



Resolución Directoral

Santa Anita, 23 de Agosto del 2012.

Visto el Expediente 12 MP-010673-00 y Memorando Nº 138-SDG-HHV-12; sobre "Guía de Atención para el Tratamiento de las Adicciones" del Centro de Rehabilitación de Ñaña del Hospital Hermilio Valdizán;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Memorando Nº 138-SDG-HHV-12, de fecha 14 de Agosto del 2012, remiten las respectivas Guía de Atención para el Tratamiento a la Dirección Adjunta del Hospital para su revisión y aprobación mediante la respectiva resolución;

Que, el Centro de Rehabilitación de Ñaña es la unidad orgánica encargada de la prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación de fármaco dependientes; teniendo entre sus objetivos funcionales : proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención de salud mental, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad, entre otros;

Que, la presente Guía de Atención para el Tratamiento de las Adicciones enmarca un modelo de tratamiento y rehabilitación enmarcados en el sistema de comunidades terapéuticas que ha devenido en una forma peculiar de tratamiento comunitario, acorde a nuestras características socioculturales;

Que, según lo expuesto, se hace necesario aprobar la indicada Guía de Atención para el tratamiento de adicciones, la misma que se encuentra estructurada en tres partes, La Primera Parte – Ética y Vida Comunitaria se plantea la ética y la corrupción como dos paradigmas fundamentales del funcionamiento social, estrechamente vinculados al problema del abuso de drogas y su solución, La segunda Parte - Comunidad Terapéutica y Modificación de conducta, y La Tercera Parte – Construyendo un modelo, referido a la comunidad de Terapeutas de Ñaña, desarrollando antecedentes, características y demás aspectos relevantes del programa de Tratamiento desarrollado en el Centro de Rehabilitación de Ñaña;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11º inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. Nº 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación de Dirección Adjunta;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR la Guía de Atención para el Tratamiento de las Adicciones, del Centro de Rehabilitación de Ñaña, la misma cuenta con dos (2) Capítulos, que forman parte de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- El Jefe del Centro de Rehabilitación de Ñaña, será el responsable de la difusión e implementación de la respectiva Guía de Atención para el Tratamiento de las Adicciones.

Artículo Tercero.- La presente Guía aprobada será publicada en la Página Web del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese y Comuníquese,



Distribución:
DSMAG
CRN
INFORMATICA
SDG
FILE IV RES

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Dr. RAFAEL NAVARRO CUF
Director General

M.P. 4598 - REC. ESP. 1



Resolución Directoral

Santa Anita, 23 de Agosto del 2012.

Visto el Expediente 12 MP-010673-00 y Memorando Nº 138-SDG-HHV-12; sobre "Guía de Atención para el Tratamiento de las Adicciones" del Centro de Rehabilitación de Ñaña del Hospital Hermilio Valdizán;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Memorando Nº 138-SDG-HHV-12, de fecha 14 de Agosto del 2012, remiten las respectivas Guía de Atención para el Tratamiento a la Dirección Adjunta del Hospital para su revisión y aprobación mediante la respectiva resolución;

Que, el Centro de Rehabilitación de Ñaña es la unidad orgánica encargada de la prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación de fármaco dependientes; teniendo entre sus objetivos funcionales : proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención de salud mental, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad, entre otros;

Que, la presente Guía de Atención para el Tratamiento de las Adicciones enmarca un modelo de tratamiento y rehabilitación enmarcados en el sistema de comunidades terapéuticas que ha devenido en una forma peculiar de tratamiento comunitario, acorde a nuestras características socioculturales;

Que, según lo expuesto, se hace necesario aprobar la indicada Guía de Atención para el tratamiento de adicciones, la misma que se encuentra estructurada en tres partes, La Primera Parte – Ética y Vida Comunitaria se plantea la ética y la corrupción como dos paradigmas fundamentales del funcionamiento social, estrechamente vinculados al problema del abuso de drogas y su solución, La segunda Parte - Comunidad Terapéutica y Modificación de conducta, y La Tercera Parte - Construyendo un modelo, referido a la comunidad de Terapeutas de Ñaña, desarrollando antecedentes, características y demás aspectos relevantes del programa de Tratamiento desarrollado en el Centro de Rehabilitación de Ñaña;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11º inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. Nº 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación de Dirección Adjunta;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR la Guía de Atención para el Tratamiento de las Adicciones, del Centro de Rehabilitación de Ñaña, la misma cuenta con dos (2) Capítulos, que forman parte de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- El Jefe del Centro de Rehabilitación de Ñaña, será el responsable de la difusión e implementación de la respectiva Guía de Atención para el Tratamiento de las Adicciones.

Artículo Tercero.- La presente Guía aprobada será publicada en la Página Web del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese y Comuníquese,



Distribución:
DSMAG
CRÑ
INFORMATICA
SDG
FILE IV RES

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Dr. RAFAEL NAVARRO CURI
Director General
C.A.P. 4593 - REG. ESP. 111



Guía de Atención para el tratamiento de las Adicciones: Protocolos de Intervención en Tratamiento Residencial Modelo Ñaña

Editores:

Dr. Rafael Navarro Cueva
Dr. Mauricio Benavente Loza
Dr. Rolando Zegarra Molina

Ñaña, 2012

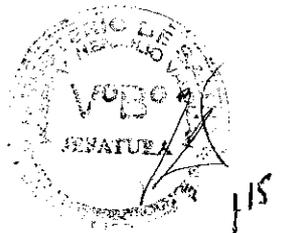


INTRODUCCIÓN

A partir de 1970, se registra en el Perú un incremento acelerado en la prevalencia e incidencia de la dependencia a sustancias psicoactivas ilegales, en especial de los derivados de las hojas de coca-como la pasta básica de cocaína. Esta situación se constituye en un reto para la comunidad nacional dando lugar a una serie de esfuerzos, en la búsqueda de soluciones coherente. Entre ellos se encuentran los realizados por los medidos psiquiatras quienes, debiendo responder a la demanda creciente de atención de pacientes adictos, utilizaron para su afrontamiento un repertorio terapéutico tradicional. Originalmente empleado para el tratamiento del alcoholismo y otras adicciones, dicho repertorio tuvo con frecuencia resultados desalentadores.

El descubrimiento de nuevos métodos fue gradual y difícil. Recién a fines de la década de los setenta y comienzos de los ochenta, se reportan los primeros tratamientos exitosos de algunos casos de adicción a pasta básica de cocaína. El desarrollo y estabilización de la Comunidad Terapéutica de Ñaña y su programa de tratamiento-iniciados en 1982-marcan la etapa de sistematización de un modelo de rehabilitaron con resultado alentadores, tal como lo revela su primera evaluación realizada en 1989. Actualmente, se hace más frecuente observar adictos recuperados con periodos cada vez más prolongados de seguimiento, reintegrados a una sociedad desordenada y sometidos a retos de muy variable dificultad. Aunque todavía no contamos con métodos de alta eficacia (más del cincuenta por ciento de casos recuperados), las rutas de la investigación dirigidas a mejorar las intervenciones terapéuticas se mantiene abierta y transitible.

Este proceso se desarrollo en el marco de una sociedad con significativa ausencia de comportamientos proactivos orientados hacia la salud integral, de exacerbado arribismo, con serios problemas socioeconómicos, con patrones de corrupción generalizados incluida la corrupción burocrática-con desprotección social, con manifiesta fragilidad en la toma de decisiones para afrontar el problema y casi ausencia de refuerzo a la investigación. Todos ellos rasgos constituidos del perfil

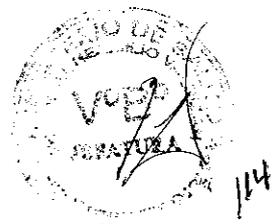


social, y exponentes de la principal barrera que dificultan la cristalización de iniciativas para llevar a la práctica estrategias de prevención primaria, tratamiento y rehabilitación; es decir, un trabajo sostenido de prevención en sus tres niveles. Recientes decisiones políticas y esfuerzos dirigidos a organizar el afrontamiento al problema del abuso de drogas, estimulan lánguidas esperanzas que ojala se materialicen en efectivas realizaciones.

En este volumen, describiremos el desarrollo de un modelo de tratamiento y rehabilitación -enmarcados en el sistema de comunidad terapéutica- que ha devenido en una forma peculiar de tratamiento comunitario, acorde a nuestras características socioculturales. En la primera parte -Ética y vida comunitaria planteamos la ética y la corrupción como dos paradigmas fundamentales del funcionamiento social. Estrechamente vinculados al problema del abuso de drogas y su solución. Asimismo, reseñamos brevemente la historia de las comunidades terapéuticas en el contexto internacional y en nuestro país. Finalmente, definimos la comunidad terapéutica en tanto modalidad de tratamiento y rehabilitación residencial, describimos sus competencias o marco filosófico tal y como han sido desarrolladas por la Federación mundial de comunidades terapéuticas y las relacionamos con la utilización de técnicas cognitivos conductuales.

En la segunda parte Comunidad terapéutica y modificación de conducta explicamos la relación entre la modalidad de tratamiento en comunidad y la teoría y técnicas terapéutica basada en el modelo cognitivo conductual. Esta asociación es el fundamento sobre el cual se estructura el trabajo que se realiza en Ñaña. Una somera descripción de la terapia de grupo, de las técnicas operantes y de la terapia cognitivo conductual, entre algunas otras, completan el frente.

La tercera parte, Construyendo un modelo: la comunidad terapéutica de Ñaña; desarrolla los antecedentes, características y demás aspectos relevantes del programa de tratamiento desarrollado en Ñaña. Se complementa con una



ubicación de la modalidad dentro del cuadro de los niveles de prevención, así como con la presentación detallada de los ocho ámbitos comportamentales que constituyen su programa terapéutico. En esta parte del trabajo se presentan datos de la evaluación que se realizara sobre el programa terapéutico, así como otros criterios sobre validación de programas de tratamiento, recientemente recogidos en la investigación sobre comunidades terapéuticas.

Finalmente, en las conclusiones se pondera las virtudes del modelo Ñaña como modalidad asequible y adecuada a las necesidades de la demanda latinoamericana y se sugieren mecanismos para su utilización más amplia.

Los Autores



CAPÍTULO I

1.1 LA CONDUCTA ADICTIVA

La adicción es una enfermedad primaria del cerebro, con componentes bio-psico-sociales que influyen en su desarrollo.

El **descontrol** persiste a lo largo del tiempo y el deterioro de la funcionalidad vital se hace progresivo.

Con el tiempo el adicto realiza intentos de control del consumo que acaban con recaídas de vuelta al consumo.

La familia del adicto se afecta de esta condición desarrollando conducta patológica de control llamada codependencia.

La drogadicción, el alcoholismo, el tabaquismo, todas las cuales se engloban en un síndrome denominado: dependencia química, el cual se caracteriza por episodios de consumo descontrolado, pensamientos obsesivos de consumo, negación y uso a pesar de daño.

A pesar de que todas las adicciones químicas comparten estos mismos síntomas, la forma en que se manifiestan y los componentes específicos, tanto biológicos como sociales, típicos de cada droga, hacen de cada adicción algo especial también. Por esta razón estudiaremos por separado cada adicción química ligada a una droga de uso endémico.

Las Drogas: Son aquellas sustancias cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que dan como resultado un trastorno en la función del juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona.

El término drogas visto desde un punto de vista estrictamente científico es principio activo, materia prima. En ese sentido droga puede compararse formalmente dentro de la farmacología y dentro de la medicina con un fármaco, es decir que droga y fármaco pueden utilizarse como sinónimos. Los fármacos son un producto químico empleado en el tratamiento o prevención de enfermedades. La farmacología es la ciencia que estudia la acción y distribución de los fármacos en el cuerpo humano. Los fármacos pueden elaborarse a partir de plantas, minerales, animales, o mediante síntesis.

Existe una segunda concepción que es de carácter social, según ésta las drogas son sustancias prohibidas, nocivas para la salud, de las cuales se abusan y que en alguna forma traen un perjuicio individual y social.

Como se ve, un elemento importante es la intencionalidad y el propósito de alterarse mentalmente en algunas de las formas, ya sea deprimiéndose, alucinándose o estimulándose. Luego nos queda el problema dónde actúan estas sustancias, ya que todas estas drogas tienen un elemento básico en el organismo que es el sistema nervioso central el cual es la estructura más delicada y el más importante que tiene el ser humano, y si estas sustancias actúan sobre esas



estructuras dañándolas, perjudicándolas, indudablemente que van constituir un elemento grave y peligroso para la colectividad; para la salud individual y lógicamente para la salud pública.

Clasificación de las drogas:

SUSTANCIA	DEP. FISICA	DEP. PSICOLOGICA
HIPNOSEDANTES		
Alcohol, Barbitúricos	+++	++
BZD, GHB	+	+
PSICOESTIMULANTES		
Anfetaminas, Cocaína	+	+++
ALUCINOGENOS		
LSD, Mescalina	-	-/+
OPIACEOS		
Heroína, Morfina, Fentanilo	+++	+++
CANNABINOIDES		
THC	+	+
CAFEINA	+	+
NICOTINA	+	++/+++
DER. ANFETAMINICOS DE DISEÑO (Extasis, MDA...)	-/+	-/+/+++

1.2 TRATAMIENTO EN ADICCIONES

Definición de Tratamiento

Antes de elaborar una guía clínica de tratamiento es necesario conceptualizar y definir con claridad lo que se entiende por tratamiento.

El tratamiento puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Según el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, el término "tratamiento" se aplica al "proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible"



111

En la publicación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ex Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito) titulada Demand Reduction – A Glossary of Terms se añade: fundamentalmente, al brindar a las personas que sufren problemas causados por el consumo de sustancias psicoactivas una variedad de servicios y posibilidades de tratamiento para optimizar su capacidad física, mental y de interacción social, se les puede ayudar a alcanzar el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y lograr una readaptación social plena. Los servicios y posibilidades de tratamiento pueden comprender la desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento y/o terapias y asesoramiento psicosociales. El tratamiento también tiene por objeto reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales del consumo de esas sustancias o relacionadas con este”.

El carácter de las intervenciones terapéuticas, entre ellas los servicios médicos y psicosociales, las prácticas curativas tradicionales y demás servicios de rehabilitación, puede variar de un país a otro. Lejos de ser estáticas, esas intervenciones se ven afectadas por diversos factores políticos, culturales, religiosos y económicos que influyen en la forma en que se organizan, se ejecutan y evolucionan con el tiempo.

Consenso internacional acerca de la elaboración de una estrategia de tratamiento

Existe ahora consenso entre los Estados Miembros de las Naciones Unidas en cuanto a asignar recursos a una variedad de actividades de prevención y tratamiento. En la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas se afirma que “Los programas de reducción de la demanda deberán abarcar todos los aspectos de la prevención, desde desalentar el consumo inicial hasta reducir las consecuencias sanitarias y sociales nocivas del uso indebido de drogas. Deberán incorporar servicios de información, educación, sensibilización pública, pronta intervención, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, postratamiento y reinserción social. Deberá brindarse pronta ayuda y acceso a los servicios a quienes lo necesiten”. En la Declaración también se enuncia un conjunto de principios concretos que deben servir de base a la elaboración de una estrategia.

En la mayoría de los países existe un plan básico sobre drogas o un marco normativo nacional de mayor alcance para organizar y orientar la forma de abordar el problema.

Habida cuenta de que el abuso de drogas puede llegar a afectar a muchos sectores de la población y da lugar a problemas sanitarios, sociales y jurídicos, esos planes se integran con frecuencia en las políticas vigentes de aplicación coercitiva de la ley, justicia, educación, salud, trabajo, agricultura, economía y bienestar social.



Para que una estrategia de tratamiento sea eficaz debe insertarse en ese marco normativo más amplio, en el que la reducción de la oferta y la demanda son objetivos primordiales.

Los planes de tratamiento y prevención son sectores esenciales que respaldan la ejecución de un plan equilibrado de reducción de la demanda. Si bien la política de prevención escapa al alcance de la presente guía, debe formularse al mismo ritmo que la de tratamiento si se desea lograr un enfoque global equilibrado.

Elementos de un sistema de tratamiento integral

Hay diversos términos y rótulos que se utilizan a nivel mundial para designar los tratamientos y los servicios de remisión de casos y de apoyo en materia de abuso de drogas.

En la presente *Guía*, en función de la organización de los servicios, se utilizan las denominaciones 'servicios de acceso directo' y 'tratamientos estructurados'. Se reconoce que en muchos países existen otros términos para designar las modalidades de tratamiento. Cualesquiera sean los términos o nombres empleados para designar los tratamientos, es importante que se utilicen en forma sistemática en todo el país. También sería conveniente que los participantes en el sistema de tratamiento tuvieran una visión común acerca del propósito y funcionamiento generales de cada modalidad de tratamiento.

Servicios de acceso directo

Los servicios de acceso directo son elementos importantes de un plan de tratamiento integral. Esos servicios no ofrecen un tratamiento formal, sino que actúan como puntos importantes de primer contacto de las personas que tienen problemas relacionados con drogas y de las personas que se preocupan por la adicción de otra (por ejemplo, padres, hermanos, cónyuges y amigos). Algunas veces los servicios de acceso directo se llaman "programas de la calle" para dar a entender que están situados en el seno de la comunidad. Con frecuencia esos servicios son administrados por organizaciones no gubernamentales con la intervención de iguales y pueden comprender las siguientes actividades:

- Apoyo inmediato, es decir, sin que las personas tengan que solicitar consulta, a fin de brindar información y orientación (entre otras cosas, sobre atención de la salud, cuestiones jurídicas, vivienda, empleo y capacitación etc.) y prestar servicios básicos de supervivencia;
- Actividades de acercamiento y orientación en la comunidad; servicios de prevención de la transmisión de virus por la sangre, entre ellos, educación, asesoramiento e intercambio de jeringuillas y agujas, y educación en materia de prevención de sobredosis;
- Servicios de asesoramiento general con cita previa;



- Líneas telefónicas de ayuda para brindar orientación con carácter anónimo y confidencial.
- Información para la remisión de casos y actividades de promoción.
- Grupos de autoayuda.
- Grupos de apoyo a la familia.
- Servicios de postratamiento y apoyo en la comunidad en general.

Un elemento importante de los servicios de acceso directo son los grupos de autoayuda para los usuarios y sus familias (por ejemplo, Narcóticos Anónimos y Cocainómanos Anónimos), que están basados en los principios originales de Alcohólicos Anónimos y son administrados por y para las personas que se están recuperando de la drogodependencia y que asisten regularmente a debates en grupo y sesiones de apoyo. Esos y otros recursos en la comunidad también son importantes para el postratamiento y el apoyo posterior al tratamiento estructurado.

En algunos países que registran porcentajes elevados de consumo de drogas inyectables, las políticas encaminadas a reducir las consecuencias sanitarias y sociales del abuso de drogas han dado lugar a servicios de intercambio de jeringuillas que se han convertido en el puntal más importante de las actividades de prevención para reducir la infección viral por la sangre y demás trastornos físicos relacionados con la inyección de drogas (por ejemplo, los abscesos). Esas iniciativas promueven la higiene en la administración de drogas por vía intravenosa y fomentan la utilización de jeringuillas nuevas y la eliminación sin riesgos del material utilizado.

Huelga recalcar la importancia de los servicios de acceso directo. Algunas personas pueden mostrarse renuentes a recurrir a los servicios especializados de tratamiento de la drogodependencia, de modo que los recursos de acceso directo pueden ser un lugar decisivo de primer contacto para ellos. Es como que la persona que tiene un problema de drogas recurra a un servicio de acceso directo por un problema de índole general. —por ejemplo, un problema de salud, dificultades en sus relaciones o preocupaciones financieras— y que sus dificultades concretamente relacionadas con el abuso de drogas se descubran en el curso de su contacto con ese servicio. Los servicios de acceso directo especializados, en particular los que suministran información y prestan atención especial para prevenir la sobredosis y la transmisión de infecciones por la sangre, también son muy importantes como parte de una estrategia aplicada en la comunidad con objeto de minimizar las consecuencias negativas del abuso de drogas y como punto de ingreso al sistema de tratamiento.

Tratamientos estructurados

Curiosamente, es difícil elaborar clasificaciones sucintas de los tratamientos del abuso de sustancias. En la presente guía se ofrece un resumen de las principales clases de tratamientos estructurados. Por tratamiento estructurado se entiende el tratamiento basado en una determinación formal de las necesidades, en la



elaboración, supervisión y examen de planes de atención individual y en un programa de tratamiento médico con o sin servicios de asesoramiento. Algunos programas terapéuticos, particularmente los ejecutados en un entorno residencial, son sumamente estructurados y entran un intenso calendario de sesiones educacionales, terapéuticas y de formación, individuales y en grupo, para promover la rehabilitación.

a) Desintoxicación: etapa de estabilización

La desintoxicación clínica es la etapa inicial e intensiva del tratamiento. En esos programas se administra a los drogodependientes un tratamiento de desintoxicación bajo supervisión médica. Los consumidores empedernidos de ciertas drogas (opioides y drogas sedantes e hipnóticas), que muy probablemente sufrirían complicaciones relacionadas con la abstinencia, requieren un proceso de privación (desintoxicación) con supervisión médica. El síndrome de abstinencia que se puede desarrollar al suspender el uso de una droga variará según la droga de que se trate.

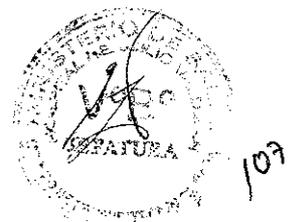
El objetivo principal de los programas de desintoxicación es lograr la abstinencia en la forma más segura y cómoda posible. Diversas medicaciones han resultado eficaces para la desintoxicación de opioides, entre ellas medicaciones verdaderamente análogas o agonistas como la metadona, agonistas parciales, como la buprenorfina, y otras drogas no opioides llamadas agonistas -adrenérgicos (lofexidina o clonidina). En algunos programas de internación se utilizan antagonistas de opioides previa administración de sedantes o de anestesia general (lo que se llama desintoxicación ultrarápida). En algunos países se utilizan productos opiáceos (entre ellos, tintura de opio) como agentes desintoxicantes. El estado de abstinencia de benzodiazepinas por lo general se induce administrando una benzodiazepina de acción prolongada (por ejemplo, diazepam).

La desintoxicación no constituye, por sí misma, un tratamiento de rehabilitación y muy rara vez se logra ayudar a los pacientes a lograr una abstinencia duradera. La desintoxicación es, más bien, la primera etapa de los programas de tratamiento encaminados a posibilitar la abstinencia y la recuperación.

Desintoxicación en régimen ambulatorio o en la comunidad

Los servicios de desintoxicación en régimen ambulatorio o en la comunidad son indicados cuando se considera que las personas con trastornos inducidos por sustancias pueden abstenerse de consumirlas sin salir de la comunidad.

Por lo general la desintoxicación se inicia en el centro que ejecuta el programa o en el domicilio del paciente con un período de estabilización en el que se administran sustancias de sustitución. Después de ese período de estabilización, se va reduciendo gradualmente la dosis a lo largo de un período que fluctúa entre algunas semanas y varios meses. En ese período se puede alentar al paciente a recibir asesoramiento, tratamiento médico y otros servicios de apoyo. En muchos



aspectos, en líneas generales, algunos de esos programas pueden compararse, con los programas de mantenimiento ambulatorios o en la comunidad.

Desintoxicación a corto plazo en régimen de internación o residencial

Las personas con trastornos inducidos por sustancias y vinculados a un síndrome o a síntomas de abstinencia, que muy probablemente no podrían abstenerse de las drogas si permanecen en la comunidad y que por lo tanto necesitarán un entorno supervisado y controlado por facultativos, pueden ingresar en un programa de internamiento o residencial a corto plazo. En la mayoría de esos programas se pasa de una etapa de desintoxicación a una etapa bastante breve de prevención estructurada de recaídas, asesoramiento y educación con la perspectiva de remitir a la persona a otro servicio. Cabe observar que algunas de las personas que se están absteniendo de consumir drogas sufren otros problemas físicos y psicológicos (que pueden influir en la administración del tratamiento del estado de abstinencia de drogas o de alcohol), de modo que los programas de internamiento a corto plazo pueden constituir una oportunidad propicia de descubrir o tratar esos problemas.

Rehabilitación: etapa de prevención de recaídas

En la etapa de rehabilitación o de prevención de recaídas se atiende a las necesidades de las personas que han concluido un programa de desintoxicación, o que, habiendo desarrollado dependencia, no presentan síntomas de privación que exijan que se sometan a la etapa anterior de tratamiento. Los programas de prevención de recaídas o de rehabilitación tienen por objeto cambiar el comportamiento de los pacientes para que puedan poner freno al deseo de consumir sustancias. En esa etapa se aplican intervenciones psicosociales y farmacológicas.

Intervenciones psicosociales Programas en la comunidad o ambulatorios.

Estos programas ofrecen un plan de atención psicoterapéutica o de asesoramiento general. El plan se suele configurar en función de las necesidades de cada participante con arreglo a un método de gestión de casos. El método está basado en la determinación inicial y continua, por parte de un clínico o una persona especializada, de los problemas, recursos personales, apoyos sociales y factores de tensión existentes.

Ese análisis da lugar al establecimiento de un conjunto de metas individuales de tratamiento que la persona ha de alcanzar, cuyo cumplimiento se verifica y examina periódicamente en el curso del tratamiento. La gestión de casos abarca también funciones de enlace y la remisión a otros servicios auxiliares de apoyo que necesite el participante, así como a otros programas especializados pertinentes.



En muchos países, la mayoría de los consejeros utilizan técnicas cognitivo conductuales y motivacionales centradas en el usuario y ofrecen un tratamiento cuya duración oscila entre una intervención breve de una a tres sesiones y un programa estructurado de varios meses de duración.

En muchos países existen programas estructurados ambulatorios sin drogas. En los programas más intensivos se espera que los participantes asistan cuatro o cinco días por semana varias horas por día. Se trata de ayudarles a comprender y reconocer mejor su comportamiento en relación con el consumo de drogas con miras a mitigar las consecuencias negativas de éste y a evitarlo. Además, las sesiones de asesoramiento y educación individuales y en grupo pueden girar en torno a cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA, las relaciones familiares, la formación profesional, la reinserción laboral, el apoyo en materia de vivienda y asuntos jurídicos.

Programas de rehabilitación residencial.

Hay programas de rehabilitación residencial a corto y a largo plazo. Los programas de corto plazo suelen incluir un plan de desintoxicación en la primera etapa y duran de 30 a 90 días. Los programas de largo plazo por lo general no comprenden la abstinencia con supervisión médica y duran de seis meses a un año. El modelo más común de rehabilitación residencial a largo plazo es la "comunidad terapéutica".

Los servicios de rehabilitación residencial tienen varias características en común: vida comunitaria con otros adictos en recuperación; asesoramiento individual y en grupo para prevenir recaídas; gestión de los casos en forma individual; desarrollo de la capacidad para enfrentar la vida cotidiana; formación y experiencia laboral; servicios de vivienda y reinstalación, y apoyo al postratamiento.

Por lo general se usa una metodología análoga a la de los grupos de ayuda mutua como Narcóticos Anónimos y Cocainómanos Anónimos. Algunos de esos programas disponen de hogares intermedios o de transición, que son espacios colectivos semi independientes situados generalmente cerca del lugar en que se administra el programa residencial principal. En esos hogares se ofrece al grupo la posibilidad de repararse para regresar a la comunidad y, al mismo tiempo, se le sigue dando el apoyo institucional que necesita.

Intervenciones farmacológicas Programas de sustitución y mantenimiento

Si bien el objetivo principal de la mayoría de los programas de rehabilitación es la abstinencia, se pueden prescribir sustancias de sustitución como la metadona y la buprenorfina, con fines de mantenimiento, a las personas con dependencia de opioides. Con frecuencia se administra tratamiento de mantenimiento a las personas que han fracasado reiteradamente en los programas encaminados a lograr la abstinencia.



En los programas de mantenimiento se administra una sustancia de sustitución en dosis adecuadas y estables durante varios meses y, en ciertos casos, durante años. Es importante considerar la prescripción de sustancias al paciente en la comunidad como plataforma de las intervenciones de asesoramiento psicosocial que se han de aplicar en combinación con los programas de mantenimiento.

En la mayoría de los programas de mantenimiento se ofrece un plan de sesiones periódicas programadas de asesoramiento con determinado profesional, conjuntamente con el acceso a grupos de autoayuda, atención primaria o médica de otra índole y apoyo de promoción social.

Farmacoterapia antagonista

Cuando la persona dependiente de opioides ya no consume drogas (es decir, se ha desintoxicado totalmente), puede recibir una medicación antagonista (naltrexona) como parte del tratamiento continuado de prevención de recaídas. Ese antagonista bloquea los receptores opiáceos en el cerebro y neutraliza los efectos de la heroína o de otro opioide que pudiera consumir la persona. La prescripción de naltrexona (que no plantea riesgo de abuso) puede formar parte del tratamiento ambulatorio continuado y se puede combinar con terapia familiar (aunque puede iniciarse en un entorno residencial tras la desintoxicación). Se administra medicación diariamente durante varios meses como mínimo, con lo cual se bloquean los efectos de los opiáceos y, por consiguiente, se promueve la recuperación a largo plazo ayudando a la persona a seguir absteniéndose de consumir drogas. Cabe destacar la importancia de la participación del cónyuge y de la familia para lograr que el paciente cumpla el tratamiento.

En las investigaciones se ha comprobado que el tratamiento con naltrexona no siempre se cumple y que hay una tasa elevada de deserción. No obstante, cuando los pacientes están muy motivados o son muy cumplidores, la naltrexona suele ser muy eficaz, lo que indica la importancia de estudiar las características del paciente para administrarle el tratamiento que más le convenga.

Se han hecho grandes esfuerzos por encontrar antagonistas de la cocaína; sin embargo, no se ha comprobado empíricamente la eficacia de ningún bloqueador de receptores de esa sustancia.

1.3 LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN EL PERÚ

En el Perú, el primer intento de establecer una comunidad terapéutica para pacientes psiquiátricos fue liderado por el doctor Humberto Rotondo, pionero de la psiquiatría peruana, y se llevó a cabo en el *Hospital Hermilio Valdizán*. El doctor Rotondo aplicó los principios de la comunidad terapéutica democrática establecidos por Maxwell Jones a partir de 1963, incentivando la participación de todo el personal y los pacientes en un conjunto de transacciones interpersonales



favorecidas por un cambio de actitudes para que el acercamiento mutuo sea auténtico y se manifieste en la colaboración conjunta en las actividades del hospital y en la toma de decisiones importantes para la institución. Es así como pacientes, empleados y profesionales se sientan en la misma mesa a fin de prolongar la relación más allá de la intervención de consultorio; enfatizando sobre los conceptos humanos de esa relación: el profundo respeto al paciente, la solidaridad, la identificación institucional. Era impresionante observar a pacientes, enfermeras, psicólogos y médicos comiendo juntos coloquialmente en un plano de igualdad. Se abandonaron los mandiles y se acortaron las distancias a favor de una relación de mayor proximidad. Lamentablemente esta trascendental experiencia comenzó a desvanecerse a partir de 1968. Sin embargo, fue la primera fuente de inspiración para la creación de la comunidad terapéutica para drogadependientes de Ñaña.

Efectivamente, en 1975, la doctora María Victoria Arévalo y el autor fundaron en el Hospital Hermilio Valdizán, la *Unidad de Análisis y Modificación del Comportamiento*, que funciona actualmente como un departamento (DAMOC¹). Allí tratamos pacientes en terapias individuales y de grupo. A fines de la década de los setenta y comienzos de los ochenta se hicieron los primeros reportes de tratamiento y seguimiento de casos (Navarro, R., 1978; Navarro y colab., 1983) y se inicia el proyecto para desarrollar la *Comunidad Terapéutica de Ñaña* con un programa terapéutico basado en los principios y paradigmas del aprendizaje. En 1982 se inicia una investigación para probar la eficacia del programa de Ñaña con una muestra de 223 casos clínicos (Navarro y colab., 1989-92). Sus alentadores resultados fueron determinantes para lograr la estabilización del programa, que cuenta actualmente con sesenta plazas.

El armónico engranaje logrado entre el sistema de comunidad terapéutica y el programa de análisis y modificación del comportamiento, junto con la positiva influencia de algunas comunidades terapéuticas tradicionales —en especial *Daytop*— hacen de Ñaña un ejemplo único en su género, constituyéndose en un nuevo modelo de comunidad terapéutica adecuado a las características socioculturales del Perú y generalizable a América Latina.

La comunidad terapéutica de Ñaña ha influido en diversos grados en el desarrollo de las comunidades terapéuticas en el Perú, así como en otros países de América Latina en donde el modelo se ha ido divulgando progresivamente; como son los casos de Argentina, Uruguay, Paraguay, Chile y Ecuador, entre otros.

¹ DAMOC, sigla con que se conoce al *Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento* del Hospital Hermilio Valdizán.



CAPÍTULO II LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA ÑAÑA

Estructura de la comunidad terapéutica

En tanto modalidad de tratamiento, la comunidad terapéutica puede funcionar en diversos lugares. En un hospital, en la cárcel, en un centro de rehabilitación de menores, en un local municipal, en parroquias; sin embargo, sin invalidar lo anterior, la comunidad terapéutica tiene su rasgo característico en una casa familiar sea en un medio urbano o rural, donde sus ocupantes (miembros) se reparten las funciones como en una familia donde no hay personal de servicio, sino la ayuda mutua. Es decir, la participación activa de todos los miembros.

En nuestro medio y para evitar el hacinamiento, las normas del Ministerio de Salud establecen que no deben existir más de tres camarotes en un espacio de doce metros cuadrados y además, una determinada área libre que permita algún nivel de movilización de los residentes. Se enfatiza en la higiene del local, en el orden aspectos que -entre muchos otros- forman parte del programa de evaluación de comunidades terapéuticas.

La estructura funcional está dada por una dirección que tiene un director técnico y otro administrativo, un equipo de operadores y de profesionales.

Debe contar con un **programa terapéutico**, cualquiera que sea los modelos psicosociales que esta asuma. Sin embargo, toda comunidad terapéutica se asienta sobre **bases psicológicas y educativas**.

En la comunidad terapéutica de Ñaña existe una dirección con un director general y una subdirección administrativa. El primero ha elaborado el programa del centro, supervisa su ejecución y analiza constantemente y en común acuerdo con los miembros de la comunidad, las modificaciones que toda comunidad terapéutica debiera realizar. Está permanentemente incentivando la actualización del personal, lo cual redundará en el fortalecimiento de las bases científicas de nuestra comunidad. Contamos con un **equipo técnico-profesional** de diversas disciplinas del área educacional, psicológica, salud integral y afines. La participación de los residentes en las decisiones importantes es activa y la dirección está permanentemente reforzando iniciativas creativas e incorporándolas como parte de las actividades, objetivos y metas de la casa.

El equipo profesional

La comunidad terapéutica reproduce a la unidad epidemiológica básica de la sociedad, es decir a la **familia**, al ser un un lugar residencial donde todos los miembros asumen roles que tienen alguna similitud; pero que no son iguales a los de cada uno de los integrantes de la familia. La familia natural está unida fundamentalmente por lazos afectivos los cuales mantiene la cohesión,



permanencia, ayuda mutua y autoayuda (ayudarse a sí mismo para ayudar a los demás). Este compromiso afectivo es también distintivo de la comunidad terapéutica, al producirse un interés y preocupación de parte de todos los miembros por la superación del todo y de cada una de sus unidades; es decir, de sus miembros.

Las **figuras paternas** están representadas por los miembros de mayor jerarquía como el director, los miembros del personal, los operadores. Los **hermanos** son los otros residentes. Los mayores se diferencian de los nuevos no sólo por un tiempo más prolongado de permanencia en la comunidad; sino por su desarrollo personal, mostrado en la incorporación y emisión de comportamientos racionales y adaptativos.

Los operadores. Este término —acuñado por la comunidad terapéutica tradicional— estuvo delimitado estrictamente a los adictos recuperados. La presencia del adicto recuperado en la comunidad tiene dos objetivos precisos. En primer lugar, su **testimonio** sirve como mensaje para el adicto que recién ingresa, en cuanto a que el abandonar las drogas es posible y que vale la pena hacer el esfuerzo. En segundo lugar, actúa como **modelo**; es decir, emite los comportamientos constructivos y racionales que van a tener consecuencias positivas, por lo que serán fácilmente imitados por los residentes. Un tercer aspecto, no exclusivo pero importante, se refiere al **manejo adecuado** de los comportamientos manipulatorios del residente en la vida cotidiana de la comunidad. Para lograr estos objetivos; el adicto recuperado debe cumplir con ciertas condiciones personales como son un buen nivel de tolerancia a la frustración, un estilo adecuado de afrontamiento al estrés dirigido a la solución de problemas, ausencia de trastornos severos de la personalidad (como la psicopatía primaria o los trastornos de la personalidad límite, narcisista, histriónico, paranoide).

Los profesionales. Profesionales del campo de la medicina, psicología, trabajo social **con formación en esta área**; han alcanzado un nivel adecuado para participar en la primera línea de la terapia en la comunidad terapéutica. Significativamente, múltiples terapeutas han abandonado los consultorios para trabajar en campo; es decir, participar en el desarrollo de las actividades de la comunidad terapéutica. Han logrado un nivel de compromiso profundo con los objetivos de la comunidad y se perciben como integrantes plenos de ella. Su experiencia los torna efectivos(as) en el manejo de la manipulación del adicto; su autenticidad les permite actuar objetivamente, establecer lazos afectivos terapéuticos, por lo que se ganan la confianza de los residentes y son instrumentos que instigarán positivamente el cambio. Debemos decir que los y las profesionales asumirán la responsabilidad terapéutica y el funcionamiento integral de la comunidad terapéutica.

Además, podrán trabajar en la comunidad **otros profesionales** como médicos que cuidarán de la salud física de los residentes, psicólogos (as) evaluadora o



investigadora, trabajadora (as) sociales, sociólogos, antropólogos, etc. También otro *personal técnico* como auxiliares de enfermería quienes, con adecuada formación, pueden participar en contacto directo con los residentes, cumpliendo la función de operadores(as).

Ingreso del paciente al programa terapéutico

El paciente nuevo que ingresa por consulta externa sigue el siguiente proceso:

1. Se realiza el triaje de enfermería para identificar la patología del paciente asimismo síntomas o signos de riesgo que impliquen la necesidad de atención a otro nivel y brindar la información y consejería al paciente y su familia
2. El paciente tras el triaje pasa a admisión- estadística donde se le apertura la historia clínica.
3. El paciente pasa la evaluación psiquiátrica donde se realizan los diagnósticos relacionados a la dependencia, la comorbilidad psiquiátrica, se identifica la patología a nivel de otros órganos y se brinda el tratamiento farmacológico inicial si fuese necesario.
4. De ser necesario el paciente es derivado al laboratorio para realizar el dosaje de metabolitos en orina, asimismo se solicitan exámenes hematológicos y bioquímicos de rutina.
5. El paciente nuevo es evaluado concomitantemente por trabajo social.
6. Una vez terminada la evaluación inicial el paciente pasa al seguimiento ambulatorio por psiquiatría el cual se realiza de manera semanal buscando mantener al paciente en abstinencia y motivarlo a insertarse al programa terapéutico.
7. Se realizan semanalmente exámenes de metabolitos en orina si fuese necesario a fin de verificar la abstinencia del paciente.
8. Cumplidas 4 semanas de consulta de seguimiento por psiquiatría y de haber alcanzado la abstinencia en ese periodo, el paciente indica voluntariamente su ingreso al *programa residencial* del CRÑ.
9. De no desear ingresar al programa residencial, el paciente en abstinencia puede insertarse en el *programa ambulatorio de largo alcance*.
10. El ingreso al programa residencial del CRÑ se da igualmente por referencia del paciente internado en el área de hospitalización del Departamento de adicciones del hospital Hermilio Valdizán. En este caso el paciente que ha cumplido los objetivos terapéuticos es trasladado con personal técnico y en compañía de familiares para su internamiento directo en el CRÑ.

Fases en la comunidad terapéutica

Fase de admisión. Generalmente el adicto llega a la comunidad por presión externa familiar de los padres, o la esposa que amenaza con una separación y sólo un número relativamente pequeño de casos, por motivación auténtica; es decir, por haber llegado a la etapa de la toma de decisiones y a la subetapa de la acción (DiClemente y Prosaska,). Es decir, habiendo "*tocado fondo*". Cualquiera fuese el caso, deberá mostrar la **voluntad de ingresar** a la comunidad terapéutica. Con



frecuencia esta fase de admisión puede durar un período de algunos días, hasta unas pocas semanas donde el postulante a la comunidad será entrevistado en sesiones individuales por un miembro del equipo terapéutico o en reuniones de *grupos de acogida* dirigidos también por un miembro del equipo que puede ser un operador. No debe ser una regla el que el periodo de admisión tenga que durar algunas semanas; el ingreso a la comunidad debe ser sobre todo oportuno, la ayuda debe llegar en el preciso momento en que el adicto lo requiera; y una vez que él decida quedarse en la comunidad, proseguirá su evaluación completa para determinar si se encuentra dentro del perfil de adicto que puede beneficiarse de la comunidad. Los trastornos duales, severos trastornos de personalidad, antisociales, limítrofes, y paranoídes, los cuadros psicóticos y las depresiones severas con intento de suicidio, los síndromes orgánicos cerebrales con deterioro intelectual grave; todos ellos serán derivados a instituciones donde puedan recibir una ayuda más específica.

Fase de rehabilitación o de comunidad. Una vez admitido será recibido por los residentes de la comunidad y presentado a un hermano mayor, es decir a un residente más antiguo; quien en función de la autoayuda y ayuda mutua lo guiará, orientará, facilitará su adaptación, será *como su primer terapeuta*. En el Centro de Rehabilitación de Ñaña a esta primera subfase de la etapa de comunidad se le denomina de **adaptación a la comunidad**, tiene una duración variable pero no debiera prolongarse más allá de las cuatro semanas y está identificada por el **color blanco** de su solapera. El residente recién ingresado realizará las actividades más simples pero además las menos atractivas como las de limpieza, cultivos, jardinería, granja, limpieza de corrales, etc. Esta fase es difícil, pero es superada con la ayuda de todos los miembros de la comunidad. En las comunidades con operadores profesionales, ellos llevarán a cabo una labor muy importante en esta primera fase de la vida comunitaria.

En el Centro de Rehabilitación de Ñaña en esta etapa son los operadores (*monitores* en la comunidad terapéutica tradicional), residentes avanzados y que han mostrado un desarrollo personal significativo, quienes juegan un rol importante en esta etapa, junto con los otros miembros del equipo terapéutico. Si la aplicación del instrumento de evaluación de objetivos terapéuticos lo indica, el residente ascenderá y ganará privilegios en la etapa de **tratamiento central**, identificado con el color verde en la solapera.

Fase central. Esta es la etapa donde el proceso de cambio comienza a tomarse sumamente activo y el residente está cumpliendo rigurosamente con el programa de la comunidad. Un día cualquiera comienza con el levantarse a las seis de la mañana, seguida por una sesión de **activación** con gimnasia hasta las siete; luego viene la reunión de la mañana y después del desayuno, y de acuerdo con la programación, todos se dirigen a cumplir con las diversas actividades del mantenimiento de la casa como son la nutrición, limpieza, talleres (talabartería, ebanistería, juguetería, mecánica, etc.). En esta etapa los residentes más avanzados -además de todas las labores que hemos mencionado- pueden cumplir



labores de vigilancia en la puerta principal y en las llamadas *rondas nocturnas* compuestas por dos residentes que en la noche rondan por la comunidad con el objetivo fundamental de avisar si elementos extraños intentan entrar a la comunidad, pero no cumplen ningún objetivo custodial.

Asimismo, durante esta fase los residentes van viviendo la experiencia de la comunidad terapéutica en un intercambio y retroalimentación constante; elicitados por el ambiente de **presión de grupo** y una actividad permanente que producen de por sí, cambios que favorecen el desarrollo personal. Pero a su vez, el proceso se enriquece enormemente con la psicoterapia intensiva en sesiones de terapia individual y sesiones de terapia de grupo dirigidas por los miembros del equipo terapéutico. La evaluación del proceso de cambio es permanente y contamos con un instrumento que sirve para tal fin. Este instrumento es calificado por el mismo residente que se autoevalúa, por el terapeuta y por algún otro miembro del equipo terapéutico. La retroinformación que tiene el equipo terapéutico de parte de los operadores es de trascendental importancia.

Los grupos de cambio, de confrontación, de información, de diálogo, los grupos de manejo emocional o de encuentro - más pequeños - sirven como estrato para que se vaya produciendo la metamorfosis que llevará gradualmente, y a través de un trabajo intenso, a un despliegue emocional regulado que es evaluado curiosamente por los visitantes que llegan por primera vez a la comunidad como: *"un ambiente de gran actividad, de alerta y de activación pero que sin embargo inspira una enorme tranquilidad y confianza"*.

La cuarta fase de la comunidad es el nivel de operadores. Consideramos que la experiencia de liderazgo que asume el operador tiene una gran importancia terapéutica; en lo posible la comunidad trata que la mayoría de sus miembros, si no todos, tengan esta experiencia. Los residentes operadores cuentan con una oficina especial y con las facilidades para asumir sus responsabilidades en la organización y el funcionamiento de la comunidad. Ellos saben que tienen un gran privilegio al asumir una posición de liderazgo, pero a su vez una enorme responsabilidad. Si fallan, también las consecuencias serán mucho más severas que para un residente de los otros niveles. Ellos reciben una formación especial en sesiones donde asisten los operadores residentes para aprender en grupo. A través del ensayo conductual y el juego de roles, de comportamientos racionales de autoayuda y mutua ayuda se busca que los comportamientos no sólo dependan de la buena intención; sino que sobre las bases éticas, la autenticidad, la responsabilidad, el afecto, se instale una **capacidad tecnológica** para que el desempeño de sus funciones pueda ser más eficaz en el ambiente familiar de la comunidad terapéutica. Los residentes en esta fase están identificados con el **color celeste** de su solapera. Por último, aquellos que se preparan para reinsertarse a la comunidad, o mejor, pasar a la relativamente larga fase de la reinsertación están identificados con el **color azul**. Van a vivir con su familia, comenzarán a trabajar y en la mayoría de casos buscarán colocación laboral.



Fase de reinserción. Se llama así a esta etapa por tratarse de la reincorporación a la comunidad de donde proviene el residente. Él estará preparado para vencer muchos obstáculos, especialmente para manejar el estrés, habrá reemplazado sus estilos negativos de afrontamiento por estilos confrontativos directivos con adecuado manejo de las emociones. Sin embargo, ésta es la más difícil de las fases ya que debe regresar generalmente al ambiente donde consumió drogas por muchos años, donde se deterioró, donde incorporó comportamientos psicopáticos o disociales, donde emitió comportamientos autodestructivos y destruyó a su familia, donde cometió delitos y donde fue marginado. La comunidad terapéutica lo seguirá apoyando en esta fase con sesiones ambulatorias al comienzo y luego con la ayuda de otras vías de comunicación. Cuando el instrumento de evaluación de objetivos terapéuticos se ha mostrado estable en los logros, el residente estará preparado para el alta definitiva, es decir la graduación, para comenzar con el seguimiento.

Si durante la fase de comunidad se reforzaron los comportamientos de dependencia a la casa, a través del proceso del desarrollo personal y después, en la subfase de operador, comienza ya el proceso hacia la **autonomía**; éste gradualmente se intensifica en la fase de reinserción y termina con la plena autonomía cuando los comportamientos adaptativos y racionales se han estabilizado, como lo indica el instrumento de evaluación.

Fase de seguimiento. Esta etapa se fundamenta en que es importante mantener algún contacto con los residentes recuperados que se han reinsertado en la comunidad. Sin embargo, en nuestra sociedad en particular y en los países en vías de desarrollo en general, el seguimiento se torna difícil porque nuestra sociedad es desorganizada, la movilidad poblacional no es visible ni está adecuadamente monitoreada. A pesar de estas dificultades debemos tratar de hacer el seguimiento al mayor número de casos posibles porque eso nos permitirá afirmar si estamos en el camino adecuado, de lo contrario podríamos estar equivocados y caminando por una vía no real.

Sistema de autogestión. Acompañando las fases de tratamiento, el sistema de autogestión fue organizado desde un comienzo en la comunidad y tiene principalmente un objetivo terapéutico; cual es la incorporación de **asumir responsabilidades** frente a los demás, a través del *pago de impuestos*. El sistema de autogestión, a través de la técnica del ensayo conductual, propicia la responsabilidad de los residentes de entregar un porcentaje de sus ganancias por trabajos determinados a un fondo de autogestión que representaría en la macrosociedad a las instituciones correspondientes.

El programa terapéutico de Ñaña

Las diversas experiencias obtenidas durante las distintas etapas de la historia que han sido mencionadas nos permitieron determinar algunas características fundamentales del comportamiento adictivo y que -pensábamos- debían ser



adecuadamente enfocadas en el diseño del programa de tratamiento, orientando sus áreas de intervención.

En primer lugar, destacamos el **deseo compulsivo de buscar y consumir la droga**, con una pérdida total de autocontrol. Lo característico de este comportamiento consiste en que se torna cada vez más predominante a la vez que se produce un deterioro progresivo del comportamiento en otras áreas. De esta manera, se genera una extinción descendente de los comportamientos más diferenciados, como los valores; tornándose el individuo cínico, deshonesto, pudiendo emitir comportamientos delincuenciales. Luego los comportamientos intermedios, como los hábitos de estudio, de trabajo se deterioran. Finalmente, se desvanecen los comportamientos primarios como los hábitos de cuidado personal, higiene, alimentación, etc.

Su vida se torna completamente **desorganizada** ya que todo su interés y expectativas están dirigidos hacia el consumo de drogas. Presenta una seria incapacidad para tomar decisiones, dirigidas en especial a actividades que requieran esfuerzo. Lo anterior se asocia a una incapacidad para **planificar** a corto, moderado y largo plazo. Los hábitos de trabajo se deterioran y el adicto rechaza toda actividad que requiera algún esfuerzo, sólo acepta experiencias que lo lleven a obtener una gratificación o placer fáciles y rápidos. No enfrenta los **problemas**, los evita; muchas veces minimizándolos. En otras ocasiones, exagera su importancia por lo que no decide acciones en búsqueda de una solución racional.

Sus **relaciones interpersonales** se alteran, se aísla o se torna agresivo; por lo que emergen conflictos en la familia, en el trabajo o en la comunidad. El repertorio social es sumamente pobre o está distorsionado hacia la agresión. Necesita estar **controlado permanentemente**; si todavía mantiene alguna actividad productiva, presenta incapacidad manifiesta para planificar creativamente la utilización del tiempo libre.

En el **tiempo libre** el sujeto generalmente ha aprendido el comportamiento adictivo, en ese mismo período lo ha mantenido; y, finalmente, si no aprende a manejarlo, recaerá. La estructuración del tiempo libre es aún más importante en una sociedad como la nuestra, donde existe desocupación; es decir, muchos de estos adictos aun si se recuperan, tendrán serias dificultades para conseguir un trabajo y así reintegrarse a la comunidad, por lo que su manejo debería constituirse en una preocupación especial, dentro del programa de rehabilitación.

Es característico también que el adicto manifiesta una serie de **concepciones y pensamientos irracionales** que no le permiten una evaluación real de su situación problemática; o que desarrolle creencias para justificar su dependencia a las drogas, las que están relacionadas con convicciones como el **no concebir la vida sin consumir drogas**, o culpar a la familia o a la sociedad de ese comportamiento. De esta manera encuentra justificación para continuar consumiéndolas.



El **estilo de afrontamiento a estrés** del consumidor de drogas es del tipo evitativo: es decir, no afronta los problemas reales de la vida cotidiana sino más bien los evita, ocultándose en las experiencias hedónicas provocadas por la droga. Este estilo provoca serias dificultades en el manejo de las emociones. En primer lugar, por la ambigüedad de su percepción, es decir, por no saber siquiera reconocerlas ni diferenciarlas. Por lo tanto, el manejo emocional se hace cada vez más difícil y les queda como única alternativa el recurrir a un mayor consumo de drogas. Están afectadas las emociones relacionadas a la autoimagen, a la autoestima, a la autovaloración; así como aquellas dirigidas a las relaciones interpersonales tales como la amistad, la camaradería, los sentimientos de pertenencia, de lealtad, de tolerancia y otros más diferenciados como el amor.

El **constructo de autoeficacia** (Bandura, 1986) es deficitario lo cual repercute en la toma de decisiones. Los fracasos son constantes y el adicto llega a convencerse que *no sirve para nada, que es inútil*, que sus esfuerzos - si se decide llevarlos a cabo - no solamente serán enormes sino que los resultados serán mediocres o no se producirán (*déficit en la expectativa de resultado*). La *autoeficacia percibida* no se refiere a un sentido generalizado transituacional, como de ser una "persona capaz" o "incapaz"; más bien se refiere a las propias capacidades percibidas para la acción, dentro de un dominio específico de actividad. La autoeficacia percibida no se refiere al valor percibido o valoración como persona o acto. Se refiere a los juicios de qué comportamientos puede uno ejecutar. (Cerbone y Scott, 1995). En la enfermedad adictiva encontramos una estrecha relación entre el déficit de autoeficacia y los déficits cognitivos que veremos en otro acápite

El **estilo de vida** del drogadependiente - por sus consecuencias psicológicas y sociales directas, como la necesidad de depender permanentemente de una dosis de droga; de circunscribir la vía final común de las actitudes, intenciones, intereses, actividades única y exclusivamente a la satisfacción producida por la dependencia a las drogas - repercute negativamente en su **autoimagen**. Se produce un deterioro gradual predominando los aspectos negativos, se deteriora desde la autoimagen física, así como los aspectos psicológicos de identidad y de autovaloración. El adicto esconde activamente este sentimiento de una *imagen venida a menos*, reforzando su soberbia.

La **autoestima** está seriamente afectada en el consumidor de drogas. Para algunos () el déficit premórbido en la autoestima llevaría a la persona hacia el consumo de drogas. Para Frawley () el déficit de la autoestima sería más una consecuencia del consumo de drogas que un factor causal de la dependencia. En las diversas etapas de la motivación para el cambio (Prochaska y DiClementi, 1992; Klion y Pfenninger, 1997) las características manifiestas del déficit en la autoestima se expresan inicialmente con su negación y más bien la emisión de comportamientos de autoestima del otro extremo, es decir aparentemente positivos. En la etapa contemplativa comienzan a emerger con más frecuencia



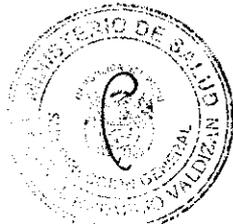
verbalizaciones del consumidor en relación a su autoestima; se siente disminuído, no merecedor de refuerzo, expresa sentimientos de minusvalía, que, en la fase de las decisiones llegan a su máxima intensidad lo cual eventualmente podría facilitar la toma de decisiones para que el consumidor inicie el proceso de cambio y la solución de su problema.

Entre las muestras de dependientes de drogas se ha encontrado un porcentaje significativo de *depresión*, en algún grado, que fluctúa entre treinta al sesenta por ciento; lo cual se manifiesta por decaimiento, dificultad para tomar decisiones, tristeza, rechazo a las actividades que requieran esfuerzo, dificultad para conciliar el sueño o su interrupción (Navarro, 1997. En preparación). También algunos rasgos depresivos pueden manifestarse como componentes del *síndrome de abstinencia a la cocaína* a moderado y largo plazo (Navarro, 1989) con el predominio de las tres A's: apatía, abulia y anhedonia.

La **ansiedad** es un aspecto característico en el consumidor de drogas, sea la ansiedad como síntoma o como rasgo. El adicto manifiesta experimentar ansiedad en relación a la apetencia por la droga, en cuyo caso es una ansiedad creciente que lo avasalla acompañada por la cognición de peligro en el sentido de que *no pasará y sólo se calmará cuando él consuma droga*. Esta ansiedad hace pico sobre una base de ansiedad o tensión generalizada que se explica por un estado de gran sensibilidad, producido por la *supersensibilidad neuronal* () que las drogas producen.

La ansiedad es el componente primario de una serie de complejas emociones que el adicto en consumo manifiesta, las cuales se caracterizan por ser caóticas, polarizadas, desordenadas; muchas de ellas están fuertemente condicionadas a actuar como estímulos discriminativos para evocar respuestas de consumo. Otras están relacionadas con emociones que antes del consumo reflejaban alteraciones que en muchos casos habían facilitado el consumo de drogas como una forma distorsionada de solución. El adicto se muestra ondulante, con una clara tendencia a actuar y a esconder las emociones que experimenta. Estas características tienen que ser detalladamente observadas, detectadas, reconocidas, y comprendidas.

En relación a la **personalidad**, el consumo crónico de drogas produce la *sociopatización secundaria* del individuo: es decir, la ruptura de normas con emisión de comportamientos que invaden el derecho de los demás, y delincuenciales. Un porcentaje importante puede presentar rasgos de trastornos de la personalidad que deben ser claramente establecidos. Desde la dependencia con sumisión o agresión pasiva o encubierta, pasando por comportamientos de grandiosidad, de poder, megalomanía; en otros casos soberbia dirigida a la manipulación del entorno para facilitar el consumo cómodo y fácil de la droga. La exacerbación de las crisis de cólera, agresión y violencia, a suspicacia y la desconfianza se presentan en mayor o menor grado y generan el aislamiento y la enorme dificultad para la adaptación conflictiva al medio social. La facilidad para

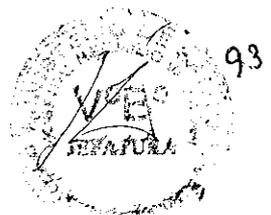


mentir, para camuflar la intencionalidad latente puede ser también otro rasgo que se halle con frecuencia. En fin, esta complejidad en las características de la personalidad del consumidor debe constituirse en un área importante para el estudio y la investigación.

La familia del adicto se caracteriza por presentar una serie de distorsiones en las transacciones afectivo-cognitivas entre sus miembros, así como en los roles que ellos cumplen. **La coadición** se refiere a un patrón de comportamiento en las interacciones de los miembros de la familia con el adicto, y entre todos ellos, que aparentemente tendrían como objetivo ayudar al sujeto a solucionar su problema. Pero el análisis del desarrollo del comportamiento adictivo demuestra que esas actitudes de coadición de la familia fortalecen y perpetúan el comportamiento adictivo al esconder las emociones, camuflarlas. La expresión de *equilibrio en sufrimiento* del sentir, del pensar y del actuar y su polarización paradójica son las características sui géneris sumamente complejas de la familia del adicto que estamos recién comenzando a conocer y comprender. **Los roles** pueden alterarse siendo el primero el del **coadicto** quien puede ser uno de los padres, con mayor frecuencia la madre; la esposa, si el adicto es el cónyuge. Esta persona asume gradualmente las responsabilidades del adicto. Gradualmente su propio espacio de intereses, planes y realizaciones se va desvaneciendo para ser ocupado por la preocupación y el interés que muestra por el adicto. Llegamos a observar casos de extrema coadición donde una madre puede abandonar el trabajo, las relaciones constructivas con su esposo, el interés por los otros hijos, sus planes y proyecciones futuras, etc. para entregarse absolutamente a una contradictoria y estéril fiscalización del comportamiento del adicto con el alto costo de un sufrimiento progresivo y paralizante.

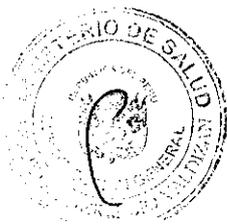
Todas las características mencionadas hacen que el tratamiento y rehabilitación del individuo que sufre una enfermedad adictiva se torne sumamente complejo, por lo que se deben desarrollar programas contrastables y verificables a través del método científico. Las características comportamentales del sujeto con dependencia a sustancias psicoactivas —descritas brevemente más arriba— sugirieron a los terapeutas modificar el análisis conductual tradicional para elaborar un programa basado en **ocho áreas, módulos o ámbitos comportamentales**: justamente aquellos que sufren con mayor fuerza el impacto de la dependencia a sustancias, tal como ha sido descrito. Esta división del comportamiento en ocho módulos o ámbitos, con fines de diagnóstico, evaluación objetiva pero fundamentalmente de tratamiento; permite determinar objetivos, procedimientos o métodos terapéuticos dirigidos a alcanzar dichos objetivos; así como diversas modalidades de control y evaluación del comportamiento, una evaluación constante de los cambios logrados y, finalmente, determinar los criterios de terminación del tratamiento.

Ambito comportamental I: Comportamiento dependiente a drogas



El primer módulo o ámbito comportamental –cuyo resumen de objetivos, procedimientos, controles y criterios de terminación se encuentran esquematizados en los cuadros 2 al 37- corresponde al conjunto de pautas de conducta, actitudes, pensamientos, creencias y emociones vinculadas a las drogas y su consumo: por ello se le denomina *Comportamiento Dependiente de Drogas*. En el contexto de la comunidad terapéutica, se busca que el residente sea capaz de comprender y explicarse el por qué de su conducta adictiva. Asimismo, se orienta a lograr que modifique su comportamiento en relación a las drogas mediante un aprendizaje de los principios básicos que explican la dependencia a las mismas, un reconocimiento de situaciones que conducen al consumo, la extinción de jerga utilizada por la persona droga dependiente, así como de las conversaciones y pensamientos sobre drogas. También se cuenta entre los objetivos en este ámbito la evitación de situaciones que pudieran conducir al consumo de drogas, la extinción del deseo para comerciar y traficar con drogas y la extinción del consumo de alcohol. La incorporación del autocontrol es una meta continua a lo largo de las ocho fases u objetivos terapéuticos que se proponen en este ámbito comportamental. A continuación se describen los ocho objetivos con sus respectivas metas, procedimientos, control y criterios de terminación.

En primer lugar, se trabaja para que el residente logre el objetivo de incorporar los principios básicos del aprendizaje, aplicables para explicar el comportamiento de dependencia a drogas (ver cuadro 2). La meta en este punto es que el residente aprenda una explicación de su comportamiento adictivo, partiendo de su base biológica y de los principios del aprendizaje. Para lograrlo se utiliza la terapia individual y de grupo, contexto en el cual se brinda la información necesaria utilizando terminología simple para explicar los conceptos de *sensibilización neuronal* (), *neurotrasmisores* (), *cadena comportamental* () y *estímulos discriminativos* (). Pueden utilizarse ayudas audiovisuales, diapositivas, videos así como un texto programado. El aprendizaje adquirido se controla mediante la formulación de explicaciones verbales o escritas.



Cuadro 2: OBJETIVO 1 DEL ÁMBITO COMPORTAMENTAL I Incorporación de los principios básicos del aprendizaje aplicables para explicar el comportamiento de <i>dependencia a drogas</i>		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Información sobre: Estímulos discriminativos a) Cadena comportamental b) Modelo de explicación: -Manual programado -Técnicas audiovisuales d) Bases biológicas -Sensibilización neuronal	Formulación de explicaciones verbales o escritas	Responder a una prueba de evaluación con un mínimo de 90% de aciertos.

Esta fase del tratamiento concluye utilizando como criterio un 90% de acierto en la resolución de una prueba de evaluación sobre la información adquirida.

El **segundo objetivo** del Ámbito Comportamental I (ver cuadro 3) intenta lograr que el residente **reconozca situaciones que conducen al consumo de drogas**, a fin de habilitarlo para que sea capaz de evitarlas y, eventualmente, controlarlas. En esta fase del tratamiento el residente deberá reconocer los estímulos discriminativos que activan o disparan comportamientos de consumo, siendo capaz de elaborar una lista de todos ellos. El procedimiento que se utiliza para lograr la meta consiste en confeccionar una lista de los estímulos discriminativos evocadores de consumo de drogas, durante el análisis funcional del comportamiento que se realiza en terapia individual y con la ayuda del terapeuta. Esta fase se controla mediante una lista fundamentada por el residente con informaciones que pueden ser repetidas a solicitud del terapeuta.

Cuadro 3: OBJETIVO 2 DEL ÁMBITO COMPORTAMENTAL I Reconocer situaciones que conducen al consumo de drogas		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Confección de una lista de situaciones importantes (grupos de estímulos discriminativos) fundamentada por el residente	Lista fundamentada con breves informaciones que pueden ser repetidas	Reproducciones repetidas y correctas

El alta de esta fase terapéutica se produce cuando el residente es capaz de reproducir los estímulos discriminativos en forma repetida y correcta.



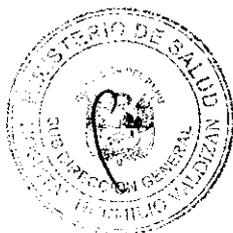
El tercer objetivo consiste en lograr la **extinción de la jerga característica de la persona dependiente a sustancias** (ver cuadro 4). La meta que se pretende alcanzar es que el consumidor disminuya o extinga el poder de la jerga como estímulo discriminativo y que se logre el aprendizaje de respuestas alternativas. Para ello el residente confecciona una lista de la jerga que utiliza y se le solicita que autocontrole el uso de la misma. Sus compañeros y el personal técnico podrán utilizar la interrupción, la extinción o el elogio para conseguir esta meta. El control de la realización de la meta se realizará cuando el terapeuta y el operador o monitor observen que palabras de la lista son utilizadas.

Cuadro 4: OBJETIVO 3 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL I Extinción de la jerga del dependiente de drogas		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Confección de lista de palabras en jerga - Condicionamiento verbal diferencial a través del personal terapéutico (interrupción, extinción, elogio) - Técnicas de autocontrol 	Observación por el personal terapéutico: qué palabras de la lista son utilizadas	Al final del tratamiento se reduce notablemente. Bajo observación o información

La terminación de esta etapa se produce cuando, bajo observación y por consenso del personal técnico y de los operadores, se comprueba una significativa reducción o extinción total de la jerga.

El cuarto objetivo terapéutico correspondiente al ámbito del comportamiento dependiente de drogas es la **extinción de la comunicación a través de conversaciones sobre drogas** (ver cuadro 5): cuya meta consiste en extinguir la conducta de comunicación mediante conversaciones sobre drogas. Esta meta es sumamente importante pues los residentes están condicionados a utilizar argumentos en relación a las situaciones de consumo, así como a los efectos de las drogas, durante los coloquios cotidianos con sus compañeros en la comunidad terapéutica. Estas respuestas verbales reciben intenso refuerzo para perpetuarse, en especial en la terapia de grupo no directiva. Por o tanto, se debe intentar lograr la extinción de estos temas en el repertorio de comunicación verbal del residente.

En esta fase del tratamiento es sumamente importante que el residente reconozca que las verbalizaciones sobre drogas actúan como potentes estímulos discriminativos que evocan respuestas encubiertas y observables de consumo; que **hablar sobre drogas** está controlado por otros estímulos condicionados tales como finalizar las actividades laborales, el tiempo libre, el anochecer, la presencia



de algún compañero que habitualmente habla sobre drogas o de otro que recayó, etc. El objetivo intenta entonces que el residente conozcan estos estímulos condicionados controlados por la conversación sobre drogas, a fin de que pueda reconocerlos y proceder a su extinción.

Este objetivo se logra mediante la intervención del terapeuta, dando instrucción para comprobar la presencia de estímulos discriminativos que controla el *hablar sobre drogas*. Simultáneamente, en el marco de la terapia individual y grupal, se aprenden temas alternativos y; posteriormente, se aplican técnicas de interrupción o evitación de situaciones de conversación sobre drogas. La retroalimentación que el residente recibe de sus compañeros y del terapeuta durante las sesiones de grupo, así como en diversas ocasiones de reunión que ocurren durante la vida comunitaria, favorece la extinción de este tipo de contenidos verbales. El control de los progresos logrados en este nivel, se realiza a través de la información que se obtiene de autorregistros y de registros de observación que realizan el personal técnico y los operadores.

Cuadro 5: OBJETIVO 4 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL I Extinción de la comunicación a través de conversaciones sobre drogas		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Instrucciones sobre: - Comprobación de los estímulos discriminativos que controla el <i>hablar sobre drogas</i> . - Temas alternativos: conversar sobre los logros en el trabajo - Aprendizaje de técnicas para interrumpir o evitar situaciones críticas sobre esta forma de comportamiento de comunicación verbal. - Retroalimentación	Información a través de registros del residente y del personal terapéutico	Disminución de la frecuencia de las conversaciones sobre drogas. Bajo observación o información.

Esta fase de la terapia **concluye** cuando se constata una significativa disminución de conversaciones sobre drogas bajo observación, así como la emisión de comportamientos que indican la incorporación de mecanismos de autocontrol que ayudan a no repetir la conducta problema. Este es el caso, por ejemplo, cuando un operador observa que el residente abandona rápidamente el lugar donde se realizaba una conversación con argumentos sobre las drogas.



El quinto objetivo se orienta hacia la **extinción de pensamientos sobre drogas** (ver cuadro 6). La meta consiste en lograr un autocontrol de los pensamientos sobre drogas, entendido como el eslabón previo al consumo. Para lograr el objetivo se busca el control de los pensamientos aplicando técnicas terapéuticas conductuales tales como la sensibilización encubierta, el control encubierto, el bloqueo de pensamiento, respuestas alternativas observables o encubiertas. El cumplimiento de este objetivo se controla mediante un autoregistro de pensamientos en donde se consigna su frecuencia de presentación. Asimismo, mediante la ejecución y revisión de los ejercicios que se proponen.

Cuadro 6: OBJETIVO 5 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL I Extinción de pensamientos sobre drogas		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Confección de lista sobre contenido de pensamientos y sobre estímulos discriminativos que los controlan - Instrucciones y ejercicios bajo los métodos terapéuticos: sensibilización encubierta, control encubierto, loqueo del pensamiento - Comportamientos alternativos	- Lista de frecuencia de pensamientos confeccionada por el residente - Ejecución y revisión de los ejercicios	Reducción significativa de la frecuencia. Bajo evaluación individual por autoobservación de procesos encubiertos.

La fase **concluye** cuando se logra una reducción significativa de la frecuencia de aparición de los pensamientos sobre drogas. La evaluación es realizada por el propio residente, bajo autoobservación y en base a sus autoregistros.

El sexto objetivo del ámbito comportamental I relativo al comportamiento dependiente a drogas, consiste en que el residente **evite situaciones que pudieran conducir al consumo de drogas** (ver cuadro 7). La meta es lograr una estabilidad en los comportamientos alternativos frente a las situaciones con riesgo de consumo, mediante el logro del autocontrol. Como procedimiento para lograr este objetivo, se indica al residente que confeccione una lista de situaciones con riesgo de consumo y que dé respuestas alternativas que las reemplacen. Se discute con el terapeuta las respuestas alternativas, las cuales se practican en la terapia de grupo utilizando la técnica de juego de roles. Simultáneamente se utiliza la *sensibilización encubierta*. El logro del objetivo se controla observando a el residente durante la ejecución de los ejercicios así como - cuando es posible - en situaciones naturales. También se solicita que la familia informe sobre observaciones relacionadas con el logro de esta meta.



Cuadro 7: OBJETIVO 6 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL I Evitar situaciones que pudieran conducir al consumo de drogas		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
- Lista de comportamientos alternativos (Juego de roles) - Sensibilización encubierta	- La lista deberá ser examinada y discutida con el residente - Observación del residente durante los ejercicios y si es posible mediante " <i>situaciones de evolución estructurada</i> " a partir de situaciones naturales	-Disponer que los ejercicios de comportamientos alternativos se lleven a cabo correctamente -Ordenar y repetir listas de comportamientos alternativos

La fase terapéutica concluye cuando los ejercicios de entrenamiento para emitir comportamientos alternativos se llevan a cabo de manera correcta, y pueden repetirse cuantas veces sean requeridos durante la terapia o en el ambiente natural.

El séptimo objetivo es la extinción del deseo para comercializar y traficar con drogas (ver cuadro 8). En aquellos casos en que el residente presenta un comportamiento de tráfico de drogas incorporado a su problemática de dependencia a sustancias, es importante tratar este aspecto. El objetivo propone que, en la medida en que estos residentes pueden haber decidido abandonar el consumo de drogas, pero aún considerar atractivo el tráfico de las mismas; se considerará lograda la meta cuando se comprueba una extinción del deseo de traficar con drogas. El procedimiento se inicia solicitando al residente que redacte una composición en donde argumenta de manera sólida y fundamentada en contra del comercio de drogas. Esta composición se discute con el terapeuta en terapia individual.

Cuadro 8: OBJETIVO 7 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL I Extinción del deseo para comerciar y traficar con drogas		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
- Composiciones con los argumentos más sólidos e importantes contra el comercio de drogas	Poder repetir el contenido de la composición en forma sintética y cuantas veces sea necesario	Logro de argumentos sólidamente fundados contra el tráfico de drogas

La consecución del objetivo se logra repitiendo el contenido de los argumentos contra el tráfico de drogas cuantas veces sea necesario, y la fase terapéutica concluye cuando se logran argumentos sólidamente fundamentados contra el tráfico de drogas.



El octavo objetivo se refiere a la **extinción del consumo de alcohol** (ver cuadro 9) y su meta es el autocontrol del deseo de consumir bebidas alcohólicas, llevando a su extinción. Para lograr la meta, se ejercitan formas de comportamiento necesarias; como por ejemplo, rechazar invitaciones para consumir alcohol con ejercicios para la emisión de conductas alternativas como, pedir bebidas no alcohólicas. En estos ejercicios se emplea la técnica del juego de roles en el marco de la terapia de grupo. Los procedimientos para trabajar esta fase terapéutica incluye también informar al residente sobre el rol que juega el alcohol en las recaídas; así como terapia cognitiva orientada a extinguir esquemas irracionales característicos de la idiosincrasia de la persona adicta; tales como: “*Es imposible vivir sin consumir alcohol*”; o, “*En el futuro, sólo consumiré pequeñas cantidades de alcohol*”. El control que se realiza para lograr la extinción del consumo de alcohol es la observación del equipo terapéutico durante los ejercicios.

Cuadro 9: OBJETIVO 8 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL I Extinción del consumo de alcohol		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> -Análisis de la conducta con respecto a la historia del consumo de alcohol -Desarrollar y determinar como meta terapéutica la abstinencia absoluta -Ejercitar las formas de comportamiento necesarias para alcanzar la meta terapéutica -Ensayo de roles -Ejercicios de comportamiento alternativo (pedir bebidas no alcohólicas) 	Observación del equipo terapéutico durante los ejercicios	Como la meta es la <i>abstinencia total</i> , se lograrán demostraciones continuas y seguras del autocontrol

La terapia concluye su fase cuando se logran observar repetidas demostraciones de autocontrol en el ambiente natural.



Ámbito comportamental II: Comportamiento en el tiempo libre

El segundo ámbito comportamental, corresponde al comportamiento en el tiempo libre. El trabajo terapéutico en este ámbito busca que los residentes desarrollen su capacidad para planear y ejecutar actividades en el tiempo libre; es decir, aprendan cómo organizarlo. La meta a este nivel que los residentes ocupen su tiempo libre en actividades que resulten incompatibles con el consumo de drogas. Para lograr la meta, se realiza el análisis conductual que permite conocer la magnitud del tiempo libre del residente. Si la persona estuvo desempleada, deberá aprender a trabajar en cualquier actividad que su situación le permita, y utilizará su tiempo libre en actividades que le resulten gratificantes o reforzantes. Éstas reforzarán a su vez, según el principio de *Premack* (), a los comportamientos de trabajo y **de vivir alejado de las drogas**. El trabajo terapéutico se inicia con la elaboración de una lista de intereses y planes de actividades para el tiempo libre. Su puesta en marcha contará con el apoyo del equipo terapéutico en un comienzo, y luego estará sujeto al autocontrol. Se lleva un control del cumplimiento de la meta mediante listas del comportamiento que realiza el residente durante su tiempo libre. Asimismo, se realiza la observación de la participación efectiva de los residentes en las actividades programadas con ese fin.

El **Programa dirigido hacia la organización independiente del comportamiento en el tiempo libre** utilizado como instrumento para la consecución de las metas terapéuticas en este ámbito consta de tres fases y dura un mínimo de nueve semanas. La **Fase I** corresponde a la primera y segunda semana: esto es, una hora al día de lunes a viernes y 3 horas los días sábado y domingo. La fase consiste en hacer planes para el tiempo libre y cumplirlos. El logro de la meta se premia con un reforzador externo previamente acordado. Durante la tercera semana se continúa con las mismas metas pero en lugar de actuar con ayuda de un reforzador externo se procede al autoreforzamiento. La **Fase II** del programa (semanas cuarta a sexta) es análoga a la fase I, pero ampliando la planificación y ejecución del comportamiento en el tiempo libre durante dos horas diarias. El sábado y domingo la duración se amplía a cuatro horas diarias. Finalmente, durante la **Fase III**, se prolonga a tres horas cada día la planificación y ejecución del comportamiento en el tiempo libre y se mantiene el sábado y domingo las cuatro horas diarias requeridas en la fase anterior. Una buena realización del programa implicará que cada fase continúe a la precedente. Esto significa, por ejemplo, que si la meta de la segunda o tercera semana de una fase cualquier no se cumplió, debe recomenzarse a partir de la primera semana de la fase correspondiente. El programa debe implementarse para una semana y ser estructurado de preferencia el día sábado. El plan deberá ser desarrollado y discutido en forma individual con el residente. En algunos casos será suficiente discutir sobre su contenido. En aquellos casos en que el déficit del repertorio comportamental para el tiempo libre es severo, podría ser necesario planearse previamente incluso el horario de ejecución de las actividades; pero este deberá



ser sólo un paso transitorio dirigido a que el residente autocontrole el planeamiento y la ejecución de sus actividades en el tiempo libre.

Cuadro 10: OBJETIVOS DEL AMBITO COMPORTAMENTAL II . Capacidad para planear y ejecutar actividades en el tiempo libre. Conocimientos sobre la organización del tiempo libre		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
-A través del análisis del comportamiento realizado por el terapeuta y los miembros del equipo encargados de esta área de relación. Por ejemplo, análisis de pasatiempos e intereses Formulación de una lista de intereses Ejecución progresiva de los programas para el tiempo libre: Planes de actividades en el tiempo libre Ejecución de las actividades planeadas. Al inicio con el apoyo del equipo terapéutico y posteriormente bajo autocontrol	A través de las listas del comportamiento en el tiempo libre realizadas por el o la residente	Cumplir con las horas mínimas determinadas para cada fase
- Información de los miembros del equipo - Confección de lista de posibles actividades con la participación del residente	Relatos breves sobre las posibilidades existentes	Conocimientos sobre la organización del tiempo libre Redacción de un plan para el tiempo libre a ejecutarse durante las dos primera semanas de seguimiento y de acuerdo a los recursos que el medio social le ofrece.

El trabajo terapéutico relativo a este ámbito **concluye** cuando la persona ha cumplido con el número mínimo de horas determinadas para cada fase del programa descrito

Ámbito comportamental III: Comportamiento en el trabajo

El ámbito comportamental III aborda el comportamiento del residente en el trabajo. Mediante el tratamiento en este ámbito se entrena a los residentes en proceso de rehabilitación para que sean capaces de trabajar de manera regular por largos períodos de tiempo, establezcan su puntualidad, asuman el compromiso de



concluir con el trabajo comenzado, desarrollen orden y limpieza en su ejecución, aprendan a tomar decisiones sobre la profesión u oficio, se interesen por y realicen la búsqueda de un puesto de trabajo o de entrenamiento ocupacional, completando la consecución de seis objetivos terapéuticos.

El primer objetivo corresponde al desarrollo de la capacidad para **trabajar regularmente por largos períodos** (ver cuadro 11). La meta prevista supone que el residente incorpore hábitos de trabajo sostenido por largos períodos. Para ello, es necesario que por condicionamiento operante el residente aprenda a trabajar y que encuentre esta actividad como reforzante. El procedimiento empleado contempla un sistema de puntos así como refuerzo verbal positivo. El logro del objetivo se controla registrando los puntos en una cartilla especial.

Cuadro 11: OBJETIVO I DEL AMBITO COMPORTAMENTAL III Trabajo regular por largos períodos		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Sistema de puntos. Refuerzo positivo verbal	Registrar los puntos en una cartilla especial	- Alcanzar el mínimo de puntos fijados para cada fase - Alcanzar valores de 4 a 5 en la escala de evaluación

La terapia de este ámbito comportamental termina cuando el residente alcanza el mínimo de puntos fijados para cada fase.

El segundo objetivo del ámbito comportamental III: Comportamiento en el trabajo, contempla como meta lograr que el residente establezca la emisión del comportamiento de **puntualidad en el trabajo** (ver cuadro 12). Los procedimientos empleados son los mismos que en el primer objetivo; es decir, se utiliza el sistema de puntos y el refuerzo positivo verbal. Los controles para este objetivo se llevan mediante el registro de las tardanzas por el terapeuta ocupacional.

Cuadro 12: OBJETIVO 2 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL III Puntualidad en el trabajo		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Sistema de puntos. Refuerzo positivo verbal	Registrar los puntos en una cartilla especial	- Alcanzar el mínimo de puntos fijados para cada fase - Alcanzar valores de 4 a 5 en la escala de evaluación



Los criterios de terminación de la terapia son los mismos que para el objetivo anterior.

El tercer objetivo previsto en este ámbito se formula como: **Trabajo que comienza debe terminarse**. Se busca como meta que el residente logre asumir el compromiso de terminar con el trabajo que ha comenzado. Para ello se utiliza, nuevamente, el sistema de puntos y el reforzamiento positivo verbal. Como control, se realiza la observación de habilidades y aptitudes en acción sostenida durante el tiempo.

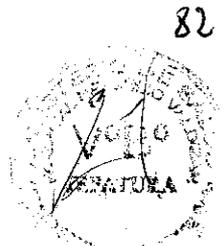
Cuadro 13: OBJETIVO 3 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL III Trabajo que se comienza debe terminarse		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Sistema de puntos Refuerzo positivo verbal	Observación de las habilidades y aptitudes en acción sostenida durante el trabajo	- Alcanzar valores de 4 a 5 en la escala de evaluación

Se logra cumplir con el objetivo y concluir esta fase de la terapia cuando se alcanza valores de 4 a 5 en la escala de evaluación.

El cuarto objetivo consiste en lograr **orden y limpieza en el trabajo** (ver cuadro 14). La meta prevista consiste en que los residentes emitan espontáneamente comportamiento de trabajo ordenados y limpios. Se utilizan los mismos procedimientos de sistema de puntos y refuerzo verbal positivo empleados para lograr los objetivos anteriores. El control se basa en la información sobre el orden y la limpieza bajo observación del terapeuta ocupacional o de otros miembros del equipo.

Cuadro 14: OBJETIVO 4 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL III Orden y limpieza en el trabajo		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Adición de puntos, sistema de puntos Refuerzo positivo verbal	Información sobre el orden y la limpieza bajo observación	- Alcanzar valores de 4 a 5 en la escala de evaluación

Se concluye esta parte de la terapia cuando se logran alcanzar valores de 4 a 5 en la escala de evaluación.



El quinto objetivo se centra en la toma de decisiones sobre la profesión u oficio (ver cuadro 15). Su meta es que los residentes aprendan a tomar decisiones en la determinación de su propia actividad ocupacional; realizando un balance entre aptitudes vocacionales y demandas y limitaciones del entorno social. El procedimiento empleado consiste en el entrenamiento en toma de decisiones, así como en brindar orientación a través de un análisis vocacional. Como control se emplea una relación escrita de alternativas ocupacionales y de sus consecuencias; así como las evaluaciones realizadas por la trabajadora social quien, de preferencia, deberá ser experta en asuntos laborales.

Cuadro 15: OBJETIVO 5 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL III Toma de decisiones sobre la profesión u oficio		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Entrenamiento en toma de decisiones Orientación a través de un análisis vocacional	Relación escrita de alternativas ocupacionales y de sus consecuencias Contacto con especialistas o consejeros expertos en asuntos de trabajo	Determinación de las metas profesionales u ocupacionales

La terapia concluye cuando se logran determinar las metas profesionales u ocupacionales.

El sexto objetivo correspondiente al ámbito Comportamiento en el trabajo corresponde a la búsqueda de un puesto de trabajo o de una institución dentro del ambiente ocupacional (ver cuadro 16) tiene como meta lograr un interés espontáneo en la búsqueda de un puesto de trabajo o de entrenamiento ocupacional. Se realiza mediante la ayuda de entidades relacionadas con estos aspectos como pueden ser oficinas de servicio social, oficina internacional del trabajo, institutos de mando medio, etc.) El control se establece llevando un registro bajo observación del comportamiento de búsqueda de empleo o de entrenamiento ocupacional.



Cuadro 16: OBJETIVO 6 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL III Búsqueda de un puesto de trabajo o de una institución de entrenamiento ocupacional		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Ayuda de entidades relacionadas con estos aspectos	Comportamiento de búsqueda de empleo o entrenamiento ocupacional que pueda ser observable	Acuerdo o contrato para ocupar después del alta un puesto de trabajo, o estar asistiendo a una institución de entrenamiento ocupacional

Los criterios para determinar la finalización de la terapia a este nivel requieren que exista un acuerdo o contrato para que el residente ocupe un puesto de trabajo en la fase de reincorporación al ambiente natural, o después del alta; o, en su defecto, estar asistiendo a una institución de entrenamiento ocupacional.

Ámbito comportamental IV: Comportamiento social

El ámbito comportamental cuatro, como su nombre lo indica, se refiere al comportamiento social. Los objetivos en este ámbito están destinados a que el residente mejore sus relaciones interpersonales a nivel de pareja, familia y grupo; logre mejores pautas de comunicación, se informe sobre aspectos sexuales y terapia para perturbaciones sexuales; así como que aprenda a manejar sus emociones, conflictos y frustraciones. Son también objetivos importantes en este ámbito la mejora de la autoimagen, la mejora en la autoestima, extinguir la depresión y controlar la ansiedad.

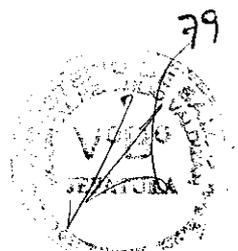
El primer objetivo consiste en mejorar las relaciones interpersonales (ver cuadro 17). El objetivo incluye a la pareja, la familia y el grupo. Supone desarrollar la capacidad de establecer y mantener contactos interpersonales. El aprender a decir "NO", así como a ser capaz de formular racionalmente las propias exigencias o peticiones, aumentar la resistencia a la frustración y, por lo tanto, a tolerar mejor los fracasos. Desarrollar la capacidad de aceptar las críticas así como superar la ansiedad o fobia social. La meta consiste en lograr una estabilidad en las relaciones interpersonales; es decir, facilidad tanto para establecerlas como para mantenerlas. Ser capaz de respetar los derechos de los demás a través de la formulación racional de exigencias o peticiones. Aprender a adecuarse a las críticas. Alcanzar una estabilidad emocional, así como una apropiada asertividad que favorezca la interacción social. Para lograrlo se utilizan



diversas técnicas terapéuticas, las cuales se aplican en el marco de la terapia individual y de grupo.

La terapia de grupo es esencial, porque en ella se practican los comportamientos deseables que pueden así ser incorporados al repertorio conductual del la residente. Además, el grupo permite que los residentes en rehabilitación se retroalimenten debido a la intervención oportuna de sus compañeros de grupo, o a través del video. El video se utiliza como un recurso sumamente útil pues permite filmar el ensayo conductual o juego de roles para retroalimentar inmediatamente a los protagonistas. Permite discutir el desempeño y repetir el comportamiento cuantas veces sea necesario. Para la consecución de las metas se utilizan asimismo técnicas como el entrenamiento asertivo, la desensibilización sistemática, la inoculación de estrés, técnicas operantes, autoeficacia y autodominio, terapia marital, terapia familiar y terapia conductual de grupo. El control se realiza a través de la autoobservación y autoregistro. Asimismo, mediante escalas de observación registradas por el personal terapéutico. Para estos fines se utilizan diversos cuestionarios como los de *Asertividad* de Ullrich y Ullrich (1976), Wolpe(1958), Rathus (), Willoughby (), Taylor (), Beck (), entre otros.

Cuadro 17: OBJETIVO 1 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL IV Mejorar las relaciones interpersonales (pareja, familia, grupo):- Establecer y mantener contactos- Decir "NO"- Formulación racional de exigencias o peticiones- Tolerar fracasos y frustraciones- Aceptar críticas- Superar la ansiedad o fobia social		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Entrenamiento Asertivo (Ulrich y Ulrich, 1976) Desensibilización Sistemática (Wolpe, 1958) Técnica de Inoculación de Stress (Meinchenbaum, 1980) Técnicas Operantes: Aproximaciones Sucesivas, etc. Autoeficacia o Autodominio (Bandura, 1981) Técnicas de Terapia Marital (Lieberman, 1983) Técnicas de Terapia Familiar Terapia Conductual de Grupo (Rose, 1977)	Cuestionarios: Ullrich y Ullrich, Wolpe, Rathus, Willoughby, Taylor - Escalas de observación registradas por el personal terapéutico	- Terminación exitosa del programa de entrenamiento eventualmente de otras medidas terapéuticas adicionales. - Estabilidad en el valor positivo de una lista de comportamientos sociales después de la terminación del programa de entrenamiento.



Para concluir la terapia los residentes debe lograr una terminación exitosa del programa de entrenamiento, y mantener una estabilidad en el valor positivo de una lista de comportamientos sociales después de la terminación del programa de entrenamiento.

El **segundo objetivo** de este ámbito comportamental relativo al comportamiento social, intenta **mejorar la comunicación** del residente (ver cuadro 18). Esta mejora de la comunicación consiste en desarrollar su capacidad de cerrar compromisos, elogiar y discutir en forma no agresiva. La meta principal es lograr autenticidad, fluidez y una apropiada expresión emocional en la comunicación. Para lograrlo se procede al entrenamiento de la comunicación, mediante ensayo conductual y retroalimentación en el contexto de la terapia individual y de grupo. El control para el cumplimiento de las metas se realiza mediante escalas de observación y auto-observación.

Cuadro 18: OBJETIVO 2 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL IV Mejorar la comunicación:-Cerrar compromisos-Elogiar-Discutir en forma no agresiva		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Entrenamiento de comunicación Ensayo conductual y retroalimentación	- Escalas de observación y auto-observación	Terminación exitosa del programa de entrenamiento y eventualmente de las medidas terapéuticas suplementarias Estabilidad en el valor positivo de una lista de comportamientos de comunicación social después de la terminación del programa

Los criterios para la terminación de la terapia supone la culminación exitosa del programa de entrenamiento y eventualmente, de las medidas terapéuticas suplementarias. Asimismo: se requiere lograr una estabilidad en el valor positivo de una lista de comportamientos de comunicación social, después de la terminación del programa.

El **tercer objetivo** consiste en que residente cuente con **información sobre aspectos sexuales y terapia para las perturbaciones sexuales** (ver cuadro 19). La meta es la incorporación adecuada de información sobre la sexualidad, susceptible de reemplazar a las distorsiones producidas por la dependencia y, asimismo, que el residente logre relaciones sexuales satisfactorias. Como procedimiento el terapeuta brinda información sobre los diversos aspectos de la sexualidad normal, así como sobre las relaciones interpersonales con el sexo opuesto, en general; y sobre las relaciones sexuales, en particular. Cuando existen perturbaciones sexuales como impotencia, eyaculación precoz, etc. se utilizan las



técnicas de terapia sexual propuestas por Master y Johnson, Bankroft, Kaplan y LoPicolo. El control de este objetivo se realiza a través de la información directa del residente. El terapeuta evaluará la incorporación de información en las diferentes fases del programa. Se utilizan escalas subjetivas en relación a la atracción sexual o a la erección elaboradas entre el residente y el terapeuta. Por ejemplo, de cero a diez o de diez a cien, considerando los números mayores como el grado máximo de atracción sexual o erección respectivamente y a partir de esa referencia, el residente autoevaluará sus progresos durante la terapia. También se emplean escalas como la de *Temores Sexuales* de Anton y el *Cuestionario de Impotencia* de Wolpe.

Cuadro 19: OBJETIVO 3 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL IV		
Información sobre aspectos sexuales y terapia para las perturbaciones sexuales		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Terapeuta incorpora información adecuada sobre sexualidad normal, relaciones con sexo opuesto y relaciones sexuales	Se evalúa la incorporación de información en las diferentes fases del programa. Escalas: Temores Sexuales de Anton, Cuestionario de impotencia de Wolpe	Individuales

La fase concluye según criterios de terminación estrictamente individuales.

El cuarto objetivo consiste en preparar al residente para su encuentro con antiguas personas conocidas y nuevas personas por conocerse, no consumidas (ver cuadro 20). Con este objetivo se intenta que los residentes logren como meta alcanzar un adecuado repertorio de conductas necesarias para iniciar y mantener relaciones interpersonales satisfactorias. El procedimiento empleado consiste en elaborar una serie de situaciones de dificultad creciente para luego aplicar la técnica de juego de roles en terapia de grupo. El control de progresos se realiza a través de una activa y exitosa participación en el juego de roles.



Cuadro 20: OBJETIVO 4 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL IV Preparación para los encuentros con personas conocidas y por conocer, no consumidoras		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Técnica de juego de roles con situaciones de dificultad creciente, en terapia de grupo	Participación en juego de roles, activa y exitosa	Individuales

La terapia concluye cuando cada residente cuenta con planes objetivos en relación a futuros encuentros.

El quinto objetivo del ámbito comportamental relativo al comportamiento social se refiere a **mejorar la autoimagen** (ver cuadro 21). La meta que se busca es.... para lo cual se utiliza la reestructuración cognitiva. Los avances en el logro de la meta se controlan con cuestionarios especiales.

Cuadro 21: Objetivo 5 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL IV Mejorar la autoimagen		
PROCEDIMIENTOS	CONTROL	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Reestructuración cognitiva	Entrevista Cuestionarios	Mayores puntajes en el cuestionario de autoimagen

El sexto objetivo consiste en **mejorar la autoestima** (ver cuadro 22), teniéndose como meta.... El tratamiento de este objetivo terapéutico incluye la asertividad, y las técnicas de terapia cognitiva, como procedimientos centrales. El control de avances se realiza mediante cuestionarios así como observación del comportamiento general y verbal.

Cuadro 22: Objetivo 6 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL IV Mejorar la autoestima		
PROCEDIMIENTOS	CONTROL	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Asertividad Técnicas de terapia cognitiva	Cuestionarios Observación del comportamiento general y verbal	Mayores puntajes en el cuestionario de autoestima



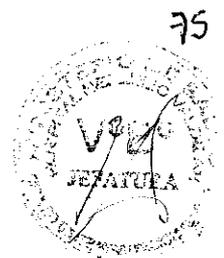
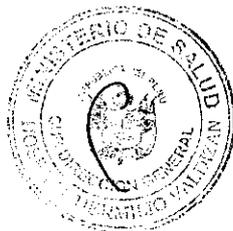
Mayores puntajes en el cuestionario de autoestima, determinan la terminación del tratamiento.

El sétimo objetivo del ámbito comportamental IV relativo al **comportamiento social** (ver cuadro 23), consiste en **extinguir la depresión** (ver cuadro 23); cuya meta es... Los procedimientos empleados incluyen la identificación de la depresión, la aplicación de refuerzo diferencial a la iniciativa y acción y, terapia cognitiva de la depresión. Los controles utilizados son escalas de depresión y entrevista clínica.

Cuadro 23: Objetivo 7 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL IV		
Extinguir la depresión		
PROCEDIMIENTOS	CONTROL	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Identificar depresión Refuerzo diferencial a la iniciativa y acción Terapia cognitiva de la depresión	Escalas de depresión Entrevista clínica	Mejora cuantitativa en escalas

El octavo objetivo del ámbito VI, es el **control de la ansiedad** (ver cuadro 24), con la meta específica de... Los procedimientos que se emplean para lograr el control de la ansiedad del adicto en tratamiento se con una adecuada identificación de los niveles de ansiedad para luego proceder a la desensibilización automática, aplicación de técnicas de inoculación de estrés, relajación y terapia cognitiva. Los controles se realizan mediante cuestionarios y escalas de ansiedad. También es útil a entrevista clínica.

Cuadro 24: Objetivo 8 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL IV		
Control de la ansiedad		
PROCEDIMIENTOS	CONTROL	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Identificar niveles de ansiedad Desensibilización sistemática Inoculación de estrés Relajación Terapia cognitiva	Cuestionario y escalas de ansiedad Entrevista clínica	Mejora en resultado de escalas de ansiedad



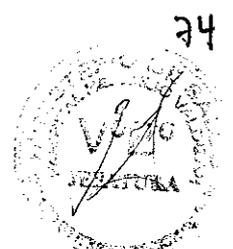
La terapia concluye cuando se logra una mejora en el resultado de las escalas de ansiedad.

**Ámbito comportamental V:
Auto-organización y organización del medio ambiente**

El ámbito comportamental V corresponde a la organización personal, así como a las formas que los residentes logran para organizar su medio ambiente. Este es un ámbito muy importante para la vida en comunidad terapéutica pues consiste en lograr que los miembros observen y cumplan con las pautas y reglas de comportamiento que rigen para el sistema, participen en las actividades del programa, mejoren su capacidad de planificar a corto plazo, alcancen el autocontrol necesario que les permita manejar el dinero y otros bienes de consumo adecuadamente, instalen pautas apropiadas de vestido e higiene y arreglo del dormitorio, aprendan a aceptar responsabilidades y a relacionarse adecuadamente con personas investidas de autoridad.

El primer objetivo del ámbito consiste en que los residentes logren **observar y cumplir con las pautas y reglas del buen comportamiento** (ver cuadro 26). La meta es lograr una buena adaptación a las pautas y reglas del sistema de comunidad terapéutica, en tanto ambiente estructurado. Esta meta es de vital importancia puesto que las drogas producen un devastamiento en el autocontrol de las personas adictas, caracterizándose por tener gran dificultad en aceptar y cumplir con normas, ya que esto es incompatible con el consumo de drogas. Para lograr el objetivo se elabora un contrato conductual con el residente en donde se especifican obligaciones y derechos tanto del interno como de la familia y el terapeuta. El control de este objetivo se realiza mediante la observación y registro sistemático de los comportamientos. Se busca poder demostrar el cumplimiento de las normas en el trabajo y otras actividades.

Cuadro 26: OBJETIVO 1 DEL ÁMBITO COMPORTAMENTAL V Observar y cumplir con las pautas o reglas del comportamiento		
PROCEDI MIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Contrato conductual	Dosaje de droga en orina Curva del pulso Dosaje etílico Observación por parte del personal Demostraciones del cumplimiento de las normas en el trabajo y otras actividades (deben ser firmadas)	Cumplir con todas las pautas del contrato conductual a través de las tres fases del tratamiento y rehabilitación. Alcanzar valores de 4 a 5 en la escala de evaluación.



La terapia concluye cuando el residente logra cumplir con los criterios sobre las actividades programadas en cada fase del tratamiento y la rehabilitación.

El segundo objetivo busca que el residente se mantenga activo durante su permanencia en el programa (ver cuadro 27). La meta prevista es que alcance un elevado grado de participación en las actividades programadas. Para ello se utiliza como procedimiento central la terapia ocupacional la cual se lleva a cabo en talleres, actividades agrícolas y algunas otras según los recursos con que cuenta la comunidad terapéutica. El reforzamiento de comportamientos ocupacionales realizado por el personal, así como el sistema de puntos son procedimientos complementarios. Se lleva un control diario del diagrama de actividades especialmente realizado por el personal técnico o los operadores, así como demostraciones sobre cada actividad realizada por el residente.

Cuadro 27: OBJETIVO 2 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL V Mantenerse activo durante la permanencia en la comunidad terapéutica		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Terapia ocupacional Reforzamiento de esos comportamientos por parte del personal Sistema de puntos	Control diario del diagrama de actividades Demostraciones sobre cada actividad (deben ser firmadas)	Cumplir con los criterios sobre las actividades en la comunidad terapéutica en cada fase del tratamiento y rehabilitación

La terapia concluye cuando se logran cumplir los criterios sobre actividades programadas en cada fase del tratamiento y rehabilitación.

El tercer objetivo relativo a la organización y auto-organización consiste en mejorar el comportamiento de planificar a corto plazo (ver cuadro 28). Cuya meta es lograr la ejecución de comportamientos y objetivos planificados a corto plazo. Para lograr la consecución de la meta se realiza la demostración de la planificación previa en el diagrama de actividades así como la demostración de comportamientos planeados y ejecutados.



Cuadro 28: OBJETIVO 3 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL V Mejorar el comportamiento de planificar a corto plazo		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Previa planificación de unidades de tiempo en el diagrama de las actividades	Demostración de la planificación previa en el diagrama de actividades Demostración de comportamientos planeados y ejecutados	Planeamiento anticipado de actividades Cumplir con el planeamiento en cada fase del tratamiento y rehabilitación

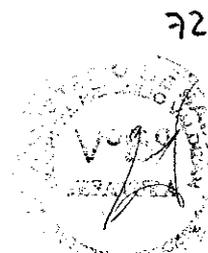
Los criterios de terminación de la terapia se basan en el planeamiento anticipado de actividades y su ejecución e cada fase del tratamiento y rehabilitación

El cuarto objetivo correspondiente al ámbito comportamental V se relaciona con el manejo del dinero y bienes de consumo (ver cuadro 29). Su meta consiste en alcanzar el suficiente autocontrol, necesario para el manejo adecuado del dinero y otros bienes de consumo. Para lograr el objetivo, se parte del concepto de que el dinero es un potente estímulo discriminativo capaz de evocar respuestas encubiertas y observables de consumo de drogas. Por este motivo, el residente deberá lograr el autocontrol de este estímulo a través de informaciones, planeamiento de los gastos, autoregistros, autocontrol de los impulsos que lo puedan llevar al dispendio del dinero, o a utilizarlo para comprar drogas. También influye en el logro de esta meta el contrato conductual. El cumplimiento del objetivo se controla a través de la evaluación de los autoregistros y de los registros realizados bajo observación.

Cuadro 29: OBJETIVO 4 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL V Manejo del dinero y bienes de consumo		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Informaciones Planeamiento Autoregistros Autocontrol Contrato conductual	Registro de listas Registros directos durante la terapia individual	Ausencia de deudas Ausencia de derroche de bienes de consumo Organización realista de futuros ingresos

La terapia concluye cuando se constata la ausencia de deudas, ausencia de derroche de bienes de consumo y una organización realista de futuros ingresos.

El quinto objetivo se relaciona con el vestido e higiene corporal (ver cuadro 30). Se intenta que el residente logre emitir espontáneamente comportamientos



relativos a la buena higiene corporal y adecuado vestido. Los procedimientos empleados consisten en brindar información sobre las consecuencias positivas de cuidar la higiene corporal y vestir adecuadamente (obviamente teniendo en cuenta los recursos del residente y su familia). Se incluye también el planeamiento de actividades dirigidas hacia esa meta y el autoregistro de las mismas. Se trabaja paralelamente sobre el autocontrol de los impulsos y sobre los comportamientos incompatibles con el logro de esta meta y del contrato conductual. El control de este objetivo se realiza mediante autorregistros y registros bajo observación.

Cuadro 30: OBJETIVO 5 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL V Vestido e higiene corporal		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Informaciones Planeamiento Autoregistro Autocontrol Contrato conductual	Registro (listas)	Comportamientos regulares de higiene personal y cuidado en el vestido

Se **concluye** la terapia cuando se logran comportamientos regulares de higiene personal y cuidado en el vestido.

El **sexto objetivo** relativo a la auto-organización y organización del medio ambiente. se relaciona con el **arreglo del dormitorio** (ver cuadro 26). La meta que se espera es lograr que los residentes emitan el comportamiento de arreglar su dormitorio de manera espontánea. Para lograrlo se informa sobre las consecuencias positivas de contar con un dormitorio bien arreglado, se planean actividades dirigidas hacia esa meta, se autoregistra. Se utiliza también el contrato conductual. El control del cumplimiento del objetivo se realiza mediante autoregistro y registro de observación.

Cuadro 31: OBJETIVO 6 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL V Arreglo del dormitorio		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Informaciones Planeamiento Autoregistro Autocontrol Contrato conductual	Registro (listas)	Dormitorio ordenado

Se considera lograda la terapia cuando el dormitorio se encuentra ordenado.

El **séptimo objetivo**, **aceptar responsabilidades** (ver cuadro 32) tiene como meta alcanzar una regularidad en la emisión de comportamientos responsables, mediante el cumplimiento de actividades dirigidas al mantenimiento del local de



la comunidad terapéutica. Para lograr la meta, se cuenta con un programa de actividades dirigidas al mantenimiento de la infraestructura de la comunidad terapéutica. La emisión de los comportamientos y, por lo tanto, el buen cumplimiento del objetivo se efectúan con una escala bajo sistema de puntos.

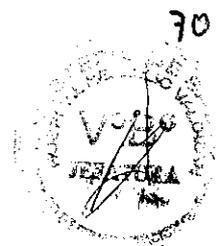
Cuadro 32: OBJETIVO 7 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL V Aceptar responsabilidades		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Actividades dirigida al mantenimiento del local	Escalas bajo el sistema de puntos	Estabilidad en el valor positivo de comportamiento de aceptación de responsabilidades

Se considera terminada la terapia en este ámbito cuando se logra una estabilidad en el valor positivo del comportamiento de aceptación de responsabilidades.

El octavo objetivo está referido a las **relaciones con personas investidas de autoridad** (ver cuadro 32). La meta prevista es alcanzar una adecuada relación interpersonal con las personas investidas de autoridad como son los profesores, el jefe en el trabajo, etc. El objetivo se logra mediante ensayo de roles realizado en terapia de grupo; además de informaciones, planeamiento, autoregistro, autocontrol y contrato conductual. El cumplimiento del objetivo se controla con la ayuda del autoregistro y de registros bajo observación.

Cuadro 33: OBJETIVO 8 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL V Relaciones con las personas investidas de autoridad		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Informaciones Planeamiento Autoregistro Autocontrol Contrato conductual Ensayo de roles	Escalas	Lograr planear conseguir un trabajo, luego del establecimiento de relaciones con los jefes o autoridades Ejecuciones repetidas y estables de estos comportamientos en situaciones de ensayo de roles o en el ambiente natural

La terminación de la terapia es posible cuando se logra planear conseguir un trabajo y se procede a establecer las relaciones adaptativas (asertivas) con los jefes o autoridades. Asimismo, mediante ejecuciones repetidas y estables de estos comportamientos en situaciones de ensayo de roles o en el ambiente natural.



**Ámbito comportamental VI:
Solución de problemas y toma de decisiones**

El ámbito comportamental VI ha sido diseñado para que los residentes desarrollen autosuficiencia en el análisis y evaluación de los problemas; asimismo, se entrenen en el comportamiento de toma de decisiones realistas.

El primer objetivo en este ámbito busca la **autosuficiencia en el análisis y evaluación de problemas** (ver cuadro 34) la cual supone reducir comportamientos de evitación, establecer programas de autocontrol, aplazar o postergar satisfacciones inmediatas y desarrollar la capacidad de planear objetivos de manera realista. La meta para este objetivo es alcanzar un nivel apropiado en la emisión de comportamientos para solucionar problemas y tomar decisiones. El procedimiento empleado consiste en el entrenamiento del comportamiento de observación, el entrenamiento en el análisis del comportamiento así como en explicaciones racionales sobre los problemas; y en el desarrollo de programas de autocontrol. Ambos entrenamientos se llevan a cabo en el contexto de las terapias individual y de grupo. Como control se utilizan líneas base y escalas durante el curso de la terapia.

Cuadro 34: OBJETIVO 1 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL VI Autosuficiencia en el análisis y evaluación de los problemas -Reducción de los comportamientos de evitación -Establecimiento de programas de autocontrol -Aplazar o postergar satisfacciones inmediatas -Desarrollar el planeamiento de objetivos realistas		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Entrenamiento del comportamiento de observación Entrenamiento en el análisis del comportamiento Entrenamiento en explicaciones racionales sobre los problemas Entrenamiento en el desarrollo de programas de autocontrol (en terapia individual y de grupo)	Líneas bases y escalas durante el curso de la terapia	Con la ayuda de un manual de ejercicios se comprobará la capacidad de reconocer problemas y solucionarlos

Se **concluye** el trabajo terapéutico cuando, con la ayuda de un manual de ejercicios, se comprueba la capacidad del residente de reconocer problemas y solucionarlos.

El segundo objetivo se centra en la **toma de decisiones realistas** (ver cuadro 35). Su meta consiste en alcanzar el comportamiento de tomar decisiones sin dificultad o con una mínima dificultad. Para lograr la meta se utiliza como procedimiento



el entrenamiento para tomar decisiones. Como forma de control se utiliza un manual de ejercicios.

Cuadro 35: OBJETIVO 2 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL VI Comportamiento de toma de decisiones realistas		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Entrenamiento para tomar decisiones	Manual de ejercicios	Tomar decisiones en forma sistemática en relación a lo aprendido

La terapia concluye cuando los residentes son capaces de tomar decisiones en forma sistemática.

Ámbito comportamental VII: Concepciones y pensamientos irracionales

En el ámbito comportamental VII denominado concepciones y pensamientos irracionales, el esfuerzo se centra en lograr que los residentes sean capaces de realizar un reconocimiento de pensamientos y concepciones irracionales para su posterior modificación.

El primer objetivo es el reconocimiento de los pensamientos y concepciones irracionales (ver cuadro 36) La meta en este nivel es que el residente logre demostrar verbalmente el reconocimiento de los pensamientos y concepciones irracionales así como las emociones y los comportamientos negativos observables o encubiertos que generan, relacionados a ellos. Se procede enseñando a los residentes a registrar sus respuestas emocionales perturbadoras y los pensamientos o concepciones relacionados con ellas. También se registran en términos porcentuales, el nivel de credibilidad en relación a los pensamientos automáticos que se producen en el momento del impacto de la situación y nuevamente la evaluación de la credibilidad, horas después o al momento de acostarse. Esto le permitirá reconocer la relación entre cognición (pensamiento), emoción y conducta; así como la credibilidad que acompaña al pensamiento automático y que en el momento del impacto suele ser muy elevada, lo que determina la intensidad de la emoción negativa, es decir del sufrimiento. Los procedimientos se llevan a cabo durante terapia individual y de grupo, a través de un entrenamiento intensivo para el logro de esta meta. Los controles se realizan evaluando los logros del residente en el reconocimiento de las distorsiones cognitivas, lo cual se mostrará a través de la confección de una lista de las principales concepciones y pensamientos irracionales y sus relaciones funcionales con las emociones perturbadoras. En segundo lugar, alcanzar valores de 4 a 5 en la escala de evaluación de objetivos terapéuticos.



Cuadro 36: OBJETIVO 1 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL VII Reconocimiento de los pensamientos y concepciones irracionales		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Entrenamiento en autoregistro de respuestas emocionales perturbadoras y de los pensamientos o concepciones relacionados con ellos. Práctica en vivo (en terapia individual y de grupo)	Bajo observación directa del personal terapéutico de los autoregistros del residente o mediante observaciones directas durante las sesiones de terapia individual o de grupo	Confección de una lista de las principales concepciones o pensamientos irracionales y sus relaciones funcionales con las emociones perturbadoras. Alcanzar valores de 4 a 5 en la escala de evaluación de objetivos terapéuticos

La terapia termina con la confección de una lista de las principales concepciones o pensamientos irracionales y sus relaciones funcionales con las emociones perturbadoras. Se deberán alcanzar valores de 4 a 5 en la escala de evaluación de objetivos terapéuticos.

El segundo objetivo del ámbito comportamental VII: Concepciones y pensamientos irracionales, consiste en la **modificación de los pensamientos y concepciones irracionales** (ver cuadro 37). La meta que se intenta lograr es un cambio comportamental significativo que refleje la modificación de los pensamientos y concepciones irracionales reconocidos. Para lograrlo se utiliza la *Terapia racional emotiva* de Ellis y la *Reestructuración cognitiva* así como otros métodos cognitivos (Beck, Meichenbaum, Mahoney, Mark) Como forma de control se realiza la observación directa del personal terapéutico, los autoregistros del residente u observaciones directas durante las sesiones de terapia individual o de grupo.



CUADRO 37: OBJETIVO 2 DEL ÁMBITO COMPORTAMENTAL VI: Modificación de los pensamientos y concepciones irracionales		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Terapia Racional Emotiva Reestructuración Cognitiva Otros métodos cognitivos	Bajo observación directa del personal terapéutico de los autoregistros del residente o mediante observaciones directas durante las sesiones de terapia individual o de grupo	Diminución significativa de las concepciones así como de los pensamientos irracionales y de las respuestas emocionales perturbadoras relacionados a ellas Alcanzar valores de 4 a 5 en la escala de evaluación de objetivos terapéuticos

La terapia **concluye** cuando disminuyen significativamente las concepciones así como los pensamientos irracionales; y las respuestas emocionales perturbadoras relacionadas a ellos.

El **tercer objetivo** del ámbito comportamental VII: Concepciones y pensamientos irracionales, se centra en **mejorar la autoeficacia** (ver cuadro 38). La meta que se intenta lograr es un cambio significativo en el déficit de autoeficacia y expectativas de resultado que refleje la modificación de los pensamientos y concepciones irracionales que, en último término, los generan. Para lograrlo se utiliza la *Terapia racional emotiva* de Ellis (1977) y la *Reestructuración cognitiva* así como otros métodos cognitivos (Beck, 1979; Meichenbaum, 1976; Mahoney, 1983; Marks, 1991) Como forma de control se realiza la observación directa del personal terapéutico, los autoregistros del residente u observaciones directas durante las sesiones de terapia individual o de grupo (Cervone & Scott, 1995).

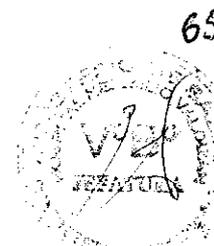


Cuadro 38: OBJETIVO 3 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL VII Mejorar el constructo de autoeficacia		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Identificar las distorsiones en la autoapreciación y autoeficacia Terapia racional y reestructuración cognitiva	y reestructuración cognitiva Observación del comportamiento Cuestionarios de autoeficacia Inventario de situaciones de consumo de alcohol Cuestionario de las situaciones de confianza Inventario de conductas de afrontamiento (Litman et al., 1983) Escalas de autoeficacia y expectativa de resultado ()	Incorporación de mejores niveles de autoeficacia

El objetivo cuatro del ámbito comportamental VII tiene es la **modificación de los estilos negativos de afrontamiento al estrés** (ver cuadro 39). La meta prevista es lograr... Los procedimientos empleados incluyen la identificación de estilos de afrontamiento y la terapia racional. Como instrumentos de control se utiliza la observación del comportamiento y la resolución de problemas.

Cuadro 36: OBJETIVO 4 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL VII Modificar los estilos negativos de afrontamiento al estrés		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Identificación de estilos de afrontamiento Terapia racional	Observación del comportamiento Resolución de problemas	Incorporación de estilos de afrontamiento eficaces

El **objetivo 5** del ámbito VII relativo a las concepciones y pensamientos irracionales, busca **mejorar los comportamientos inadaptativos en los trastornos de personalidad** (ver cuadro 37); específicamente, se trabaja para cumplir la meta de **Los procedimientos se inician con la identificación del trastorno de personalidad, realizado con los instrumentos diagnósticos DSM-IV e IC-10, para luego proceder al análisis funcional paradigmático y finalmente, aplicar programas de modificación del**



comportamiento, variantes de la terapia cognitiva y terapia conductual dialéctica. Como control se utilizan diversos cuestionarios.

Cuadro 37: OBJETIVO 5 DEL AMBITO COMPORTAMENTAL VII Mejorar los comportamientos inadaptables en los trastornos de personalidad		
PROCEDIMIENTOS	CONTROLES	CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO
Identificación del trastorno de personalidad DSM-IV IC10 Análisis funcional paradigmático Programas de modificación del comportamiento Variantes de la Terapia Cognitiva (Freedmna, Kaplan) Terapia conductual dialéctica (Leinehan 199)	Cuestionarios	Disminución significativa de comportamiento polarizado Mejora en la tolerancia Adaptación a normas con disminución de sanciones

La terapia concluye cuando se verifica una disminución significativa de polarización en el comportamiento. Asimismo, una mejora en la tolerancia y la adaptación del residente a normas demostrada por la disminución de sanciones, son criterios válidos para terminación del tratamiento.

Algunos criterios para la validación de programas de tratamiento

En la evaluación de programas de tratamiento y rehabilitación de drogadependientes, se consideran algunos indicadores como importantes para su desarrollo. Los índices de retención son un indicador del tratamiento residencial. En este caso la presión externa juega un rol importante pero contradictorio ya que propicia altos porcentajes de abandonos tempranos que son comunes en estos programas (Pompi y Resnick, 1987); por lo que es necesario profundizar la investigación para reconocer los factores asociados al abandono del tratamiento, y así mejorar los índices de retención.

A pesar de que una permanencia prolongada en una comunidad terapéutica está asociada con resultados más favorables (Husbbard, et al. 1989; Bleiberg, 1994) ésta pudiera resultar muy costosa y, por lo tanto, inviable; por lo que el factor de costos tiene que ser apropiadamente evaluado en el desarrollo de un programa de tratamiento.

En relación al personal Vanderbilt et al. (1997) midió a través del uso de trece instrumentos de evaluación de abuso de sustancias a proveedores de tratamiento



en New England y demostró que éstos no tenían las habilidades necesarias (adecuación del tratamiento, interés de entrenamiento y actualización, habilidades clínicas y necesidad de entrenamiento). Hubo un déficit generalizado en estas habilidades en una muestra de mil seiscientos ochentaicuatro proveedores de tratamiento, pero fue menor entre los trabajadores sociales y enfermeras y mayor en mujeres con poca experiencia en el área. Propicia el estudio de mercado para determinar las prioridades de entrenamiento. Lo anterior llama la atención para considerar al entrenamiento como fundamental y paralelo al desarrollo de programas.

Hay poca evidencia en los resultados diferenciales del tratamiento en la comunidad terapéutica entre clientes referidos legalmente y aquellos referidos por otras modalidades. Sin embargo, los que son referidos legalmente tienen permanencia más prolongada en la comunidad terapéutica y por lo tanto influyen en los índices de retención (De León-Sidall y Conway, 1988), otros no encuentran tal relación como Simpson y Friend (1988).

La normatividad legal para el internamiento, así como el interés autoreportado por el cliente durante la admisión, parecen estar relacionados a menor frecuencia de abandonos tempranos en el tratamiento residencial. los abandonos tardíos no tienen relación con los aspectos legales (Vickers-Lathi et. Al. 1995)

En nuestro medio, donde los aspectos legales en relación al tratamiento del adicto están recién iniciando su desarrollo, debemos tener en cuenta la importancia de estas consideraciones en la evaluación de las comunidades terapéuticas en general, y de los índices de retención en particular.

Estamos de acuerdo con De León (1995a, 1995b), con su enfoque multimodal; es decir el tratamiento bajo internamiento, casas de día o ambulatorio lo que él llama *enfoque del sistema integrado*; es decir pone énfasis en: 1) Recuperación, es un proceso continuo con etapas identificables. 2) Continuidad, es decir mantener las enseñanzas de recuperación y las relaciones sociales iniciadas durante la experiencia de tratamiento residencial primario. 3) Las metas de cada establecimiento, intervención o componente del sistema son definidos por la etapa de recuperación del individuo.

Las modalidades ambulatorias pueden funcionar anexadas a la comunidad terapéutica o en forma independiente como el *modelo matrix* (Rawson, 1995), éste mostró reducciones significativas en el consumo en una muestra de adictos. Además, integra los servicios sociales y los de cuidados de la salud en adicciones (MacGee & Mee-Lee, 1997).

El proyecto *Rueda* (Sager et al., 1997) reportó el tratamiento de 1,953 mujeres adictas en parejas sexuales. Ellas fueron tratadas en terapia individual y de grupo, en seguimiento de seis meses. hubo una significativa disminución del consumo y de la emisión de comportamientos sexuales riesgosos.

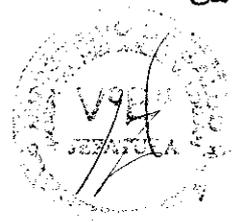
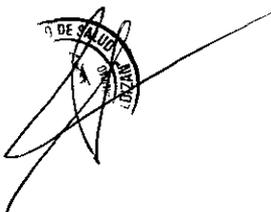


Las barreras hacia la utilización de tratamientos formales entre las adictas mujeres que intentaban autoadministrarse estrategias de cambio fueron: estigma social, etiquetación, no conciencia sobre las opciones del tratamiento y visiones estereotipadas sobre los servicios de tratamiento. (Copeland, 1997).

Predicen buen resultado la motivación en el tratamiento, completar el programa, residencia estable, involucramiento anterior en programas de autoayuda (Moos y King, 1997). Las variables de entrada (motivación) predicen más que otras la retención en la comunidad terapéutica (Condille, 1994).

Existen cuatro dificultades en la evaluación del tratamiento residencial con diseños de grupo de control (De león, 1995b). Primero, las diferencias individuales entre los adictos para unirse al grupo de tratamiento residencial, o al grupo de control, hace imposible su implementación. Segundo, utilizar diseños al azar es prácticamente imposible en investigación en esta área. Tercero, existen dilemas legales, políticos y éticos en el tratamiento de retención de un grupo de control. Cuarto, la selección de la muestra al azar hará que los sujetos dependientes respondan diferentemente si han sido escogidos y aceptan integrarse a la investigación ya sea por una necesidad clínica, o por motivación hacia el tratamiento.

El consumidor de sustancias con trastornos psiquiátricos, es usualmente referido a instituciones especializadas para el tratamiento de las manifestaciones agudas o invalidantes del desorden. Luego estos pacientes pueden involucrarse para ser tratados en formas especialmente adaptadas de comunidad terapéutica. (Jaenhill, 1994; Jaenhill et al., 1986).

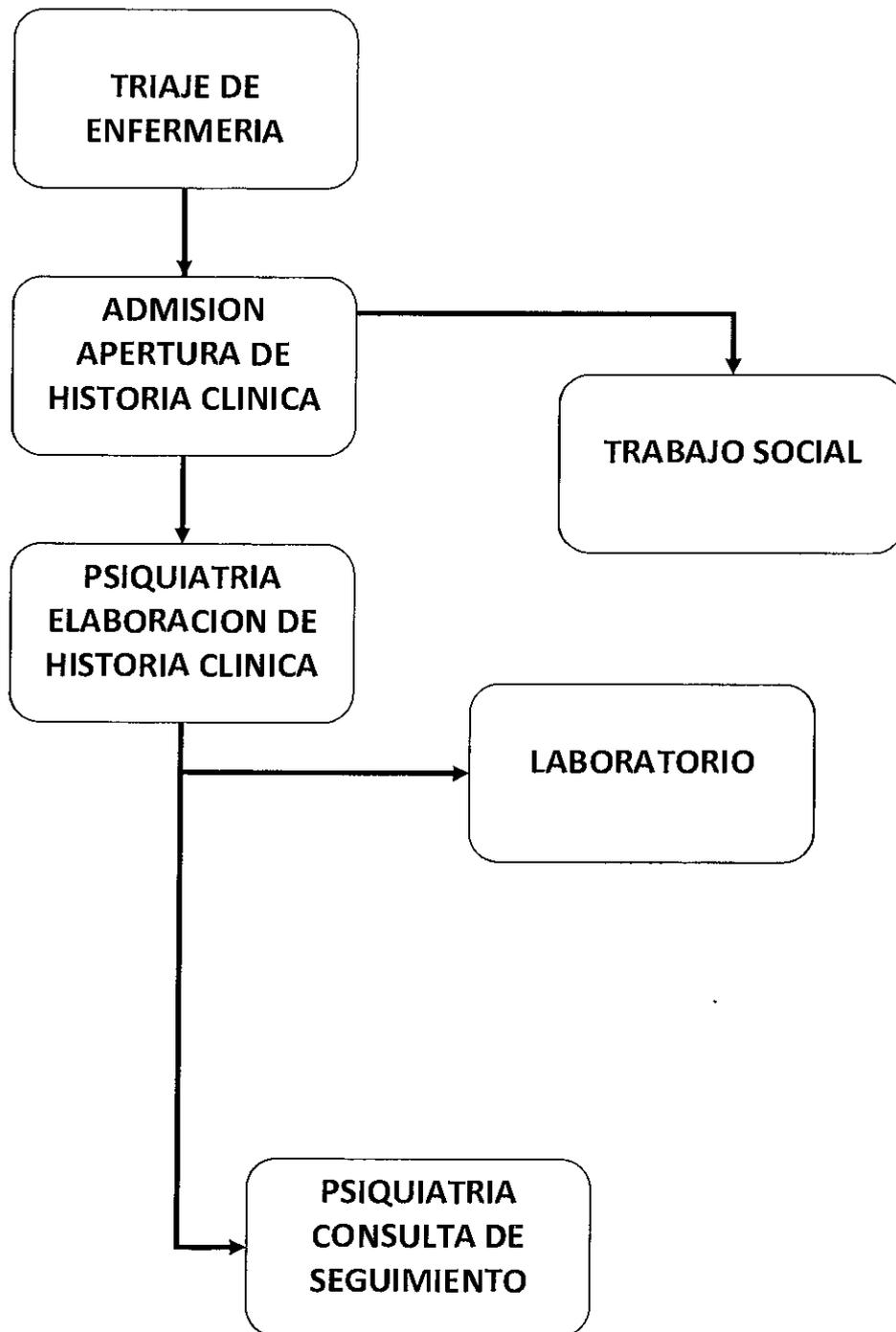


Bibliografía

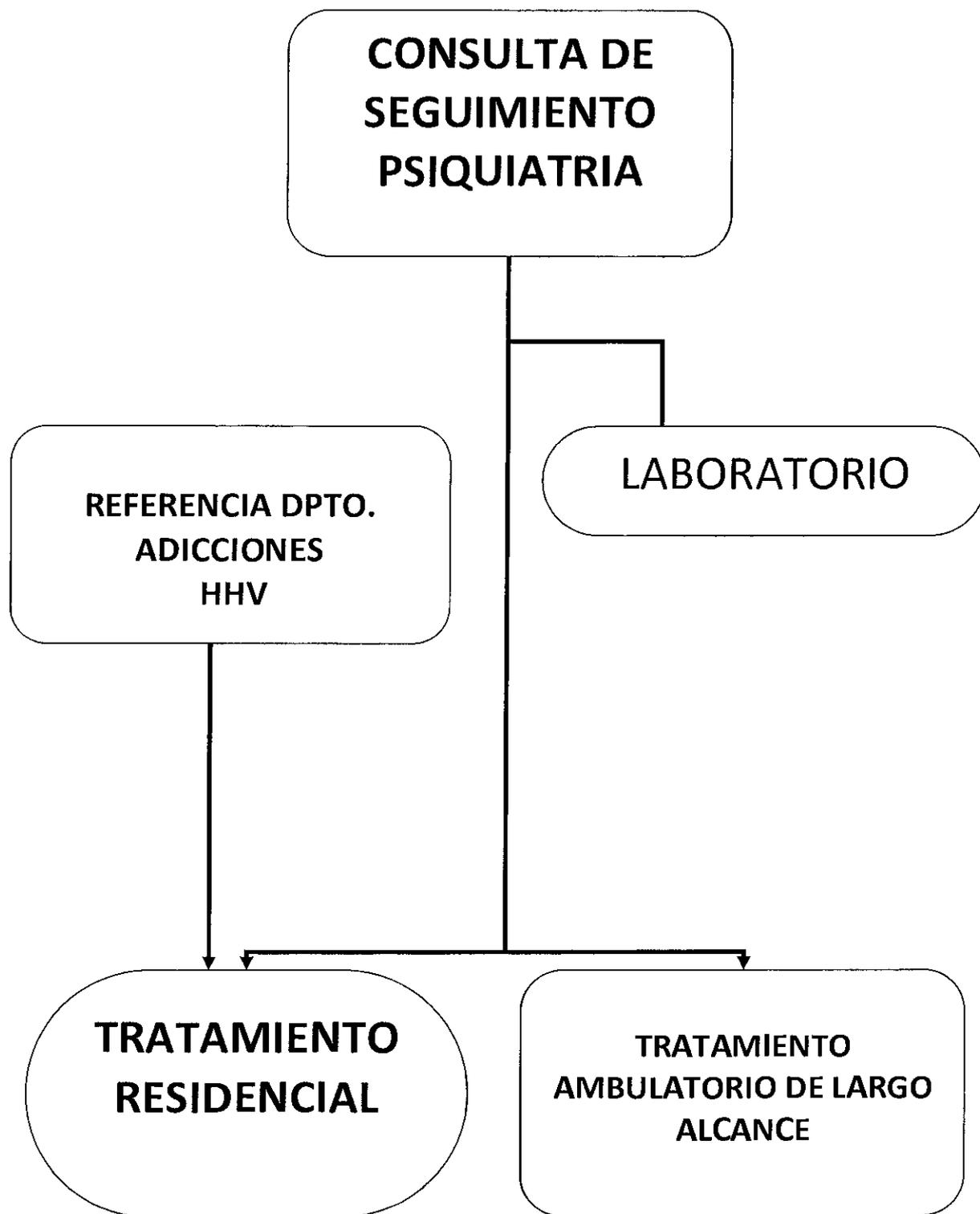
1. American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
2. Bernstein, D y Nietzel, M. Introducción a la Psicología Clínica. México: McGraw-Hill/ Interamericana; 1989.
3. Buela-Casal, G y Sierra JC. Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Madrid: Biblioteca Nueva; 2001.
4. Castro L., Dueñas A. Aspectos Terapéuticos en la Comunidad Terapéutica. En: Contradrogas (editor). Capacitación para Comunidades Terapéuticas. 1999.
5. Cody Murphy B. Interviewing in action. Process and practice; 1998.
6. Crespo López, M y Larroy García, C. Técnicas de Modificación de Conducta. Madrid: Dykinson; 1998.
7. Fernández Ballesteros, R y Carrobes. Evaluación Conductual; 1987.
8. Goldfried, M.R. Técnicas terapéuticas conductistas. Barcelona: Paidós; 1981.
9. Goldstein, A. Psychological practitioner guidebooks behavioral family Intevention; 1993.
10. Labrador, F; Cruzado, J y Muñoz, M. Manual de técnicas de Modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide; 1997.
11. Navarro R. Aproximación al Modelo Terapéutico Cognitivo Conductual. En: Contradrogas (Editor). Programa de Capacitación Para Comunidades Terapéuticas. Lima. pág. 203 - 26. 1999.
12. Navarro R. Aspectos Terapéuticos Generales. En: Contradrogas (Editor). Programa de Capacitación Para Comunidades Terapéuticas. Lima pág. 185-200. 1999.
13. Navarro R. Evaluación de la Adicción a la Cocaína, Cannabis y Heroína. En: Buela Casal G., Caballo VE., Sierra CJ. (editores) Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI de España Editores, S.A. Págs. 483-509. Madrid. 1996.
14. Navarro R. Farmacodependencia en: Perales A., Zambrano, M., Vazquez-Caicedo G., Mendoza A. (Editores) Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo" Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 1991.
15. Phares, J. Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Prácticas. México: Manual Moderno; 1999.
16. Pipes, R Y Davenport, D Introduction To Psychotherapy. New Yersey: Prentice Hall; 1990.
17. Shawn, C y Shea. Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding. Philadelphia: Saunders Company; 1988.
18. Sundell, M y Stone S. Modificación de Conducta Humana. México: Limusa; 1990.
19. Vance Hall, R. El manejo de la conducta. El modelo de enseñanza responsiva. USA: H and H Enterprises, Inc; 1973.



FLUJOGRAMA DE ATENCION DEL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA

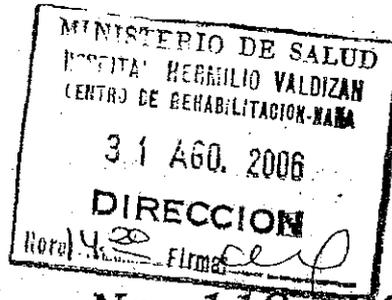


FLUJOGRAMA DE ATENCION DEL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA



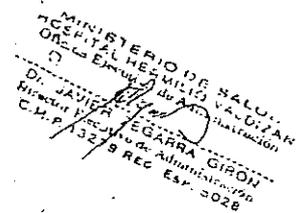


HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
Dirección General



Nro. 119 -DG/HHV-2006

RESOLUCION DIRECTORAL



Santa Anita, 02 de Mayo del 2006.

Visto el Memorando Nro.065 -OEPE-HHV-2006, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Hermilio Valdizan;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial Nro. 371-2003-SA/DM, se aprobó la Directiva Nro. 007-MINSA/OGPE-V.01, Directiva para la formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional;

Que, según las Disposiciones Específicas, punto 5.1. de la Directiva Nro. 007-MINSA/OGPE-V.01, se establece la secuencia de la formulación de los documentos técnicos Normativos de Gestión en las Unidades Orgánicas del Ministerio de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial Nro. 797-2003-SA/DM, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones (ROF), así como también el Cuadro para Asignación de Personal (CAP) del Hospital Hermilio Valdizan, documentos que se encuentran vigente a la fecha;

Que, mediante documento de vistos la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital, comunica que en cumplimiento de lo establecido en el punto 5.5.6 de la Directiva Nro. 007-MINSA/OGPE-V.01, se ha procedido a elaborar los Manuales de Organización y Funciones del Órgano de Dirección, Órgano de Control y Órganos de Asesoramiento del Hospital Hermilio Valdizan, documentos que cuentan con la opinión técnica favorable de la Unidad de Organización, por lo que solicita la aprobación correspondiente mediante Resolución Directoral;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Nro. 27657 Ley del Ministerio de Salud, Decreto Legislativo Nro. 276, Decreto Supremo Nro. 005-PCM, Decreto Supremo Nro. 013-2002-SA, Decreto Supremo Nro. 014-2002-SA, Resolución Ministerial Nro. 371-2003-SA/DM y Resolución Ministerial 797-2003-SA/DM;



000004
58

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DIRECCION GENERAL
CARGO
08 SET. 2006
DE PARTES
Hora 9:50 Fin

INFORME N° 008-D-CRN-HHV-2006

DE : DR RAFAEL NAVARRO CUEVA
DIRECTOR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN NAÑA

A : DR FRANCISCO BRAVO ALVA
DIRECTOR EJECUTIVO HOSPITAL VALDIZÁN

ASUNTO : OPINIÓN ACERCA DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES
REHABILITACIÓN NAÑA

FECHA : NAÑA 06 DE SETIEMBRE DEL 2006

Le saludo cordialmente y a la vez comunicamos que con fecha 22 de Agosto del presente en reunión con el Sr. Alberto Rivera Acevedo, trabajador de la oficina de Planeamiento Estratégico del HHV, se analiza en detalle la información que consta en el MOF del CRN, además en concordancia con la RD Nro.119- DG/HHV-2006 artículo 4 alcanzamos a Ud. Las siguientes conclusiones.

- a. Reconocer la pertinencia del MOF enviado en lo referente al trabajo con los indicadores del CRN, llevados a cabo con el Dr. Quintana meses atrás.
- b. Se han encontrado algunas imprecisiones en la redacción del MOF, tanto en la forma como en el contenido del mismo principalmente a nivel de las relaciones de cargo y funciones específicas de los trabajadores que no fueron trabajadas durante la elaboración del manual con el personal de los diferentes servicios del CRN.

A continuación procedemos a puntualizar los errores encontrados.

1. Pag 9 del MOF: se consigna en el Cuadro Orgánico de Cargos en el cargo clasificado de Director de programa Sectorial I, al Jefe de Departamento con una situación del cargo como sin presupuesto, siendo en su lugar presupuestado el cargo clasificado como médico IV , plaza que nunca fue ocupada en el CRN.
2. Pag 11 del MOF en las Funciones Específicas de Director de Programa Sectorial I, a nivel del ítem 4.14 dice "Fortalecer el programa de desintoxicación en la comunidad" debe decir "Fortalecer el programa de desintoxicación en consulta externa".

En la misma página se acuerda agregar el ítem 4.21 que debiera decir "Planificar, elaborar, ejecutar y/o coordinar programas de investigación y docencia".



0000029
JESAJUA
57

3. Pag 16 del MOF respecto al cargo de Médico I , en las relaciones del cargo dice "Relación de dependencia del Director del Centro de Rehabilitación de Ñaña" debiera decir "Del Director del Centro de Rehabilitación de Ñaña y del Médico IV".

En la misma página se acuerda agregar la función específica 4.2 que debiera decir "Desarrollar psicoterapia aplicando el programa cognitivo conductual en pacientes bajo tratamiento residencial y ambulatorio". Asimismo agregar como función adicional "Participar en programas de Investigación y Docencia".

4. Pag 17 del MOF respecto al cargo Psicólogo I . En lo referente a la Función Básica debiera decir "Ejecutar evaluaciones, análisis y tratamiento psicoterapéutico de los pacientes del CRÑ" A nivel de las Funciones Específicas del Cargo se debieran modificar de la siguiente manera:

4.1 "Realizar la evaluación y diagnóstico psicológico mediante los instrumentos específicos a los residentes de la Comunidad Terapéutica así como a los pacientes en tratamiento ambulatorio".

4.2 "Realizar tratamiento psicoterapéutico cognitivo conductual".

4.3 "Participar en programas de investigación y docencia"

4.4 "Monitorear el proceso terapéutico con los instrumentos pertinentes y con la retroalimentación del comportamiento oportuno a los niveles correspondientes".

4.5 "Participar en los programas de capacitación del Centro"

4.6 "Informar al los residentes sobre el programa de tratamiento"

4.7 "Participar de otras funciones que le asigne la jefatura".

5. Pag 18 en el cargo de Enfermera II, en el punto referido a las relaciones del cargo, sobre la relación de dependencia debiera decir "Con el Director del CRÑ".

6. Pag 20 en el cargo de Enfermera II, en el punto referido a la Función Básica debiera decir "Supervisión y ejecución de actividades de enfermería en el CRÑ en hospitalización y consulta externa".

En la misma página a nivel de la Relación de Dependencia debiera decir "Con el Director del CRÑ".

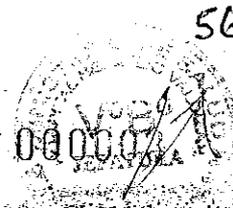
En la misma página, a nivel de las funciones específicas del cargo item 4.12 debiera decir "Participar en los programas de Capacitación".

7. Pag. 22 en el cargo de Enfermera I a nivel de la Relación de Dependencia debiera decir "Con el Director del CRÑ y Enfermera II".

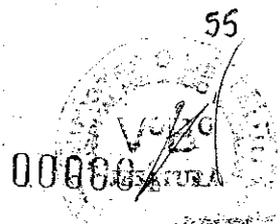
8. Pag 23, en el cargo de Asistente Social I, a nivel de la relaciones del cargo, en el punto referido a las Relaciones de Coordinación debiera decir "Con el equipo terapéutico del CRÑ, enfermería y con otras instituciones cuando sea necesario".

En la misma página en lo referido a la Relación de Dependencia debiera decir "Con el Director del CRÑ".

En la página 24 del mismo cargo a nivel de Requisitos Mínimos de Capacitación debiera decir "En Terapia Cognitivo Conductual, Dependencia a Drogas y Áreas relacionadas".



9. Pag 25 en el cargo de Asistente en Servicio de Salud I a nivel de Requisitos Mínimos para el cargo en el punto referente a Educación debería decir solo "Grado académico de Bachiller Universitario"
10. Pag 27 en el cargo de Técnico de Enfermería II a nivel de las Funciones Específicas en el punto 4.12 se debe corregir el error que dice "Participar en las sesiones, comidas en cumplimiento de las normas respectivas" debiera decir "Participar en las sesiones encomendadas en cumplimiento de las normas respectivas".
11. Pag 31 en el cargo de chofer III a nivel de las Relaciones del Cargo y Relaciones de Dependencia debiera decir "Depende del Director del CRÑ".
12. Pag 32 en el cargo de Técnico Administrativo II a nivel de las Funciones Específicas en el Item 4.1 debiera decir "Programar, organizar, controlar y evaluar las actividades técnico administrativas". En el item 4.2 debiera decir "Participar en la Programación y Evaluación de actividades del centro en coordinación con el Especialista Administrativo I"
13. Pag 34 del cargo Técnico de Enfermería I a nivel de sus Funciones Específicas en el Item 4.13 dice "Participar en las sesiones, comidas en cumplimiento de las normas respectivas" debiera decir "Participar en las sesiones encomendadas en cumplimiento de las normas respectivas"
14. Pag 36 del cargo Terapeuta I a nivel de las Relaciones del Cargo debiera decir "Con el director del CRÑ y Encargado del Equipo de Trabajo de Terapia Ocupacional".
15. Pag 37 del cargo Técnico de Transporte I, a nivel de Relaciones del Cargo debiera decir "Depende del Director del Centro de Rehabilitación de Naña".
16. Pag 38 del cargo Técnico Administrativo I, a nivel de las Funciones Específicas en el Item 4.7 debiera decir "Presentar mensualmente el informe sobre el estado de cuentas y saldos respectivos de los residentes hospitalizados a la oficina de Economía del HHV, con copia a la Dirección del Centro y Oficina Administrativa del Centro".
17. Pag 41 del cargo Técnico Administrativo I, a nivel de las Relaciones del Cargo debiera decir "Del Especialista Administrativo I".
18. Pag 44 del cargo Técnico Agropecuario I, a nivel de las Relaciones el Cargo debiera decir "Del director del CRÑ y Encargado de terapia Ocupacional"
19. Pag 47 del cargo Supervisor de Conservación de Servicios, a nivel de las Relaciones del Cargo en el punto de Relación de Dependencia debiera decir "Depende del Director del CRÑ".
20. Pag 48 del cargo Auxiliar de Enfermería I, a nivel de las Funciones Específicas debe suprimirse el Item 4.2 que va en contra de las normas del programa y a nivel del Item 4.3 debiera decir "supervisar la limpieza del ambiente"
21. Pag 49 del cargo Auxiliar de Nutrición I, en el punto referido a las Relaciones de Dependencia debiera decir "Del Director del CRÑ y encargada de nutrición del CRÑ".



22. Pag 51 del cargo Auxiliar Agropecuario I, en el punto referido a las Relaciones del Cargo, sobre la relación de dependencia debiera decir "Del encargado de servicios generales y mantenimiento del CRÑ"

Finalmente la concretización de estos cambios que corresponden a las funciones reales de nuestro personal, estamos seguros repercutirá positivamente en el funcionamiento del Centro de Rehabilitación, en mejorar las coordinaciones con el HHV y finalmente contribuirá con el prestigio de nuestro hospital.

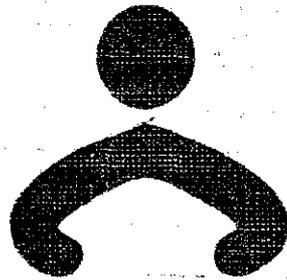
Atentamente;

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
CENTRO DE REHABILITACIÓN DE NAÑA


DR. RAFAEL NAVARRO CUEVA
C. M. P. N.º 4598



000005



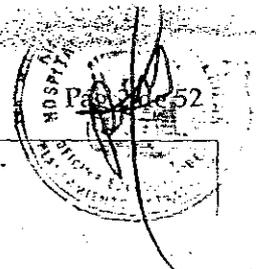
Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES

DEL HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"
SANTA ANITA.

2006





Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Ñaña.

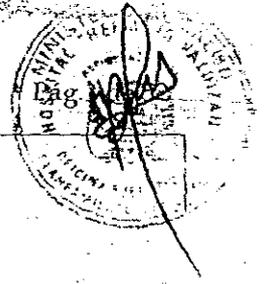
INDICE

PAG.

PITULO I OBJETIVO Y ALCANCE DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES.	3
PITULO II BASE LEGAL.	4
PITULO III CRITERIOS DE DISEÑO.	5 - 6
PITULO IV ESTRUCTURA ORGANICA, ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL Y ORGANIGRAMA FUNCIONAL	
4.1 Estructura Orgánica	7
4.2 Organigrama Estructural	7
4.3 Organigrama Funcional	8
PITULO V CUADRO ORGANICO DE LOS CARGOS DEL CENTRO DE REHABILITACION DE ÑAÑA	9
PITULO VI DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES DE LOS CARGOS DEL CENTRO DE REHABILITACION DE ÑAÑA	10-51
DIRECTORIO	52



000007



CAPITULO I: OBJETIVO Y ALCANCE DEL MANUAL DE ORGANIZACION Y FUNCIONES.

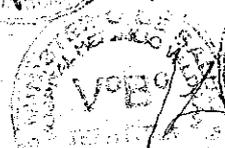
OBJETIVO DEL MANUAL

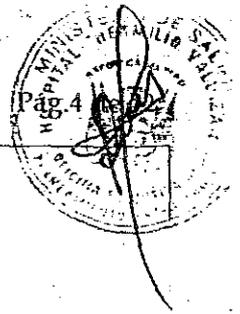
El Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Ñaña del Hospital "Hermilio Valdizán", es un documento técnico normativo de gestión que tiene los siguientes objetivos:

- 1.1. Definir y establecer las responsabilidades, atribuciones, funciones, relaciones internas y externas y los requisitos de los cargos establecidos en el Cuadro para Asignación de Personal y contribuir al cumplimiento de los objetivos funcionales establecidos en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán.
- 1.2. Facilitar el desarrollo de las funciones operativas y administrativas, así como la coordinación y la comunicación de todos sus integrantes, eliminando la duplicidad de esfuerzos, confusión e incertidumbre para el cumplimiento de las funciones asignadas a los cargos o puestos de trabajo.
- 1.3. Servir como instrumento de comunicación y medio de capacitación e información para entrenar, capacitar y orientar permanentemente al personal.
- 1.4. Establecer las bases para mantener un efectivo sistema de control interno y facilitar el control de las tareas delegadas.

2. ALCANCE

El presente Manual de Organización y Funciones es de aplicación obligatoria en las áreas comprendidas en la estructura orgánica del Centro de Rehabilitación de Ñaña del Hospital "Hermilio Valdizán".





CAPITULO II: BASE LEGAL

- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27658 - Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado
- Decreto Legislativo N° 276 - Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA. – Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 005-90-PCM – Reglamento de la Ley de Carrera Administrativa.
- Resolución Ministerial N° 371-2003-SA/DM – Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPE- V.01: "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional"
- Resolución Ministerial N° 616-2003-SA/DM – Aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales
- Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/ DM que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán." del 09-07-2003.
- Resolución Ministerial N°797-2003/ que aprueba el Cuadro de Asignación de Personal del Hospital "Hermilio Valdizán" del 09-07-2003.
- Decreto Supremo N° 023-2005- SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud



CAPITULO III: CRITERIOS DE DISEÑO

Para el desarrollo del presente Manual se han aplicado los criterios que a continuación se mencionan:

3.1 Eficacia y Eficiencia

La eficacia expresada como la capacidad de los directivos y servidores para alcanzar las metas y resultados planificados, por lo cual las funciones se deben distribuir adecuadamente, asegurando el cumplimiento de los objetivos funcionales, aprovechando al máximo los recursos disponibles y estableciendo funciones que aseguren la evaluación de los resultados.

La eficiencia para producir el máximo resultado con el mínimo de recursos, esfuerzo y tiempo. Se busca la mayor eficiencia en la utilización de los recursos, por lo tanto se debe eliminar la duplicidad o superposición de funciones y atribuciones entre funcionarios y servidores.

3.2 Racionalidad

Las funciones deben diseñarse o rediseñarse con el fin de obtener el máximo de efectividad con el menor costo posible.

3.3 Unidad de Mando

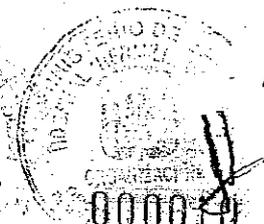
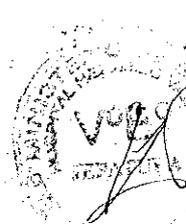
Todo cargo dependerá jerárquicamente de un solo superior.

3.4 Autoridad y responsabilidad

Definición clara de las líneas de autoridad, así como los niveles de mando y responsabilidad funcional, para que los cargos de nivel superior puedan delegar autoridad necesaria en los niveles inferiores y se puedan adoptar decisiones según las responsabilidades asignadas.

Las responsabilidades deben ser claramente definidas, para que no exista el riesgo que pueda ser evadida o excedida por algún funcionario o servidor.

La delegación de la responsabilidad debe tener un medio efectivo de control, para establecer el cumplimiento de las funciones y tareas asignadas. Por su parte, todo empleado debe estar obligado a informar a su superior sobre las tareas ejecutadas y los resultados obtenidos, en función a lo que espera lograr.





3.5 Segregación de Funciones

Las funciones y tareas de los servidores deben ser definidas y limitadas de modo que exista independencia y separación entre funciones incompatibles que, entre otras, son: autorización, ejecución, registro, custodia de fondos, valores y bienes, y control de las operaciones, debiendo distribuirse a varios cargos evitando que todos los aspectos fundamentales de una transacción u operación se concentren en manos de una sola persona o unidad operativa, dado que por tratarse de funciones incompatibles, existe un alto riesgo de que pueda incurrirse en errores, despilfarros, actos irregulares o ilícitos.

3.6 Sistematización

Las funciones y tareas forman parte de sistemas, procesos, sub procesos ó actividades.

Las funciones deben tener un fin, es decir definirse en base a cumplimiento de los objetivos funcionales centrados en el usuario y estar interrelacionadas.

3.7 Trabajo en Equipo

La conformación de equipos de trabajo, para simplificar y flexibilizar la organización, acortando y agilizando la cadena de mando y facilitando preferentemente la ubicación en esos niveles a personal profesional, para disminuir costos al requerirse menos cargos jefaturales, así como facilitar la coordinación horizontal y las comunicaciones directas, reduciendo el papeleo y la formalidad burocrática.

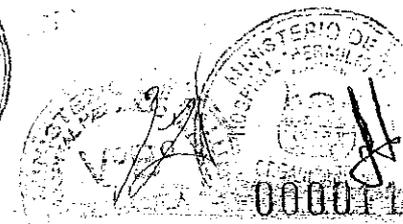
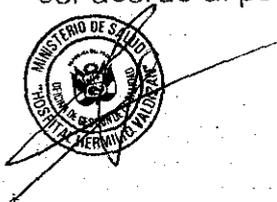
3.8 Mejoramiento Continuo

Actividad recurrente que permite el cambio e innovación en la organización para lograr mejoras significativas en la atención de las necesidades de los usuarios externos e internos.

3.9 Formulación, elaboración y actualización del Manual de Organización y Funciones

El diseño específico de las funciones de los cargos se articula a los objetivos definidos en el proceso de planeamiento estratégico y los objetivos funcionales del Reglamento de Organización y Funciones, para el uso eficiente de los recursos humanos, materiales y financieros.

La organización es dinámica y el Manual de Organización y Funciones debe actualizarse permanentemente cuidando de mantener el equilibrio, flexibilidad y ser acorde al perfil del cargo o puesto de trabajo.



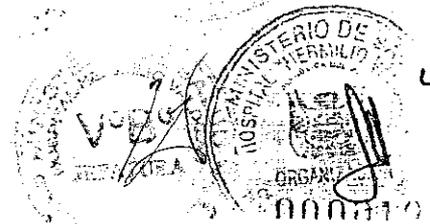
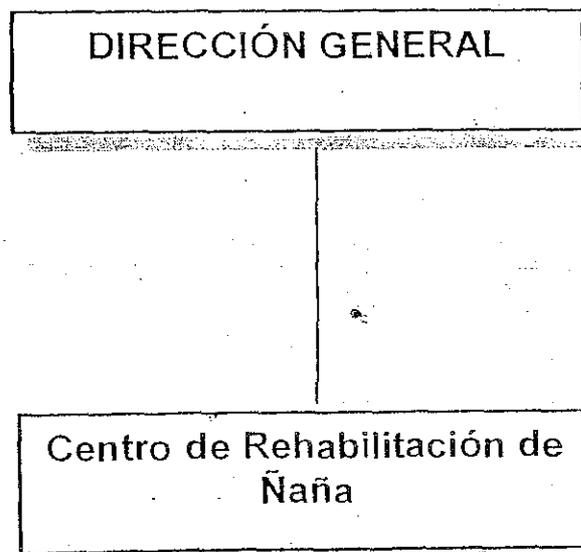


CAPITULO IV: ESTRUCTURA ORGANICA, ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL Y ORGANIGRAMA FUNCIONAL.

1. Estructura Orgánica

El Centro de Rehabilitación de Naña es la unidad orgánica encargada de la prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación de fármaco dependientes, depende de la Dirección General del Hospital "Herminio Valdizán".

1.2. Organigrama Estructural:





DIRECTOR DE PROGRAMA SECTORIAL I

SECRETARIA IV

EQUIPO DE TRABAJO
 ADMINISTRACION

- 1. Esp. Adm. I
- 2. Tec Adm. II
- 3. Tec. Adm. II
- 4. Tec. Adm. I
- 5. Tec. Adm. I
- 6. Tec Adm. I
- 7. Supervisor de conservación y servicios
- 8. Técnico Transporte I
- 9. Técnico Agropecuario I
- 10. Auxiliar Agro I
- 11. 406 Trabajador Servicio I
- 12. Chofer III

E.T
 Enfermera

E.T
 Hospitalización Y
 Psicoterapia

E.T
 Terapia Ocupación

- 1. Enfermera II
- 2. 375. Tec. Sanitario I
- 3. 369. Enfermera I
- 3. Auxiliar Enfermería I

- 353. Medico IV
- 358. Psicólogo
- 370. Asistente Social
- 366. Enfermera
- 355. Medico I
- 373. Tec Enfermería
- 371. Asistente de Servicio I

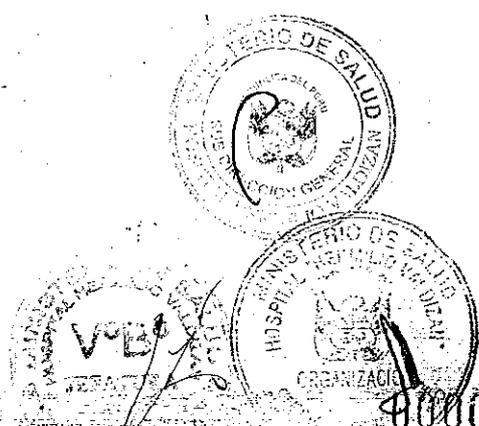
- 359-364. Psicólogo I
- 401. Auxiliar Educación
- 389. Terapista
- 394. Tec. Nutrición I
- 404. Auxiliar Nutrición I
- 395-398 Artesano I



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

CAPITULO V: CUADRO ORGANICO DE CARGOS

N° DE ORDEN	CARGOS CLASIFICADOS		CARGOS ESTRUCTURALES	TOTAL NECESARIO	SITUACION DEL CARGO	
	NOMENCLATURA	CODIGO			P	S/P
	CENTRO DE REHABILITACION DE NAÑA					
352	Director de Programa Sectorial I	D3-05-290-1	Jefe de Departamento	1		1
353	Médico IV	P6-50-525-4		1	1	
354	Especialista Administrativo I	P3-05-338-1		1		1
355 : 357	Médico I	P3-50-525-1		3		3
358 : 364	Psicólogo I	P3-55-640-1		7	4	3
365 : 366	Enfermera II	P4-50-325-2		2	2	
367 : 369	Enfermera I	P3-50-325-1		3		3
370	Asistente Social I	P3-55-078-1		1	1	
371	Asistente en Servicio de Salud I	P1-50-076-1		1	1	
372	Técnico Administrativo III	T5-05-707-3		1	1	
373	Técnico en Enfermería II	T5-50-757-2		1		1
374 : 375	Técnico Sanitario I	T5-50-845-1		2	2	
376	Chofer III	T4-60-245-3		1		1
377	Técnico Administrativo II	T4-05-707-2		1	1	
378 : 388	Técnico en Enfermería I	T4-50-757-1		11	11	
389	Terapeuta I	T4-50-855-1		1	1	
390	Técnico en Transporte I	T4-60-830-1		1	1	
391 : 393	Técnico Administrativo I	T3-05-707-1		3	1	2
394	Técnico en Nutrición I	T3-50-797-1		1	1	
395 : 398	Artesano I	T2-30-060-1		4	4	
399	Técnico Agropecuario I	T2-45-715-1		1		1
400	Secretaria II	T2-05-675-2		1		1
401	Auxiliar de Educación I	A4-25-115-1		1	1	
402	Supervisor de Conservación y Servicios I	A4-05-690-1		1	1	
403	Auxiliar de Enfermería I	A3-50-125-1		1	1	
404	Auxiliar de Nutrición I	A2-50-145-1		1	1	
405 : 406	Trabajador de Servicio I	A1-05-870-1		2	2	
407	Auxiliar de Agropecuaria I	A1-45-085-1		1	1	
	SUB TOTAL			56	39	17



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Ñaña.

CAPITULO VI : DESCRIPCIÓN DE LOS CARGOS DEL CENTRO DE REHABILITACION DE ÑAÑA

 <p>Ministerio de Salud Personas que aprenden a vivir mejor</p>			
Versión : 1.0		Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo	
UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Ñaña			
CARGO CLASIFICADO: Director de Programa Sectorial I	Nº DE CARGOS	1	CODIGO CORRELATIVO: 352.
CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: D3-05-290-1			

1. FUNCION BASICA

Dirigir y Coordinar actividades técnicas – administrativas – de línea asignados para el CRÑ del Hospital Hermilio Valdizán.

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Autoridad:
Supervisa al Personal profesional y técnico

Relación de Coordinación:
Con todo el Personal del CRÑ

Relación de Dependencia:
Depende del Director General del Hospital Hermilio Valdizán

2.2 Relaciones externas :

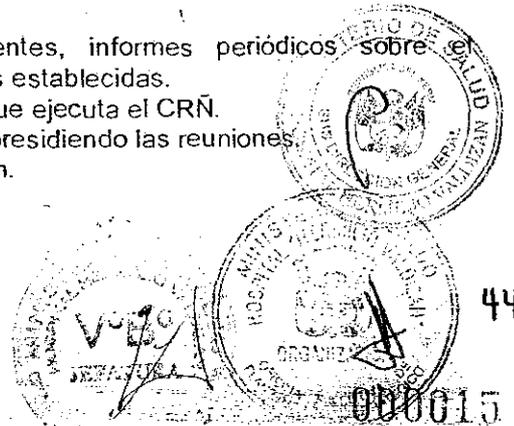
Con Minsa, Disa IV Lima Este.

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Responsable del Centro de Rehabilitación de Ñaña.

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Planificar, programar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las actividades técnico-administrativo.
- 4.2 Desarrollar la rehabilitación del residente farmacodependiente.
- 4.3 Cumplir y hacer cumplir la políticas y normas del centro.
- 4.4 Analizar y establecer las metas de acción del CRÑ.
- 4.5 Formular y presentar el cuadro de necesidades del Centro al Hospital Hermilio Valdizán, asumiendo la responsabilidad en el control del cumplimiento de su ejecución.
- 4.6 Velar para que el centro aporte la más alta calidad de servicio en rehabilitación de pacientes farmacodependientes.
- 4.7 Preparar y elevar a los órganos superiores correspondientes, informes periódicos sobre el funcionamiento y rendimiento del CRÑ., de acuerdo a las normas establecidas.
- 4.8 Participar en la formulación de los Programas de Salud Mental que ejecuta el CRÑ.
- 4.9 Asistir y participar de las reuniones del Comité Técnico Asesor, presidiendo las reuniones.
- 4.10 Coordinar con la Dirección General del Hospital Hermilio Valdizán.



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

- 4.11 Monitorear y evaluar los indicadores del programa del CRN.
- 4.12 Elaborar, Ejecutar, programar y monitorear la Reinserción social de los residentes.
- 4.13 Coordinar con la Dirección General del Hospital el equipamiento y mejora de los ambientes de consulta externa.
- 4.14 Fortalecer el programa de desintoxicación en la comunidad.
- 4.15 Gestionar y Coordinar reuniones de capacitaciones con las entidades correspondientes.
- 4.16 Reportar al Hospital el cumplimiento de las metas asignadas
- 4.17 Crear, mantener y actualizar los protocolos, reglamentos y procedimientos del Centro para proponer su aprobación de parte de la Dirección General del Hospital Hermilio Valdizán
- 4.18 Proponer a la Dirección General del Hospital Hermilio Valdizán las modificaciones a los protocolos, reglamentos y procedimientos.
- 4.19 Contribuir en la formulación y cumplimiento de las normas y procedimientos de los residentes y familias.
- 4.20 Coordinar con el comité de bioseguridad del Hospital.
- 4.21 Otras funciones que le asigne la Dirección General del Hospital Hermilio Valdizán

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

Médico Psiquiatra: Dr. En Medicina

5.2 CAPACITACION

En Administración Hospitalaria y Entrenamiento en Fármaco dependencia.

5.3 EXPERIENCIA

Tener 10 Años en el área de Fármaco dependencia
En docencia por lo menos 10 años

5.4 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación universitaria experiencia.

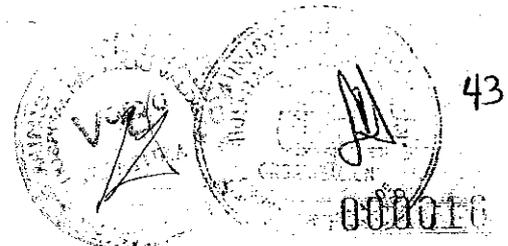
APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD N° 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02 / 06 / 2006





MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "HERMILO VALDIZAN"

N° 034-02-~~SA-141-87-SA-P~~ LE-DE-DA-OP-HOSPITAL

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "HERMILO VALDIZAN"
UNIDAD DE PERSONAL

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "HERMILO VALDIZAN"
Dra. Lidia Chávez Durán
DIRECTORA ADMINISTRATIVA
C.M.P. 126-77

Sofia Mendoza Julián
Jefe de la Unidad de Personal

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Santa Anita, 15 de febrero del 2002.

Visto el Oficio N° 008-DE-HHV-2001;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo 74° del Decreto Supremo N° 005-90-PCM Reglamento del Decreto Legislativo 276 - Ley de Bases de la Carrera Administrativa y Remuneraciones del Sector Público Nacional, establecen las condiciones para la Asignación de Funciones al personal de la Administración Pública;

Que, con Oficio N° 008-DE-HHV-2001 de fecha 02 de Enero del 2001 la Directora Ejecutiva del Hospital "Hermilio Valdizán" ratifica como Director del Centro de Rehabilitación de Ñaña al Dr. Rafael Navarro Cueva a partir de la fecha antes indicada, haciéndose necesaria la expedición de la Resolución correspondiente;

En uso de las facultades conferidas mediante la Resolución Ministerial N° 141-87-SA-P y la Resolución Ministerial N° 239-90-SA/P;

Estando a lo propuesto por la Dirección Ejecutiva del Hospital "Hermilio Valdizán";

SE RESUELVE:

1. Ratificar en vía de regularización a partir del 02 de Enero del 2001 en las funciones de Director del Centro de Rehabilitación de Ñaña al Dr. Rafael Orlando NAVARRO CUEVA, Médico Psiquiatra, Nivel 5°, Código 054079 de la Cadena Funcional Programática 14 064 0123 00540 0703 00001 0133 0023, por los motivos expuestos en la parte consideratiya de la presente Resolución.

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
"HOSPITAL HERMILO VALDIZAN"

Dra. Amelia Arias Albino
DIRECTORA EJECUTIVA
C.M.P. 1497

AAA/EC-ED/SMI/PNC
Distribución:
D. Ejecutiva
D. Administrativa
Dr. Rafael Navarro
C.R. Ñaña
Legajo
Planificación
Control
Selección
Secretaría





MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"

N° 109-DE-HHV-2003

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Santa Anita, 10 de SETIEMBRE del 2003

CONSIDERANDO:

Que, por Decreto Legislativo N° 276 y su Reglamento Decreto Supremo N° 005-90-PCM en sus Artículos 146° y 147° y el Artículo 81° de la Resolución Ministerial N° 0132-92-SA-P, establecen las condiciones para otorgar menciones y distinciones a los méritos personales de los servidores públicos;

Que, el Director Ejecutivo del Hospital Hermilio Valdizán ha visto por conveniente otorgar distinción de Felicitación a cada uno de los servidores que colaboraron durante el período de su gestión desde el 09 de Mayo del 2002, con la responsabilidad y eficiencia que asumieron dentro de cada una de las Jefaturas de Departamento, Unidad ó Servicio que les fueron asignadas, haciéndose necesario emitir la resolución que oficialice dicho reconocimiento;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas mediante la R.M. N° 141-87-SA-P y la R.M. N° 239-90-SA/P;

SE RESUELVE :

1. AGRADECER y FELICITAR al servidor Dr. Rafael Orlando NAVARRO CUEVA en las funciones desempeñadas como Director del Centro de Rehabilitación de Ñaña del Hospital "Hermilio Valdizán" por los motivos expuestos en la parte considerativa de la presente resolución.
2. La presente Resolución formará parte del Legajo Personal del servidor enunciado, como Mérito.

Regístrese y Comuníquese,

D/pnc.
Distribución:
D. Ejecutiva
Interesado ✓
Legajo
Selección
Secretaría

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Dr. JAIMÉ JIMÉNEZ PÉREZ
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 13318



41
000018

Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Ñaña.

Ministerio de Salud PERSONAL DE ADMINISTRACIÓN			
Versión : 1.0		Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo	
UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Ñaña			
CARGO CLASIFICADO: Médico IV	Nº DE CARGOS	1	CODIGO CORRELATIVO: 353
CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: P6-50-525-4			

1. FUNCION BASICA

Supervisar y coordinar programas de salud mental para el Centro de Rehabilitación de Ñaña

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Coordinación:
 Con Director de Programa Sectorial I.

Relación de Dependencia:
 Del Director de Programa Sectorial I.

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Coordinador del Equipo de trabajo de Hospitalización y psicoterapia.

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Identificar, evaluar y diagnosticar el caso de pacientes a nivel individual y familiar.
- 4.2 Prescribir, Administrar y controlar el tratamiento farmacológico en función a la patología.
- 4.3 Decisión de la modalidad del tratamiento.
- 4.4 Ejecución de programas del CRÑ.
- 4.5 Ejecutar sesiones psicoterapéuticas grupales ambulatorias Paciente y familia.
- 4.6 Ejecutar sesiones psicoterapéuticas grupales residenciales Paciente y familia.
- 4.7 Seguimiento del paciente alta clínica.
- 4.8 Monitoreo y evaluar los indicadores el programa.
- 4.9 Elaborar, Ejecutar, programar y monitorear la Reinserción social.
- 4.10 Dirigir ejecutar y monitorear Reuniones de diálogos en grupos.
- 4.11 Capacitar al personal como agente terapeutas.
- 4.12 Realizar consultas externas a pacientes de ambos sexo.
- 4.13 Desintoxicar al paciente fármaco dependiente.
- 4.14 Orientación a pacientes ambulatorios, y residentes.
- 4.15 Terapias uni y multi Familiares.
- 4.16 Elaborar métodos de terapias para los padres de adictos Creación de un banco de información epidemiológica de los pacientes del CRÑ.
- 4.17 Creación y aplicación de instrumentos de medición y evaluación.
- 4.18 Estimular las capacitaciones internas.
- 4.19 Capacitar a personal de salud de diferentes instituciones nacionales e internacionales.
- 4.20 Creación, mantener y actualizar los protocolos, reglamentos y procedimientos para su aprobación.
- 4.21 Proponer modificaciones a los protocolos, reglamentos y procedimientos.
- 4.22 Contribuir en la formulación y cumplimiento de las normas y procedimientos de los residentes y familias.
- 4.23 Proponer modificaciones a nivel de d.C. Gestión.
- 4.24 Planificar, programar, dirigir, coordinar y evaluar al personal técnico.



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

Título profesional universitario de Médico Cirujano .

Capacidades, habilidades y actitudes

Capacitación en Administración Hospitalaria y entrenamiento en fármaco dependencia.

5.2 EXPERIENCIA

Experiencia en el área de Fármaco dependencia.

5.3 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación universitaria experiencia.

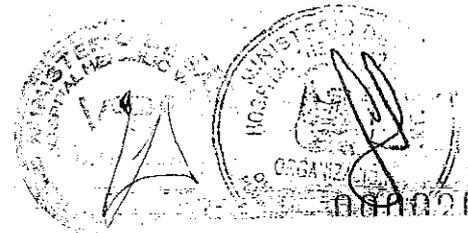
APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD N° 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02 / 06 / 2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Ñaña.

Versión : 1.0

Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Ñaña

CARGO CLASIFICADO: Especialista Administrativo I

N° DE CARGOS

1

CODIGO

CORRELATIVO:

CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: P3-05-338-1

354

1. FUNCION BASICA

Realizar actividades administrativas de apoyo al CRÑ

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Dependencia:

Del director del Centro y de la jefatura de personal del Hospital Herminio Valdizán

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguna

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Cumplir y hacer cumplir disposiciones Legales, Normas, y Reglamentos existentes sobre la administración de personal.
- 4.2 Programar, organizar y coordinar sus actividades.
- 4.3 Control diario del personal del centro.
- 4.4 Implementar y actualizar permanentemente el Registro del Personal del Centro.
- 4.5 Llenar la tarjeta de control de asistencia diaria-mensual-anual
- 4.6 Informar mensualmente la asistencia, faltas, tardanzas, permisos, descansos médico a la Jefatura de Personal del HHV.
- 4.7 Elaborar la programación de vacaciones del personal del centro.
- 4.8 Recepcionar los reportes de Portería de los tres turnos.
- 4.9 Dar a conocer las normas y cambios a todo el Personal.
- 4.10 Recepcionar las boletas de guardia hospitalaria para luego remitirlas al HHV.
- 4.11 Recepcionar boletas de cambio de turno, comisiones de servicio, permisos etc, etc.
- 4.12 Archivar los documentos clasificándolos.
- 4.13 Archivar la documentación de cada trabajador en su legajo.
- 4.14 Coordinar con la Oficina de Bienestar Social de Personal del HHV, las actividades a desarrollarse durante el año.
- 4.15 Participar en la elaboración del Plan Operativo Anual del CRÑ.
- 4.16 Coordinar con la Jefatura de Personal del HHV.
- 4.17 Coordinar con el Coordinadora Administrativa del centro.
- 4.18 Otros que le asigne la dirección del CRÑ y la oficina de personal del Hospital Herminio Valdizán



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACION

Bachiller universitario de administración

5.2 CAPACITACION

En el Area

5.3 EXPERIENCIA

Alguna experiencia en el Área laboral

5.4 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación con experiencia.

APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD N° 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02 / 06 / 2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

 <p>Ministerio de Salud Promover la salud y el bienestar</p>			
Versión: 1.0		Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo	
UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña			
CARGO CLASIFICADO: Médico I	Nº DE CARGOS	3	CODIGO CORRELATIVO: 355-357
CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: P3-50-525-1			

1. FUNCION BASICA

Supervisar, evaluar, ejecutar programas, actividades de Diagnóstico y asistencia médica en los pacientes fármaco-dependientes del CRÑ.

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Dependencia:

Del Director del Centro de Rehabilitación de Naña

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguna

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Diagnosticar dependencia a drogas y comorbilidad é instaurar tratamiento apropiado (psicofármaco lógico y/o psicoterapéutico).
- 4.2 Mantener al paciente en controles periódicos, para establecer modalidad de tratamiento, en nuestro caso internamiento en CRÑ. y/o transferencia a otros departamentos del hospital.
- 4.3 Diagnosticar motivación y soporte familiar del paciente.
- 4.4 Elaborar triaje en coordinación con Caja, Enfermería y Servicio Social.
- 4.5 Incentivar al paciente que asiste por 1era. vez a Consulta Externa adherencia al tratamiento.
- 4.6 Informar al paciente y familia sobre el programa.
- 4.7 Informar al paciente y su familia sobre adicción y sus consecuencias.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

Título de Médico Cirujano.

5.2 CAPACITACION

En la especialidad de psiquiatría.

5.3 EXPERIENCIA

Un mínimo de 5 años de experiencia en labor de tratamiento De fármaco dependiente.
Opcional: Maestría en Fármaco dependencia.

5.4 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación universitaria experiencia.

APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD Nº 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02/06/2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Ñaña.

 <p>Ministerio de Salud República del Ecuador</p>	
Versión : 1.0 Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo	
UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Ñaña	
CARGO CLASIFICADO: Psicólogo I	Nº DE CARGOS 1
CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: P3-55-640-1	CODIGO CORRELATIVO: 358

1. FUNCION BASICA

Ejecutar estudios, evaluaciones y análisis psicológicos de lo pacientes resistentes del CRÑ.

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Coordinación:

Con los médicos del equipo y del CRÑ

2.2 Relación de Dependencia:

Del Director del Centro

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguno.

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Realizar la evaluación psicológica. mediante pruebas específicas a los residentes y directamente en la comunidad.
- 4.2 Realizar investigación y participar en programas de docencia
- 4.3 Participar en diagnostico y evaluaciones de los residentes
- 4.4 Preparar estudios e investigaciones en lo referente a su especialidad
- 4.5 Elaborar informes de cada uno de los residentes para conocer sus comportamientos.
- 4.6 Asesorar y capacitar en temas de su especialidad.
- 4.7 Participar de otras funciones que le asigne la jefatura

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

Título profesional de Psicólogo

5.2 CAPACITACION

Capacitación en la especialidad

5.3 EXPERIENCIA

Alguna experiencia en labores de investigación Psicológica.

5.4 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación universitaria experiencia.

APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

Fecha: 02 / 06 / 2006

RD Nº 138-DG-HHV-2006





Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.



Versión : 1.0

Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña

CARGO CLASIFICADO: Enfermera II	Nº DE CARGOS	1	CODIGO CORRELATIVO: 365
CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: P4-50-325-2			

1: FUNCION BASICA

Supervisar el buen funcionamiento del equipo de enfermería.

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Coordinación:

Con los diferentes equipos de trabajos del CRÑ y departamento de Enfermería del Hospital Hermilio Valdizán

Relación de Dependencia:

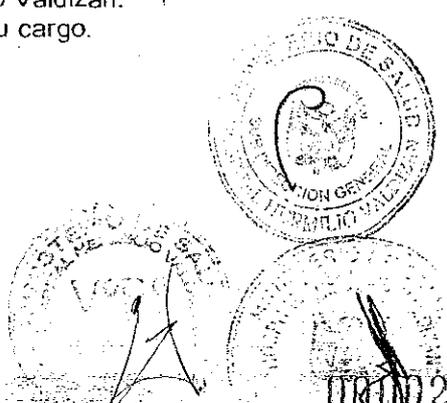
Con el director del CRÑ y jefatura del departamento de Enfermería del Hospital Hermilio Valdizán

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Encargado del Equipo de Trabajo de Enfermería

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Planificar, programar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las actividades Técnico Administrativo de Enfermería del Centro, garantizando la continuidad y calidad de la atención durante las 24 horas del día en coordinación con la Dirección del Centro.
- 4.2 Desarrollar un plan de acción que deberá ser seguido a corto y largo plazo, incluyendo objetivos, estrategias, procedimientos y directivas consideradas necesarias para lograr los objetivos, normas y programas de tratamiento establecidos para los pacientes internos y externos.
- 4.3 Formular la política que deberá ser observada por el personal de Enfermería definiendo los límites de acción.
- 4.4 Establecer medios y métodos de comunicación que contribuyan de manera eficiente a la toma de decisiones (reuniones, informes, entrevistas, registros).
- 4.5 Identificar las necesidades de atención de enfermería de la población a su cargo y establecer el plan de atención permanente.
- 4.6 Identificar las necesidades del servicio y solicitar la previsión correspondiente Requerimiento de personal y recursos materiales ante el departamento de Enfermería del Hospital Hermilio Valdizán.
- 4.7 Elaborar la Programación de turnos del Personal, cronograma vacacional y asignación de tareas.
- 4.8 Elaborar el Plan de Atención de Enfermería para la atención en Consulta Externa y seguimiento de caso.
- 4.9 Coordinar con el departamento de Enfermería del Hospital Hermilio Valdizán.
- 4.10 Evaluar los programas de trabajo y el desempeño del personal a su cargo.



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

- 4.11 Establecer criterios para la evaluación de la asistencia prestada al residente.
- 4.12 Desarrollar programas de investigación y docencia de la especialidad.
- 4.13 Favorecer a todo el personal de Enfermería la orientación, colaboración y asesoría que contribuyan para alcanzar los objetivos propuestos.
- 4.14 Integrar el Equipo multidisciplinario de Centro.
- 4.15 Coordinar la atención de Enfermería con la atención médica, psicológica y ocupacional.
- 4.16 Orientar y colaborar en los Programas de Educación en servicio para el personal del equipo de enfermería tendientes al perfeccionamiento, o introducción de nuevos Técnicos de Enfermería y a la mejora de los patrones de atención establecidas.
- 4.17 Cooperar con instituciones de enseñanza e investigación en el área de enfermería.
- 4.18 Apoyar en las actividades de mayor complejidad en el área asistencial.
- 4.19 Elaborar y mantener actualizado los Manuales de Organización y Funciones Procedimientos y Reglamentos para proponer su apreciación ante la Dirección General del Hospital Hermilio Valdizán.
- 4.20 Otros inherentes al cargo que le asigne su jefe inmediato.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACION

Título Profesional de Enfermería. registrado en el CEP.

5.2 CAPACITACION

Administración, Supervisión de Personal y Gerencia Hospitalaria.

5.3 EXPERIENCIA

Cinco años en Administración del Servicio de Enfermería.

Cinco años de experiencia en la especialidad.

5.4 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación universitaria experiencia.

APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD N° 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02 / 06 / 2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0 Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña

CARGO CLASIFICADO: Enfermera II	Nº DE CARGOS	1	CODIGO CORRELATIVO: 366
CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: P4-50-325-2			

1. FUNCION BASICA

Supervisión y ejecutar actividades de enfermería en el CRN y para su hospitalización de los residentes

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Coordinación:

Con los equipos de trabajo del CRN

Relación de Dependencia:

Con el director del CRN y del departamento de Enfermería del Hospital Hermilio Valdizán.

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguna

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Dirigir y Ejecutar el plan de atención de enfermería en el área de Hospitalización, Seguimiento y Consultorio Externo.
- 4.2 Contribuir con el Médico y Psicoterapeutas en la aplicación de técnicas y administración de tratamiento de la Especialidad.
- 4.3 Determinar acciones de Enfermería dirigidos hacia la modificación del comportamiento del residente en cada una de las áreas comportamentales establecidos en el Programa de Tratamiento del Centro.
- 4.4 Contribuir con la Enfermera en el Plan de atención integral para los residentes en Hospitalizados y en Seguimiento.
- 4.5 Asignar actividades, asesorar y supervisar al personal Técnico de Enfermería.
- 4.6 Transcribir la atención de Enfermería en el informe anecdótico (Reporte, Historia Clínica) y en el informe cuantitativo
- 4.7 Contribuir en la formulación y cumplimiento de las normas y procedimientos para los residentes y familia.
- 4.8 Participar en las reuniones de evaluación de residentes (semanal, pre-alta y alta).
- 4.9 Coordinar con los profesionales de salud la atención integral del residente (exámenes, análisis, dietas).
- 4.10 Tramitar las Inter., intra y extra consultas institucionales.
- 4.11 Supervisar el mantenimiento y conservación del material y Equipo de trabajo.
- 4.12 Participar en los Programas de Capacitación para residentes de otras disciplina.
- 4.13 Otros que le asigne sus Jefes inmediatos inherente al cargo.



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACION

Título Profesional de Enfermera registrado en el C.E.P.

5.2 CAPACITACION

Capacitación en el Área.

5.3 EXPERIENCIA

Alguna experiencia en labores de la Especialidad.

5.4 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación universitaria experiencia.

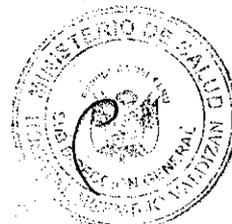
APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD N° 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02 / 06 / 2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión: 1.0

Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña

CARGO CLASIFICADO: Enfermera I

Nº DE
CARGOS

3

CODIGO CORRELATIVO:
367-369

CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: P3-50-325-1

1. FUNCION BASICA

Ejecutar atenciones profesionales de apoyo en actividades médicas.

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Coordinación:

Con su compañeros de equipo y con el departamento de Enfermería del Hospital Hermilio Valdizán.

Relación de Dependencia:

Con el director del CRN y con el departamento de Enfermería del Hospital Hermilio Valdizán.

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguna

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Ejecutar el plan de atención de enfermería en Hospitalización.
- 4.2 Contribuir con el Médico y Psicoterapeutas en la aplicación de técnicas y administración de tratamiento de la Especialidad.
- 4.3 Determinar acciones de Enfermería dirigidos hacia la modificación del comportamiento del residente
- 4.4 Asignar actividades, asesorar y supervisar al personal Técnico de Enfermería.
- 4.5 Transcribir la atención de Enfermería en el informe anecdótico (Reporte, Historia Clínica) y en el informe cuantitativo
- 4.6 Contribuir en la formulación y cumplimiento de las normas y procedimientos para los residentes y familia.
- 4.7 Participar en las reuniones de evaluación de residentes (semanal, pre-alta y alta).
- 4.8 Coordinar con los servicios asistenciales y de apoyo en la atención integral del residente (exámenes, análisis, dietas).
- 4.9 Tramitar las Inter., intra y extra consultas institucionales.
- 4.10 Supervisar el mantenimiento y conservación del material y Equipo de trabajo.
- 4.11 Participar en los Programas de Capacitación para residentes de otras disciplinas.
- 4.12 Otros que le asigne sus Jefes inmediatos inherente al cargo.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

Titulo profesional de enfermera/o, de rango universitario

5.2 Capacidades, habilidades y actitudes

Capacitación especializada en el área.

5.2 EXPERIENCIA

Alguna experiencia en labores de la especialidad

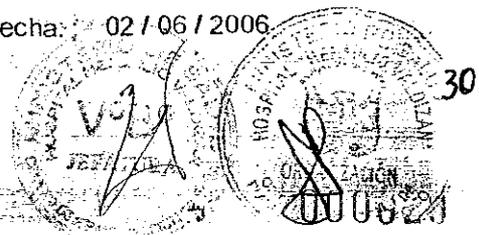
APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

Fecha: 02/06/2006

RD N° 138-DG-HIV/2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Ñaña.

Versión : 1.0 **Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo**

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Ñaña

CARGO CLASIFICADO: Asistente Social I

N° DE CARGOS

1

CODIGO CORRELATIVO:

CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: P3-55-078-1

370

1.FUNCION BASICA

Realizar actividades de programas de servicio social para contribuir en la reinserción del residente del CRÑ

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Coordinación:

Con el Departamento de Apoyo al Tratamiento del HHV y con el Servicio Social del departamento de Apoyo al Tratamiento del Hospital Hermilio Valdizán.

Relación de Dependencia:

Con el director del CRÑ Con el Departamento de Apoyo al Tratamiento del HHV y con el Servicio Social del departamento de Apoyo al Tratamiento del Hospital Hermilio Valdizán.

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguna

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Programar, ejecutar, evaluar, coordinar é informar lo concerniente al área de trabajo
- 4.2 Participar en la formulación, evaluación del programa general de la Comunidad Terapéutica.
- 4.3 Participar en investigaciones que realice el centro
- 4.4 Investigar, analizar y diagnosticar los factores sociales que interfieren en el tratamiento y reinserción del residente.
- 4.5 Motivar al paciente para su tratamiento
- 4.6 Participar en las reuniones de Equipo Técnico
- 4.7 Participar con actividades en el proceso de tratamiento de paciente fármaco dependiente.
- 4.8 Realizar el estudio social, económico y familiar, estableciendo el diagnóstico y prescribiendo el tratamiento social.
- 4.9 Contribuir en la reinserción del residente
- 4.10 Es responsable de las acciones de trabajo social en el centro.
- 4.11 Motivar, organizar la Asociación de Padres de Familia, cón el fin de contribuir a familiares y residentes en consejería y orientación
- 4.12 Coordinación interna con Equipo y externa con instituciones privadas y/o estatales para la reinserción del residente con Alta Clínica
- 4.13 Registrar diariamente sus actividades, emitiendo el consolidado mensual a Estadística del centro.
- 4.14 Otras funciones que le asigne la Dirección.



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACION

Título Profesional de Trabajadora Social

5.2 CAPACITACION

En Terapia Cognitivo conductual , Dependencia a Drogas y en el Área.

5.3 EXPERIENCIA

5 Años de experiencia en el área.

5.4 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación universitaria con experiencia.

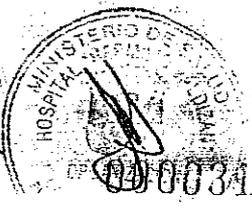
APROBADO

RD Nº 138-DG-HHV-2006

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

Fecha: 02 / 06 / 2006



000034



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Ñaña.

Versión: 1.0 Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Ñaña

CARGO CLASIFICADO: Asistente en Servicio de Salud I

N° DE CARGOS

1

CODIGO

CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: P1-50-076-1

CORRELATIVO: 371

1. FUNCION BASICA

Ejecutar actividades especializadas de asistencia profesional en salud para el CRÑ

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Coordinación:

Con los miembros de su equipo de trabajo

Relación de Dependencia:

Del director del CRÑ

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguno

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Efectuar estudios - investigaciones sobre normas técnicas.
- 4.2 Analizar expedientes y formular o emitir informes.
- 4.3 Elaborar e interpretar cuadros estadísticos y resúmenes variados.
- 4.4 Participar en comisiones y/o reuniones sobre asuntos de la especialidad.
- 4.5 Puede corresponderle participar en la formulación y coordinación de programas, así como en la ejecución de actividades de la especialidad.
- 4.6 Otras funciones que le asigne la Dirección

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

Grado académico de bachiller universitario.
Capacidades, habilidades y actitudes
Trabajar bajo Presión

5.2 EXPERIENCIA

Alguna experiencia en labores de la especialidad

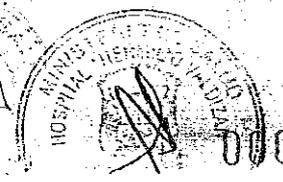
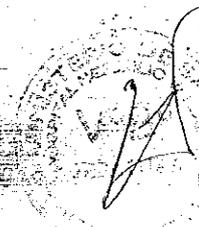
APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD N° 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02 / 06 / 2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0 Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña

CARGO CLASIFICADO: Técnico Administrativo III	N° DE CARGOS	1	CODIGO CORRELATIVO: 372
CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: T5-05-707-3			

1. FUNCION BASICA

Supervisar y evaluar actividades de Servicios Generales del CRÑ

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Coordinación:

Con los miembros del CRÑ y la Jefatura de la Oficina de Servicios Generales del Hospital Herminio Valdizán.

Relación de Dependencia:

Depende del Director del CRÑ y del jefe de la Oficina de Servicios Generales del Hospital Herminio Valdizán.

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguna

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Establecer prioridades para la reparación de máquinas y equipos
- 4.2 Preparar los programas de prevención en coordinación con los profesionales indicados, contra incendios, terremotos, etc.
- 4.3 Mantener actualizado el registro de control de equipos e instalaciones mediante la especificación de sus características y el uso de tarjetas de control las que deberán estar en lugar visible.
- 4.4 Realizar el pedido de materiales, equipos y repuestos.
- 4.5 Supervisar diariamente el buen estado del alumbrado eléctrico, de todos los ambientes del centro.
- 4.6 Elabora mensualmente la programación de turnos
- 4.7 Remite diariamente a personal CRÑ, las boletas de guardia (Portería).
- 4.8 Supervisa el cumplimiento del personal a su cargo (Portería-Vigilancia, Mantenimiento, Jardines, Transporte).
- 4.9 Otros que le asigne su Jefe inmediato

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACION

Secundaria Completa

5.2 CAPACITACION

En el Área

5.3 EXPERIENCIA

Alguna experiencia en el cargo.

5.4 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación universitaria experiencia.

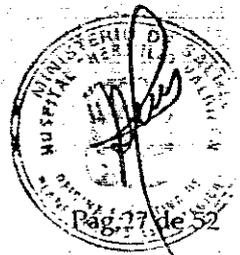
PROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA

Fecha: / /





Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Ñaña.



Ministerio de Salud

Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Ñaña

CARGO CLASIFICADO: Técnico en Enfermería II

N° DE CARGOS

1

CODIGO

CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: T5-50-757-2

CORRELATIVO: 373

1. FUNCION BASICA

Ejecutar actividades de asistencia y control de pacientes de acuerdo a las indicaciones generales del profesional.

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Dependencia:

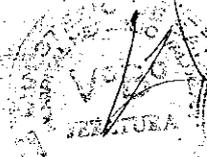
Depende de la Enfermera Supervisora

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguna

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Aplicar técnicas y métodos en la atención directa de los pacientes hospitalizados y/o ambulatoria. bajo indicaciones y/o supervisión profesional.
- 4.2 Verificar ubicación y números de residentes presentes registrados.
- 4.3 Verificar la programación de actividades ocupacionales para los residentes. supervisar y reportar el cumplimiento.
- 4.4 Supervisar, orientar al residente operador en el cumplimiento de sus actividades.
- 4.5 Apoyar a la Enfermeras en la administración de la Terapéutica indicada.
- 4.6 Observar directamente al residente en cada una de las actividades y reportar su conducta verbal y no verbal.
- 4.7 Detectar los problemas inherentes al residente o actividades programadas y reportar a la Enfermera y/o Terapeuta.
- 4.8 Contribuir en el cumplimiento de las normas y reglamentos establecidos (Admisión, Hospitalizados, Refuerzos, Seguimiento, Permisos, etc.).
- 4.9 Contribuir en el mantenimiento y conservación del material del servicio.
- 4.10 Efectuar rondas de observación diurnas y nocturnas cada 30 minutos y en casos especiales cada 15 minutos.
- 4.11 Requisar según reglamento: licor, sustancias adictivas, dinero, medicamentos, alimentos, etc., detectados durante la admisión, permisos del residente.
- 4.12 Participar en las sesiones comidas y en cumplimiento de las normas respectivas.
- 4.13 Otras que le asigne su Jefe inmediato inherentes al cargo.
- 4.14 Recpcionar llaves y chequear el inventario del servicio.
- 4.15 Acatar y cumplir la asignación de actividades.
- 4.16 Verificar ubicación y números de residentes presentes registrados.
- 4.17 Verificar la programación de actividades ocupacionales para los residentes, supervisar y reportar el cumplimiento.
- 4.18 Supervisar, orientar al residente operador en el cumplimiento de sus actividades.



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

4.19 Otras inherentes al cargo que le asigne sus Jefes inmediatos.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

Técnico de Enfermería

5.2 CAPACITACIÓN

Capacitación en el área de Enfermería

5.3 EXPERIENCIA

Experiencia en labores técnicas de Enfermería

APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD Nº 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02 / 06 / 2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

 <p>Ministerio de Salud REPUBLICA DOMINICANA</p>			
Versión : 1.0		Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo	
UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña			
CARGO CLASIFICADO: Técnico Sanitario I	N° DE CARGOS	2	CODIGO CORRELATIVO: 74-375
CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: T5-50-845-1			

1. FUNCION BASICA

Ejecutar actividades técnicas variadas de medicina simplificadas y/o enfermería en caso se requieran para el CRN

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Dependencia:
Depende de la Enfermera Supervisora

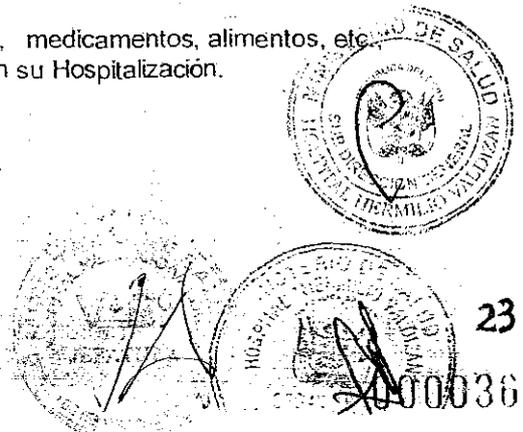
Relación de Autoridad:
Supervisa a técnico en enfermería, por indicación expresa del profesional de enfermería.

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguno

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Reemplazar a la enfermera de turno, en ausencia de ésta.
- 4.2 Recepcionar el servicio. llaves y chequear el inventario del servicio.
- 4.3 Acatar y cumplir la asignación de actividades.
- 4.4 Verificar ubicación y números de residentes presentes registrados.
- 4.5 Verificar la programación de actividades ocupacionales para los residentes, supervisar y reportar el cumplimiento.
- 4.6 Supervisar y orientar al residente operador en el cumplimiento de sus actividades.
- 4.7 Apoyar al personal profesional de enfermería o reemplazarla en su ausencia, en la administración de la Terapéutica indicada.
- 4.8 Observar directamente al residente en cada una de las actividades y reportar su conducta verbal y no verbal.
- 4.9 Detectar los problemas inherentes al residente o actividades programadas y reportar a la Enfermera y/o Terapeuta.
- 4.10 Contribuir en el cumplimiento de las normas y reglamentos establecidos (Admisión, Hospitalizados, Refuerzos, Seguimiento, Permisos, etc.).
- 4.11 Contribuir en el mantenimiento y conservación del material del servicio.
- 4.12 Efectuar rondas de observación diurnas y nocturnas cada 30 minutos y en casos especiales cada 15 minutos.
- 4.13 Requisar según reglamento: licor, sustancias adictivas, dinero, medicamentos, alimentos, etc. detectados durante la admisión, permisos del residente y revisión en su Hospitalización.



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Ñaña.

- 4.14 Participar en las sesiones comidas y en cumplimiento de las normas respectivas.
- 4.15 Otras inherentes al cargo que le asigne su Jefe inmediato

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

Título profesional universitario que incluya estudios relacionados la especialidad.

5.2 Capacidades, habilidades y actitudes

Capacitación especializada en el área.

Amplia experiencia en la conducción de programas de un sistema administrativo.

5.3 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación con experiencia.

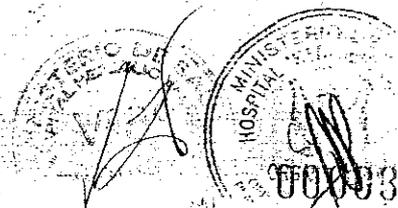
APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD N° 135-DG-HHV-2006

Fecha: 02 / 06 / 2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0 **Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo**

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña

CARGO CLASIFICADO: Chofer III	N° DE CARGOS	1	CODIGO CORRELATIVO: 376
CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: T4-60-245-3			

1. FUNCION BASICA

Realizar labores de transporte dentro del CRÑ

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Dependencia

Depende del Director del Centro y del jefe de la Oficina de Servicios Generales del Hospital Herminio Valdizán.

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguna

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Mantener, conservar y reparar los vehículos del centro.
- 4.2 Coordinar las salidas del centro con la jefatura del Centro.
- 4.3 Dar prioridad a los casos de emergencia que se presente en el centro.
- 4.4 Realizar comisiones de servicio fuera de la institución cuando la Dirección lo solicite.
- 4.5 Llevar toda la documentación del centro al HHV y a otras instituciones.
- 4.6 Informar a su Jefe inmediato sobre desperfectos que presenta la movilidad
- 4.7 Solicitar a su jefe inmediato, mantenimiento periódico del vehículo del centro
- 4.8 Llevar a los pacientes a inter consulta al HHV.
- 4.9 Llevar al encargado de Caja al Banco de la Nación, para hacer el depósito de la recaudación diaria del centro.
- 4.10 Realizar comisiones de servicio, cuando la Trabajadora Social lo solicite (Visita domiciliaria).
- 4.11 Realizar el recojo de materiales, útiles de escritorio y víveres del HHV.
- 4.12 Coordinar con la Jefatura de la Oficina de Servicios Generales del Hospital Herminio Valdizán.
- 4.13 Otros que la Dirección del centro le asigne.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACION

Secundaria Completa

5.2 CAPACITACION

Certificado de mecánica y electricidad motriz

5.3 EXPERIENCIA

Alguna experiencia en el área correspondiente

5.4 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación universitaria experiencia.

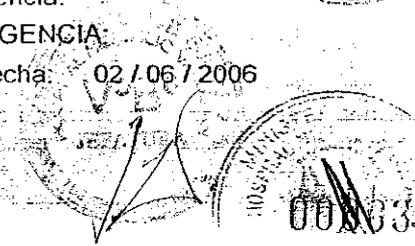
APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD N° 138-DC-11/06/2006

Fecha: 02/06/2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Ministerio de Salud

Versión : 1.0 Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña

CARGO CLASIFICADO: Técnico Administrativo II	Nº DE CARGOS	1	CODIGO CORRELATIVO: 377
CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: T4-05-707-2			

1. FUNCION BASICA

Programar, organizar y ejecutar actividades de estadísticas en el CRÑ

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

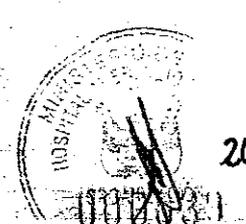
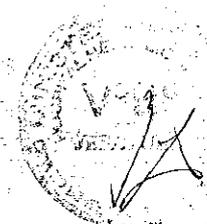
Relación de Dependencia:
Del Director del Centro

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguno

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Programar, organizar, controlar, y evaluar las actividades Técnico administrativo.
- 4.2 Participa en la Programación y Evaluación de actividades del centro
- 4.3 Proporciona a la Superioridad la información estadística mensual hospitalaria
- 4.4 Efectuar el registro de diagnóstico de residentes hospitalizados en acuerdo con la clasificación Internacional de Enfermedades.
- 4.5 Llevar el registro de Ingresos y egresos de los residentes
- 4.6 Prepara el material para las historias clinicas de residentes nuevos y hospitalizados.
- 4.7 Elabora el Cuadro Anual de necesidades del servicio
- 4.8 Coordina con la oficina del Centro de Estadística del HHV, a fin de implementa nuevas modalidades de trabajo estadístico.
- 4.9 Velar la buena conservación de las historias clinicas
- 4.10 Hacer cumplir las normas administrativas del servicio
- 4.11 Apertura de las tarjetas índice alfabético (Kardex), llevando la numeración correlativa de las historias clinicas.
- 4.12 Participa en la elaboración del Plan Operativo Anual del CRÑ.
- 4.13 Reporta a la oficina de Estadística e Informática del Hospital Hermilio Valdizán datos
- 4.14 Otros que le asigne la dirección y el jefe de la oficina de Estadística e Informática del Hospital Hermilio Valdizán.



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naïa.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACION

Secundaria completa

5.2 CAPACITACION

En el área

5.3 EXPERIENCIA

Alguna experiencia en las funciones

5.4 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación con experiencia.

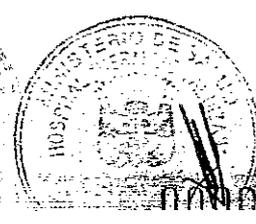
APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD N° 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02 / 06 / 2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0 Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña

CARGO CLASIFICADO: Técnico en Enfermería I

Nº DE
CARGOS

11

CODIGO
CORRELATIVO: 378-388

CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: T4-50-757-1

1. FUNCION BASICA

Ejecutar actividades técnicas en la asistencia de acuerdo a indicación de los profesionales de salud

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Dependencia:
Del la Enfermera Supervisora

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguna

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Recepcionar el servicio, llaves y chequear el inventario del equipo de trabajo.
- 4.2 Acatar y cumplir la asignación de actividades.
- 4.3 Verificar ubicación y números de residentes presentes registrados.
- 4.4 Verificar la programación de actividades ocupacionales para los residentes, supervisar y reportar el cumplimiento.
- 4.5 Supervisar, orientar al residente operador en el cumplimiento de sus actividades.
- 4.6 Apoyar a la Enfermera en la administración de la Terapéutica indicada.
- 4.7 Observar directamente al residente en cada una de las actividades y reportar su conducta verbal y no verbal.
- 4.8 Detectar los problemas inherentes al residente o actividades programadas y reportar a la Enfermera y/o Terapeuta.
- 4.9 Contribuir en el cumplimiento de las normas y reglamentos establecidos (Admisión, Hospitalizados, Refuerzos, Seguimiento, Permisos, etc.).
- 4.10 Contribuir en el mantenimiento y conservación del material asignado.
- 4.11 Efectuar rondas de observación diurnas y nocturnas cada 30 minutos y en casos especiales cada 15 minutos.
- 4.12 Requisar según reglamento: licor, sustancias adictivas, dinero, medicamentos, alimentos, etc., detectados durante la admisión, permisos del residente y revisión de su Hospitalización.
- 4.13 Participar en las sesiones comidas y en cumplimiento de las normas respectivas.
- 4.14 Otras que le asigne su Jefe inmediato inherentes al cargo.



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0 Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña

CARGO CLASIFICADO: Terapeuta I

Nº DE
CARGOS

1

CODIGO
CORRELATIVO: 389

CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: T4-50-855-1

1. FUNCION BASICA

Ejecutar actividades técnicas de rehabilitación para los pacientes farmacodependientes.

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Dependencia:

4.15 Con el encargado del Equipo de Trabajo de Terapia Ocupacional y con el departamento de Rehabilitación del Hospital Hermilio Valdizán.

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguna

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Impartir capacitación técnica y práctica en la especialidad a los residentes
- 4.2 Distribuir diariamente el equipo de trabajo al residente que labora en el taller, controlando el cuidado y uso del mismo.
- 4.3 Lleva el control de asistencia y comportamiento diario de los residentes
- 4.4 Solicitar el pedido de materiales y herramientas necesarias.
- 4.5 Informar el comportamiento del residente al terapeuta
- 4.6 Vela por el mantenimiento de las maquinarias del taller
- 4.7 Elaborar y entregar a los Residentes la Boleta de salida de trabajos realizados en el taller.
- 4.8 Coordinar con Economía para el cobro de porcentajes de los trabajos realizados en el taller por los residentes.
- 4.9 Brindar apoyo en las actividades del centro
- 4.10 Otros que le asigne la Dirección y el Departamento de Rehabilitación del HHV.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACION

Secundaria Completa

5.2 CAPACITACION

En el Área

5.3 EXPERIENCIA

Alguna experiencia en el área.

5.4 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación universitaria experiencia.

APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

Fecha: 02 / 06 / 2006

RD Nº 138, HHV-2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0 **Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo**

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña

CARGO CLASIFICADO: Técnico en Transporte I

Nº DE CARGOS

1

CODIGO CORRELATIVO: 390

CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: T4-60-830-1

1. FUNCION BASICA

Supervisar y llevar a cabo labores de transporte para el CRÑ

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Dependencia:

Depende del Director del Centro y del jefe de la Oficina de Servicios Generales del Hospital Hermilio Valdizán.

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguno

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Mantener, conservar y reparar los vehículos del centro.
- 4.2 Coordinar las salidas del centro de acuerdo a las necesidades
- 4.3 Dar prioridad a los casos de emergencia que se presente en el centro.
- 4.4 Realizar comisiones de servicio fuera de la institución cuando la Dirección lo solicite.
- 4.5 Llevar toda la documentación del centro al HHV y a otras instituciones.
- 4.6 Informar a su Jefe inmediato sobre desperfectos que presenta la movilidad
- 4.7 Solicitar a su jefe inmediato mantenimiento periódico del vehículo del centro
- 4.8 Llevar a los pacientes a interconsulta al HHV.
- 4.9 Llevar al Encargo de Caja al Banco de la Nación, para hacer el depósito de la recaudación diaria del centro.
- 4.10 Realizar comisiones de servicio, cuando la Trabajadora Social lo solicite (Visita domiciliaria).
- 4.11 Realizar el recojo de materiales, útiles de escritorio y víveres del HHV.
 Otros que la Dirección del centro y del jefe de la Oficina de Servicios Generales del Hospital Hermilio Valdizán le asigne.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACION

Secundaria Completa

5.2 CAPACITACION

Certificado de mecánica y electricidad motriz

5.3 EXPERIENCIA

Alguna experiencia en el area correspondiente

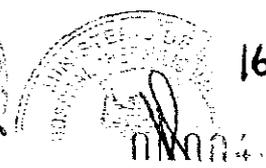
APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

Fecha: 02/06/2006

RD Nº 138-DG-HHV-2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0 Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña

CARGO CLASIFICADO: Técnico Administrativo I

Nº DE CARGOS

1

CODIGO CORRELATIVO:391

CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: T3-05-707-1

1. FUNCION BASICA

Realiza actividades relacionadas a la cuentas de los pacientes del CRN

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Dependencia:

Depende del Director del Centro y de la Oficina de Economía del Hospital Hermilio Valdizán.

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguno

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Velar por el cumplimiento del manejo de fondos públicos según las disposiciones Legales vigentes.
- 4.2 Desarrollar un adecuado sistema del registro que permita proporcionar en cualquier momento un exacto y preciso conocimiento de los gastos por servicios y programas
- 4.3 Efectuar la cobranza de los residentes hospitalizados y de Consulta Externa del centro.
- 4.4 Confeccionar diariamente el parte de recaudación por la captación de los ingresos
- 4.5 Liquidar diariamente el total de los ingresos recaudados según la documentación sustentatorio pertinente.
- 4.6 Efectuar los depósitos correspondientes de dinero en efectivo al Banco de la Nación.
- 4.7 Presentar mensualmente el informe sobre el estado de cuentas y saldos respectivos de los residentes hospitalizados a la oficina de Economía del HHV, con copia a la Dirección del Centro y Coordinadora Administrativa.
- 4.8 Actualización del Kardex de residentes hospitalizados, cruzando información con la unidad de cuentas corrientes del HHV.
- 4.9 Llevar registro de libros auxiliares- contables.
- 4.10 Controlar el manejo del dinero de los residentes para sus necesidades cotidianas programadas terapéuticamente.
- 4.11 Recaudar los ingresos de Autogestión del centro
- 4.12 Otros que le asigne la Director del Centro y la Oficina de Economía del Hospital Hermilio Valdizán.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

Estudio relacionados con la especialidad.

5.2 Capacidades, habilidades y actitudes

Capacitación especializada en el área.

Amplia experiencia en la conducción de programas de un sistema administrativo.

5.2 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación con experiencia.

APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

Fecha: 02 / 06 / 2006

RD Nº 138 DE 02/06/2006 HHV-2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0 Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo
UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña
CARGO CLASIFICADO: Técnico Administrativo II N° DE CARGOS 1 CODIGO CORRELATIVO: 392
CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: T3-05-707-1

1. FUNCION BASICA

Ejecutar actividades administrativas de personal diversas en CRÑ

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Dependencia:

Depende del Director del Centro y de la Oficina de Economía del Hospital Hermilio Valdizán.

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguno

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Velar por el cumplimiento del manejo de fondos públicos percibe las disposiciones Legales vigentes.
- 4.2 Desarrollar un adecuado sistema de registro que permita proporcionar en cualquier momento un exacto y preciso conocimiento de los gastos por servicios y programas
- 4.3 Efectuar la cobranza de los residentes hospitalizados y de Consulta Externa del centro.
- 4.4 Confeccionar diariamente el parte de recaudación por la captación de los ingresos
- 4.5 Liquidar diariamente el total de los ingresos recaudados según la documentación sustentatorio pertinente.
- 4.6 Efectuar los depósitos correspondientes de dinero en efectivo al Banco de la Nación.
- 4.7 Presentar mensualmente el informe sobre el estado de cuentas y saldos respectivos de los residentes hospitalizados la oficina de Economía del HHV, con copia a la Dirección del Centro.
- 4.8 Actualización del Kardex de residentes hospitalizados, cruzando información con cuentas corrientes c HHV.
- 4.9 Llevar registro de libros auxiliares- contables.
- 4.10 Controlar el manejo del dinero de los residentes para sus necesidades cotidianas programadas terapéuticamente.
- 4.11 Recauda los ingresos de Autogestión del centro
 Otros que le asigne la Dirección del Centro y de la Oficina de Economía del Hospital Hermilio Valdizán

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

Estudios relacionados a la especialidad.

5.2 Capacidades, habilidades y actitudes

Capacitación especializada en el área.



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

5.3 Experiencia

Amplia experiencia en la conducción de programas de un sistema administrativo.

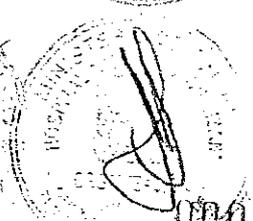
APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD N° 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02 / 06 / 2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0

Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña

CARGO CLASIFICADO: Técnico Administrativo I

N° DE CARGOS

1

CODIGO

CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: T3-05-707-1

CORRELATIVO: 393

1. FUNCION BASICA

Ejecutar actividades diversas de logística del CRÑ

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Dependencia:

Por el encargado administrativo.

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguno

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

4.1 Elaborar el Cuadro de Necesidades Anual del centro

Recoger y/o recepcionar semanal y/o mensualmente los bienes (utiles de escritorio, alimentos, limpieza y demás bienes) del almacén del almacén General del Hospital Herminio Valdizán que el Centro necesita para su funcionamiento.

4.2 Mantener permanentemente informado a la Dirección sobre movimientos de los equipos existentes en el Centro.

4.3 Trabajar en forma coordinada con el servicio de Nutrición

4.4 Presentar una copia de los pedidos atendidos por el HHV a la Dirección del Centro.

4.5 Participa en la elaboración del Plan Operativo Anual del CRÑ.

4.6 Otros que le asigne la Dirección.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACION

Secundaria completa

5.2 CAPACITACION

En el Área

5.3 EXPERIENCIA

Alguna experiencia en el cargo.

5.4 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación universitaria experiencia.

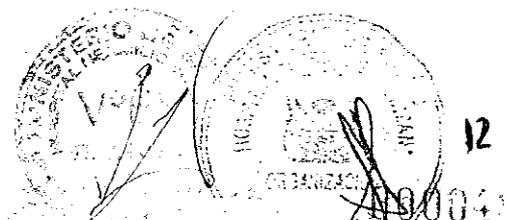
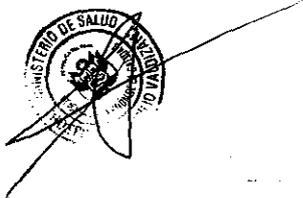
APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD N° 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02 / 06 / 2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0 Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña

CARGO CLASIFICADO: Técnico en Nutrición I N° DE CARGOS 1 CODIGO CORRELATIVO: 394

CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: T3-50-797-1

1. FUNCION BASICA

Ejecutar labores de preparación y distribución de los alimentos para los residentes del CRN

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Dependencia:
Del Director del Centro

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguno

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Realizar la preparación y distribución de los regimenes alimentarios de los pacientes y personal según la programación.
- 4.2 Preparar las dietas especiales según la prescripción médica.
- 4.3 Orientar al Residente en la manipulación, preparación e higiene de alimentos.
- 4.4 Controlar el mantenimiento adecuado de los ambientes, equipo y enseres de los ambientes de nutrición
- 4.5 Informar diariamente a la jefatura de cualquier ocurrencia presentada en las actividades de nutrición.
- 4.6 Realizar otras tareas que sea requerido según necesidad del servicio.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACION

Título Técnico en Nutrición

5.2 CAPACITACION

Capacitación en el Área

5.3 EXPERIENCIA

Alguna experiencia en la preparaciones de regimenes alimenticios.

5.4 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación universitaria experiencia.

APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD N° 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02 / 06 / 2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0		Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo	
UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña			
CARGO CLASIFICADO: Artesano I	Nº DE CARGOS	1	CODIGO CORRELATIVO:395-398
CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: T2-30-060-1			

1. FUNCION BASICA

Apoyar en labores de terapia ocupacional con los residentes del CRÑ

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Dependencia:
 Con el encargado de Terapia ocupacional.

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguno

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Organizar, dirigir, controlar, coordinar y ejecutar los trabajos de carpintería del centro.
- 4.2 Confeccionar los trabajos con la participación de los Residentes.
- 4.3 Llevar el control de asistencia y comportamiento de los Residentes que laboran en el taller.
- 4.4 Impartir instrucción de manejo de herramientas manuales y maquinarias y demás materiales que se emplea en el taller.
- 4.5 Realizar el cálculo de material y presupuesto para efectuar los trabajos que se requieran.
- 4.6 Realizar la reparación de puertas, ventanas y muebles de los servicios del centro.
- 4.7 Confeccionar muebles, puertas, ventanas y otros necesario para el centro.
- 4.8 Coordinar con la oficina de Economía del hospital Hemilio Valdizán para el cobro de porcentajes de los trabajos realizados en el taller por los residentes.
- 4.9 Otros que le asigne el encargado del equipo de terapia ocupacional.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

Secundaria completa estudios relacionados la especialidad.

5.2 CAPACIDADES, HABILIDADES Y ACTITUDES

Capacitación especializada en el área.

Amplia experiencia en la conducción de programas de un sistema administrativo.

5.2 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación universitaria experiencia.

APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD Nº 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02 / 06 / 2006

Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña

Ministerio de Salud		
Versión : 1.0 Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo		
UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña		
CARGO CLASIFICADO: Técnico Agropecuario I	Nº DE CARGOS : 1	CODIGO CORRELATIVO: 399
CODIGO-DEL CARGO CLASIFICADO: T2-45-715-1		

1. FUNCION BASICA

Supervisar, ejecutar y fomentar actividades agropecuarias del CRÑ.

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Dependencia:

Con el encargado de Terapia ocupacional y jefe del departamento de Rehabilitación de del HHV.

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguno

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Planificar y elaborar el cronograma de los sembríos.
- 4.2 Supervisar a los pacientes que realizan actividades de campo.
- 4.3 Elaborar el pedido de semillas é insecticidas
- 4.4 Preparar, abonar y sembrar el terreno dentro del CRÑ
- 4.5 Controla y supervisa el desarrollo de la siembra
- 4.6 Controla el cuidado de las herramientas de trabajo
- 4.7 Realiza las cosechas para la venta y/o consumo de los pacientes
- 4.8 Participa de las reuniones de "Regantes del Cauce del Rimac", en representación de la institución.
- 4.9 Otras que le asigne el técnico agropecuario, el jefe inmediato y jefe de Servicios Generales

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACION

Secundaria Completa

5.2 CAPACITACION

En el Área

5.3 EXPERIENCIA

En las labores agrícolas

5.4 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación con experiencia.

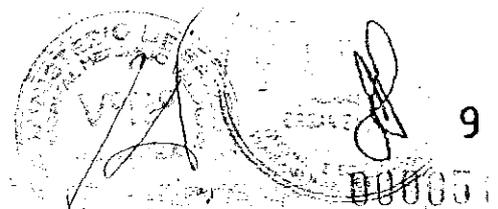
APROBADO

RD Nº 138-DG-HHV-2006

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

Fecha: 02 / 06 / 2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña

Ministerio de Salud	Versión: 1.0			Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo	
UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña					
CARGO CLASIFICADO: Secretaria II		Nº DE CARGOS	1	CODIGO CORRELATIVO: 400	
CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: T2-05-675-2					

1. FUNCION BASICA

Realizar labores de secretariado para el CRÑ

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Coordinación:

Con los profesionales de salud o personal administrativo.

Relación de Dependencia:

Depende del Director del CRÑ

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguno

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Apoyar al Director con la documentación y tramite órdenes a los profesionales de salud o personal administrativo.
- 4.2 Recepcionar documentos llegados de otras instituciones.
- 4.3 Seleccionar la documentación dando prioridad a los de emergencia.
- 4.4 Elaborar los documentos varios que el Director ordene.
- 4.5 Tomar dictado y envía la documentación dirigidos a cada servicio.
- 4.6 Archivar los documentos de la dirección.
- 4.7 Tippear los documentos de otros servicios del centro.
- 4.8 Recepcionar llamadas telefónicas.
- 4.9 Otras que la Dirección le asigne.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

Título de secretariado Ejecutivo o poseer certificado de secretariado concluido con estudios no menores de 1 año.

5.2 CAPACITACION

En computación

5.3 EXPERIENCIA

En labores administrativas de oficina

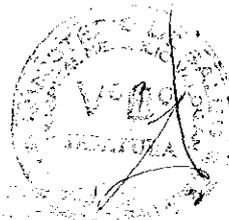
APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD Nº 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02 / 06 / 2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0	Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo		
UNIDAD ORGANICA: Centro de Rehabilitación de Naña			
CARGO CLASIFICADO: Auxiliar de Educación I	Nº DE CARGOS	1	CÓDIGO CORRELATIVO: 401
CÓDIGO DEL CARGO CLASIFICADO: A4-25-115-1			

1. FUNCION BASICA

Ejecutar labores de orientación y control disciplinario de educandos en el CRÑ

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Dependencia:
Depende del Director del centro

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguno

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Apoyar en la capacitación técnica y práctica a los residentes
- 4.2 Distribuir diariamente el equipo de trabajo al residente que labora en el taller, controlando el cuidado y uso del mismo.
- 4.3 Llevar el control de asistencia y comportamiento diario de los residentes.
- 4.4 Solicitar el pedido de materiales y herramientas del servicio.
- 4.5 Informar el comportamiento del residente al terapeuta.
- 4.6 Velar por el mantenimiento de las maquinarias del taller.
- 4.7 Elaborar y entregar a los residentes la Boleta de salida de trabajos realizados en el taller.
- 4.8 Solucionar indisciplinas en primera instancia.
- 4.9 Efectuar rondas periódicas en los diferentes ambientes del centro para velar por el cumplimiento de las normas disciplinarias.
- 4.10 Emitir informes sobre observación de desviaciones en la aplicación de terapias de conducta.
- 4.11 Atender a los educandos en casos de emergencia.
- 4.12 Colaborar con los padres de familia en la solución de problemas sencillos de conducta manifestada por el residente.
- 4.13 Otros que le asigne el jefe del servicio de terapia ocupacional.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

Secundaria Completa.

5.2 CAPACITACIÓN

En el Área.

5.3 EXPERIENCIA

Alguna experiencia en el área.

APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

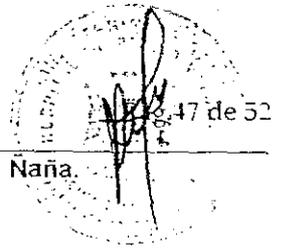
VIGENCIA:

RD Nº 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02 / 06 / 2006



00005



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0		Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo	
UNIDAD ORGANICA: Centro de Rehabilitación de Naña			
CARGO CLASIFICADO: Supervisor de Conservación y Servicios I	Nº DE CARGOS	1	CODIGO CORRELATIVO: 402
CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: A4-05-690-1			

1. FUNCION BASICA

Supervisar actividades de mantenimiento de servicios auxiliares.

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Coordinación:

Con todo el personal del Centro

Relación de Dependencia:

Depende de Director del Centro y jefe de servicios generales del HHV .

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguna

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Establecer sistema de vigilancia y cuidado en todos los ambientes y perímetros del centro.
- 4.2 Informar y orientar al público autorizado para su ingreso al centro.
- 4.3 Reportar el ingreso y salida de los trabajadores del centro.
- 4.4 Solicitar las boletas respectivas al personal que se retira antes de la hora establecida del horario normal del trabajo.
- 4.5 Revisar cuidadosamente los paquetes, bolsos, carteras a la hora de ingreso y salida del personal y personas ajenas al trabajo.
- 4.6 Tomar las medidas necesarias en cuanto a los intrusos, que se encuentren alrededor del centro, en zonas indebidas y a deshora
- 4.7 Reportar cualquier anomalía que suceda en el servicio especialmente en el turno noche.
- 4.8 En situaciones de: fuego, peligros y averías o en ausencia del personal de mantenimiento, hacer las reparaciones provisionales necesario dando cuenta de ello al Jefe inmediato .
- 4.9 Usar el cuaderno de ocurrencias del servicio para una mejor coordinación del servicio con el Jefe inmediato.
- 4.10 Entregar el Reporte Diario a Personal en los tres turnos.
- 4.11 Recibir el servicio previo inventario. En caso de producirse pérdidas informar inmediatamente al Jefe inmediato, para deslindar responsabilidades.
- 4.12 Otros que le asigne su jefe inmediato.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

Secundaria Completa

5.2 CAPACITACIÓN

En el Área

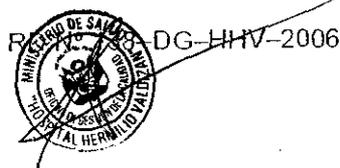
5.3 EXPERIENCIA

En actividades de recepción y vigilancia.

APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:



Fecha: 02 / 06 / 2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0 Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña

CARGO CLASIFICADO: Auxiliar de Enfermería I

Nº DE CARGOS

1

CODIGO CORRELATIVO:

CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: A3-50-125-1

403

1. FUNCION BASICA

Ejecutar labores auxiliares de asistencia a pacientes residentes.

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Coordinación:

Con todo el personal del Centro

Relación de Dependencia:

De la enfermera supervisora

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguna

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Colaborar con profesionales médicos y de enfermería en la atención de pacientes, proporcionando medicamentos y practicando curaciones sencillas.
- 4.2 Realizar el aseo y dar alimentos a pacientes imposibilitados.
- 4.3 Efectuar la limpieza del ambiente, arreglar camas y preparar a pacientes para su atención.
- 4.4 Efectuar guardias hospitalarias nocturnas.
- 4.5 Puede corresponderle asistir al personal técnico en tratamientos especializados
- 4.6 Otros que le asigne su jefe inmediato.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

Instrucción secundaria completa

5.2 Capacidades, habilidades y actitudes

Capacitación especializada en el área.

5.2 EXPERIENCIA

Alguna experiencia en labores sencillas de enfermería

5.3 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación con experiencia.

APROBADO

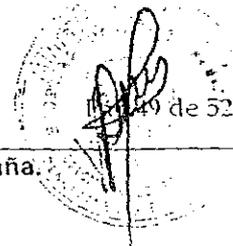
ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD Nº 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02 / 06 / 2006





Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0 Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña

CARGO CLASIFICADO: Auxiliar de Nutrición I N° DE CARGOS 1 CODIGO CORRELATIVO: 404

CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: A2-50-145-1

1. FUNCION BASICA

Preparación y ejecución de los alimentos en base a indicaciones como parte del tratamiento en los residentes del CRÑ.

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Coordinación:
Con todo el personal del Centro

Relación de Dependencia:
Del Director del Centro y del Jefe del Servicio de Nutrición del HHV

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguna

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Realizar la preparación y distribución de los regímenes alimentarios de los pacientes y personal según la programación.
- 4.2 Preparar dietas especiales según la prescripción médica.
- 4.3 Orientar al Residente en la manipulación, preparación e higiene de alimentos.
- 4.4 Controlar el mantenimiento adecuado de los ambientes, equipo y enseres del servicio de nutrición.
- 4.5 Informar diariamente a la jefatura de cualquier ocurrencia presentada en el servicio de nutrición.
- 4.6 Realizar otras tareas inherentes a su cargo que le sean asignadas por el técnico de nutrición.
- 4.7 Otros que le asigne su jefe inmediato.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

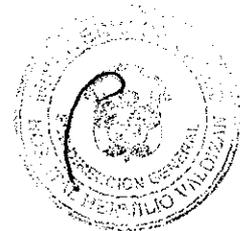
Secundaria completa.

5.2 CAPACITACIÓN

Capacitación en el Área

5.3 EXPERIENCIA

Alguna experiencia en la preparaciones de regímenes alimenticios.



APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

RD N° 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02/06/2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0

Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGANICA: Centro de Rehabilitación de Naña

CARGO CLASIFICADO: Trabajador de Servicio I N° DE CARGOS : 2 CODIGO CORRELATIVO:405-406

CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: A1-05-870-1

1. FUNCION BASICA

Realizar actividades manuales de mediana complejidad para el adecuado mantenimiento en las instalaciones del CRÑ.

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Dependencia:

Del Director del Centro y del jefe de servicios generales y mantenimiento

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguna

4. FUNCIONES ESPECIFICAS

- 4.1 Realizar reparaciones de albañilería en los ambientes del centro
- 4.2 Resanar y pintar las paredes del centro
- 4.3 Solicitar pedidos de materiales al Jefe inmediato
- 4.4 Revisar diariamente el buen estado del alumbrado eléctrico
- 4.5 Instalar y cambiar los fluorescentes y focos quemados en el centro
- 4.6 Realizar un inventario diario de las herramientas del servicio, informando a su jefe inmediato las pérdidas de las mismas que pueden originarse.
- 4.7 Reparación de los Servicios Higiénicos de pabellones de pacientes y de personal
- 4.8 Limpieza y desinfección del tanque de agua que abastece al centro
- 4.9 Otros que le asigne la Dirección

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACIÓN

Secundaria Completa

5.2 CAPACITACION

En el Área

5.3 EXPERIENCIA

Alguna experiencia en el cargo

5.4 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación universitaria experiencia.

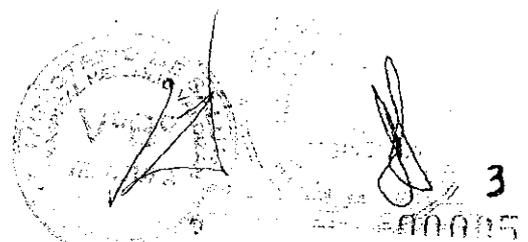
APROBADO

ULTIMA MODIFICACION

VIGENCIA:

RD N° 138-DG-HHV-2006

Fecha: 02/06/2006



Manual de Organización y Funciones del Centro de Rehabilitación de Naña.

Versión : 1.0 Ficha de Descripción del Cargo o Puesto de Trabajo

UNIDAD ORGÁNICA: Centro de Rehabilitación de Naña

CARGO CLASIFICADO: Auxiliar de Agropecuaria I Nº DE CARGOS : 1 CODIGO CORRELATIVO: 407

CODIGO DEL CARGO CLASIFICADO: A1-45-085-1

1. FUNCION BASICA

Ejecutar actividades agropecuarias sencillas dentro del CRN

2. RELACIONES DEL CARGO

2.1 Relaciones internas :

Relación de Coordinación:

Con todo el personal del Centro

Relación de Dependencia:

Del encargado del servicios generales y mantenimiento

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

Ninguna

4. FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 4.1 Cortar el gras según cronograma y podar las plantas.
- 4.2 Regar los jardines y plantas.
- 4.3 Remover y abonar la tierra para el cuidado de las plantas.
- 4.4 Cuidar las plantas y árboles frutales.
- 4.5 Realizar la poda en la época indicada.
- 4.6 Solicitar el pedido de herramientas de acuerdo a la programación del servicio.
- 4.7 Solicitar el mantenimiento de la maquina podadora.
- 4.8 Hacer el pedido de aceite y combustible para la podadora.
- 4.9 Cuidado de las plantas ornamentales del centro.
- 4.10 Mantener limpio los jardines del centro.
- 4.11 Otros que le asigne la Dirección.

5. REQUISITOS MINIMOS

5.1 EDUCACION

Secundaria Completa

5.2 CAPACITACION

En el Área

5.3 EXPERIENCIA

En las labores agrícolas

5.4 ALTERNATIVA

Poseer una combinación equivalente de formación con experiencia.

APROBADO

ULTIMA MODIFICACIÓN

VIGENCIA:

Fecha: 02/06/2006

RD Nº 128 DG-HHV-2006



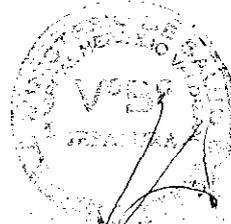
DIRECTORIO

Dr. Francisco Alva Bravo
DIRECTOR GENERAL

Sra. Rusbelinda Becerra Medina
Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico

Sr. Alberto Rivera Acevedo
Responsable de Organización
Elaboración.

2006



Handwritten signature