

# EL RELACIONAMIENTO TERAPÉUTICO PERCIBIDO POR PROFESIONAL QUE OTORGA CUIDADOS EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

## PERCEPTIONS OF THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP FROM CARING PROFESSIONALS IN THERAPEUTIC COMMUNITIES

## A RELAÇÃO TERAPÊUTICA NA PERCEÇÃO DO PROFISSIONAL QUE MINISTRA CUIDADOS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Maria Bruna Espinoza Fernández<sup>I</sup>  
Margarita Antonia Villar Luis<sup>II</sup>

**RESUMEN:** Estudio exploratorio de abordaje cualitativo, cuyo objetivo fue conocer el rol del profesional técnico de enfermería en las comunidades terapéuticas según la percepción de los participantes en la Región de Valparaíso-Chile, en 2012. La pesquisa de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, aplicadas a cuatro técnicos en tratamiento y rehabilitación, ya que en las comunidades terapéuticas no se cuenta con profesional enfermero. El tratamiento de datos se realizó en 2012, a través del análisis de contenido, identificando ejes temáticos en torno al significado que los participantes otorgan a su trabajo y a la percepción de la relación terapéutica desarrollada. Se utilizó el relacionamiento terapéutico como marco teórico metodológico. Los resultados muestran que el trabajo interaccional con adictos es considerado un trabajo difícil, frustrante y a la vez gratificante. El técnico realiza el cuidado a la persona y su familia en un trabajo colaborativo de motivación y apoyo con el equipo multiprofesional.

**Palabras clave:** Relacionamiento terapéutico; cuidado de enfermería; drogadicción; comunidad terapéutica.

**ABSTRACT:** This exploratory qualitative research aims to describe the role that the professional nurse plays in therapeutic communities according to the perception of its participants in the Region of Valparaiso in Chile. The gathering of the data was done through semi-structured interviews to rehabilitation and treatment technicians, since there were no professional nurses in the therapeutic communities in January/2012. The methodology used for the data analysis was content analysis. It focused on the identification of the main themes that surrounded the meaning that participants give to their work as well as the perception of the therapeutic relationship they develop. The methodological framework used was therapeutic relationship. The findings show that the working with addicts in an interactional basis is hard and frustrating, but at the same time, rewarding. The technician takes care of the person and his/her family in a collaborative work centred on motivations and support with a multi-professional team.

**Keywords:** Therapeutic relationship; nursing care; drug addiction; therapeutic community.

**RESUMO:** Estudo exploratório de abordagem qualitativa cujo objetivo foi compreender o papel do profissional técnico de enfermagem em comunidades terapêuticas na Região de Valparaíso, Chile, segundo a percepção dos participantes. A coleta de dados foi realizada em 2012, utilizando entrevistas semiestructuradas, aplicadas a quatro técnicos em tratamento e reabilitação, já que nas comunidades terapêuticas não existe o profissional enfermeiro. A análise dos dados foi realizada através de análise de conteúdo, identificando os eixos temáticos em torno do significado que os participantes atribuem ao seu trabalho e à percepção da relação terapêutica desenvolvida. Utilizou-se o relacionamento terapêutico como referencial teórico metodológico. Os resultados mostram que o trabalho de interação com os dependentes é considerado trabalho difícil frustrante, mas também gratificante. O técnico cuida da pessoa e sua família num trabalho colaborativo de motivação e apoio junto com a equipe multiprofissional.

**Palavras-chave:** Relacionamento terapêutico; cuidado de enfermagem; drogas; comunidade terapêutica.

## INTRODUCCIÓN

En Chile, los problemas asociados al abuso de alcohol y otras drogas<sup>III</sup> constituyen la principal causa de mortalidad y discapacidad en hombres menores de 45 años en el país y la dependencia a estas sustancias es una de las 10 principales causas de años de vida salu-

dables perdidos por discapacidad o muerte prematura en toda la población<sup>1,2</sup>.

El problema de consumo de drogas psicoactivas y alcohol en Chile no es genérico o transversal para todas las drogas existentes, ni para todos los grupos de edad o nive-

<sup>I</sup>Enfermeira. Professora Auxiliar da Universidad de Valparaíso, Chile. E-mail: Bef\_58@yahoo.es

<sup>II</sup>Professora Titular do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: margarit@erp.usp.br

<sup>III</sup>Agradecemos a la Secretaría Nacional de Políticas sobre Drogas del Ministerio de la Salud/Brasil y la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo

les socioeconómicos, sino que se focaliza en el alto nivel de consumo de marihuana y alcohol en población adolescente, el consumo problemático de pasta base y cocaína en población vulnerable y el alto nivel de consumo de riesgo de alcohol en toda la población<sup>3</sup>.

El organismo público dependiente del Ministerio del Interior del Gobierno de Chile Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) es la institución responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por estas sustancias en una estrategia intersectorial coordinada con el Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Ministerio de Educación<sup>3</sup>.

Dentro de las prioridades de intervención implementado por SENDA, se encuentra el programa para el tratamiento y la rehabilitación de personas con dependencia del alcohol y de drogas. Este programa se aplica en todos los servicios de salud del país desde el año 2001, y en él participan la red de atención primaria de salud, centros comunitarios de salud mental, hospitales generales y de especialidades en psiquiatría y las comunidades terapéuticas<sup>3</sup>.

Las comunidades terapéuticas, son organizaciones no gubernamentales (ONG) que desarrollan una estrategia psicoterapéutica que tiene como finalidad la recuperación de la persona con dependencia al alcohol y otras drogas ilícitas en cuya estructura se desarrollan las normas adaptativas necesarias para lograr que el paciente asuma un rol destinado a facilitar su reinserción en la sociedad y reeducarse en un nuevo estilo de vida. Las personas que acceden a esta estrategia terapéutica pueden hacerlo bajo régimen residencial (interno) o ambulatorio de acuerdo a las condiciones físicas y psíquicas derivadas de su adicción<sup>4,5</sup>. Estas instituciones cuentan con un equipo especializado multiprofesional, se desconoce la actuación del profesional enfermero en este contexto.

En el Marco Jurídico Sanitario Chileno<sup>6</sup>, el rol de este profesional se define en la gestión del cuidado enfermero, el cual comprende los servicios profesionales en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, todas estas acciones están presentes en los espacios de trabajo del equipo de salud realizado en las denominadas comunidades terapéuticas.

La legislación chilena reconoce al profesional enfermero no sólo como un profesional de colaboración médica, sino que identifica un rol autónomo en el cuidado integral de las personas<sup>7</sup>.

La observación del quehacer enfermero en el campo de la salud mental, entrega una apariencia del profesional que está más ligada al rol gestor de recursos que al rol asistencial, entendiéndolo éste como el proceso de la relación terapéutica de ayuda al paciente y familia<sup>8</sup>.

Estudios latinoamericanos avalan este hallazgo, autores describen una imagen estereotipada del rol de enfermería y mencionan problemas de visibilidad del

espacio enfermero, ausencia de registros propios, indefinición de las funciones de enfermería a nivel autónomo y falta de especificidad en el cuidado de las personas con adicciones<sup>8-10</sup>.

Dos trabajos de investigación, realizados en España y Colombia, las autoras a través de dos marcos referenciales; Patrones Funcionales de Gordon<sup>11</sup> y North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)<sup>12</sup>, estableciendo la valoración de necesidad de cuidados, diagnóstico y actuaciones de enfermería, definieron el perfil social y clínico, evaluaron el estado de salud de los participantes y consignaron un instrumento basado en la NANDA.

El objetivo del estudio es conocer el rol del profesional técnico de enfermería en las comunidades terapéuticas según la percepción de los participantes.

## MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

Para el efecto del presente estudio, se abordará el marco teórico que prioriza la relación interpersonal, las teorías que apoyan estos principios han centrado su interés sobre los procesos de interacción, fundamentan el cuidado como una acción humanitaria, inspirándose en la fenomenología y el existencialismo<sup>13</sup>.

La pionera del proceso interpersonal es Hildegard Peplau, quien define la persona como un ser biopsicosocial espiritual que está en desarrollo constante, tiene la capacidad de comprender su situación, lo que le permite ser un activo potencial para recuperar su salud y de transformar su ansiedad en energía positiva que le permitirá responder a sus necesidades<sup>11,14</sup>.

Peplau considera que la enfermedad es una experiencia potencial de aprendizaje, siendo a través de una relación significativa enfermera-paciente, donde ambos pueden desarrollarse, aprender y crecer aun más como personas<sup>11,14</sup>.

El relacionamiento terapéutico puede ser considerado un modo de saber hacer que enfermería ha construido, lo que podría ser un aporte específico del área en la composición de proyectos terapéuticos de las instituciones de salud mental y también de planes terapéuticos para personas con problemas de abuso del alcohol y otras drogas psicoactivas.

La delimitación del problema-pregunta investigativa es: ¿Están presentes en el cuidado enfermero entregado en las Comunidades Terapéuticas los supuestos esenciales de la relación terapéutica?

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio exploratorio de orden cualitativo, ya que es el método de pesquisa que orienta al conocimiento de una realidad que no es posible cuantificar, trabaja con significados, actitudes, valores y creencias que corresponden a un espacio más profundo de procesos o fenómenos. El abordaje cualitativo procura profundizarse en el mundo de los significados y las relaciones<sup>15</sup>.

El investigador cualitativo considera la participación del sujeto, foco de su estudio, como uno de los elementos de su quehacer científico, de este modo destaca su relación con la persona que entrega la información<sup>15</sup>.

La investigación se llevó a cabo en cuatro comunidades terapéuticas situadas en la V Región de Valparaíso-Chile, designadas como comunidad terapéutica A-B-C-D para garantizar el anonimato de las instituciones, siendo elegidas considerando las facilidades de acceso y nexos previos.

En esas comunidades terapéuticas no se contempla la actuación del profesional enfermero, por lo que se eligió trabajar con técnicos en tratamiento y rehabilitación en drogas quienes ejercían las funciones incluidas en el rol enfermero. Para el presente estudio los participantes fueron cuatro técnicos (T) a los que se les asignó números a cada entrevista 1-2-3-4-, para garantizar el anonimato de los sujetos. Se eligió un participante de cada comunidad utilizando el criterio de mayor experiencia y antigüedad en el cargo. Estas personas se han formado en instituciones de nivel superior en 2 años de estudio.

En el mes de Noviembre del año 2011, se hizo un acercamiento de carácter informal con las autoridades de la institución para evaluar la posibilidad de realizar la investigación, luego se solicitó autorización por escrito al director de la organización, con este documento se envió el proyecto al Comité de Ética del Servicio de Salud, quienes autorizaron por escrito el desarrollo de la investigación.

### Procedimiento

Se contactó con los participantes seleccionados para coordinar las entrevistas. La pesquisa fue realizada en conformidad con los principios éticos y condiciones para la investigación en seres humanos establecidas en la declaración de Helsinki (1989) y el Código de Ética establecido por el Estado de Chile. Todos firmaron consentimiento esclarecido.

Dado el carácter exploratorio de la investigación, lo más apropiado fue recolectar datos a través de entrevistas semiestructuradas, teniendo como norte dos preguntas abiertas referentes a la relación profesional y al significado que los participantes le atribuyen a esa relación. Esta técnica permite recoger los datos del interés del investigador y al mismo tiempo permite la expresión libre y espontánea de los participantes<sup>15</sup>. Los datos fueron recolectados en el mes de Enero 2012.

Las entrevistas fueron grabadas y se hicieron en las mismas dependencias físicas en la comunidad, el tiempo dispensado no excedió a 45 minutos.

Las grabaciones de las entrevistas fueron transcritas y leídas cada una en profundidad con el fin de tener una aproximación general e integral de los contenidos de las hablas; posteriormente, se organizaron los discursos extrayendo los temas emergentes de

los discursos de los entrevistados, estos fueron agrupados en categorías temáticas; significado que los participantes le atribuyen a su trabajo y percepción sobre el trabajo interaccional desarrollado.

La perspectiva teórico-metodológica adoptada para el análisis del contenido se vincula al concepto teórico propuesto por Peplau, referidos a la relación interpersonal.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En cuanto a las características generales de los participantes se destaca que tenían en promedio seis años de trabajo con personas dependientes a drogas, desempeñan su actividad en turnos de 12 y 24 horas y dos de ellos eran ex usuarios a drogas.

Los contenidos entregados por los participantes destacan significados y percepciones atribuidas al trabajo desarrollado con los usuarios. La discusión de las categorías se agrupan en componentes que se presentan como sigue.

### Significado que los participantes atribuyen a su trabajo

Dos discursos emergen al analizar las hablas de los participantes, uno es satisfacción y sentido de vida que se percibe cuando hay un resultado positivo y el otro es la potencia del compromiso intelectual y emocional al involucrarse con realidades frustrantes y complejas.

#### *Sentido de vida y satisfacción*

Ya Peplau en su teoría considera la enfermedad como una experiencia potencial de aprendizaje, siendo a través de una relación significativa sanitario-paciente desde donde ambos pueden aprender, desarrollarse y crecer<sup>11,14</sup>, así lo expresan en los siguientes discursos:

*Si hay algo que este trabajo entrega es un sentido de vida [...], en el año 98 me inicié en esto, en sectores de mayor vulnerabilidad [...] y ahí encontré un sentido [...] el poder ayudar, orientar, apoyar, motivar a otros [...] y ha traído hartos frutos. Esa satisfacción me ha tocado vivir con los chicos [...] los veo en la plaza, con sus parejas, los veo repuestos, de cierta manera consolidados [...] eso no tiene valor [...]. (TA1)*

*[...] Tenía la embarrada con mi vida y con mi familia y empecé con esto [...] ya llevo cinco años y esto me cambió la vida [...]. (TD4)*

El aprendizaje y la experiencia del trabajo diario le dan un sentido positivo a la vida y perciben satisfacción con el trabajo realizado. Peplau afirma que, para dar cuidados con calidad, la enfermera necesita desarrollarse y madurar como persona, de esta manera el paciente podrá identificarse más con sus problemas de salud y poner los medios para solucionarlos o superarlos<sup>11,14</sup>.

[...] yo podría decir que hoy, al cabo de dos años, me entristecen profundamente algunas realidades pero me alegran también muchas otras [...] los chicos me vienen a contar que están trabajando y su mamá me vienen a dar las gracias porque el asunto ha funcionado [...] entonces esas cosas te van dando empuje, puedo continuar[...]. (TB2)

Los casos que se resuelven bien son experiencias que resultan alentadoras, dan ánimo para seguir adelante, generan compromiso y dan satisfacción por el servicio entregado. Son también recursos de aprendizaje y reflexión para identificar que la relación terapéutica ha sido efectiva.

### *Potencia del compromiso intelectual y emocional al involucrarse con realidades frustrantes y complejas*

En algunas hablas se revelan sentimientos de frustración, al tener frente a ellos realidades muy potentes, fuertes, de difícil manejo. Las personas se comprometen pero no siempre cumplen. El trabajo es imprevisible, generando sentimientos de insatisfacción en los participantes.

*La situación de los chicos para mí ha significado un sacrificio personal súper intenso, profesionalmente es un trabajo súper complejo, donde se requieren desarrollar habilidades profesionales constantemente, ya que todos los días tenemos crisis, no hay mucho tiempo para choquearse (quedar sin capacidad de respuesta) [...] (TC3)*

La asistencia al drogodependiente conlleva complejidad, puesto que, junto con una serie de intervenciones dirigidas a apoyar la superación de la dependencia a las drogas, están las acciones de tipo psicológico, biológico y social; de ahí la importancia para un tratamiento integral del paciente, de la colaboración entre todos los miembros del equipo<sup>16</sup>.

*La experiencia es fuertísima, es muy potente en términos emocionales. El trabajo con jóvenes adolescentes es ver realidades que son muy potentes, donde nos vamos encontrando con situaciones de muchísima frustración, donde hay padres que apoyan desde el discurso, uno se hace toda una expectativa de intervención, sin embargo eso se va desinflando y hay que generar rápidamente nuevas estrategias motivadoras. Si yo me hubiese quedado con la primera impresión yo creo que éste no hubiese sido un proyecto o una propuesta que me hubiese interesado [...]. (TB2)*

Los profesionales de la salud mental constituyen uno de los colectivos de trabajadores de la salud más afectados por el estrés. El profesional que atiende a un paciente con adicción tiene que manejar niveles de frustración de alguna manera más intensos que con otro tipo de pacientes, ya que el porcentaje de recaídas por la naturaleza misma de la enfermedad tiende a ser alto y el nivel de dificultad de su tratamiento también es mayor<sup>17</sup>.

*Es un trabajo súper frustrante porque uno planifica cosas y después te das cuenta que el chico cayó detenido*

*o le pasó cualquier otra cosa [...] y ante eso nosotros igual como equipo tenemos programado autocuidado y trabajamos en torno a nuestras dificultades y aparte tratamos de protegernos como equipo en torno a eso[...]. (TC3)*

*Los perfiles que uno tiene en adicciones son muy complejos porque son chicos muy vulnerables y aparte porque inician una vida activa de consumo desde muy pequeños, también la vida delictual complejiza muchísimo la intervención con ellos y sus familias. En los espacios de dificultades nos reunimos, entregamos apoyo a las personas y vemos como mejorar la situación para poder contener también a los compañeros que están muy complejos. (TC3)*

Un aspecto que se rescata de estos últimos trazos de discurso es la vinculación a un equipo de autoayuda como una forma de protección ante la frustración que provoca este tipo de trabajo.

### **Percepción sobre el trabajo interaccional desarrollado**

Todas las teorías de enfermería enfatizan que la praxis del rol de enfermería se lleva a cabo a través de un proceso de relación interpersonal, donde cuidar significa entrar en relación con la persona y su familia con el objeto de ayudar a satisfacer ciertas necesidades y superar obstáculos<sup>11</sup>. Del análisis del contenido de las hablas se puede rescatar diversas formas de percepción de interacción:

#### *Interacción técnico-paciente*

En cuanto a relacionamiento terapéutico, Joyce Trabelbee (teorista del relacionamiento terapéutico en enfermería) destaca el relacionamiento terapéutico a través de la comunicación, la escucha activa y respetuosa, lo que permite cumplir con la finalidad del cuidado<sup>18</sup>.

*Lo que hacemos durante todo el proceso es indagar sobre su historia de vida, ahí se cruzan algunos temas, sus motivaciones, por qué está en la comunidad, que es lo que busca, que cosas quiere reparar, que cosas hicieron en el tomar esa decisión (TA1)*

*Mi función es ir habilitando a la persona que llega deteriorada producto del consumo de sustancias, tengo algún tipo de conversación para ver como durmió que está haciendo, que le gustaría hacer durante el día, que le gustaría conversar, si tuvo sueños relacionados con drogas, robos, peleas[...] entonces uno tiene que empezar a trabajar con la ansiedad. (TD4)*

*Cuesta formar el vínculo, hacer un vínculo terapéutico es lo que más cuesta, yo creo que lo que más cuesta es la confianza. (TD4)*

Esta relación interpersonal con fines terapéuticos también fue descrita en un estudio, en Brasil<sup>19</sup>, como una relación de ayuda la cual ocurre intercambiando saberes, por un lado el profesional que se prepara para intervenir terapéuticamente, sanando dudas y dismi-

nuyendo ansiedad, y el otro lado, el paciente que necesita comprensión, cariño y solidaridad.

### Interacción paciente-paciente

Se induce de las terapias grupales en donde la relación terapéutica surge de la relación entre las personas, el técnico motiva la conversación sobre vivencias y experiencias personales.

*Las comunidades terapéuticas se caracterizan por un estilo de tratamiento, por una forma de tratar a las personas que tiene relación con esta convivencia diaria donde el grupo en sí mismo se va articulando que ellos se van generando ciertas dinámicas o pautas conductuales que les permite ir resolviendo sus dificultades y observando ciertos cambio [...]. (TB2)*

*En las terapias motivacionales, se genera un tipo de mística al interior, unos se abrazan, se apoyan, se dicen palabras de aliento. (TA1)*

El ser humano se desarrolla y existe a través de la interacción con otros. En consecuencia, el paciente descubre en la terapia grupal la posibilidad de recurrir a la relación, desarrollo personal, el crecimiento y el cambio<sup>20,21</sup>.

Las actividades lúdicas y prácticas de deportes también se desarrollan con el objetivo de aceptar reglas, respetar al otro, compartir y crear vínculo colectivo.

*A veces juego cartas con ellos, football un poco por el tema del vínculo. Intento jugar bastante con ellos. (TA1)*

### Interacción técnico – familia

La relación enfermero-paciente contribuye a descubrir un sentido a la experiencia de sufrimiento. Este concepto es fundamental para ayudar a la familia a aceptar la enfermedad y encontrar maneras de abordarlo. Este encontrar un sentido a la experiencia hace que la persona enferma y su familia busque dentro de sí la fuerza capaz de cambiar la realidad<sup>19</sup>.

*Ellos tienen su familia y tenemos que ayudarles a que tomen el curso, sus funciones y retomen sus roles [...] También se trabaja con las familias de manera individual, sacar a las familias del contexto donde se encuentran [...] hago un trabajo de comprensión ante las situaciones y empatizo con su realidad [...] Me toca asistir a los talleres de familia, estoy constantemente apoyándolos y asistiéndolos en las conversaciones con la familia y sobre todas las cosas, en entregarles esa mirada comprensiva, acogedora y motivadora de lo que significa tomar el tratamiento [...]. (EB2)*

En los relatos se puede inferir el apoyo psicológico permanente y la empatía que se le brinda a la familia, estos elementos son los principales ingredientes en la constitución de una relación interpersonal terapéutica<sup>13</sup>.

### Interacción técnico-equipo multiprofesional

Se puede identificar en los testimonios, evidencia de un trabajo cooperativo e interactivo con el

resto de los profesionales del equipo. El técnico, por estar más tiempo en contacto con las personas en tratamiento, genera un vínculo de confianza especial que le permite penetrar más fácilmente al mundo subjetivo de las personas adictas. La información que el técnico puede obtener la socializa con el resto del equipo y se programan o adecuan las terapias o se produce la derivación a un especialista de acuerdo a las limitaciones que especifica su cargo.

*Alguien lloró anoche, normalmente siempre pasan cosas [...] que hay chicos que sueñan con drogas que tienen ganas de irse, que se aburririeron, que se acordaron de la familia, de los hijos, esa información después yo la sociabilizo con el resto del equipo y principalmente con el psicólogo y la coordinadora del hogar. (TA1)*

*Les refuerzo el trabajo de la dupla psicosocial y el resto del equipo, les voy mostrando el porqué del escenario y de alguna manera estas familias, algunas, no todas, responden muy diferente frente al rol de autoridad de la dupla o de un equipo multiprofesional. Como anécdota a veces me ha pasado que me dicen: fijate que este apoderado dijo que no iba a venir, a ver si tu lo logras convencer y como anécdota lo cuento porque generalmente me acerco a la familia les expongo el caso y les recuerdo que tenemos un compromiso, son en estas áreas en donde yo más intervengo. (TB2)*

## CONCLUSIONES

El referencial teórico metodológico corresponde al profesional enfermero, sin embargo se puede concluir que, en las comunidades terapéuticas estudiadas, los técnicos están habilitados por la autoridad para entregar los cuidados.

De acuerdo a las declaraciones expresadas por los participantes, se percibe que están utilizando los conceptos básicos descritos en el relacionamiento terapéutico, puede ser que estos hayan sido aprendidos como producto de la práctica diaria con los pacientes y las familias.

Los técnicos desarrollan una labor muy importante de cooperación, de motivación y apoyo a las actividades desarrolladas por el resto del equipo de apoyo psicosocial. Además, por la característica de su relación terapéutica de tipo empática, pueden identificar necesidades de la esfera psíquica, haciendo un nexo muy positivo entre la dupla psicosocial y el usuario. También con las familias parecen tener un mayor protagonismo en términos de desarrollo de confianza a la hora de necesitar el compromiso en la rehabilitación de los pacientes.

En cuanto al significado atribuido al trabajo desarrollado, las percepciones son disímiles entre los participantes, algunos, tal vez, influenciados por sus propias historias de vida como ex usuarios de drogas esto se refleja en sus declaraciones.

Estudios posteriores deberán ser realizados con el propósito de identificar y comprender los motivos por los cuales el profesional enfermero no está presente en el cuidado de las personas con abuso a drogas y alcohol en las sesiones terapéuticas.

## REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud (Ch). Informe final de estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007. [Online] 2008; 1-101. [citado en 22 mar 2012] Disponible em: [http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/carga\\_enf2008/Informe%20final%20carga\\_Enf\\_2007.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/carga_enf2008/Informe%20final%20carga_Enf_2007.pdf).
2. Ministerio de Salud (Ch). Plan de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago (Ch): Ministerio de Salud; 2000.
3. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Ministerio del Interior y seguridad Pública (Ch). Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014. Santiago (Ch): CONACE; 2010.
4. Ministerio de Salud (Ch). Asesoría Jurídica. Reglamento de centros de tratamiento y rehabilitación de las personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y drogas 2010. Santiago (Ch): Ministerio de Salud; 2010.
5. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de salud Mental en Chile, 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Publica (Chile)*. 2005; 18:(4/5):346-58.
6. Muñoz Caballero E, Becerra RS, Lucay-Cossio CH, organizadoras. Proceso de enfermería e informática para la gestión del cuidado. Santiago (Ch): Editora Mediterráneo; 2010.
7. Milos H Paulina, Borquez P Blanca, Larrain S Ana Isabel. La gestión del cuidado en la legislación Chilena: interpretación y alcance. *Ciênc enferm [online]* 2010; 16(1):17-29. [citado en 12 mar 2013] Disponible em: <http://www.scielo.br/prc>.
8. Vargas D, Oliveira M, Duarte FAB. Inclusión y prácticas del enfermero en los Centros de Atención Psicosocial para alcohol y drogas (CAPS AD) de la ciudad de Sao Paulo, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [online] 2011; 19:115-22. [citado en 20 mar 2012] Disponible em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).
9. Barros JC. Distintas perspectivas de los cuidados de enfermería de salud mental en usuarios drogodependientes. [Interpsiquis Online] 2008; 1:1-5. [citado en 20 mar 2012] Disponible em: <http://hdl.handle.net/10401/4451>.
10. Diaz Heredia LP, Marziale MHP. El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010; 18 (esp): 573-81.
11. Arce AH, Gámiz EBL, Navarro FM, Martínez H, Jimenez-Lermaj JM. Enfermería en adicciones: el modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. *Transtornos Adictivos*. 2003; 5(2):58-74.
12. Gomes MA, Rodrigues MLC, García MTE, Rojas JC. Diagnósticos de enfermería, perfil social y clínico de adolescentes en tratamiento para la drogadicción en un centro de rehabilitación en Medellín, 2006. *SMAD, Rev electrónica de salud mental, alcohol y drogas*. 2008; 4(1):1-17.
13. Kérouac S. El pensamiento enfermero. España: Elsevier Masson; 2007.
14. Sakraida T. El modelo de promoción de la salud. En: Alligood MR, Tomey AM. *Modelo y teorías en enfermería*. 7ª ed. Madrid (Es): Elsevier-Mosby; 2011. p.34-53.
15. Triviños ANS. *Introducción a la pesquisa en ciencias sociales*. Sao Paulo: Atlas; 1987.
16. De las Cuevas Castresana C. Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. *Transtornos Adictivos*. 2003; 5(2):107-13.
17. Waidman MAP, Elsen I, Marcon SS. Posibilidades y límites de la teoría de Joyce Trabelbee para la construcción de una metodología del cuidado de la familia. *Rev Eletroc Enferm*. 2006; 8(2):282-91.
18. Furegato ARF. *Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem*. Ribeirão Preto (SP): Escala; 1999.
19. Kantorski LA, Pinho LB, Schrank G. El relacionamiento terapéutico en el cuidado de enfermería psiquiátrica y salud mental. *Rev enferm UERJ*. 2003; 11:201-7.
20. Bechelli LPC, Santos MA. El paciente en psicoterapia de grupo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13:118-25.