundo adictivo.

La integración a una vida normalizada presupone participar como miembro activo de redes sociales de apoyo, en donde los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos, etc., son una fuente de apoyo y conflicto emocional potente.

El entrenamiento en el desarrollo de habilidades sociales de procesamiento y comunicación, que le permitan al usuario formar parte de un grupo humano de referencia, libre de drogas, es un objetivo de todo programa de tratamiento, primordial para lograr una buena integración social.

La participación en grupos de autoayuda, asociados al tema, Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Programa Ecológico Multi-Familiar, es una alternativa que potencia la integración, dado que ofrece un espacio de acogida, contención y apoyo en situaciones difíciles de alto estrés de la vida cotidiana, que pueden constituir riesgo de recaída y con ello la probabilidad de reiniciar el circuito de exclusión asociado al consumo.

La fuerza de un grupo de autoayuda reside en que está constituido por personas con similares características. Las personas se reúnen en torno a dificultades o problemas similares, con el objetivo central de ayudar a sus integrantes a superar y elaborar tales dificultades.

El grupo de autoayuda surge como un importante agente de control social. Utiliza para esto mecanismos de aprendizaje que son efectivos a través de la observación de la superación de problemas de los demás (modelaje), y de las orientaciones entregadas por la experiencia de los iguales.

Es un espacio que permite reconstruir la red social y conlleva funciones de apoyo y ayuda, así como también la generación de actividades incompatibles con la forma de vida anterior. Cada miembro desempeña la doble función de dar y recibir ayuda, por lo que surge una percepción de sí mismo como capaz de enfrentar problemas y ayudar a otros. Se genera un fuerte refuerzo social en personas que durante mucho tiempo estuvieron en situación de exclusión social y se les brinda una oportunidad de reparación de los daños causados.

Por otra parte, la persona una vez recuperada, habitualmente vuelve a convivir en el mismo espacio físico y relacional donde interactuaba,

comuna, barrio, vecinos, por lo que es necesario **resignificarlo**, darle un nuevo sentido al ambiente físico, social y cultural, así como al espacio y las relaciones.

Resignificar los lugares previamente asociados al consumo, entrenar la capacidad para disfrutar sin drogas, adquirir conocimientos culturales básicos y una nueva visión de la ciudad,¹⁵ es una meta a tener en cuenta en la reinserción social, como herramienta para la integración.

3. EL NIVEL DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

Los cambios experimentados por la economía mundial en las últimas décadas han convertido la calidad de los sistemas educacionales en herramienta determinante para el desarrollo económico y competitividad de las naciones. En este contexto, los desafíos educacionales, de capacitación y nivelación de estudios ha cobrado extrema urgencia, especialmente considerando la alta tasa de deserción escolar y la baja cobertura en educación de adultos que registra el país. Según antecedentes del MINEDUC y SENCE, del total de la fuerza laboral, el 49%, es decir cerca de tres millones de trabajadores, no han completado su escolaridad básica o media, realidad que de no resolverse podría constituirse en un freno al crecimiento y mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Existe un vínculo entre nivel de competencias de las personas y el tipo o calidad de empleos al que pueden acceder y una relación inversa de nivel de competencias y pobreza.¹⁶

Se han diseñado diversos modelos de aprendizaje y autoaprendizaje basados en competencias para **nivelar la educación en adultos**. De un modo más estructurado y amplio, se registran experiencias como la del programa “Chile Califica” (www.chilecalifica.cl) con la participación del Ministerio del Trabajo, el SENCE y el Ministerio de Educación, con el desarrollo de varios componentes en la búsqueda de la

15. El Apresto Laboral: un apoyo al proceso de reinserción sociolaboral. Prof. Sara Rivera, Comunidad Terapéutica Talita Kum. Fundación Cristo Vive. Presentación en IV Encuentro Tratamiento y Rehabilitación Macro Zona Norte. CONACE I, II, III, IV Región. Diciembre 2003.

16. Además de lo anterior, es conveniente hacer notar que **para la certificación ISO, es necesario que la fuerza laboral tenga la educación media completa**, y este aspecto es especialmente revelante si consideramos la asociación de Chile con la Unión Europea, y consecuente con eso, la demanda potencial de nivelación para que las empresas chilenas puedan poder competir con productos y servicios en dichos mercados.

articulación del mundo de la educación y del trabajo, favoreciendo la nivelación de estudios de trabajadores adultos, el reconocimiento de competencias derivadas de la experiencia laboral y el desarrollo de la educación técnica y la formación por competencias.

La capacitación para la integración socio ocupacional de personas en situación de pobreza o riesgo de exclusión como lo son en su gran mayoría la población drogodependiente debería considerar la heterogénea realidad de los organismos capacitadores existentes. Además estas personas precisan probablemente formaciones más largas, amplias e integrales, y una vez superada esa etapa se podrá poner el énfasis en la mayor vinculación con el mercado de trabajo

Evaluación de los efectos de la Educación de Adultos¹⁷

- Participan en los cursos de nivelación de estudios principalmente por la posibilidad de acceder a un mejor trabajo, por la importancia social y personal de terminar cuarto medio. Además manifiestan que se producen cambios personales como el aumento de la confianza y seguridad personal.
- Derivado del conocimiento adquirido aumenta la capacidad para establecer mejores relaciones sociales, consideran que aumenta la percepción de un mayor reconocimiento por parte de amigos y vecinos, asociado a mejor autoestima y satisfacción personal.
- En relación a los cambios económico-laborales, no hay claridad respecto del cambio en ingreso; muchos declaran que el curso les sirvió para encontrar trabajo, para ser más responsables y para aumentar la creación de expectativas de seguir estudiando.
- En cuanto a los cambios familiares, las personas plantean que mejoró su comunicación en relación con su pareja y con los hijos, se genera círculo virtuoso de ayudarlos a hacer las tareas y logran mayor reconocimiento familiar.
- En referencia a los cambios socioculturales, aumenta su capacidad para relacionarse con autoridades, la participación en organizaciones y relaciones con la comunidad.

17. Fundación Participa, Corporación Educacional Aprender; Colegio Polivalente de La Pintana, Convenio Fundación Andes (Proyecto C-33632).

4. SITUACIÓN DEL EMPLEO

La globalización económica, la intensificación de la competencia internacional, la variabilidad y diversificación de la demanda y la introducción de nuevas tecnologías se están traduciendo en cambios en los procesos productivos, en las políticas de gestión y estructuras de las organizaciones.

En lo que respecta a las empresas, su necesidad de transformación permanente ante el cambio tecnológico y la internalización de los mercados ha tenido repercusiones importantes en la organización de la producción y en las características y habilidades de los recursos humanos que demanda el mercado de trabajo. Se admite por muchos estudiosos de los fenómenos sociales que estamos ante una segunda gran revolución industrial, cuyos efectos aún no se manifiestan plenamente en muy diversos ámbitos y que rebasan la esfera de la economía.

Es necesario, por tanto, preguntarse qué ha cambiado en el mercado laboral, para entender qué cambios se requieren en los sistemas de habilitación, formación y capacitación que respondan a las competencias exigibles a los recursos humanos del futuro.

El creciente número de desempleados en el mundo y la elevación sostenida de las tasas de desocupación en muchos países, incluso en los desarrollados, lleva a reflexionar sobre las causas estructurales de este fenómeno. Contrario de lo esperado por los teóricos hace unas décadas, se ha visto un crecimiento masivo en el número de desempleados y en trabajos a tiempo parcial no siempre voluntario, y al mismo tiempo, una acumulación de largas jornadas de trabajo y horas extras en un segmento reducido de la población.

En lo que respecta a los trabajadores no calificados, los bajos salarios no son una protección contra el desempleo. Una parte importante de la automatización en la industria ha afectado precisamente a este tipo de trabajadores, que resultan más susceptibles de ser reemplazados por máquinas. En otros casos, los procesos intensivos en mano de obra están siendo desplazados hacia nuevas regiones que hoy en día se han incorporado a corrientes comerciales internacionales.

De cara a cambios tan importantes, las personas precisan prepararse técnica y psicológicamente para el empleo, con nuevas características, y también para el autoempleo y para enfrentar en la mejor forma posible períodos de desempleo.

Dimensiones a tener presente de la realidad de los drogodependientes

Más allá de sus objetivos de inserción laboral, el programa en la práctica enfatiza propósitos de integración socio ocupacional y participación de las personas, por lo tanto, no sólo promueve la adquisición de competencias laborales, sino que aborda ciertas dimensiones de las personas en situación de exclusión social. Estas son:

El acceso y permanencia en el sistema educacional de las personas drogodependientes está sujeto a la satisfacción de ciertas necesidades básicas, como nutrición, vivienda, vestimenta, cuidado de la salud, etc., que resultan la condición de base para que las instituciones educativas y formadoras puedan desarrollar su labor; y que condiciones como menor ingreso familiar y la mayor probabilidad de que la persona deje de estudiar, no redunde en que los esfuerzos por mejorar la situación educacional de la personas resulten insuficientes, si no se prevén medidas que contrarresten el impacto negativo de las condiciones del hogar.

Por lo tanto, se hace necesaria la intersectorialidad en el abordaje social de los casos, ya que la amplitud de las dimensiones sobre las que se actúa se refleja directamente sobre el impacto del programa en las personas beneficiarias.

Es sabido que estas personas suelen haber desertado tempranamente de la educación formal y además es probable que hayan accedido a circuitos educativos de baja calidad. Por ello, arrastran deficiencias en la consolidación de competencias hoy consideradas básicas para el desempeño laboral: lectura comprensiva, redacción y operaciones matemáticas aplicadas, y también habilidades analíticas para la solución de problemas, para la toma de decisiones, para aprender situaciones nuevas.

Se deben incluir en la formación o apresto laboral el desarrollo de los hábitos laborales básicos: asistencia, puntualidad, permanencia, respeto de la autoridad, higiene del lugar de trabajo; destrezas básicas, capacidad de aprendizaje y disciplina de trabajo, que son competencias requeridas, ya que las personas drogodependientes son más vulnerables en estos aspectos conductuales. Las herramientas pedagógicas utilizadas requieren integrar competencias básicas y técnicas para que tengan relación con la calidad de los logros educativos necesarios de obtener; además se requiere un considerable planeamiento e inversión en materiales didácticos y capacitación de instructores.

La capacidad para el trabajo, es decir no sólo si los sujetos adquieren a lo largo de los programas de capacitación, competencias para obtener un empleo, sino también si están en condiciones de adaptarse a diferentes situaciones de trabajo, incluyendo el autoempleo.

En el actual contexto sociolaboral, la generación de puestos de empleo en el sector formal se ve muy restringida y entonces la "invención" del propio trabajo constituye una alternativa. Cabe preguntarse hasta qué punto el autoempleo o el microemprendimiento representan alternativas laborales válidas y realistas para las personas más vulnerables. Sobre todo, teniendo en cuenta que las personas que presentan consumo problemático de drogas frecuentemente exhiben serias dificultades de tolerancia a la frustración y mala capacidad de planificación y estructuración de los esfuerzos para conseguir el logro de una tarea, por lo que requieren frecuentemente de una estructuración desde el ambiente externo.

Además de las conocidas dificultades de supervivencia de los microemprendimientos en general, en los drogodependientes se agregan otras, la escasa experiencia laboral, sumada en este caso a las debilidades de las competencias generales y a la limitada red de relaciones sociales (Suárez, 1996). El estado de las discusiones sobre la cuestión plantea que la promoción de experiencias de autoempleo y/o microemprendimientos con personas de estos perfiles requiere un fuerte seguimiento, que se exprese a través de: apoyo a la selección de nichos productivos o de servicios viables; capacitación en gestión, en comercialización y en las competencias ligadas a la actividad; acceso al crédito; y asistencia técnica durante un período considerable, incluyendo acompañamiento psicosocial. La complejidad y el costo de tales intervenciones plantean claros límites a la masividad de los programas con esa orientación.

Intermediación con las organizaciones laborales

Existe una variedad de planteamientos en esta materia, pero el presente programa sugiere dos formas de trabajo con las organizaciones laborales:

- **Trabajo con las empresas sin mencionar las características especiales del grupo**, es decir, sin mencionar que se trata de una persona que se encuentra en tratamiento. Se busca con ello el mayor grado de integración posible a una vida normalizada. Este tipo de acciones se realizan basándose en la idea de que el mer-

cado laboral no excluye porque la persona sea drogodependiente sino porque no tiene la formación, porque no se ha reciclado, porque no tiene una serie de habilidades básicas, etc. A la empresa, según esta idea, lo que le importa es que sea un profesional con el perfil que necesita. Todas las personas tienen un pasado que pertenece al ámbito de su privacidad y que no tiene porqué ser revelado en la medida en que no afecte nada relacionado con lo laboral.

- **Trabajo con empresas ofreciendo una imagen corporativa del programa mencionando que el grupo con el que trabaja es de personas drogodependientes**, apelando tanto a la responsabilidad social de la empresa como a las ventajas que presenta la persona en términos personales y en términos fiscales, y ofreciendo a la empresa apoyo y seguimiento de la persona incorporada.

En ambas opciones lo que resulta imprescindible es que las personas con las que se intermedia reúnan el perfil demandado por la empresa. Cada una de estas formas presenta ventajas e inconvenientes y la elección depende del tipo de planteamiento adoptado, que a su vez está en función de las características de las personas: en aquellos casos, por ejemplo, en los que el aspecto físico haya sufrido un deterioro importante y revela de algún modo el paso por la drogodependencia, resulta difícil obviar la circunstancia de cara a una selección de personal, de modo que puede resultar más operativo optar por procesos de intermediación donde se explicita que la persona está en tratamiento.

Además se puede recurrir a la intermediación directa con empresas que utilizan los cauces habituales de búsqueda activa a través de prensa especializada e inscripción en bolsas de trabajo.

El acompañamiento en esta fase se valora como vector fundamental. No basta con enviar a las personas a que se inscriban en bolsas de trabajo, de las cuales hacen un uso muy limitado si el proceso no está apoyado por una persona de referencia, ni sugerir que busquen a través de avisos económicos escritos o por Internet.

El acompañamiento debe detectar las dificultades a la hora de concertar citas, de lograr una comunicación efectiva a través del teléfono, de acudir a un proceso de selección y animando movimientos como el que la persona recabe información de cómo va la bolsa, de qué cursos que se ofrecen a partir de ella, etc.

El autoempleo no se evalúa como una opción fácil para este grupo, al menos no tal y como está planteada normalmente. Una de las modalidades de autoempleo que mejores resultados ha dado con colectivos vulnerables es el cooperativismo. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que el cooperativismo es un modelo que en sí mismo engloba una alta complejidad, ya que exige, entre otras características, una gran capacidad de negociación, una alta participación, capacidad de autogestión y tolerancia. Además hay que diferenciar que debe funcionar como grupo de trabajo y se confunde con el funcionamiento del grupo de autoayuda.

5. PROBLEMAS LEGALES Y/O JUDICIALES ASOCIADOS

La literatura internacional, la experiencia comparada de otros países y la nuestra, indica que la relación entre consumo problemático de sustancias y comisión de delitos, es de importancia.

El 44% de los usuarios dependientes del consumo de drogas que se encuentran en tratamiento en el país a través del convenio CONACE-FONASA, presentan antecedentes de conflicto con la justicia, que corresponden a delitos adicionales a la detención por sospecha o detención por ebriedad en la vía pública.

Por otra parte, en el mismo estudio de la Escuela de Salud Pública se menciona que existen usuarios que han tenido que interrumpir su proceso de tratamiento, dado que su causa pendiente ha tenido por resolución cumplir con pena carcelaria, pasando de un centro de tratamiento a un recinto penitenciario.

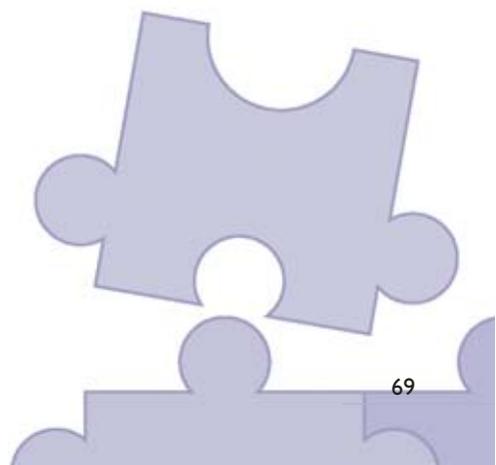
Además, según el estudio realizado por CONACE en 1.217 reclusos entre 18 y 35 años de edad en el sistema privativo de libertad, condenados por delitos de robo o intimidación, se observó que el 26% declaró haber cometido el primer delito bajo la influencia de alguna droga, el 41% declara lo mismo respecto al delito por el cual están actualmente condenados, mientras el 40% declara haber delinquido única y exclusivamente para comprar droga. Queda en evidencia que existe una relación significativa entre consumo de sustancias y comisión de delitos. Asimismo se ha demostrado que otorgar tratamiento especializado a personas consumidoras de drogas que han cometido delito, disminuye considerablemente tanto la probabilidad de recaída en drogas, como la comisión de nuevos delitos.

Indudablemente que el proceso de integración socio ocupacional de drogodependientes que han estado privados de libertad por actos delictuales, es complejo y demanda de los servicios sociales normalizados y de la comunidad en general, una actitud de aceptación y de oportunidades reales.

Sin embargo, el poseer antecedentes judiciales, es un factor que complejiza la posibilidad de inserción a una vida normalizada, las oportunidades de empleo, educación, etc. debido a que genera prejuicios y miedos que hacen que las oportunidades de la persona se vean ostensiblemente disminuidas, provocándoles gran frustración al no encontrar espacio para su desarrollo e integración, lo que se transforma en un riesgo importante de recaída.

Se requiere entonces, de apoyo, información y consejería suficiente para resolver o clarificar las situaciones judiciales pendientes, situación militar en caso de ser necesario, regularizar antecedentes cuando corresponda, cancelar o repactar deudas, para que la situación financiera no sea otro elemento en conflicto que interfiera en su proceso de integración.

Es necesario favorecer la generación de oportunidades en el contexto social (empleo, capacitación, educación, actividades sociales recreativas y ocupacionales, etc.) para garantizar que el proceso de tratamiento y rehabilitación sea exitoso, culminando en la integración socio ocupacional del usuario.



X. ANEXOS

FICHA AUTOAPLICADA SOCIO OCUPACIONAL

Lea atentamente las preguntas y responda sinceramente el cuestionario, recuerde que esta información es confidencial y que será utilizada en un trabajo personalizado durante su etapa de reinserción.

Si se encuentra con una pregunta que no puede o no sabe como contestar, déjela en blanco y posteriormente, podrá responderla con el apoyo del mediador/a.

Fecha: _____

Nombre			
¿Qué edad tienes?			
Sexo	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
Teléfonos de contacto			
¿Cuál es tu dirección? Señala la comuna			

■ 1. ¿En qué fecha ingresaste al centro de tratamiento? _____

■ 2. ¿Cuál es el nombre de tu terapeuta más cercano? _____

■ 3. ¿Cuál es tu estado civil?

1. Soltero/a, vive con pareja
2. Soltero/a, vive sin pareja
3. Casado/a
4. Separado/a
5. Viudo/a

■ 4. ¿Cuántos hijos tienes?

N° de hijos

4.1 ¿Qué edad tienen?

Nombres	Edad
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

■ 5. ¿Qué nivel de educación tienes tú, tu padre y tu madre?

	Tuyo	Padre	Madre
1. Sin escolaridad			
2. Básica incompleta			
3. Básica completa			
4. Media incompleta			
5. Media completa			
6. Universitaria/Técnica incompleta			
7. Universitaria/Técnica completa			

5.1 ¿Cuál es el último curso que aprobaste? (segundo básico, cuarto medio, etc.)

■ 6. Actualmente, ¿Cuál es tu profesión u oficio?

■ 7. ¿Tienes otro tipo de capacitación o calificación?

■ 8. ¿Cuál era tu principal actividad antes de ingresar al programa? (Marcar las alternativas que correspondan)

- | | |
|---|--|
| 1. Estudiaba | 5. No tenía trabajo y no buscaba |
| 2. Trabajaba | 6. Dedicado(a) a las labores del hogar |
| 3. Estudiaba y trabajaba al mismo tiempo | 7. Otra (¿cuál?) |
| 4. No tenía trabajo, pero estaba buscando | |

■ 9. ¿Cuántos trabajos has tenido?

N° de trabajos

■ 10. ¿Cuáles han sido los últimos tres trabajos en que has estado y cuánto tiempo permaneciste en ellos?

Tipo de trabajo	Tiempo de permanencia
1.	
2.	
3.	

■ 11. Actualmente vive en:

- Casa propia
- Arrienda
- Está de allegado
- Casa de los padres
- Sin casa
- Otra condición (¿cuál?)

■ 12. ¿Me puedes decir en forma aproximada cuál es el **ingreso de tu hogar** al mes?

Ingreso familiar
\$

■ 13. ¿Me puedes decir en forma aproximada cuál es el **ingreso tuyo** al mes?

Ingreso tuyo
\$

■ 14. ¿Actualmente vives en?

1. Casa propia
2. Arriendas
3. Estás de Allegado
4. Casa de tus padres
5. Sin casa
6. Otra condición (¿Cuál?)

--

■ 15. ¿Cuál es la composición de tu grupo familiar (de la gente que vive contigo)?

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Actividad	Est. Civil

■ 16. ¿Cómo te llevas con las personas que viven en tu casa?

- Bien
- Regular
- Mal

■ 17. ¿Con quién te llevas mejor?

■ 18. ¿Con quién te llevas peor?

■ 19. Además de asistir al Centro, ¿participas en algunas de las siguientes actividades?

	SI	NO		SI	NO
a. Club deportivo			e. Organización. Religiosa		
b. Organización Social			f. Otra organización		
c. Organización. Política			g. Ninguna		

19.1 ¿Participas en alguna otra actividad?, ¿Cuál sería ésta?

■20. ¿Con qué religión te identificas?

1. Católica
2. Evangélica
3. Otra religión. ¿Cuál? _____
4. Ninguna religión
5. No sabe

■21. ¿Y con qué frecuencia vas a misa o a oficios religiosos de tu iglesia? (sin contar bautizos, matrimonios o funerales)

1. Más de una vez a la semana
2. Una vez a la semana
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces en el año
5. Nunca o casi nunca

■22. ¿Tienes cédula de identidad?

Sí No

■23. ¿Estás afiliado a alguna institución para la atención de tu salud?

1. FONASA
2. ISAPRE
3. Otra (¿cuál?)
4. No sabe
5. Tarjeta de gratuidad o indigencia
6. Ninguna

■24. ¿Qué previsión tienes?

1. AFP
2. INP
3. PRAIS
4. Otra (especifique)
5. Ninguna

24.1 ¿Cuándo fue la última vez que impusiste?

1. El mes pasado
2. Hace dos o tres meses
3. Entre 3 meses y un año atrás
4. Hace más de un año
5. Nunca o casi nunca
6. No recuerdo

- **25. ¿Ha tenido algún problema con la justicia?** (descartando detención por sospecha o por beber en la vía pública)

Sí No

- 25.1 ¿Posees antecedentes penales registrado en certificado de antecedentes?

Sí No

- **26. ¿Cuál es tu situación militar actualmente?**

0. No aplica (mujer)
1. Situación al día (ya lo hiciste o bien te eximiste)
2. Lo postergaste por estudios, trabajo u otras razones
3. Saliste llamado y no te presentaste
4. Nunca te informaste sobre el servicio militar
5. Otra situación:

- **27. ¿Qué tipo de deudas tienes actualmente?**

1. Créditos hipotecarios
 2. Créditos de consumo
 3. Casas comerciales
 4. Créditos de estudios
 5. Préstamos de familiares
 6. Otros, especificar
-

- **28. ¿Tienes antecedentes comerciales?** (DICOM)

Sí No

- **29. ¿Han aplicado la ficha CAS en tu hogar?** (encuesta que aplica el municipio para acceder a distintos beneficios sociales)

Sí No

- 29.1 ¿Cuándo la aplicaron por última vez?

Mes	Año

- **30. ¿A qué edad iniciaste tu consumo de drogas?**

Años

- **31. ¿Cuál fue tu primera droga?**

- | | |
|--------------|--|
| 1. Alcohol | 4. Pasta base |
| 2. Marihuana | 5. Otra, ¿Cuál? <input style="width: 300px;" type="text"/> |
| 3. Cocaína | |

■32. ¿Cuál era la droga que más consumías y qué te motivó a ingresar a este programa de tratamiento?

	SI	NO		SI	NO
1. Alcool			4. Pasta base		
2. Marihuana			5. Otra		
3. Cocaína					

■33. ¿Con qué frecuencia consumías esta droga?

1. Todos los días, más de una vez al día
2. Todos los días, una vez al día
3. Algunas veces en la semana
4. Sólo fines de semana
5. Algunas veces al mes

■34. ¿A través de qué vías la consumías?

	SI	NO		SI	NO
1. Fumada			3. Inyectada		
2. Inhalada			4. Bebida		

■35. ¿Cómo llegaste al centro de tratamiento?

1. Fue una decisión voluntaria sin la ayuda de nadie
2. Fue decisión conversada con la familia, pareja, trabajo o escuela
3. Me trajeron familiares o amigos
4. Ingresé por indicación legal
5. Fui derivado desde otra institución
6. Otro motivo. (¿Cuál?)

■36. ¿Tienes familiares con problemas de alcohol?

Sí No

36.I ¿Quién(es)?

■37. ¿Tienes familiares con antecedentes de consumo de drogas?

Sí No

37.I ¿Quiénes y con qué drogas?

Quién	Qué droga

■ **38. ¿Tienes antecedentes médicos con enfermedades crónicas?**

- a. VIH-Sida
- b. Cáncer
- c. Diabetes
- d. Hipertensión arterial
- e. Enfermedad bronquial obstructiva
- f. Otra (¿cuál?)

■ **39. ¿Posees alguna discapacidad física? (ceguera, falta de alguna extremidad, sordera, entre otras)**

Sí No

39.1 ¿Cuál? _____

■ **40. ¿Patología dual?**

Sí No Diagnóstico: _____

■ **41. ¿Has tenido intento o ideación suicida?**

Sí No

■ **42. ¿En cuántos Programas formales de Tratamiento anteriores a éste ha estado? ¿Cuáles?**

■ **43. De éstos, ¿en cuántos fuiste dado de alta?**

■ **44. ¿En qué etapa del Programa de tratamiento te encuentras actualmente?**

■ **45. ¿Qué has pensado hacer una vez que termines el programa?**

	SI	NO
a. Trabajar		
b. Estudiar		
c. Dedicarme a las cosas de la casa		
d. Estar con mi familia		
e. Descansar		
f. Otro		
Cuál		

ENTREVISTA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIO OCUPACIONAL

Fecha			
Nombre del entrevistado			
Nombre del centro			
Tipo de plan al que pertenece el usuario			
Fecha ingreso al centro			
Nombre terapeuta contacto			
Dirección del usuario		Comuna	

I. Las actividades realizadas

1. ¿Que hacías antes de ingresar al centro? (describir la o las actividades)
2. ¿Cuáles eran tus responsabilidades en lo que hacías?
3. ¿Te gustaba lo que hacías?
4. ¿Las personas cercanas a ti, valoraban lo que hacías?
5. ¿Has realizado alguna actividad de la cual te sientas orgulloso?
6. Aparte de tu (trabajo, estudio) tienes otras responsabilidades, (amigos, casa, voluntariado, organizaciones sociales, etc.)
7. ¿Cuáles?
8. ¿Crees que las actividades que realizabas se vieron afectadas por tu consumo de drogas?
9. ¿De qué manera?

II. Organización del tiempo

10. Describe un día durante la semana y señala las diferencias con respecto al fin de semana.
11. Si llegaras a tener un día realmente bueno o realmente malo, ¿cómo sería?
12. ¿Cómo era tu rutina, hasta seis meses antes de ingresar al centro de tratamiento?
13. ¿Cuáles son las diferencias respecto de tu rutina actual?
14. ¿Qué es lo que más te gustaría cambiar de tu rutina?
15. ¿Qué es lo que mantendrías de tu rutina?
16. ¿Qué cosas haces para divertirte o relajarte?
17. ¿Cuáles te gustaría realizar?
18. ¿Qué actividades de tiempo libre realizas?
19. ¿Con quiénes te diviertes o relajas?

III. Eventos críticos

20. ¿Cuáles han sido los eventos o experiencias que más afectaron o cambiaron tu vida?
21. ¿Cuándo consideras tú que las cosas en tu vida han estado mejor?
22. ¿Qué cosas hiciste tú que permitieron que las cosas estuvieran mejor?
23. ¿Cuál consideras tú que es el mayor éxito en tu vida?
24. ¿Cuál crees que ha sido el mayor fracaso en tu vida?
25. ¿Qué cosas te ves haciendo en el futuro?

IV. Recursos del entorno o ambiente social

26. ¿Cómo es el lugar donde vives? (describir casa, barrio)
27. ¿Estás conforme con el lugar donde vives? ¿Qué cambiarías?
28. ¿Quiénes son las personas más importantes en tu vida?
29. En caso de necesitar ayuda, con que persona(s) cuentas (amigos, familiares, pareja, etc.)
30. ¿Qué tipo de ayuda podrías recibir de estas personas? Describir.
31. ¿Cómo es el lugar donde trabajas o estudias? Describir.
32. ¿Estás conforme con el lugar donde trabajas o estudias?
33. ¿Cómo te llevas con tus jefes y compañeros de trabajo? (para los que estudian, profesores y compañeros de estudio)

V. Propositividad

34. ¿Cuáles son algunas de las cosas que consideras importantes para ti?
35. ¿Te ha sido posible en tu vida escoger las cosas importantes para ti?
36. ¿Cuál es el principal desafío que enfrentas actualmente?
37. ¿Qué metas te planteas hoy para tu futuro?
38. ¿Cuáles son las principales aprehensiones o miedos que tienes con respecto de tu futuro?
39. ¿Con qué recursos cuentas para cumplir tus objetivos?
40. ¿Qué cosas piensas hacer para mejorar tu vida?

VI. Condición de salud

41. ¿Cuál es tu estado de salud actual?
42. ¿Tienes alguna enfermedad crónica?, ¿desde cuando?
43. ¿Posees alguna enfermedad psiquiátrica?, ¿te estás tratando?
44. ¿Posees algún tipo de discapacidad física?, ¿consideras que te ha impedido realizar algunas actividades significativas para ti?

PAUTA DE EVALUACIÓN DEL MEDIADOR/A

Conceptos

- **Totalmente logrado:** el ítem apoya sustancialmente la integración del usuario. El resultado del ítem lleva a buenos pronósticos para el usuario. Es muy probable que los aspectos positivos del ítem beneficien su integración socio ocupacional.
- **Logrado:** el ítem apoya la integración del usuario. Los aspectos positivos de este ítem sobrepasan a los aspectos negativos dando al usuario una ventaja para su integración socio ocupacional.
- **Suficientemente logrado:** el ítem interfiere la integración del usuario. Los resultados de este ítem lleva a pronósticos negativos para el usuario. Es muy probable que los aspectos negativos de este ítem interfieran con su integración socio ocupacional.
- **Insuficientemente logrado:** el ítem interfiere sustancialmente la integración del usuario. Los resultados de este ítem llevan a pronósticos negativos para el usuario. Es muy probable que los aspectos negativos de este ítem interfieran sustancialmente con su integración socio ocupacional.

Concepto	Puntaje
Totalmente logrado	4
Logrado	3
Suficientemente logrado	2
Insuficientemente logrado	1

Ítem	1	2	3	4
I. Eventos críticos				
1. Identifica los eventos o experiencias que más han cambiado su vida de manera favorable y/o desfavorable.				
2. Logra definir el momento en que considera que estuvo haciendo mejor las cosas.				
3. Asume un grado de responsabilidad personal frente a los hechos relevantes de su vida.				
II. Actividades realizadas				
4. La persona identifica el o los roles más importantes en su vida (estudiante, dueña de casa, trabajador etc.).				
5. Esta satisfecho el sujeto frente a estos roles.				
6. La persona ha desempeñado los roles asumidos.				
7. La persona reconoce como llegó a desempeñarse en la actividad y/o ocupación referida.				
III. Antecedentes legales o comerciales				
8. No posee antecedentes comerciales.				
9. Sin detenciones por consumo de drogas o porte de sustancias.				
10. Sin detenciones por actos delictuales.				
11. La persona no posee antecedentes penales en su certificado.				
12. La persona reconoce su grado de responsabilidad en los actos delictuales.				
IV. Propositividad				
13. Tiene la percepción de haber decidido sus actividades y/o ocupaciones.				
14. Visualiza las oportunidades y ofertas de actividades y/o ocupaciones posibles.				
15. Posee capacidad de fijarse metas o planes para el futuro.				
16. Reconoce sus motivaciones e intereses en la elección de su actividad y / ocupación.				
17. Son sus expectativas personales coherentes con sus habilidades y destrezas para realizar una actividad.				
V. Organización del tiempo				
18. Logra describir su rutina diaria.				
19. Organiza su tiempo adecuadamente.				
20. Nivel e satisfacción del sujeto en relación a su rutina diaria.				
21. Existe coherencia entre intereses o motivaciones y las actividades de su rutina.				

Ítem	1	2	3	4
VI. Presencia de la red apoyo social y familiar				
22. Identifica las figuras significativas para el sujeto en el ámbito familiar, laboral y social.				
23. Cuenta en la actualidad con figuras significativas para él.				
24. Identifica los recursos que le otorga su red de apoyo social.				
25. Posee las capacidades para movilizar su red de apoyo social y familiar.				
VII. Situación económica y vivienda				
26. Las condiciones de su vivienda son adecuadas.				
27. Obtiene ingresos económicos suficientes o acordes con sus necesidades y gastos.				
28. Tiene vivienda propia o vive de forma independiente.				
VIII. Condición de salud				
29. Posee adecuada presentación personal.				
30. Posee buen estado de salud.				

Determinación del perfil socio ocupacional del usuario:

Alto Moderado Bajo Caso especial

Comentarios finales del diagnóstico del usuario:

Variables ¹	Dimensión	Ítems
Percepción de auto eficacia (IDENTIDAD OCUPACIONAL)	Eventos críticos	Preguntas de la entrevista SO. De la 20 a la 25.
	Las actividades realizadas	Preguntas de la entrevista SO. De la 1 a la 9.
Aspecto físico/condición de salud Elección de actividad/ ocupación (COMPETENCIA)	Condición de salud	Ver preguntas de la ficha auto aplicada. Preguntas de la entrevista SO. De la 40 a la 44.
	Propositividad	Preguntas de la entrevista SO. De la 34 a la 40.
	Organización del tiempo	Preguntas de la entrevista SO. De la 10 a la 19.
Recursos del entorno o ambiente social (CONTEXTO)	Presencia de la red de apoyo social y familias	Ver preguntas de la ficha auto aplicada. Preguntas de la entrevista SO. De la 28 a la 33.
	Situación económica	Ver preguntas de la ficha auto aplicada. Preguntas de la entrevista SO. De la 26 a la 27.
	Antecedentes legales o comerciales	Ver preguntas de la ficha auto aplicada.

1. Adaptación Escala de evaluación "entrevista del rol de trabajador" Autores : Craig A Velosos PHD, OTR/L de terapia ocupacional Gary Kilhafner, Dr: PH, NS OTR/L, FAOTA. Gae Fidler, NPA, OTR/L

Referencias bibliográficas

- Cruz Roja Española: **La Integración Sociolaboral de Personas drogodependientes**: propuesta y puesta en marcha de un modelo, 2002.
- S.C (Cintefor OIT 1997) **Formación Basada en la Competencia Laboral: situación actual y perspectiva**, Capítulo II Mercado de Trabajo: Competencias laborales y mercado de trabajo. Los desafíos de una nueva era posterior a la revolución industrial. Norma Samaniego de Villarreal, Directora de Santa Fe Consultores.
- Estudio CONACE-Escuela de Salud Pública 2003, **Historia de desempeño ocupacional en usuarios de programas de tratamiento y rehabilitación en drogas: una propuesta para la prevención** y denominado "que tiene por objetivo dar cuenta de los hallazgos en relación a la variable perfil ocupacional del consumidor de drogas".
- Guzmán, Virginia y María Irigoin: **Módulo de formación para la empleabilidad y la ciudadanía**, documento base para el diseño curricular: For Mujer (Cintefor OIT, 2000), pp. 20-21.
- Irigoin, María, 1997. **La formación modular: documento de trabajo**. Mendoza Argentina: Universidad de Cuyo.
- Jacinto, C. y M. A. Gallart, 1997. Reforzamiento de habilidades básicas y formación para el trabajo. En: M.A. Gallart y R. Bertonecello, **Cuestiones actuales de la formación**. Montevideo: CINTERFOR/OIT y Red Latinoamericana de Educación y Trabajo (Papeles de la Oficina Técnica, 2), pp. 103-109.
- Jacinto, C., 1999. "¿Qué estrategias de educación y formación para niños y jóvenes desfavorecidos en América Latina?", Revista de Ciencias de la Educación, 178-179: 319-331. Salamanca: Universidad de Salamanca, abril-septiembre.
- Minujin, A. (editor), 1993. **Desigualdad y exclusión. Desafíos para la política social en la Argentina de fin de siglo**. Buenos Aires: UNICEF y Ed. Losada.
- Suárez, A. L., 1996. **Microemprendimientos y capacitación: desafíos y dificultades**. En: I. Konterllnik y C. Jacinto, Adolescencia, pobreza, educación y trabajo: el desafío es hoy. Buenos Aires: Ed. Losada, UNICEF y Red Latinoamericana de Educación y Trabajo. Esta es la versión html del archivo <http://www.corporacionaprender.cl/Documentos/Exposicion%20educacion.ppt>
- Fundación Participa Corporación Educacional Aprender: Colegio Polivalente de La Pintana Convenio Fundación Andes (Proyecto C-33632).
- OCDE Organization for Economic Cooperation and Development (<http://www.ocde.org/>).
- El Apresto Laboral: un apoyo al proceso de Reinserción Socio laboral**. Prof. Sara Rivera, Comunidad Terapéutica Talita Kum. Fundación Cristo Vive..Presentación en IV Encuentro Tratamiento y Rehabilitación Macro Zona Norte. CONACE I, II, III, IV Región. Diciembre 2003.
- Presentación Familia y Drogas, Ps. Marco Barrientos, 2003I
- Lineamientos Técnicos Área Técnica en Tratamiento y rehabilitación CONACE 2003.
- María Elena Reveros Espiñeira Terapeuta Ocupacional. **"Historia de desempeño ocupacional en usuarios de programas de tratamiento y Rehabilitación en drogas: una propuesta para la prevención"**. Proyecto de Tesis para optar al Grado de Magister en Salud Pública.
- Blanca Molina M. Responsable del Departamento Social. Centro Provincial de Drogodependencias de Granada. <http://www.ieanet.com/boletín/opinion.html?o=45>
- Emilia L. Nevaron y Azucena Ortega Valdivieso. Rehabilitación Psicosocial: Una perspectiva desde el modelo de ocupación humana. WEBS relacionadas: Página del Modelo de Ocupación Humana www.uic.edu/ahp/OT/MOHOC Página de la Fundación Americana de Terapia Ocupacional www.AOTF.org
- Gary kielhofner, La salud a través de la ocupación Teoría y practica en terapia ocupacional.
- Adaptación Escala de evaluación **"entrevista del rol de trabajador"** Autores: Craig A Velosos Ph.Dr., OTR/L de terapia ocupacional Gary Kihafner, Ph.Dr., NS OTR/L, FAOTA. Gae Fidler, NPA, OTR/L.
- Evaluación de terapia ocupacional **"Entrevista de la Historia del Desempeño Ocupacional"**. Autores: Gary Kielhofner Ph.Dr., NS OTR/L, FAOTA y colaboradores.

CONACE en su región

REGIÓN	DIRECCIÓN / TELÉFONOS
I	Orella 642 - Iquique 57 / 424144 - 424171 - FAX: 424093
II	Manuel Antonio Matta 1999 Piso 3 - Antofagasta 55 / 498060 - 497391 - 498119 - FAX: 493491
III	Colipí 611 - Copiapó Fonofax: 52 / 232767 - 52 / 233445
IV	Regidor Muñoz 352 - La Serena Fonofax: 51 / 214346
V	Errázuriz 1852 - Valparaíso 32 / 225191 - 224519 - 225183 - Fax: 233618
VI	Av. El Membrillar 93 - Rancagua Fonofax: 72 / 222343 - 221919 Enviar correspondencia a Casilla 33 Rancagua
VII	2 Sur 550 entre 2 y 3 Poniente - Talca Fonofax: 71 / 234378 - 215356
VIII	Chacabuco 645 - Concepción 41 / 741430 - 741433 - 741425 - 741426 - 741429 - 741427 - 741432. Fax: 741431
IX	Caupolicán 428 Of. 209 - Temuco 45 / 210123 - 219682 - 210115 - Fax: 239494
X	Vial 865 - Puerto Montt 65 / 295421 - 295420 - Fax: 280784
XI	Baquedano 310 - Coyhaique 67 / 215690 - 215691 - Fax: 215696
XII	Magallanes 453 - Punta Arenas 61 / 220331 - Fonofax: 229708
RM	Agustinas 1235 Piso 7 02 / 51 00 900 - Fax: 6713795

Secretaría Ejecutiva de CONACE
Agustinas 1235 / piso 9. Santiago Centro, Santiago de Chile.