

Abordaje de la intervención socio comunitaria en programas de rehabilitación psicosocial: Un estudio de caso en dos dispositivos de las Regiones de La Araucanía y el Biobío

Daniela Avello, Alberto Román y Alba Zambrano

Universidad de la Frontera

Nota de los Autores

Daniela Avello, Terapeuta Ocupacional, Dpto. de Psicología, Universidad de La Frontera.

Alberto Román, Trabajador Social, Dpto. de Psicología, Universidad de La Frontera.

Alba Zambrano, Doctora en Psicología Social, Dpto. de Psicología, Universidad de La Frontera.

Jaime Alfaro, Doctor en Ciencias sociales, de la salud y educación., Universidad de La Frontera.

Este trabajo corresponde a la tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Comunitaria que otorga la Universidad de La Frontera, Temuco - Chile.

Correspondencia sobre este trabajo debe ser enviada a Daniela Avello, a la dirección de correo electrónico daniela.avello.saez@gmail.com

Resumen

Esta investigación caracteriza las prácticas en rehabilitación psicosocial de profesionales de dos dispositivos, profundizando en el análisis de la dimensión socio comunitaria. Los datos fueron producidos a partir de entrevistas grupales en donde participaron trece profesionales de las regiones del Biobío y La Araucanía. Los datos fueron examinados a través de análisis de contenido en su aproximación dirigida. Los resultados reportan que a pesar de que los equipos valoran la necesidad de incluir en las intervenciones aspectos contextuales como la comunidad y las redes institucionales, en la práctica priman estrategias para el desarrollo de competencias individuales en las personas atendidas. Paradojalmente, la comunidad aparece para los equipos como una amenaza al trabajo de rehabilitación que realizan puesto que en ella se encuentran los principales factores de riesgo de sus usuarios y claras condiciones que restringen la inclusión de esta población. Se aprecian tensiones entre los modelos institucionales que incluyen en sus lineamientos programáticos la dimensión social y comunitaria, y el plano operativo administrativo que en la práctica lo obstaculiza.

Palabras Claves: Intervención Sociocomunitaria, Rehabilitación Psicosocial, Psicología Comunitaria, Inclusión Social.

Abstract

This study characterized the professionals practice in psychosocial rehabilitation as two programs; deepen the analysis in the socio community dimension. The information was obtained through the group interviews of thirteen professionals regions Biobío and La Araucanía. The evidence was analyzed using the directed content analysis. The results indicate that the groups show the need to include contextual issues, such as the community and the social networks, into the interventions, but prefer strategies centered on individuals. Paradoxically, the community is

considered as a threat, because it accumulates the main risk factors and clear conditions that restrict the inclusion of this population. Furthermore there are tensions between the public policy that promotes the community and the operation and administration plan that hinders it.

Keywords: Socio-Community Intervention, Psychosocial Rehabilitation, Community Psychology, Social Inclusion

Introducción

El desafío que enfrentan los programas de la política pública orientados a la rehabilitación psicosocial es garantizar una intervención que responda a las complejidades de los problemas o necesidades que intenta resolver. Para ello, tienen la tarea de atender las particularidades del problema de un modo especializado, articulando además el quehacer institucional con los recursos y lógicas de las comunidades. Es también un desafío el que los equipos aprendan de sus propias prácticas, estableciendo una relación entre teoría y práctica para comprender las lógicas con las que se llevan a cabo las intervenciones y sus eventuales impactos en las personas con las cuales trabajan (Martínez, 2006, 2015; Zambrano, Bustamante, & García, 2009).

Víctor Martínez (2015), integrando los aportes de distintos autores propone un modelo para la comprensión y el abordaje operativo de los procesos de inclusión que deben abordarse en la intervención psicosocial. En este modelo integra un proceso que moviliza recursos en el sujeto y en los sistemas relacionados con su vida, de modo de garantizar su incorporación plena a ellos como un sujeto autónomo y con derechos. Este autor propone un modelo de análisis y actuación que debe considerar cuatro ejes: (a) capacidades de las personas para la inclusión comunitaria, (b) la capacidad de los sistemas comunitarios para la inclusión de las personas, (c) capacidad de las instituciones para la inclusión de las personas y finalmente la (d) capacidad de las personas para la inclusión social. Por tanto, los programas de intervención psicosocial debieran integrar lógicas de intervención que cubran y garanticen apropiadas condiciones en esos cuatro ejes, trabajando con el sujeto, las instituciones asociadas al abordaje del problema, así como con las comunidades.

La evidencia en Chile, muestra que los intentos por favorecer procesos de rehabilitación e inclusión, con regularidad se centran en el sujeto y en la activación a algunos recursos

específicos en el plano institucional, pero poco o nada en los entornos de vida cotidianos de las personas en dificultades (Arriagada, 2006; Demers & Zambrano, 2008). La racionalidad que acompaña a los programas sociales, en materia de rehabilitación psicosocial en Chile tiende a priorizar la presencia del mundo del sistema por sobre los espacios de la vida barrial o comunitaria de las personas (Arellano & Martínez, 2009; Bastias & Rozas, 2013; Krause & Jaramillo, 1998). Así, las instituciones se van constituyendo en dispositivos que desarrollan prácticas especializadas y segmentadas de manera individual, limitando el aporte de las familias, comunidades y los propios destinatarios de los servicios (Díaz, Erazo, & Sandoval, 2008; Martínez, 2006, 2015).

En materia de adicciones, en Chile, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) es el organismo encargado de la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de sustancias, y a su vez del tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dicho consumo. Este se encuentra enfocado a generar programas para toda la población que así lo requiera, así como la reinserción a las comunidades de origen de éstos sujetos en dificultad (Ministerio del Interior y Seguridad Pública & Subsecretaría del interior, 2012).

Por su parte, en lo relativo a la infracción a la Ley, el organismo encargado es Gendarmería de Chile (GENCHI), el que dentro de su visión y misión institucional contempla la rehabilitación y reinserción social de los condenados e imputados (Aguirrezabal, Lagos, & Vargas, 2009).

Ambos servicios estatales celebran convenios con instituciones que tienen relación con la ejecución de políticas, planes y programas, para lo cual autoriza la contratación de organismos colaboradores del Tercer Sector como lo son las ONGs (Ministerio de Justicia, 2014; Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2013). Dichas instituciones prestan servicios profesionales de

acuerdo a sus propuestas técnicas licitadas para el periodo de ejecución, para ello deben diseñar e implementar un proyecto de intervención según los lineamientos gubernamentales. En este estudio, los organismos colaboradores son considerados interventores directos.

Estas instituciones tienen como eje transversal la rehabilitación psicosocial en sus prácticas, debiendo resguardar la provisión de recursos ambientales (WAPR & OMS, 1997), con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas en dificultades, ayudándoles a asumir la responsabilidad de sus propios procesos y a actuar en comunidad tan activamente como sea posible y de manera independiente en su entorno social (Aldaz & Vásquez, 2011). Los programas en coherencia a esto deben reforzar las habilidades del individuo y fortalecer condiciones en el entorno para una inclusión positiva.

La rehabilitación promueve el proceso de integración en la comunidad natural de las personas que viven un problema, (familia, amigos, barrio y ciudad), preparando a la persona para vivir y participar en un entorno social en la misma medida que el resto de las personas que viven en él. Esto implica la utilización de los recursos comunitarios a los que accede la mayoría de la gente para satisfacer sus necesidades económicas, laborales, formativas, residenciales, lúdicas, sociales, entre otras (Sandoval, 2012).

El aporte de la Psicología Comunitaria en la Intervención psicosocial

La Psicología Comunitaria –en adelante PC-, nos ofrece diferentes herramientas tanto a nivel teórico como metodológico, para comprender y abordar los diversos y complejos fenómenos psicosociales involucrados en el ciclo propio que vive una política social desde su diseño hasta que se concreta en una intervención. Además aporta en la comprensión de las dinámicas involucradas tanto en la rehabilitación psicosocial como en la inclusión socio comunitaria. Esto queda reflejado en numerosos estudios realizados en distintos lugares del

mundo (Alfaro, Sánchez, & Zambrano, 2012; Montero, 2010; Ornelas, Vargas-Moniz, & Mesquita, 2012; Spink, 2009).

La PC se presenta como una disciplina teórico-práctica que desde su aproximación paradigmática permite comprender los problemas psicosociales no como eventos individuales sino como socialmente producidos (Le Bossé & Laval, 1997), proporcionando herramientas para su abordaje desde una perspectiva compleja (Bang, 2014; Berroeta, Wiesenfeld, & López, 2014).

Además la PC permite generar aportes a la intervención en todos sus niveles, dado que involucra e incentiva la participación de la comunidad, así como también al trabajo colaborativo en redes desde una lógica territorial, enfatizando los procesos y relaciones que se producen allí (Vidal & Morales, 2002; Zambrano, Muñoz, & González, 2012; Ornelas et al, 2012).

La PC promueve una visión ecosistémica, incorporando el valor del empoderamiento y la autonomía personal, para que los colectivos y los sujetos sean los protagonistas de su inserción y los responsables finales de sus opciones vitales, promoviendo además valores asociados a la reciprocidad y solidaridad y el fortalecimiento de las redes comunitarias (Le Bossé & Laval, 1997; Ornelas et al., 2012; Sánchez & Morales, 2002).

A pesar del potencial aporte que representa la PC en el plano comprensivo de los problemas psicosociales como en su abordaje, Phillips (2000) señala que este es insuficientemente aprovechado tanto desde las políticas mismas, como por los profesionales que las ejecutan. Esto podría deberse al menos parcialmente, según lo que plantean Montenegro & Pujol (2014), a que la operacionalización de las orientaciones propias de la PC se ven restringidas por las lógicas con las que operan las políticas.

La evidencia documentada, muestra para el caso chileno diversas tensiones en la aplicación de programas de la política pública en materia de rehabilitación psicosocial que afectan el impacto en los problemas abordados, los que a pesar de los esfuerzos no muestran mejoras significativas en su prevalencia (Departamento de Análisis Criminal, 2015; Guzmán & Schmidt-Hebbel, 2015; Observatorio Chileno de Drogas, 2015; Ortiz, Sepúlveda, & Viano, 2005). Estudios recientes han referido un conjunto de problemas que afectan la capacidad de estas intervenciones para obtener resultados exitosos. Por ejemplo, se plantea en la literatura tanto nacional (Gómez & Gajardo, 2010; Martínez, 2014), como internacional hispanoamericana (Bausela, 2009; Corigliano, 2008; Henao, 2013), que la disparidad entre los ritmos y formas de trabajo de los diferentes actores institucionales involucrados, suelen limitar el aporte coherente al proceso que se requiere dinamizar.

Del mismo modo, se aprecian dificultades en la complementariedad entre las instituciones, redundando ello en bajos niveles de trabajo intersectorial (Cunill-Grau, Fernández, & Thezà, 2013; Fleury, 2002; Roberts, 2001). En la ejecución de estos programas, se aprecia sectorialización, segmentación y escasa o nula coordinación entre servicios e instituciones, limitando la continuidad y complementariedad en las acciones y servicios brindados por las diferentes instituciones (Zambrano, Muñoz & Andrade, 2015). Todo ello suele provocar sobre intervención en los mismos sujetos, con resultados adversos en sus procesos de rehabilitación.

Las instituciones que ejecutan programas psicosociales en el campo de la rehabilitación tienden a priorizar acciones de corte individual, otorgando en la práctica insuficiente presencia a la contribución de los miembros de la comunidad en la toma de decisiones. Se aprecia también escasa formación especializada de los interventores tanto en lo relativo a la acción comunitaria

como en el abordaje específico y especializado de las adicciones y el comportamiento infractor (Alvarado & Becerra, 2013; Delgado, 2013).

La situación previamente descrita para Chile, también es consignada en otros lugares del mundo como lo es España (De Gaminde, 2006) y de modo extendido en varios países de América Latina y El Caribe (Arriagada, 2006; Bernal, 2001; Ruz, 2014).

Como se puede apreciar si consideramos la complejidad de los procesos de rehabilitación psicosocial que suponen una intervención intersectorial capaz de articular acciones integrales e integradas, así como la incorporación de las comunidades y las personas atendidas en un rol activo, el panorama descrito resulta claramente adverso (Cunill-Grau et al., 2013; Fleury, 2002; Flores & Javiedes, 2000) y bastante alejados de lo que la PC propone para el abordaje de problemas sociales.

Cabe destacar que Chile se ubica en estudios de prevalencia del consumo problemático de alcohol y otras drogas así como en infracción de ley, por sobre el promedio mundial (Mertz, 2012; Organización de los Estados Americanos, 2013), lo que pone de relieve la necesidad de avanzar en estrategias más efectivas.

En el caso particular de la región de la Araucanía, presenta el consumo más alto de alcohol de todo el país 56%, en relación a la media país de 48,9%. La región del Biobío, en tanto, se evidencia una evolución de la prevalencia del consumo problemático que alcanza un 48,7% (Observatorio Chileno de Drogas, 2015). En esta región los datos muestran, además que 15,7% de la población tiene temor al delito, cifra superior a la media país de un 13,8% (Fundación Paz Ciudadana & GfK Adimark, 2015),

Los datos aportados revelan la importancia de avanzar en la implementación de programas de rehabilitación efectivos que colaboren en la plena incorporación de las personas que presentan problemas de infracción de ley y consumo problemático de alcohol y otras drogas a la vida social. De particular interés resulta conocer si en las prácticas de dispositivos de intervención psicosocial de modalidad cerrada, que tienden a ser los más complejos y el último eslabón de los procesos de rehabilitación dentro de la red de servicios, los equipos integran recursos y esfuerzos de las redes comunitarias e instituciones para la inclusión socio comunitaria de las personas atendidas.

Aportar evidencia local en esta línea, considerando que Chile es un país altamente centralizado en la producción de conocimiento en el área (Bastias & Rozas, 2013; Krause & Jaramillo, 1998; Krause, 2002), resulta de relevancia considerando los antecedentes epidemiológicos de las regiones en las que se ubica el presente estudio.

En virtud de los antecedentes expuestos es que se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo se presenta el abordaje de la dimensión socio comunitaria en la intervención de dos programas de rehabilitación psicosocial uno en el ámbito de tratamiento de adicciones y otro de infracción de ley en las regiones de La Araucanía y el Biobío? A partir de esto, el objetivo general del estudio es analizar las prácticas desarrolladas por dos equipos de rehabilitación psicosocial en las regiones de La Araucanía y el Biobío de modo de establecer el rol asignado a la dimensión socio comunitaria en la rehabilitación psicosocial. Se plantean en concordancia los siguientes objetivos específicos: (a) Identificar las comprensiones que los equipos de intervención presentan acerca la intervención socio comunitaria, (b) Caracterizar la operacionalización de la dimensión socio comunitaria en las prácticas de los interventores, y

finalmente (c) Identificar las tensiones presentes en los diversos planos del trabajo desarrollado para una incorporación más efectiva y pertinente de la dimensión socio comunitaria.

Método

Diseño

En la investigación se empleó metodología cualitativa, descriptiva de casos múltiples (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Empleándose datos complejos, de origen primario con contenido en base al debate, en una construcción dialéctica entre los participantes.

Participantes

Los participantes fueron trece profesionales y técnicos de dos equipos, de los cuales cinco se desempeñan en un programa de rehabilitación psicosocial de infracción de ley de la región del Biobío y ocho en un programa de rehabilitación de adicciones de la región de La Araucanía. Fueron seleccionados a través de un muestreo intencionado de casos típicos por accesibilidad.

Los programas en que se desempeñan los sujetos presentan una serie de características en común, como por ejemplo, que atienden sólo varones, en sus orientaciones técnicas se encuentra presente el abordaje de la dimensión comunitaria, ambos son proyectos licitados, presentan requerimientos de especialización de los profesionales, además cuentan con un equipo multidisciplinario. Ambos equipos están constituidos por profesionales del área de la Psiquiatría, Trabajo Social, Psicología, Terapia Ocupacional y Profesionales y técnicos ligados a la educación, de ambos sexos, en promedio cuentan con cuatro años de experiencia en el área. Ambos dispositivos atienden personas que requieren supervisión las 24 horas del día en una modalidad de sistema cerrado.

Además estos profesionales se desempeñan en condiciones laborales particulares, ya que los programas en los que se desempeñan son licitados anual o bianualmente por un organismo

del estado, y por tanto pueden renovar o no su permanencia dependiendo de los resultados de la licitación. Existen antecedentes de aplazamientos en estas licitaciones de hasta tres meses, en las cuales los profesionales no perciben remuneraciones, y además éstas instituciones presentan una visión relacionada a valores cristianos, con baja rotación profesional.

Técnicas

Se emplearon como técnicas de producción de datos entrevistas grupales (Villasante, Montañés, & Martín, 2001), las que se guiaron por una pauta de preguntas validada por un grupo de expertos de la Universidad de la Frontera. La entrevista grupal contempló preguntas abiertas y luego específicas guiadas por los objetivos del estudio. Cada entrevista tuvo una duración de tres horas y fue realizada en espacios externos al lugar de trabajo habitual de las y los profesionales.

Las técnicas de registro de datos, fueron la grabación de audio y fotografía, además de bitácoras, notas de campo y memos de síntesis.

Es importante señalar que previamente se llevó a cabo un pilotaje (Yin, 1993) en la Región de los Ríos con un equipo de intervención de similares características, ello posibilitó comprobar la aplicabilidad de la pauta de entrevista, así como la realización de ajustes a la misma.

Procedimiento

Los jefes de programa a través de cartas, gestionaron las autorizaciones con sus respectivas instituciones y posteriormente se tomó contacto con cada uno de los profesionales y técnicos participantes en este estudio, llevándose a cabo la entrevista. Luego – y posterior al análisis de los datos- se realizó la devolución de los resultados a ambos equipos de modo de contra chequear la información.

Plan de análisis de datos

La información susceptible de transcripción fue examinada de acuerdo a la técnica de análisis de contenido en su aproximación dirigida, este procedimiento consiste en identificar categorías iniciales de codificación, utilizando teorías existentes o investigaciones previas (Hsieh & Shannon, 2005), las cuales fueron guiadas por tres categorías asociadas a los objetivos de investigación y finalmente la creación de un libro de códigos (MacQueen, McLellan, Kay, & Milstein, 1998). Se utilizó el programa computacional ATLAS.Ti en su versión 7.0, vinculando las citas a los códigos previamente definidos. Cualquier texto que no podía ser categorizado con el esquema de codificación inicial fue asignado a un código emergente. Debido a la alta cantidad de códigos (405) fue necesario la creación de sub categorías (9), utilizando el diagrama de árbol para ordenar estas categorías y sub categorías en una estructura jerárquica (Morse y Field, 1995 citado en Hsieh & Shannon, 2005).

La validación de los datos, está asegurada por triangulación de investigadores y la pertinencia fue analizada a través de la realización de contra chequeos con ambos equipos (Okuda & Gómez-Restrepo, 2005; Stake, 2007).

Resguardos éticos

Estos fueron contemplados en la totalidad del proceso de investigación, considerando la firma voluntaria del consentimiento informado de todos los participantes, enfatizando en todo momento la confidencialidad de la información; asimismo, las instituciones comprometieron formalmente su participación. Además, los equipos conocieron los resultados del estudio.

Resultados

Los resultados serán expuestos en base a tres categorías respondiendo a los objetivos de investigación.

Comprensiones que los equipos presentan sobre la intervención socio comunitaria.

Esta es entendida como un abordaje que busca la inclusión de la persona a su contexto natural, dándose en el transcurso del proceso de rehabilitación psicosocial. Está constituida principalmente por tres ejes: (a) el empoderamiento y desarrollo de capacidades socio comunitarias en el usuario, (b) desarrollo de capacidades en la comunidad para hacer posible la inclusión, y finalmente la (c) la conformación de una red institucional de apoyo.

Según lo expuesto por los profesionales el desarrollo de capacidades comunitaria de los usuarios, se sitúa desde la lógica del empoderamiento, buscando potenciar las habilidades en ellos para insertarse en sus contextos. Esto se realiza mediante la nivelación escolar, transición de competencias laborales, el uso del tiempo libre de manera pro social, trabajo con habilidades sociales, temáticas específicas de análisis de la reincidencia delictiva y disminución o abstinencia del consumo. La forma de abordaje es prioritariamente a través de sesiones individuales, talleres grupales y mediante la vivencia compartida¹. Se incluyen a continuación algunas citas que ilustran lo señalado.

“Desde un principio trabajamos con el empoderamiento de ellos y que ellos se hagan responsables de su vida, de estos objetivos que quieren lograr, del tratamiento, de la familia que está afuera y que se vayan haciendo parte y [...] responsables de estas cosas”

(Profesional 3, Programa Psicosocial en Infracción de Ley).

¹Vivencia compartida, es un término utilizado por la Psicoeducación, que da cuenta de una situación de convivencia cotidiana entre el interventor y el sujeto de atención, que ofrece condiciones para generar aprendizajes.

“En lo deportivo, en artes y en lo ocupacional hemos tratado de preparar a los usuarios en distintas habilidades [...] con el propósito de generar herramientas para que ellos puedan insertarse en su contexto” (Profesional 1, Programa Residencial en Tratamiento de Adicciones)

“Hay una validación constante de los aspectos positivos de ellos, de sus capacidades, de sus habilidades, de todo lo que puedan construir” (Profesional 3, Programa Psicosocial en Infracción de Ley).

En torno al desarrollo de la capacidad inclusiva de la comunidad, las acciones comunitarias han estado enfocadas fuertemente al trabajo con las redes focales más próximas, a través de la vinculación con la familia en el proceso como una red primaria fundamental, en contra posición, se observa escasa, participación y apoyo por parte de éstas, razón por la que los equipos buscan vincularse además con otros espacios que puedan entregar un soporte social a los sujetos durante el proceso de rehabilitación. Entre estas organizaciones se cuentan algunas entidades deportivas, iglesias, juntas de vecinos y red de salud. Sin embargo, las relaciones con estos organismos dependen de la disposición de las personas involucradas en estos espacios, más que de convenios formarles entre los organismos. No obstante, posterior al alta o egreso de la persona estas redes no se mantienen en el tiempo brindando apoyo a la persona, y son más bien profesionales del equipo, especialmente el trabajador social, quienes operan como un puente. Esto se entiende pues con frecuencia estas organizaciones no pertenecen al mismo territorio de origen del sujeto, y no se vinculan en otros espacios que no sea el centro penitenciario o el programa residencial.

“Como equipo siempre se está en una constante red de conversación con la comunidad a través de esta búsqueda de oportunidades para el programa y para los usuarios” (Profesional 2, Programa Psicosocial en Infracción de Ley).

“El trabajo paulatino que se desarrolla con ellos, tiene que ver con que logre conectarse con las redes y sentirse parte e interaccionar con ellas, como por ejemplo la biblioteca de su sector, lugares para hacer deporte y red de salud, bueno y muchas otras” (Profesional 8, Programa Residencial en Tratamiento de Adicciones).

Acerca de las acciones vinculadas al trabajo en red, los equipos indican que se encuentran en una etapa inicial de desarrollo, debido a que el trabajo en red es un proceso lento y continuo que requiere de recurso humano, así como financiamiento para realizar la acción comunitaria (recursos para desplazamiento, llamadas telefónicas, etc.). En la actualidad se realizan acciones de difusión, derivaciones, y vinculación directa con distintas instituciones como SENAME, SENDA, GENCHI, dispositivos de salud, educación, entidades municipales, entre otros.

Dado que los programas de rehabilitación psicosocial han funcionado en promedio dos años, se reconoce que sólo en el último período se ha considerado la necesidad de trabajar en red, ya antes el equipo se encontraba en un proceso de adaptación al sistema.

“Existe una red [...] y nosotros no éramos parte de esa red, donde hay protocolos de derivación establecidos y fuimos a una primera reunión” (Profesional 1, Programa Psicosocial en Infracción de Ley).

Operacionalización de la dimensión comunitaria en las prácticas de los interventores.

A pesar de que en la sección anterior aparece una valoración de lo comunitario, a nivel operativo las acciones concretas son escasas, traduciéndose principalmente en la incorporación de agentes pro sociales externos al centro para fomentar interacción y el desarrollo de habilidades instrumentales, esto se da principalmente a nivel de redes con (a) actores de la

comunidad en espacios recreativos y, (b) vinculación con instituciones desde una mirada instrumental, más que del ejercicio de ciudadanía.

Con respecto a la vinculación con actores de la comunidad, lo que se busca es la participación, las acciones están enfocadas en actividades recreativas asociadas al fútbol y religiosas. Se suman a ello visitas domiciliarias, e intervenciones familiares. Las actividades se diseñan considerando un diagnóstico y plan de intervención. Se indica que las actividades tienen un carácter comunitario en la medida que incluyen la participación.

“En los partidos de fútbol participan otras personas de la misma comunidad, ya que hay otro equipo que practica en la misma cancha, coincidimos con los horarios y ahí creamos vivencias compartidas y nos vinculamos con ellos, a los usuarios les sirve para trabajar las habilidades sociales, para relacionarse con otro tipo de personas, entonces es una instancia bien adecuada para trabajar con ellos la participación” (Profesional 6, Programa Residencial en Tratamiento de Adicciones).

“Hay grados de participación de los usuarios dentro del proceso también en la confección de su plan, que es un componente de lo comunitario y de esa forma está lo comunitario en la intervención diaria, cuando hay participación” (Profesional 6, Programa Psicosocial en Infracción de Ley).

Ambos equipos señalan enfrentarse a un panorama comunitario poco favorable para la concreción de acciones en este ámbito en la medida que, las políticas públicas no entregan recursos directos para el trabajo comunitario o para establecer vinculaciones más estables con la red de servicios. Los equipos dependientes de SENDA, por ejemplo, a pesar de tener una serie de propuestas en la línea de integración social, no pueden consignar prestaciones en esta línea pues no están establecidas en los lineamientos programáticos (Ej. intervención en red, gestión en red,

trabajo comunitario, etc.). En Gendarmería de Chile, en cambio existe la prestación llamada “intervención comunitaria”, sin embargo, ninguno de los equipos recibe un aporte económico de parte del organismo estatal para generar acciones con la comunidad, y las intervenciones en ésta área quedan más bien a criterio y la voluntad de los equipos. Existe en el equipo un esfuerzo por sostener un trabajo en ésta línea, especialmente en lógica de redes.

“Ocupamos un montón de tiempo en hacer las coordinaciones y las gestiones con la comunidad en beneficio de nuestros usuarios, eso a veces agota, porque no la podemos consignar como una prestación, y en la estadística queda consignado como que no hice nada en todo el día” (Profesional 4, Programa Residencial en Tratamiento de Adicciones).

“Obviamente para el futuro tenemos planificado muchas más acciones de acuerdo a lo comunitario, pero lo que se ha centrado el trabajo comunitario es en el trabajo en red” (Profesional 1, Programa Psicosocial en Infracción de Ley).

La vinculación con instituciones se da a través de la coordinación con otros equipos de rehabilitación psicosocial que pueden influir en los procesos de los usuarios como organismos derivadores o de continuidad de la intervención cuando egresan de los centros, u otros dispositivos orientados a la obtención de recursos concretos, más que a generar un sistema de vínculos recíprocos y constante entre instituciones.

“Algunos vienen con su inscripción en otros programas, y traen ciertos beneficios de ahí por lo tanto hay una persona [profesional] que tiene que trabajar con ellos [...] ya que ellos reciben un subsidio y ahí tienen que dar cuentas de que están trabajando con el usuario, entonces yo, ahí trato de coordinar para darles un espacio dentro del programa” (Profesional 7, Programa Residencial en Tratamiento de Adicciones).

Así también, para los equipos es de importancia realizar un diagnóstico multidisciplinario acabado, estando claro qué aspectos considerar en la evaluación en el ámbito individual, pero no saben con precisión qué aspectos deben ser analizados en el contexto comunitario para contar con un diagnóstico realmente integral. El énfasis está puesto entonces en procurar un trabajo de equipo, con coherencia, de modo de generar coordinaciones efectivas con otras redes.

Las principales tensiones presentes en los procesos de inclusión.

Las tensiones que se aprecian están ocasionadas por una diversidad de circunstancias, que tienen que ver con: (a) dificultades en el equipo, (b) características particulares de los usuarios, (c) ausencia de redes de apoyo, y (d) aumento de la exclusión social y estigmatización.

La alta carga administrativa limita la cantidad de intervenciones socio comunitarias, ya que este tipo de intervención requiere de mayor dedicación de tiempo y organización, en comparación a las de carácter clínico.

“Yo puedo estar toda una tarde realizando una sola coordinación, y entre que llego [...] por ejemplo a hacer la gestión, hablo [...] y vuelvo [al programa] me puedo tomar toda la tarde, en cambio en esa misma tarde puedo hacer tres intervenciones en el box y entre los registros y todo lo administrativo, no da el tiempo” (Profesional 4, Programa Residencial en Tratamiento de Adicciones)

Además no existe un profesional especializado que realice la labor de puente en el trabajo comunitario, se observa que estas funciones están principalmente delegadas en la figura del Trabajador Social que además cuenta con una serie de otras responsabilidades. Los equipos no cuentan con recursos para la contratación de un coordinador de redes. Se señala además la falta de especialización en éste ámbito, la ausencia de manuales u orientaciones claras de parte de las

entidades gubernamentales o de las mismas ONG's a las que pertenecen. Se plantea la necesidad de crear en los equipos protocolos de integración consensuados entre todos los actores del centro para guiar sus procesos de intervención, ya que muchas de estas intervenciones tienden a ser intuitivas y discrecionales.

Los equipos indican que los usuarios, tienen historias de exclusión, con la presencia de variados riesgos psicosociales en sus contextos de vida (adicción a sustancias e infracción de ley, pobreza, falta de redes de apoyo, baja escolaridad, historias de trauma en la niñez, entre otros). Por lo tanto, los equipos expresan la necesidad de fortalecer o construir redes de integración para salvar al menos en parte estas condiciones. Es por ello que ambos dispositivos cuentan con un proceso de preparación para el egreso con el propósito de favorecer la inclusión.

Se reconoce que los usuarios presentan expectativas muy altas acerca de las oportunidades que tendrán en el medio libre, lo que contrasta con las escasas alternativas, apoyos y accesos que los usuarios tienen a su disposición cuando terminan su tratamiento o sanción.

“Tenemos usuarios....que nunca han pertenecido a un club deportivo o a una iglesia, no hay arraigo en ningún contexto social, o están desplazadas en una comunidad donde lo más social es la botillería de la esquina y la marginalidad, entonces muchos vienen de una comunidad bastante excluyente, tenemos usuarios con analfabetismo, con déficit cognitivo...con baja escolaridad, sin redes de apoyo, donde [el dispositivo] se convierte en su realidad, su familia, en todo, entonces normalizan desde ahí muchas dinámicas”

(Profesional 3, Programa Psicosocial en Infracción de Ley)

Se indica que la sociedad no muestra apertura para recibir a los usuarios, lo que sumado a la ausencia de redes de apoyo como familia, comunidad o instituciones, refuerzan su exclusión social. Si bien las redes mencionadas previamente, se encuentran al inicio del proceso,

disminuyen su presencia con el pasar del tiempo, e incluso algunos pasan a transformarse en un obstáculo para el proceso del sujeto.

Existe también, según lo planteado, falta de coordinación entre las instituciones públicas y privadas, limitando el acceso a recursos para la inclusión de los usuarios. De éste modo el apoyo concreto queda reducido a lo que el propio equipo de tratamiento puede ofrecer en la fase de seguimiento, etapa que se extiende por un año aproximadamente.

“yo creo que trabajar las redes de los sujetos es relevante, en el fondo trabajamos con las familias, pero no hay apoyo afuera, no hay algo que los pueda sustentar y apoyar, desde nosotros hay una validación constante de los aspectos positivos de ellos, de sus capacidades, de sus habilidades, de todo lo que ellos pueden construir, paso a pasito, pero en la comunidad no hay nadie que pueda continuar reforzando el proceso vivido, sino que después salen y vuelven a las mismas amistades, a la misma familia, a los mismos espacios, a la misma comunidad, vuelve todo a cero” (Profesional 8, Programa Psicosocial en Infracción de Ley)

El balance de los profesionales es que cuando las personas retornan a sus espacios de vida van experimentado procesos crecientes de exclusión producto de haber estado en un centro cerrado. La comunidad es percibida como una amenaza para el proceso de inclusión, ya que se aprecia alta resistencia de las personas y organizaciones a aceptar, apoyar e incorporar a las personas con problemáticas psicosociales, predominando una visión estigmatizada de ellos.

En el equipo de tratamiento de adicciones, por ser el ser el ingreso de personas atendidas voluntario, existiría una mayor vinculación con el espacio socio comunitario de procedencia, incluyendo las redes territoriales próximas; el proceso de inclusión se trabaja de manera paulatina durante la rehabilitación. En tanto que en el programa de infracción de ley, el trabajo

está mediado por la presencia de personas voluntarias que ingresan a la unidad penal a realizar actividades con los internos, ingreso que se somete a la burocracia propia de las unidades penales. El trabajo asociado a la integración social de los reclusos se realiza de manera más abrupta durante el cambio de medida de un régimen cerrado a uno libre.

Discusión

Los resultados muestran que los profesionales le asignan un valor destacado a la intervención comunitaria en los procesos de rehabilitación psicosocial, tanto en el plano de las redes institucionales como en el plano de las comunidades de pertenencia de las personas en rehabilitación. A pesar de las restricciones institucionales y sociales reportadas en el estudio, los profesionales realizan esfuerzos por integrar recursos institucionales y comunitarios en la intervención al interior de los centros en que operan, así como también buscan movilizar redes familiares y en menor grado redes comunitarias. El balance de los equipos permite apreciar que aunque estas valoraciones están transversalmente en el trabajo desarrollado, solo recientemente han podido realizar acciones concretas en este ámbito.

La dimensión socio comunitaria, desde la perspectiva de los equipos es entendida como una esfera integrada por las relaciones más cercanas a las personas atendidas, y considerando la realidad del espacio de intervención en el medio cerrado, integran en esa mirada las relaciones que se dan en la cotidianidad de la vida en el centro, la que intentan enriquecer con nuevas relaciones establecidas con personas que operan como voluntarios de organizaciones que colaboran en actividades recreativas o religiosas en los centros de atención. Así también las redes institucionales son incorporadas como parte de esta esfera. Con todo, el equipo incluye en el concepto las relaciones que permiten acceder a recursos materiales, socioemocionales, laborales,

entre otros, de modo que las personas en rehabilitación accedan a oportunidades y sean apoyados en su proceso de inclusión social.

En la práctica, ambos programas enfatizan el desarrollo del empoderamiento personal y las capacidades de los sujetos para la inclusión socio comunitaria. Fundamentalmente con intervenciones individuales y en menor medida grupal. Hallazgos similares fueron reportados por Krause y Jaramillo (1998), donde se aprecia que los equipos tienden a favorecer fundamentalmente el componente individual en sus intervenciones, en términos de abordar aquellos obstáculos o necesidades de los sujetos, promoviendo el desarrollo de habilidades y recursos personales para mejorar su participación en distintos contextos. De este modo la evaluación que los profesionales reportan es que si bien, los sujetos pueden vivir procesos de desarrollo personal, las condiciones contextuales no experimentan modificaciones en lo que concierne a aceptar a la persona, brindarle apoyo y acceso a oportunidades.

Siguiendo el modelo de inclusión socio comunitaria, se aprecia que de los cuatro ejes propuesto por Martínez (2015), en el cuadrante a) capacidades de las personas para la inclusión comunitaria, podemos mencionar que es el eje en el que se interviene con mayor fuerza, realizado principalmente desde un lógica individual de intervención; en torno al cuadrante (b) la capacidad de los sistemas comunitarios para la inclusión de las personas, está asociado principalmente a la familia y pareja, y escasamente amigos, reconociendo que es allí donde se encuentran los principales factores de riesgos de éstos sujetos; desde el cuadrante (c) capacidad de las instituciones para la inclusión de las personas está determinada fuertemente por las entidades del tercer sector como los son las ONG's que regulan los marcos regulatorios de los programas atendidos y por los dispositivos gubernamentales como los son SENDA y GENCHI y finalmente la (d) capacidad de las personas para la inclusión social, este último eje queda

mediado por la presencia de los profesionales de los equipos, pero tendiendo a desaparecer luego de la intervención directa de ellos. De esta forma, el propósito de la “autonomía anclada”, descrita por este autor como horizonte de la intervención no se alcanza. Es decir, el acceso a apoyo y recursos requeridos para el ejercicio de los derechos de los sujetos para que puedan realizar una vida que les permita unas condiciones para incluirse activamente como ciudadanos tendería a no estar presente.

La naturaleza del trabajo realizado en un medio cerrado, por los procesos de institucionalización implicados, impone condiciones particulares de trabajo, que en muchos sentidos afecta la inclusión de los sujetos en sus comunidades de origen. Estos procesos han sido ampliamente descritos en sus impactos por diferentes autores (Ahumada & Grandón, 2015; Tsukame, 2016). Si a ello se le agrega las condiciones contractuales de los equipos, quienes son parte de servicios externos licitados con una duración restringida, una intervención de largo aliento como lo exige el trabajo con redes institucionales y comunitarias no es posible de concretar, a pesar de la sensibilidad y convencimiento de los equipos de su importancia.

La escasa capacidad inclusiva reportada de parte de las instituciones, es atribuida por ambos equipos a desconexión y desvinculación intersectorial, cuestión ampliamente explicitada en otros estudios (Alfaro et al., 2012; Pierri, 2012). Una forma complementaria de entender estas dificultades, siguiendo el modelo de inclusión socio comunitaria, es considerar estos dispositivos como programas de apertura egocéntrica, considerando que su vinculación se lleva a cabo entre los programas de la misma institución (Martínez, 2006). Se infiere que una escasa vinculación con otras redes y poco apoyo recíproco entre programas, puede deberse al escenario de alta competitividad que viven los programas sometidos a procesos de licitación.

En el plano de la comunidad, llama la atención que a pesar de que los equipos valoren su abordaje y expliciten la necesidad de incorporarlas a la intervención, sean consideradas a la vez como una amenaza. Esto podría asociarse complementariamente a varios elementos; primero a que principalmente las redes focales próximas a los sujetos de atención se muestran aisladas y con graves problemas de convivencia interna y que en casos extremos se posicionan apoyando el consumo de sustancias o delitos generacionalmente. Segundo, se asocia a la ausencia o débil respuesta efectiva por parte de la comunidad y las instituciones para acoger a los sujetos que retornan a sus espacios de vida. A lo anterior se suma, la ausencia de un trabajo sostenido en este ámbito que permitiera abordar las barreras y sensibilizar a los diferentes actores sociales.

Una dificultad importante para enfrentar el desafío de la inclusión, deviene de la propia naturaleza de los dispositivos. El trabajo en un centro penitenciario, que opera como una institución total (Goffman, 2001), con énfasis en la seguridad y control de los usuarios, tiene restricciones en tanto la internación opera con lógicas que aleja a los reclusos del mundo de la vida, debiendo adaptarse a normas, valores y prácticas que no dejan mucho margen para la autonomía.

Un obstáculo adicional para el abordaje sociocomunitario, reconocido como central en el estudio, es que los programas a pesar de que puedan señalar este ámbito como relevante, no generan condiciones para que las actividades que este ámbito de intervención requiere sean concretadas. Se indica que no se financian actividades asociadas a este nivel de intervención, y además, que estas actividades demandan tiempo que compite con otras prioridades. También se reconoce una escasa formación técnica del equipo en el ámbito comunitario, lo que limita la comprensión y el abordaje metodológico de esta dimensión que se entiende como compleja. Estos resultados coinciden con los obtenidos por un estudio realizado en regiones del sur en el

ámbito de justicia juvenil (A Zambrano, Muñoz, & Andrade, 2015), y otro realizado en el ámbito de la prevención comunitaria del consumo de alcohol y otras drogas (Delgado, 2013).

De este balance se desprende la necesidad de generar procesos articulados entre los diferentes actores que participan directa e indirectamente en los procesos de rehabilitación psicosocial, incidiendo en aquellos factores de riesgo a nivel comunitario de manera paralela a la dimensión individual, de tal forma de que la persona en dificultad cuando egrese de estos centros cerrados de rehabilitación pueda tener oportunidades de contar con un contexto favorable para su integración. Esto coincide con un conjunto de estudios que destacan la necesidad de efectuar intervenciones en los espacios de vida de las personas atendidas, particularmente aquellas que presentan factores de riesgo que facilitan la presencia de distintos problemas psicosociales (Garmendia, Alvarado, Montenegro, & Pino, 2008; Lapalma, 2012; Llena, Parcerisa, & Úcar, 2009b; Zambrano et al., 2012).

Se sugiere una política intersectorial que oriente cambios del funcionamiento de una red articulada en materia de inclusión socio comunitaria. Para ello, en concordancia con el modelo de redes y fortalecimiento comunitario propuesto desde el MMIDA (Modelo Multidimensional de Intervención Diferenciada con Adolescente) (Zambrano, Muñoz & Andrade, 2014), aparecen tres planos complementarios que requieren interconectarse en la intervención psicosocial. El primero debe estar centrado en el sujeto y su red focalizada, abordando aquellos aspectos directamente conectados con el desarrollo de capacidades y competencias, resolviendo aquellos conflictos y necesidades que se asocian a la delincuencia y/o al consumo de alcohol y otras drogas. Una segunda dimensión dirigida a conectar desde un modelo de gestión de redes una infraestructura institucional articulada para dar respuestas a los requerimientos de la intervención y de la inclusión del sujeto. Un tercer nivel corresponde al trabajo de dinamización comunitaria,

en la lógica del fortalecimiento comunitario (Montero, 2009; A Zambrano et al., 2015), tendiente a conectar recursos internos en la comunidad que favorezcan la inclusión (Martínez, 2015), pero también a solventar aquellos aspectos que favorecen en ese territorio la presencia de problemas psicosociales como los que se atienden (Alba Zambrano et al., 2012).

El primer nivel debería ser de responsabilidad del equipo, conectando con el segundo y tercer nivel que debieran coordinar con equipos especializados que lideren esos procesos a nivel territorial (en el caso de los barrios) y a nivel intersectorial en el caso de las redes institucionales.

Lo anterior, requeriría una coordinación y articulación técnica coherente e integral a través de medidas prácticas como, formación especializada de los interventores comunitarios, orientaciones técnicas difundidas, además de generar procesos de control de calidad concertados (Sandoval, Sanhueza, & Williner, 2015).

Esta investigación en la lógica de estudio de casos, ha generado conocimiento a partir de dos dispositivos específicos, que en lo sustantivo muestran algunos avances en materia de integrar en la intervención psicosocial una aproximación comprensiva de lo socio comunitario y unos límites concretos ya ampliamente señalados por la evidencia en el país, pero que subrayan las restricciones de la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria en programas residenciales y de reclusión.

Se evidencia límites institucionales en el modelo en tanto el nivel operativo queda atravesado por un conjunto de restricciones que deben ser analizadas al nivel de la política, con las complejidades que ello supone (Alfaro & Martín, 2015). Por tanto, estudios más amplios deberían aportar antecedentes en los otros niveles de actores involucrados en ella.

Referencias

- Aguirrezabal, M., Lagos, G., & Vargas, T. (2009). Responsabilidad Penal Juvenil: Hacia una “Justicia Individualizada”. *Revista de derecho*, 22(2), 137–159.
- Ahumada, H., & Grandón, P. (2015). Significados de la reinserción social en funcionarios de un centro de cumplimiento penitenciario. *Psicoperspectivas*, 14(2), 84–95.
- Aldaz, J., & Vásquez, C. (2011). Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. (Siglo XXI Editores España, Ed.) (Primera). Madrid, España: Siglo Veintiuno.
- Alfaro, J., & Martín, M. P. (2015). Proceso y oportunidades de la transferencia del conocimiento desde la psicología comunitaria a las políticas públicas. *Universitas Psychologica*, 14(4), 1347–1358. doi:10.11144/Javeriana.up14-4.potc
- Alfaro, J., Sánchez, A., & Zambrano, A. (2012). *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales. Reflexiones y experiencias.* (A. Sánchez, J. Alfaro, & A. Zambrano, Eds.) (Primera). Buenos Aires, Barcelona y México: Paidós.
- Alvarado, A., & Becerra, P. (2013). Jóvenes infractores de ley: Significados que le otorgan a su participación en proceso de intervención de programa de salidas alternativas PSA “Acuerdos Concepción”. Universidad del Biobío.
- Arellano, B., & Martínez, V. (2009). *Reinserción Comunitaria. La experiencia de un ex recluso.* Universidad de Chile.
- Arriagada, I. (2006). *Cambios de las políticas sociales: políticas de género y familia.* Santiago de Chile: CEPAL.

- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas: Individuo y sociedad*, 13(2), 109–120.
- Bastias, A., & Rozas, G. (2013). Prácticas de la Psicología Comunitaria desarrolladas en programas psicosociales de la comuna de Quilicura, Región Metropolitana. Universidad de Chile.
- Bausela, E. (2009). Intervención Psicosocial y Evaluación de Programas en el Ámbito de la Salud P. *Intervención Psicosocial*, 18(1), 91–92.
- Bernal, A. (2001). Un referente histórico de la seguridad social en Colombia. *IATREIA*, 14(3), 207–210.
- Berroeta, H., Wiesenfeld, E., & López, V. (2014). Psicología Comunitaria hoy: Del pensar al hacer en sociedades complejas. *Psicoperspectivas: Individuo y sociedad*, 13, 1–5.
- Corigliano, M. (2008). Imágenes de (in)seguridad y control social Visión desde la sociología jurídica.
- Cunill-Grau, N., Fernández, M., & Thezà, M. (2013). La cuestión de la colaboración intersectorial y de la integralidad de las políticas sociales: lecciones derivadas del caso del sistema de protección a la infancia en Chile. *Polis*, 12(36), 289–314.
- De Gaminde, I. (2006). Formulación de políticas sociosanitarias: dificultades y perspectivas. *Gaceta Sanitaria*, 20(4), 257–259.
- Delgado, C. (2013). Estrategia comunitaria para la prevención del consumo de drogas : Alcances y limitaciones en su implementación en Programas SENDA-Previene de la Región de La Araucanía. Universidad de la Frontera.

- Demers, B., & Zambrano, A. (2008). La utilización en el contexto de la intervención psicoeducativa. En RIL (Ed.), *El desafío de la intervención psicosocial en Chile: Aportes desde la psicoeducación* (María Beat, pp. 183–214). Santiago de Chile.
- Departamento de Análisis Criminal. (2015). *Reporte Estadístico Enero-Junio 2014/2015, Nacional y Regional*. Santiago de Chile.
- Díaz, F., Erazo, J., & Sandoval, C. (2008). Actuales Políticas Públicas para la Desinstitucionalización y Rehabilitación de Personas Psicóticas en Chile. *Experiencia de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén*, XVII, 9–38.
- Fleury, S. (2002). El desafío de la gestión de las redes de políticas. *Revista Instituciones y Desarrollo*, 12-13, 221–247.
- Flores, B. G., & Javiedes, M. de la L. (2000). Análisis de la participación en el área del desarrollo comunitario desde un enfoque psicosocial. *Psicothema*, 12(2), 226–230.
- Fundación Paz Ciudadana, & GfK Adimark. (2015). *Índice de Paz Ciudadana-GfK Adimark: Series de datos para principales ciudades del país*. Santiago de Chile.
- Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Rev. méd. Chile*, 136, 169–178.
- Goffman, E. (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (1a Edición). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Gómez, A., & Gajardo, A. (2010). La incidencia del principio de oportunidad en el aumento de los índices de criminalidad e inseguridad ciudadana en Valdivia. *Universidad Austral de Chile*.

- Guzmán, E., & Schmidt-Hebbel, K. (2015). Reconociendo la derrota en la guerra contra las drogas: hacia la legalización. En 95 propuestas para un Chile mejor. Santiago de Chile.
- Henaó, S. (2013). Representaciones sociales de las intervenciones para el consumo de drogas en un contexto universitario, Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(3), 338–348.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (J. Chacón, Ed.) (Quinta). México DF: Mc Graw Hill.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277–1288.
- Krause, M. (2002). The institutionalization of community interventions in Chile: Characteristics and contradictions. *American Journal of Community Psychology*, 30(4), 547–570.
- Krause, M., & Jaramillo, A. (1998). *Intervenciones psicológico-comunitarias en Santiago de Chile (Primera)*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Lapalma, A. (2012). *Psicología Comunitaria. Niveles múltiples en los procesos de intervención comunitaria*. En *Teoría y práctica de la acción comunitaria: Aportes desde la psicología comunitaria (Primera)*, pp. 73–94. Santiago de Chile: RIL Editores.
- Le Bossé, Y., & Laval, F. (1997). *El marco paradigmático de la psicología comunitaria*. Montreal, Canadá: Universidad Laval.
- Llena, A., Parcerisa, A., & Úcar, X. (2009). Para la acción comunitaria, se requiere reflexionar sobre cómo tiene que ser la participación y qué la facilita y la dificulta. En GRAÓ (Ed.), *10 ideas clave. La acción comunitaria (Primera)*, pp. 119–143. Barcelona, España: Editorial GRAÓ, de IRIF, S.L.

- MacQueen, K. M., McLellan, E., Kay, K., & Milstein, B. (1998). Codebook Development for Team-Based Qualitative Analysis. *Field Methods*, 10(2), 31–36.
- Martínez, V. (2006). El enfoque comunitario: El desafío de incorporar a las comunidades en las intervenciones sociales. (Universidad de Chile, Ed.) (Universida). Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Martínez, V. (2014). Sobre la Inclusión Socio comunitaria (Primera). Santiago de Chile: EN.
- Martínez, V. (2015). La inclusión socio comunitaria. Santiago de Chile: En proceso de publicación.
- Mertz, C. (2012). Delincuencia en Chile: diagnóstico y propuestas. En *Delincuencia: la principal preocupación de los chilenos* (pp. 1–70). Santiago de Chile.
- Ministerio de Justicia. Reglamento de la ley N° 20.084 que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracción a la ley penal, Pub. L. No. 260404 (2014). Chile: Ministerio de Justicia.
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2013). Resolución Exenta N° 4464. Santiago de Chile: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública, & Subsecretaría del interior. Reglamento del fondo especial del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol para financiar programas de prevención del consumo de drogas tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por la drogadicción, Pub. L. No. 1036937 (2012). Chile.

- Montenegro, M., Rodríguez, A., & Pujol, J. (2014). La Psicología Social Comunitaria ante los cambios en la sociedad contemporánea: De la reificación de lo común a la articulación de las diferencias. *Psicoperspectivas: Individuo y sociedad*, 12(2), 32–43.
- Montero, M. (2009). El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Universitas Psychologica*, 8(3), 615–626.
- Montero, M. (2010). Fortalecimiento de la Ciudadanía y Transformación Social: Área de Encuentro entre la Psicología Política y la Psicología Comunitaria. *PSYKHE*, 19(2), 51–63.
- Observatorio Chileno de Drogas. (2015). Décimo primer estudio nacional de drogas en población general. Resultados Principales. Santiago de Chile: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
- Okuda, M., & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(1), 118–124.
- Organización de los Estados Americanos. (2013). El problema de las drogas en las Américas. (A. Briones, F. Cumsille, A. Henao, & B. Pardo, Eds.) (Primera). Washington, DC en Estados Unidos: Organización de los Estados Americanos.
- Ornelas, J., Vargas-Moniz, M., & Mesquita, T. (2012). Contribuciones de la Psicología Comunitaria a las políticas sociales en las áreas de la integración psicosocial y en la violencia contra las mujeres. En A. Sánchez, J. Alfaro, & A. Zambrano (Eds.), *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales. Reflexiones y experiencias* (Primera, pp. 255–288). Buenos Aires, Barcelona y México: Paidós.

- Ortiz, M., Sepúlveda, R., & Viano, C. (2005). Análisis de los Programas de Prevención dirigidos a jóvenes infractores de ley. (Centro de Estudios de Seguridad Ciudadana, Ed.) (Primera). Santiago de Chile: Universidad de Chile. Instituto de asuntos públicos.
- Phillips, D. (2000). Social policy and community psychology. En J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (Reprinter, pp. 397–419). New York, Estados Unidos de Norte América: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Pierri, L. (2012). Reflexiones acerca de los procesos de coordinación y articulación interorganizacional en las políticas públicas sociales: ¿ahora se trata de coordinar? En A. Sánchez, J. Alfaro, & A. Zambrano (Eds.), *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales. Reflexiones y experiencias* (Primera, pp. 407–433). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Roberts, B. R. (2001). *Las nuevas políticas sociales en América Latina y el desarrollo de ciudadanía: Una perspectiva de interfaz*. Texas, Estados Unidos de Norteamérica: University of Texas at Austin.
- Ruz, M. I. (2014). “Análisis de la implementación de la Resolución del Consejo de Seguridad de la ONU 1325 en América Latina y el Caribe, desafíos enfrentados y posibles áreas de colaboración con otros organismos regionales como UNASUR”. Santiago de Chile: CEPAL.
- Sánchez, A., & Morales, F. (2002). Acción psicológica e intervención psicosocial. *Acción Psicológica*, 1(1), 11–24.
- Sandoval, C. (2012). *Rehabilitación Psicosocial: Reconsideraciones conceptuales y perspectivas actuales*. Centro de investigaciones Psicológicas, 8–26.

- Sandoval, C., Sanhueza, A., & Williner, A. (2015). *Manuales de la CEPAL: La planificación participativa para lograr un cambio estructural con igualdad* (No. LC/L.4069). Santiago de Chile.
- Spink, P. (2009). Los psicólogos y las políticas públicas en América Latina: El Big Mac y los caballos de Troia. *Psicoperspectivas: Individuo y sociedad*, VIII(2), 12–34.
- Stake, R. E. (2007). *Investigación con estudio de casos*. (Ediciones Morata, Ed.) (Tercera Ed.). Madrid, España: Morata.
- Tsukame, A. (2016). *Delincuencia juvenil y control social en el Chile neoliberal*. Universidad Complutense de Madrid.
- Villasante, T., Montañés, M., & Martín, P. (2001). *Prácticas locales de creatividad social*. Vol. 2. *Construyendo ciudadanía*. (F. Garrido, M. Gil, P. Gutiérrez, M. Montañés, M. Montenegro, J. Pascual, ... T. Villasante, Eds.) (El Viejo T). Madrid, España: Novagráfi.
- WAPR, & OMS. (1997). *Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR / WHO*.
- Yin, R. (1993). *Applications of Case Study Research (First)*. London, United Kingdom: SAGE.
- Zambrano, A., & Berroeta, H. (2012). *Teoría y práctica de la acción comunitaria: Aportes desde la psicología comunitaria*. (RIL Editores, Ed.) (RIL). Santiago de Chile.
- Zambrano, A., Bustamante, G., & García, M. (2009). *Trayectorias Organizacionales y Empoderamiento Comunitario : Un Análisis de Interfaz en Dos Localidades de la Región de la Araucanía*. *PSYKHE*, 18(2), 65–78.
- Zambrano, A., Muñoz, J., & Andrade, C. (2015). El desafío de incorporar las redes institucionales y comunitarias en la intervención con adolescentes infractores: una investigación acción en tres regiones del sur de Chile. *Universitas Psychologica*, 14(4), 1371–1385.

Zambrano, A., Muñoz, J., & González, M. (2012). Variables psicosociales del entorno comunitario asociadas a procesos de desadaptación social en adolescentes: reflexiones a partir de un estudio de caso. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1135–1145.