



Aprueba Convenio de Prestación de Servicios entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, y el **Servicio de Salud Magallanes**, para la compra de meses de planes de tratamiento para personas en situación de calle con consumo problemático de drogas y alcohol, para los años 2016 y 2017.

RESOLUCIÓN EXENTA N° 3937

SANTIAGO, 24 DE DICIEMBRE DE 2015



VISTO: Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1-19.653, de 2000, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la Ley N° 20.882, Ley de Presupuestos para el sector público correspondiente al año 2016; en la Ley N° 20.502 que crea el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol; en el Decreto con Fuerza de Ley N° 2-20.502, de 2011, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; en la Resolución N° 1.600 de 2008, de la Contraloría General de la República; y en el Decreto Supremo N° 611, de 13 de mayo de 2015, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública;

CONSIDERANDO:

1.- Que, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, es el organismo encargado de la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas y, en especial, de la elaboración de una Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol.

2.- Que, para tales efectos y para cumplir con los objetivos y funciones señaladas en la Ley N° 20.502, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, se encuentra facultado para celebrar contratos con entidades públicas o privadas destinados a otorgar tratamiento y rehabilitar a personas afectadas por el consumo de drogas estupefacientes o sicotrópicas y alcohol.


AEC/LCM/SCA/MNA/RPH/ALR/dg

Distribución:

- 1.- Jefa División Programática
- 2.- Jefa (S) División de Administración y Finanzas SENDA
- 3.- División de Administración y Finanzas SENDA (Unidad de Presupuestos, Unidad de Contabilidad y Unidad de Gestión de Planes de Tratamiento)
- 4.- Área Tratamiento SENDA (adultos)
- 5.- Dirección Regional SENDA, Región de Magallanes y La Antártica Chilena
- 6.- División Jurídica SENDA
- 7.- Servicio de Salud Magallanes (Lautaro Navarro N° 820, Punta Arenas)
- 8.- Unidad de Gestión Documental

S-11818-15



3.- Que, dentro del cumplimiento de su objetivo, SENDA, busca la reducción, no sólo de los niveles de uso de drogas ilícitas y del consumo de riesgo de alcohol, sino también de las consecuencias sociales y sanitarias asociadas a estos dos fenómenos. Asimismo, las líneas de acción a seguir para el tratamiento de drogas y alcohol, buscan asegurar la equidad en el acceso a una atención oportuna, integral y de calidad para la población con problemas de consumo problemático.

4.- Que, el Programa de Tratamiento y Rehabilitación de Personas Adultas en Situación de Calle con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Sustancias, está destinado a abordar los problemas y necesidades de una población específica, a saber, personas adultas viviendo en situación de calle que requieren tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras sustancias, y no acceden a los programas regulares impulsados por SENDA, y otros organismos dedicados al tema, por no cumplir con criterios de inclusión, quedando marginadas de una oportunidad de tratamiento.

5.- Que, en atención a lo que se viene exponiendo, es una necesidad indispensable para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, contratar el servicio de planes de tratamiento para personas que viven en situación de calle, en modalidad ambulatorio comunitario, para los años 2016 y 2017.

6.- Que, en cumplimiento de su objeto, y conforme lo dispone el artículo 19, letra j), de la Ley N° 20.502, corresponde al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol celebrar acuerdos o convenios, con instituciones públicas o privadas, incluyendo las Municipalidades, que digan relación directa con la ejecución de las políticas, planes y programas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo.

7.- Que, por su parte, el **Servicio de Salud Magallanes**, es un organismo estatal, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial de su competencia, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas.

8.- Que, en virtud de lo anteriormente señalado, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, y el **Servicio de Salud Magallanes**, con fecha **9 de diciembre de 2015**, celebraron un convenio de prestación de servicios para la compra de meses de planes de tratamiento para personas en situación de calle con consumo problemático de drogas y alcohol, para los años 2016 y 2017.

9.- Que, la Ley Anual de Presupuestos para el sector público correspondiente al año 2016, contempla los recursos necesarios para la contratación que se aprueba por el presente instrumento.

10.- Que, procediendo la expedición del correspondiente acto administrativo que sancione el Convenio señalado en el considerando octavo, vengo en dictar la siguiente,

RESOLUCIÓN

ARTICULO PRIMERO: Apruébese el Convenio de Prestación de Servicios, celebrado con fecha **9 de diciembre de 2015**, entre, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol y el **Servicio de Salud Magallanes**, para la compra de meses de planes de tratamiento para personas en situación de calle con consumo problemático de drogas y alcohol, para los años 2016 y 2017.

ARTÍCULO SEGUNDO: El gasto que irrogará para este Servicio el Convenio de Prestación de Servicios que se aprueba por el presente acto administrativo, ascenderá a la cantidad total de **\$68.125.680-**, de los cuales, **\$34.062.840.-** corresponden al año 2016 y se financiarán con cargo a la partida presupuestaria 05-09-01-24-03-001 del Presupuesto para el año 2016.

Los recursos correspondientes al año 2017 se imputarán a la respectiva partida del presupuesto del sector público vigente, siempre que la ley de presupuestos para dicho año contemple los recursos necesarios para tal efecto.

ARTÍCULO TERCERO: El texto del convenio que se aprueba por la presente Resolución Exenta, es del tenor siguiente:

CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, ENTRE EL SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL, SENDA, Y EL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES, PARA LA COMPRA DE MESES DE PLANES DE TRATAMIENTO PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y ALCOHOL, PARA LOS AÑOS 2016 Y 2017.

En Santiago de Chile, a **9 de diciembre de 2015** entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en adelante "SENDA", RUT N° 61.980.170-9, representado por su Director Nacional, don **Mariano Montenegro Corona**, ambos domiciliados en Agustinas N°1235, piso 9, comuna y ciudad de Santiago, por una parte, y el **Servicio de Salud Magallanes**, RUT N°61.607.900-K, en adelante "El Servicio de Salud", representado por su Directora, doña **Pamela Angélica Franzi Pirozzi**, ambos domiciliados en calle Lautaro Navarro N° 820, comuna de Punta Arenas, por la otra, de paso en ésta, se ha convenido en lo siguiente:

PRIMERO: El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, dentro del cumplimiento de su objeto, busca la reducción no sólo de los niveles de uso de drogas ilícitas y del consumo de riesgo de alcohol, sino también de las consecuencias sociales y sanitarias asociadas a estos dos fenómenos. Para ello, ha desarrollado y planificado programas, planes y acciones que abarcan desde la prevención universal e inespecífica de conductas de riesgo, hasta las intervenciones más complejas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con consumo de estas sustancias que resultan problemáticos.

Las líneas de acción para el tratamiento de drogas y alcohol, buscan asegurar la equidad en el acceso a una atención oportuna, integral y de calidad para la población con problemas de consumo de drogas y alcohol.

Sin perjuicio de ello, es importante reconocer, que en nuestro país existe una importante brecha entre las necesidades de tratamiento de problemas de drogas y alcohol de la población, y la capacidad de respuesta del Estado a través de sus diversas instancias.

Que, uno de los grupos cuyas necesidades de tratamiento no se encuentran cubiertas por la oferta pública y privada existente, lo constituyen las personas adultas que viven en situación de calle, situación altamente compleja, por la naturaleza de los factores que determinaron esta condición en la biografía de sus protagonistas, porque para revertir esta situación es preciso influir sobre variables de difícil abordaje, como habitabilidad, salud mental y vinculación con redes sociales significativas e institucionales y porque la singularidad de esta condición desafía enormemente la capacidad de los servicios socio sanitarios para responder a sus características y necesidades de manera efectiva.

En atención a lo que se viene exponiendo, se ha vuelto una necesidad indispensable para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, contratar el servicio de planes de tratamiento para personas que viven en situación de calle, en modalidad ambulatorio comunitario.

SEGUNDO: El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en adelante también "SENDA" es un Servicio Público descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, encargado de la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingesta abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Le corresponde también la elaboración de una Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol.

En cumplimiento de dicho objeto, y conforme lo dispone el artículo 19, letra j), de la Ley N° 20.502, corresponde al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol celebrar acuerdos o convenios, con instituciones públicas o privadas, incluyendo las Municipalidades, que digan relación directa con la ejecución de las políticas, planes y programas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo.

Por su parte, el **Servicio de Salud Magallanes**, es un organismo estatal, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial de su competencia, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas.

TERCERO: De acuerdo a lo indicado anteriormente, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, decide contratar con el **Servicio de Salud Magallanes**, meses de planes de tratamiento para la ejecución del programa Tratamiento Ambulatorio Comunitario para Personas en Situación de Calle, para ser ejecutados desde el 1° de Enero de 2016 al 31 de Diciembre de 2017, en la **Región de Magallanes**.

Se entiende por consumo problemático de sustancias, al consumo por abuso de sustancias, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM IV, al consumo perjudicial, según el sistema de clasificación internacional de enfermedades CIE 10 y a la dependencia, incorporada en ambas clasificaciones.

Este consumo problemático se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de sustancias con consecuencias adversas en la esfera laboral, familiar y en la vida cotidiana y se presenta como una gran variedad de síntomas físicos, psicológicos y psiquiátricos, incluyendo los relacionados con los efectos farmacológicos directos de las sustancias, complicaciones médicas del consumo, conflictos familiares y psicosociales, por lo que el tratamiento de este trastorno implica realizar un abordaje con equipo multidisciplinario.

Para efectos de este contrato, un mes de plan de tratamiento corresponde a un mes en que una persona con problemas de consumo de sustancias ilícitas participa de un plan de tratamiento y rehabilitación que contempla un conjunto intervenciones y prestaciones recomendables asociadas al cumplimiento de los objetivos del mismo, de acuerdo al proceso terapéutico en que se encuentra.

Se entenderá parte integrante de este contrato, documento técnico denominado "**Lineamiento para la Intervención del Plan de Tratamiento Ambulatorio Comunitario para personas adultas en situación de calle, que presentan consumo problemático de sustancias**", que siendo conocido por las partes, éstas estimaron innecesarias su inserción.

CUARTO: Los planes contratados responden a la **Modalidad Ambulatorio Comunitaria**, la que está compuesta por un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, destinado a personas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial, de grado moderado o severo, con o sin presencia de comorbilidad psiquiátrica o somática.

El Modelo del Tratamiento y Rehabilitación, contempla principios y estrategias de intervención flexibles, personalizadas, de acuerdo a las necesidades de la población destinataria del programa. La unidad operativa es el territorio o comunidad en la que se interviene, por lo que el equipo deberá movilizarse, si se requiere para una adecuada y eficaz intervención, a los diferentes lugares donde se trabaja con esta población, entregando atención terapéutica a las personas en los espacios comunitarios destinados para ello (casas de acogida, centros comunitario, centro de salud, entre otros) o incluso en los propios lugares en los cuales se encuentran (focos o lugares habituales en los que se concentran durante el día, o lugares donde viven).

El tipo de intervenciones y su frecuencia incluidas en un mes de tratamiento, se desarrollan de manera progresiva en la medida que se avanza en el proceso de tratamiento y rehabilitación, con el propósito de lograr los objetivos terapéuticos, de acuerdo a las características y necesidades de las personas usuarias.

Dichas intervenciones se encuentran señaladas en el documento denominado “**Lineamiento para la Intervención del Plan de Tratamiento Ambulatorio Comunitario para personas adultas en situación de calle, que presentan consumo problemático de sustancias**”, documento técnico, que se entiende parte integrante del presente contrato.

Sin perjuicio de lo anteriormente indicado, podemos señalar que las intervenciones a realizarse en la modalidad ambulatoria comunitaria, son las siguientes:

- Consulta médica
- Consulta psiquiátrica
- Consulta de salud mental
- Intervención psicosocial (individual, familiar y de grupo)
- Consulta psicológica
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia de grupo
- Psicotriagnóstico
- Visita domiciliaria
- Coordinación Intersectorial
- Coordinación Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO)
- Exámenes de laboratorio que se requieran
- Medicamentos si corresponde

QUINTO: Por este acto el **Servicio de Salud Magallanes** se compromete a realizar desde el 1° de enero de 2016 y hasta el 31 de diciembre de 2017, la cantidad de **15 unidades de planes de tratamiento mensuales**.

Con todo, las prestaciones correspondientes a los planes de tratamiento ejecutados durante los meses de diciembre de 2016 y diciembre de 2017 deberán registrarse en el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), de que trata la cláusula décimo quinta de este instrumento, hasta el día 20 de diciembre de 2016 y 20 de diciembre de 2017 respectivamente, sin perjuicio de lo cual deberán continuar ejecutándose hasta el 31 de diciembre del respectivo año, conforme a las necesidades de las personas tratadas.

SEXTO: El Servicio de Salud, proporcionará a los beneficiarios de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados, todas y cualquiera de las prestaciones que incluyen los mismos, de acuerdo a las necesidades del usuario, resguardando que las mismas se desarrollen con la calidad adecuada para alcanzar los objetivos terapéuticos. Lo anterior, sin exigir al usuario y/o su familia algún tipo de pago por las atenciones que le serán otorgadas.

Con todo, en el caso de existir complicaciones médicas, psiquiátricas o de cualquier otra índole o bien se requiera la realización de prestaciones no cubiertas por este convenio, la persona en tratamiento deberá ser derivada mediante interconsulta a un establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, debiendo constar copia de dicho documento en la respectiva ficha clínica o, en su defecto, ser trasladada a un centro asistencial privado, siempre y cuando la persona o su familia opte por esta alternativa debiendo firmar un documento que explicita esta opción. Para todos los efectos, SENDA no cubrirá ni financiará atenciones o prestaciones que no estén expresamente señaladas en este convenio.

SEPTIMO: El contrato que se celebra mediante el presente instrumento regirá desde la total tramitación del acto administrativo que lo apruebe hasta el 31 de diciembre de 2017.

No obstante lo anterior, por razones de buen servicio, y especialmente en atención a las necesidades de las personas tratadas, los meses de planes de tratamiento objeto de este convenio se otorgarán a partir del **1° de enero del 2016**.

Con todo, en ningún caso, SENDA pagará los meses de planes otorgados mientras no esté totalmente tramitado el acto administrativo que apruebe el presente convenio.

OCTAVO: El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol pagará por cada unidad de mes de plan de tratamiento, la cantidad de **\$189.238 (ciento ochenta y nueve mil doscientos treinta y ocho pesos)**.

Se contrata en el presente convenio, 15 unidades de mes de tratamiento mensuales, lo que corresponde a una cantidad mensual de **\$2.838.570 (dos millones, ochocientos treinta y ocho mil quinientos setenta pesos)**.

Dicho lo anterior, el valor total de convenio asciende a la suma de **\$68.125.680 (sesenta y ocho millones, ciento veinticinco mil seiscientos ochenta pesos)**, de los cuales **\$34.062.840 (treinta y cuatro millones sesenta y dos mil ochocientos cuarenta pesos)** corresponden al año 2016 y **\$34.062.840 (treinta y cuatro millones sesenta y dos mil ochocientos cuarenta pesos)**, corresponden al año 2017.

Los montos señalados que corresponden al año 2017, serán entregados al Servicio de Salud, siempre que la ley de presupuestos del sector público, contemple los recursos necesarios al efecto.

Se deja expresa constancia que el precio indicado para el año 2017, podrá ser reajustado en el mes de diciembre del año 2016, y comenzará a regir en el mes de enero del año 2017. La cuantía de dicho reajuste será fijado en la época indicada previamente, teniendo como factores referenciales el reajuste que experimente el Índice de Precios al Consumidor de los últimos doce meses y la disponibilidad presupuestaria de acuerdo a la Ley de Presupuesto del Sector Público del año correspondiente. Los reajustes serán notificados al Servicio de Salud, una vez totalmente tramitado el acto administrativo que lo aprueba, sin la necesidad de modificar el convenio suscrito.

NOVENO: SENDA pagará al Servicio de Salud los Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación a que se refieren la cláusula anterior, por mes de plan de tratamiento y rehabilitación, efectivamente otorgado.

Se entenderá por mes de plan de tratamiento y rehabilitación efectivamente otorgado, cuando se cumpla, con el registro mensual, en el Sistema de Gestión de Tratamiento (SISTRAT), de las prestaciones mencionadas en la cláusula cuarta del presente convenio.

Con todo, SENDA pagará al Servicio de Salud siempre respetando el tope máximo anual y total que se señala en el presente convenio.

El pago al Servicio de Salud de las prestaciones contratadas se realizará mensualmente y se hará efectivo sólo una vez que SENDA, a través de la Dirección Nacional o Regional, según corresponda, haya recibido la respectiva factura y su documentación de respaldo, por el monto exacto de los meses de planes de tratamiento otorgados en el respectivo mes, dentro de los cinco primeros días corridos del mes siguiente.

Recibida la factura y su documentación de respaldo, SENDA procederá a su visación, registro y pago, dentro de los 20 días corridos siguientes. El respectivo depósito o transferencia electrónica se realizará directamente a la cuenta corriente bancaria (u otra cuenta a la vista) que señale el Servicio de Salud, si éste así lo ha solicitado o, en su defecto, se emitirá un cheque nominativo a nombre del Servicio de Salud, el que deberá ser retirado en Agustinas N°1235, piso 6, comuna de Santiago o en la Dirección Regional de SENDA correspondiente al domicilio del Servicio de Salud.

Las facturas deberán ser extendidas a nombre del **Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, RUT N° 61.980.170-9**, dirección calle Agustinas N°1235, piso 6, comuna y ciudad de Santiago, o en la forma que SENDA, instruya a futuro. SENDA no pagará facturas que no se encuentren debidamente extendidas, que presenten enmiendas o estén incompletas, procediéndose a la devolución de la misma.

Sin perjuicio que SENDA pagará mensualmente el monto de los meses de planes de tratamiento efectivamente realizados por el Servicio de Salud, SENDA, podrá realizar, en los meses de abril, agosto y diciembre de los años 2016 y 2017 un proceso de ajuste en el pago de los meses de planes de tratamiento contratados. Conforme a este proceso, SENDA pagará al Servicio de Salud los meses de planes de tratamiento que hubiere efectivamente realizado en el correspondiente período, por sobre los máximos mensuales, pero bajo el máximo acumulado al período de ajuste correspondiente. Con todo, SENDA se reserva el derecho de realizar ajustes en meses distintos a los anteriormente señalados.

DÉCIMO: DE LOS INCUMPLIMIENTOS

En caso de incumplimiento por parte del Servicio de Salud de las obligaciones derivadas de este Convenio y/o derivados de la prestación de los servicios contratados, SENDA, previa calificación de los antecedentes, podrá notificar al Director del Servicio de Salud, a través de un oficio, dando cuenta de los hechos ocurridos, el o los establecimientos involucrados y los fundamentos que justifiquen el incumplimiento.

Para estos efectos, se entenderá que constituyen incumplimiento de las obligaciones derivadas de este Convenio y de las derivadas de la prestación de los servicios contratados, las siguientes:

- a. Las contravenciones a lo establecido en el presente convenio y a lo establecido en documento denominado **“Lineamiento para la Intervención del Plan de Tratamiento Ambulatorio Comunitario para personas adultas en situación de calle, que presentan consumo problemático de sustancias”**, documento técnico, que se entiende parte integrante del presente contrato.
- b. En general, toda aquella práctica que interfiera con el adecuado desarrollo del proceso terapéutico de los beneficiarios.
- c. Cualquier incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y administrativas que rigen el presente Convenio.

DÉCIMO PRIMERO: DEL PROCEDIMIENTO.

En caso de incumplimiento, se aplicará el siguiente procedimiento:

- I. El/la Director/a Regional de SENDA respectivo enviará un oficio con un informe detallado al Director/a del Servicio de Salud, indicando los hechos ocurridos, el o los establecimientos involucrados y los fundamentos que justifiquen el incumplimiento constatado.
- II. Una vez recibido el informe, el/la Directora/a del Servicio de Salud, tendrá un plazo de 15 días hábiles para realizar sus descargos y proponer soluciones a las observaciones realizadas, indicando además la forma y el plazo en que estas soluciones se implementarán. El informe deberá ser presentado a la Dirección Regional de SENDA, mediante un Oficio dirigido al Director/a Regional de SENDA.
- III. Excepcionalmente, por razones fundadas y atendiendo al impacto que el incumplimiento genera en la intervención con las personas, el (la) Director(a) Regional de SENDA respectivo podrá solicitar que el informe con los descargos y propuesta de

soluciones se presente en la Dirección Regional de SENDA en un plazo menor a 15 días hábiles, pero siempre igual o superior a 5 días hábiles.

- IV. SENDA, dentro de los 10 días hábiles siguientes de la recepción de los descargos deberá aprobar las soluciones propuestas y/o formular las observaciones que le parezcan pertinentes. SENDA, notificará lo resuelto mediante oficio dirigido al/la Directora/a del Servicio de Salud, suscrito por el/la Directora/a Regional de SENDA.
- V. El Servicio de Salud tendrá un plazo de 15 días hábiles, desde la notificación de las mismas, para contestar las observaciones propuestas y remitirlas a la Dirección Regional de SENDA respectiva, mediante Oficio dirigido a el/la Directora/a Regional de SENDA.
- VI. Excepcionalmente, por razones fundadas y atendiendo al impacto que el incumplimiento genera en la intervención con las personas, el (la) Director(a) Regional de SENDA respectivo podrá solicitar que el informe con las observaciones a las propuestas se presente en la Dirección Regional de SENDA en un plazo menor a 15 días hábiles, pero siempre igual o superior a 5 días hábiles.
- VII. El/la Directora/a Regional de SENDA deberá aprobar las soluciones propuestas y/o formular las observaciones que le parezcan pertinentes. En este último caso, se notificarán las observaciones al Servicio de Salud y las partes deberán utilizar todos los mecanismos necesarios, en la esfera de sus atribuciones, para acordar los aspectos no consensuados.

Las partes dejan constancias que en caso de la no presentación por parte del/la directora/a del Servicio de Salud de cualquiera de los Informes señalados anteriormente, SENDA reiterará la solicitud del mismo y otorgará un plazo adicional de 10 días hábiles para su presentación.

Si, pese a la reiteración de solicitud realizada, el Servicio de Salud no presentara el informe respectivo, SENDA se encontrará facultado para poner término anticipado al presente convenio, de acuerdo a lo establecido en la letra i) de la cláusula siguiente.

Las notificaciones que se efectúen al Servicio de Salud en virtud de este procedimiento, se realizarán mediante carta certificada despachada al domicilio del Servicio de Salud o de modo personal por medio de un funcionario o asesor de SENDA, quién dejará copia íntegra del acto que se notifica. Las notificaciones por carta certificada se entenderán practicadas a contar del tercer día siguiente a su recepción en la oficina de correos que corresponda.

Las partes dejan constancia que los días hábiles para los efectos del presente convenio serán de lunes a viernes, excepto los festivos.

DÉCIMO SEGUNDO: DEL TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONVENIO.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación para el Consumo de Drogas y Alcohol podrá poner término anticipado al presente convenio, por acto administrativo fundado, en el evento que acaeciere alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Por resciliación o mutuo acuerdo de las partes.
- b) Por exigirlo el interés público o la seguridad nacional.
- c) Caso fortuito o fuerza mayor, comprendiéndose dentro de ellas razones de ley o de autoridad que hagan imperativo terminarlo.
- d) Si a uno o más establecimientos de salud, se le hubiere revocado la autorización sanitaria, y el Servicio de Salud no hubiere puesto término a la relación contractual que lo une con dichas entidades.
- e) Falta de disponibilidad presupuestaria para cubrir el pago de las prestaciones contratadas.

- f) Si el Servicio de Salud queda sin prestadores subcontratados o dependientes, que estén en condiciones de cumplir las prestaciones convenidas en el presente instrumento.
- g) Por incumplimiento grave, debidamente calificado por SENDA, de las obligaciones contraídas por el Servicio de Salud, por ejemplo, aquellas que pongan en riesgo el oportuno otorgamiento de los meses de planes de tratamiento convenidos, en términos tales que el beneficiario del plan de tratamiento de que se trate, no reciba el tratamiento convenido y aquellas que vulneran gravemente los derechos de los usuarios.
- h) Si al Servicio de Salud se le hubieren notificado tres o más incumplimientos, respecto a un mismo establecimiento ejecutor, en un periodo equivalente a la mitad de la vigencia del presente convenio, de aquellos a que se refiere la cláusula décima de este instrumento.
- i) Si, pese a la reiteración realizada por SENDA, el Servicio de Salud no presentara cualquiera de los informes señalados en la cláusula décima.
- j) Falta grave y deliberada de veracidad de la información registrada en el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento respecto de las intervenciones realizadas a las personas usuarias en tratamiento.
- k) Efectuar cobros improcedentes a los(as) beneficiarios(as) de los planes de tratamiento y rehabilitación contratados.

En caso que el convenio termine anticipadamente, el Servicio de Salud, deberá realizar las prestaciones adecuadas a las necesidades de las personas en tratamiento hasta la fecha decretada de término del mismo, la que estará señalada en la Resolución que disponga el término del convenio, además de realizar la derivación asistida, de cada caso, al centro de salud que continuará la atención, acompañando un Informe actualizado que dé cuenta del diagnóstico, plan de intervención, estado de avance de los objetivos terapéuticos, esquema farmacológico, si corresponde, y de todos aquellos datos relevantes para el éxito del proceso terapéutico.

Respecto del registro de las prestaciones, en caso de término anticipado de contrato, el Servicio de Salud deberá evaluar el tipo de egreso de cada una de las personas beneficiarias, y registrar en SISTRAT de acuerdo a la acción realizada.

Procedimiento de Término Anticipado:

- I. Si analizados los antecedentes, se determina el término anticipado del presente convenio, el Jefe(a) de la División Programática de SENDA comunicará este hecho al Servicio de Salud, mediante oficio, especificando la causal que origina el término del convenio.

Las notificaciones que se efectúen al Servicio de Salud en virtud de este procedimiento, se realizarán mediante carta certificada dirigida a su domicilio, comenzando a contarse los plazos a partir del tercer día después de despachada la carta por Correo.

- II. El Servicio de Salud dispondrá de **quince días hábiles** contados desde que se le haya notificado el referido oficio, para efectuar sus descargos ante el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, acompañando todos los antecedentes y pruebas que acrediten la existencia de un caso fortuito o fuerza mayor o que demuestren fehacientemente que no ha tenido responsabilidad en los hechos que originen el término o que desvirtúen los antecedentes analizados por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

- III. Si el Servicio de Salud no presenta sus descargos en el plazo señalado, se tendrá por acreditado el o los incumplimientos y se pondrá término al convenio, dictándose la pertinente resolución por parte del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en la que se indicará la causal de término y la fecha en que se hará efectivo el mismo.
- IV. Si el Servicio de Salud ha presentado descargos oportunamente, el Jefe Superior del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol dispondrá de **veinte días hábiles**, contados desde la recepción de los descargos, para resolver, sea rechazándolos o acogiéndolos, dictando el correspondiente acto administrativo.
- V. En las dos situaciones previstas en los números anteriores, el Servicio de Salud podrá presentar recurso de reposición ante el Director Nacional de SENDA, dentro de los cinco días hábiles contados desde la notificación de la resolución que se recurre, quien dispondrá por su parte de diez días hábiles, contados desde la recepción del recurso, para resolver si lo acoge total o parcialmente. Si el Servicio de Salud no presenta recurso de reposición dentro del plazo indicado, el término anticipado quedará firme.

DÉCIMO TERCERO: Senda realizará visitas destinadas a supervisar el correcto cumplimiento del convenio y de las normas que regulen la prestación de meses de planes de tratamiento. El objetivo de esta visita observará fundamentalmente el recurso humano, la infraestructura, el registro de las prestaciones realizadas y, en general todo aquello que fuere relevante y pertinente para el correcto funcionamiento del programa y la provisión de un servicio de calidad, de acuerdo al presente Convenio.

El Servicio de Salud deberá entregar todas las facilidades de acceso a dependencias e información que se requiera, para la adecuada ejecución de esta supervisión. Lo señalado precedentemente es sin perjuicio de las facultades de supervisión y fiscalización que le competen al Ministerio de Salud en su rol de autoridad sanitaria y Gestores de Red, a través de la Seremi respectivas y de los Servicios de Salud.

DÉCIMO CUARTO: SENDA a través de sus Direcciones Regionales y el Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, realizarán una evaluación técnica a los equipos de los programas de tratamiento del Servicio de Salud, cuyos resultados u observaciones estarán disponibles en SISTRAT para los equipos y directivos de los establecimientos.

Asimismo, SENDA a través de sus Direcciones Regionales y el Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud respectivos, realizarán asesoría técnica a los equipos de los programas de tratamiento.

DÉCIMO QUINTO: Para el adecuado control de la actividad y supervisión del Programa, así como también para el análisis técnico de la información, estará a disposición del Servicio de Salud el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), según clave de acceso asignada a 2 profesionales por equipo y clave de acceso de Servicio de salud para monitoreo y emisión de facturas, las cuales deberán ser personales e intransferibles. El Servicio de Salud se obliga a ingresar los datos correspondientes en la Fichas existentes en el mismo, a saber: Ficha de Demanda, Ficha de Ingreso, Ficha Mensual de Prestaciones, Ficha de Evaluación del Proceso, Ficha TOP, Ficha de Necesidades de Integración Social, Ficha de Egreso y Ficha de Seguimiento, o aquellas que sean incorporadas durante el periodo de vigencia del convenio. Estas Fichas, tienen como objetivo contar con una información completa y homogénea de las atenciones otorgadas a las personas beneficiarias del Programa.

Los datos mensuales deberán ser ingresados, por el Servicio de Salud, a través del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), en tiempo real y hasta el último día del mes en que se otorgue efectivamente la prestación del servicio, con un plazo máximo de ingreso hasta el primer día del mes siguiente a aquel en que se ejecutaron las prestaciones, día que se considerará de cierre de sistema. En el evento de cualquier dificultad en el ingreso de la información durante el mes de registro correspondiente, ya sea estos errores del

sistema o errores de usuario, se deberá reportar a la Dirección Regional de SENDA correspondiente, vía correo electrónico, hasta el último día hábil antes del cierre del sistema.

Además, para supervisar el correcto cumplimiento del Convenio, el Servicio de Salud deberá proporcionar a SENDA toda la información que éste le requiera, estando facultado para efectuar visitas de inspección debiendo dársele las facilidades del caso. Con todo, lo anterior deberá hacerse siempre con el debido respeto a lo dispuesto en la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada, y en cualquier otra norma legal que regule el carácter secreto o reservado de la información.

DÉCIMO SEXTO: Si con posterioridad a la suscripción del convenio, SENDA estima necesario realizar modificaciones en sus requerimientos de servicio, en cuanto a la calidad de los mismos, las que por su magnitud representen un esfuerzo significativo para el Servicio de Salud, se evaluará y propondrá al mismo la eventual modificación del convenio.

Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, evaluará el nivel de ejecución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, establecidos en el presente convenio.

Los períodos en que SENDA evaluará el nivel de ejecución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, será en los meses de junio y diciembre de 2016, y en junio de 2017.

Reasignación en el mes de junio del año 2016

Si un programa al 30 de junio del año 2016, y por razones que no le son imputables, no ha cumplido con realizar el 100% del número de meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, en el período de enero a junio del año 2016 se podrá modificar el convenio suscrito en el plan afectado, en términos de disminuir la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales asignados correspondiente al año 2016 y, consecuentemente, el monto del mismo convenio.

La disminución mencionada considerará los meses de planes de tratamiento no ejecutados, y SENDA podrá asumir que el porcentaje de no ejecución se mantendrá durante el segundo semestre del año en curso, es decir, desde julio a diciembre del año 2016, disminuyendo dicho porcentaje para el período antes señalado.

Asimismo, si producto de dicha evaluación, hubiere programas que a la referida fecha presentaren una ejecución superior o igual al 100% del número de meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, en el período de enero a junio del año 2016, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, podrá modificar el convenio suscrito con el Servicio de Salud en el plan afectado y aumentar el número de meses planes de tratamiento anuales y mensuales asignados correspondiente al año 2016, a efectos de cubrir así la demanda existente.

Con todo, y por razones fundadas, el Servicio podrá extender la reasignación ocurrida en junio de 2016 por todo el período de vigencia del convenio.

Reasignación en el mes de diciembre del año 2016.

Si al 20 de diciembre de 2016, y por razones que no le son imputables, el Servicio de Salud no ha cumplido con realizar el 100% del número de meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, en el período de enero a 20 de diciembre del año 2016, se podrá modificar el convenio suscrito con el Servicio de Salud en el plan afectado, en términos de disminuir la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales asignados correspondiente al año 2017 y consecuentemente, el monto del mismo convenio.

La disminución mencionada considerará los meses de planes de tratamiento no ejecutados y SENDA podrá asumir que el porcentaje de no ejecución se mantendrá durante el período de enero a diciembre del año 2017, disminuyendo el dicho porcentaje para el período antes señalado.

Asimismo, si producto de dicha evaluación, hubiere programas que a la referida fecha presentaren una ejecución superior o igual al 100% del número de meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, en el período de enero a diciembre de 2016, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, podrá modificar en el plan afectado del convenio suscrito con el Servicio de Salud y aumentar el número de meses planes de tratamiento anuales y mensuales asignados correspondiente al año 2017, a efectos de cubrir así la demanda existente.

Reasignación en el mes de junio del año 2017

Si un programa al 30 de junio del año 2017, y por razones que no le son imputables, no ha cumplido con realizar el 100% del número de meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, en el período de enero a junio del año 2017, se podrá modificar el convenio suscrito con dicho Servicio de Salud en el plan afectado, en términos de disminuir la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales asignados correspondiente al año 2017 y, consecuentemente, el monto del mismo convenio.

La disminución mencionada considerará los meses de planes de tratamiento no ejecutados y SENDA podrá asumir que el porcentaje de no ejecución se mantendrá durante el periodo de julio a diciembre, disminuyendo en dicho porcentaje en el periodo señalado.

Asimismo, si producto de dicha evaluación, hubiere programas que a la referida fecha presentaren una ejecución superior o igual al 100% del número de meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, en el período de enero a junio del año 2017, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, podrá modificar el convenio suscrito con el Servicio de Salud en el plan afectado y aumentar el número de meses planes de tratamiento anuales y mensuales asignados correspondiente al año 2017, a efectos de cubrir así la demanda existente.

Reasignaciones extraordinarias

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, excepcional y fundadamente podrá evaluar en periodos distintos a los señalados precedentemente, el porcentaje de ejecución esperado al período evaluado, de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, utilizando los mismos criterios antes señalados, para el aumento o disminución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan.

Sin perjuicio de lo anterior, se deja expresa constancia que la compra de meses de planes de tratamiento, que deban ejecutarse durante el año 2017 estará sujeto a lo que establezca la ley de presupuesto para el sector público correspondiente a dicho año, reservándose este Servicio la facultad de requerir modificaciones al convenio suscrito con el Servicio de Salud.

Las referidas modificaciones contractuales son sin perjuicio de la facultad de las partes de acordar modificaciones de otra naturaleza, siempre dentro del margen de la legislación vigente.

Toda modificación del presente Convenio deberá ser aprobada mediante el correspondiente acto administrativo, totalmente tramitado.

DÉCIMO SÉPTIMO: Las partes fijan domicilio en la ciudad de Santiago y se someten a la jurisdicción de los tribunales ordinarios de justicia de la comuna de Santiago.

DÉCIMO OCTAVO: La personería de su Directora doña **Pamela Angélica Franzi Pirozzi** para actuar en representación del Servicio de Salud **Magallanes**, consta en lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 54, de fecha **24 de marzo de 2015**, del Ministerio de Salud.

La representación con la que comparece don **Mariano Montenegro Corona**, consta de su designación como Director Nacional del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, aprobada por Decreto Supremo N° 611, de fecha 13 de mayo de 2015, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

DÉCIMO NOVENO: El presente convenio se firma en 2 ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder del Servicio de Salud, y uno en poder de SENDA.

Firman: Pamela Angélica Franzi Pirozzi. Directora. Servicio de Salud Magallanes. **Mariano Montenegro Corona.** Director Nacional. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

ANEXO N° 1

“Lineamientos para la Intervención del Plan de Tratamiento Ambulatorio Comunitario para Personas Adultas en Situación de Calle que presentan Consumo Problemático de Sustancias”

2014

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
I. Introducción	3
II. Personas en Situación de Calle	4
III. Apoyo Psicosocial a las Personas en Situación de Calle	6
IV. Marco Teórico Contextual	8
– Enfoque de Vulnerabilidad y Exclusión Social	
– Enfoque de Trabajo Comunitario	
– Intervención Local como Punto de Partida	
V. Marco teórico - conceptual de Tratamiento	20
– Modelos Eficaces de Intervención en Drogas	
– Enfoques y Estrategias de Intervención para Tratamientos	
VI. Consideración e Inclusión de Conceptos	30
VII. Estructura del Plan de Tratamiento	40
– Estrategias de Intervención	
– Estructura Metodológica	
VIII. Consideraciones para el Éxito de la Intervención	62

I. INTRODUCCIÓN

El Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol (SENDA), establece la necesidad de una articulación coherente entre políticas, programas, proyectos y acciones vinculados al tema del consumo sustancias, cuyo propósito como compromiso país se plasma en la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol que define las líneas de acción a desarrollar en este ámbito.

La estrategia busca no sólo disminuir los niveles de uso de drogas ilícitas y del consumo de alcohol, sino también de las consecuencias sociales y sanitarias asociadas a estos fenómenos.

Se distingue dentro de los objetivos específicos de la Estrategia Nacional, en materia de Tratamiento y Rehabilitación, el acceso a tratamiento, el aumento de cobertura y la pertinencia de la oferta existente, para personas de sectores de mayor vulnerabilidad social, considerando sus particularidades, necesidades y motivaciones, adecuando la oferta a las diferencias de género; se enfatiza además la creación y fortalecimiento de sistemas de atención para avanzar en el diseño de metodologías apropiadas para abordar grupos específicos.

La realización de catastros nacionales de Personas en Situación de Calle (PSC) han permitido evidenciar la necesidad de avanzar en el diseño e implementación de estrategias de intervención, capaces de proveer protección social a estas personas. La realidad de las personas viviendo en situación de calle es altamente compleja, tanto por la naturaleza de los factores que determinaron esta condición en la biografía de sus protagonistas, como porque para revertirla es preciso influir sobre variables estructurales de difícil abordaje, como habitabilidad, salud mental y vinculación con redes sociales significativas e institucionales, por mencionar las de mayor incidencia. Pero también, porque la singularidad de esta condición desafía enormemente la capacidad de los servicios para trabajar de manera efectiva con estas personas.

El Plan Ambulatorio Comunitario (PAC), modalidad de intervención específica, definida para el tratamiento de Personas en Situación de Calle (PSC) con consumo problemático de alcohol y drogas, cumple con un diseño metodológico orientado a facilitar el acceso y permanencia de estas personas en un proceso de tratamiento, toda vez que desarrolla estrategias de trabajo en terreno, en el lugar donde se ubican las personas en calle, hospederías o similares, junto con, cuando corresponda, ir avanzando progresivamente en el proceso de manera más estructurada, en espacios destinados en infraestructuras que permitan el desarrollo de actividades terapéuticas de mayor privacidad.

Las intervenciones, de esta manera se inician con un umbral de exigencia menor al comienzo, focalizándose en el establecimiento de un vínculo terapéutico seguro, que permita bajar la desconfianza (aprendida a lo largo de la historia de vida en calle), abordar las complicaciones del consumo problemático, gestionar los riesgos, e ir profundizando en aspectos individuales, y habilitación de las personas para enfrentar la vida, de acuerdo a sus propias proyecciones y metas, en el contexto de un cambio relacionado con el patrón de consumo de sustancias.

II. PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

La definición de PERSONA EN SITUACIÓN DE CALLE utilizada en el 2° Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle: En Chile Todos Contamos (Ministerio de Desarrollo Social) considera como tal a quien pernocta en lugares públicos, sin contar con infraestructura que pueda ser caracterizada como vivienda; y a quienes carecen de alojamiento fijo, regular y adecuado para pasar la noche, encontrando residencia nocturna en residencias y hospederías solidarias o comerciales.¹

Según este último catastro, el total de personas en situación de calle en el país corresponde a 12.255 personas, las cuales se concentran en la Región Metropolitana, en un 47% (5.729

¹ Segundo Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle 2011. Ministerio de Desarrollo Social de Chile

personas). Luego, en un porcentaje menor, se ubican en la región de Valparaíso, en un 8%, y en tercer lugar, en la región del Bío-Bío (7%).

En las demás regiones del país, si bien en números naturales las personas que se encuentran en esta situación, son comparativamente menores en cantidad a las regiones señaladas en el párrafo anterior, en relación a la densidad poblacional, su realidad cobra una alta visibilidad y complejidad.

La distribución por sexo de las personas en el país, es en un 84% hombres y en un 16% mujeres, lo que indica que la situación de calle es una realidad con predominio masculino. Cuando los datos se desagregan por región, en Arica, Tarapacá y Coquimbo, se presentan la mayor concentración de mujeres en situación de calle, superando a los hombres. Es en las regiones de Maule, Los Lagos y Atacama, donde los hombres se encuentran en mayor proporción.

Respecto a la edad promedio de las personas en situación de calle, los datos indican que ésta es de 44 años, en una mayor concentración en el rango de 25 a 59 años, las mujeres se encuentran en mayor proporción en los grupos más jóvenes de la población en situación de calle catastrada.

Los datos del catastro, muestran que la población en situación de calle tiene un promedio de 5.8 años viviendo en esta situación. El tramo entre los 25 y 60 años, tiene más de 5 años; menos de un año, se encuentran las personas del rango entre 18 a 24 años; y las personas menores de 18 años, tienen entre 1 a 3 años en situación de calle.

En relación al lugar donde pernoctan (la noche anterior), un 56% de las personas lo hizo en calle y un 43% en hospederías, residencia o albergues. En las regiones de la Araucanía, Tarapacá y Antofagasta, el 71% de las personas pernoctó en calle, mientras que en las regiones de Los Lagos y Los Ríos, entre el 65 y 66% lo hizo bajo techo.

Los datos señalan que son las mujeres las que en mayor proporción pernoctan en calle, en un 59%, y los hombres en un 52% de los casos

En cuanto a los factores que explican el origen y la mantención del estado en situación de calle, las razones más frecuentes declaradas por las propias personas, fueron: problemas en la familia (37%), consumo de alcohol (16%), problemas económicos (14%). El consumo de otras sustancias aparece en un quinto lugar (9%).

En relación al consumo de alcohol como causa de la situación de calle, destaca que en mayor proporción se señala entre las personas de las regiones del extremo sur; y en las regiones del norte del país, el consumo de sustancias ilícitas sería causa principal de la situación de calle.

Al desagregar los problemas de salud de las personas en situación de calle, en general, son las enfermedades o discapacidad física permanente, la más representada (36%), seguida por enfermedad o discapacidad mental permanente (29%), y otra enfermedad crónica en un 26% de los casos.

Por todo lo anteriormente señalado, esta propuesta de intervención plantea condiciones básicas a ser consideradas para el éxito de la intervención en el tratamiento del consumo problemático de drogas para esta población objetivo, complementando la experiencia desarrollada en el tratamiento del consumo problemático en población general, con otros aportes teóricos que sustenten la implementación de estrategias de intervención específicas que acojan las necesidades de la población destinataria.

Es así como se precisa establecer una estrecha coordinación y trabajo complementario con el Ministerio de Desarrollo Social y otras instancias del intersector, de manera de contar con un apoyo psicosocial sostenido, atención de salud especializada de Salud mental y Psiquiatría, junto con recursos e instancias de habitabilidad, entre otros, que son esenciales para la mantención de los logros terapéuticos obtenidos por las personas en sus procesos de tratamiento

La severidad de la **situación de calle** es expresión de la influencia que han tenido sobre las condiciones de vida de las personas, una serie de **determinantes estructurales** y **circunstancias sociales, culturales, familiares y personales** que han generado esa situación

Reconocer al grupo de personas viviendo en calle como un sector prioritario para la política de protección social, se basa en que se trata de un grupo que concentra vulnerabilidades críticas y, por tanto, requiere de una serie de apoyos que les permitan mejorar su calidad de vida.

III. APOYO PSICOSOCIAL A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

Las múltiples necesidades y la complejidad con que éstas se manifiestan en las PSC, determina que toda intervención esté condicionada por el abordaje de aspectos que no tienen relación directa con, en nuestro caso, el consumo de sustancias. En este contexto el apoyo psicosocial se plantea como un conjunto de acciones destinadas a brindar los soportes necesarios para conectar a las personas con las redes, permitirles el acceso a los servicios y programas que pueden aportar al mejoramiento de sus condiciones de vida y, cuando esto es posible, desarrollar en los usuarios las destrezas funcionales básicas que se requieren para su desenvolvimiento autónomo y eficaz.

De igual forma, cabe dentro de este concepto general de bienestar, tanto la posibilidad de que abandonen la situación de calle para revincularse con sus familias, redes sociales significativas próximas u otros grupos de referencia, como de permanecer en esa situación pero en mejores condiciones de habitabilidad, salud y seguridad.

Es por esta razón, que se estima altamente necesario la coordinación y complementariedad con servicios de apoyo psicosocial mediante el cual profesionales y técnicos con experiencia en trabajo con población vulnerable y, especialmente formados para atender a personas en situación de calle, se encargan de contactar a los beneficiarios, invitarlos a participar en el programa de tratamiento, efectuar el diagnóstico básico de capacidades funcionales que determinan autonomía, , efectuar la caracterización psicosocial y familiar, entre otros.

La estrategia considera como expectativa mínima de resultados, generar alguna conexión a la red institucional de servicios, a fin de que las personas puedan recibir aquellas prestaciones que pueden aportar a la satisfacción de sus necesidades.

Uno de los factores que explican con mayor recurrencia el origen y prolongación de la situación de calle de las personas que viven en esta condición, es la ausencia o ruptura de las redes familiares y sociales. Las fracturas familiares determinan en buena medida la expulsión de las personas de sus núcleos familiares y el alejamiento prácticamente definitivo de sus redes primarias. Sin embargo, en algunas situaciones es posible reparar esos vínculos y facilitar el acercamiento de las personas en situación de calle con sus familiares. Si bien esta puede no ser la única alternativa para que ellas abandonen esta condición, sí puede ser un factor protector que, además de incrementar el repertorio de vínculos disponibles, puede oficiar positivamente como un recurso que puede aportar al mejoramiento de sus condiciones de vida, tanto mientras estén en la calle como si hacen abandono de ella. No obstante el valor potencial que tienen las redes familiares y sociales sobre la seguridad y el bienestar de las personas, esta estrategia asume que provocar y facilitar la re vinculación familiares y sociales no puede ser asumida como una fórmula universal, ya sea porque en algunos casos estos referentes no existen o porque no existen condiciones para que ese vínculo se produzca.

IV. MARCO TEORICO CONTEXTUAL

1. ENFOQUE DE VULNERABILIDAD Y EXCLUSIÓN SOCIAL: MARCO DE ANALISIS PARA LA COMPRENSIÓN DE LA PROBLEMÁTICA QUE AFECTA A LAS PERSONAS EN SITUACION DE CALLE

El enfoque de vulnerabilidad social admite énfasis conceptuales diversos en la discusión teórica de las ciencias sociales.

Dos corrientes conceptuales han surgido de esta discusión: una que entiende la vulnerabilidad como un debilitamiento de los procesos aseguradores de inclusión social como resultado de las transformaciones estructurales de las últimas décadas², y otra que define la vulnerabilidad como un atributo de las personas (expresado en una subjetividad asociada a la indefensión) que condiciona sus estrategias para encarar las transformaciones o contingencias a las cuales se exponen a lo largo de la vida, y que amenazan el bienestar.

La problemática de las personas en situación de calle no solamente es la expresión de situaciones de pobreza extrema, sino el resultado de complejos procesos en que interactúan condicionantes de carácter societal y factores de carácter particular vinculados con la esfera personal o microsociedad de la trayectoria de vida de estas personas.

Este análisis permite considerar un conjunto de dimensiones que contribuyen a dar orientación a las decisiones técnico políticas para el diseño y puesta en marcha de una estrategia de atención dirigida a personas en situación de calle, que pueda dirigirse a abordar prioritariamente las condiciones de vida específicas (en el ámbito material, social y simbólico) y, en una perspectiva de mediano y largo plazo, las condicionantes estructurales que reproducen la exclusión social.

a) Vulnerabilidad y exclusión social: la comprensión de las determinantes estructurales en la nueva cuestión social.

La reflexión sociológica y filosófica surgida en Europa a propósito de la crisis de los Estados Bienestar en Europa y de los Estados Desarrollistas en América Latina en los años setenta, y de las transformaciones en el mundo del trabajo, devino en la identificación de contradicciones sociales de nuevo cuño denominadas como "Nueva Cuestión Social".

Estos cambios ponen en cuestión los procesos que generan cohesión social y develan el problema de seguir siendo una sociedad de sujetos interdependientes, fenómeno que impulsa una profusa producción teórica con base en la investigación sociológica e histórica que devino en la formulación del concepto de Exclusión Social para dar cuenta de esta problemática contemporánea, plenamente vigente.

Surgido en los años '60 en países de Europa, el concepto de Exclusión Social hacía notar la presencia de una franja significativa de desocupados y de personas no incorporadas a los sistemas de seguridad social dando cuenta, paulatinamente, de fenómenos de desintegración que amenazan la cohesión social. En términos conceptuales, la exclusión ha sido concebida como *"un proceso gradual de quebrantamiento de los vínculos sociales y simbólicos – con significación económica, institucional e individual – que normalmente unen al individuo con la sociedad. La exclusión acarrea a la persona el riesgo de quedar privada del intercambio material y simbólico con la sociedad en su conjunto"*³. En la exclusión, entonces, se reconocen tres dimensiones:

Económica: incapacidad de acceder a los medios para participar en los intercambios productivos.

Política: desigualdad o carencia de derechos civiles, políticos y sociales.

Socio cultural: dificultades o impedimentos de acceso a la dinámica general de la sociedad.

La precarización del trabajo constituye un fenómeno que nutre los procesos de vulnerabilidad social generando, en última instancia, desempleo y desafiliación. Desocupación y precarización, supusieron el desplazamiento de la condición salarial y se inscriben en la dinámica actual de la modernización, razón por la cual no

² Esta línea de planteamientos teóricos surge especialmente de la reflexión sociológica y filosófica de teóricos franceses (Robert Castel, Pierre Rosanvallon) que señalan un énfasis de carácter más estructural, asociando vulnerabilidad con trayectorias de exclusión social.

³ Barros Paula, De los Ríos Danae, Torche Florencia (O.I.T.).

constituyen hechos aislados, sino un rasgo característico de las nuevas formas de acumulación de desarrollo macroeconómico.

El problema de esta condición no es únicamente el riesgo de rechazar el trabajo, sino la imposibilidad de ligar empleo con la proyección de un futuro relativamente manejable (o planificable); el trabajo no es proveedor de certeza alguna en torno al mañana. Esta manera de habitar el mundo social impone estrategias de sobrevivencia basadas en el presente. Desde un análisis social el efecto es, también, padecer de una suerte de déficit de lugares ocupables en la estructura social; esta pierde movilidad y se jibariza el espacio del status y de la valoración social.

Al entender la exclusión social como un proceso que genera estados de desafiación entre las personas y la sociedad, se asume la existencia de una trayectoria que transita desde la inclusión hacia la exclusión. En este sentido, la vulnerabilidad social es una categoría de análisis que permite identificar aquellas condiciones que están presentes en la realidad de los sujetos y que sugieren un campo de riesgo respecto de la exclusión.

En esta línea de análisis, Bustelo y Minujin⁴ identifican cuatro campos de vulnerabilidad que marcan trayectorias hacia la exclusión social: campo económico (ingresos económicos), campo social/institucional (acceso a servicios sociales), campo cultural (redes de apoyo mutuo y participación en proyectos colectivos) y campo político (falta de capacidad de hacer presentes intereses y derechos en el espacio público). La contribución de este planteamiento teórico, es que permite comprender la exclusión y la vulnerabilidad desde una óptica dinámica y procesual, pues cada campo es relativamente autónomo de los otros.

El análisis atento de las condiciones de vida de las personas en situación de calle, puede proveer ciertas aproximaciones a esta situación. Los Catastros Nacionales de Personas en Situación de Calle, constituyen fuentes de información, para comprender la complejidad de la realidad social de este grupo social. No obstante, estas fuentes aportan algunos antecedentes que contribuyen a una aproximación señalándose los siguientes datos referidos a los campos de vulnerabilidad:

Campo Económico: las personas en situación de calle tienen, en este campo, uno de los principales factores de vulnerabilidad social, obtienen ingresos muy precarios e inestables en el tiempo, a través de actividades principalmente de carácter informal y, algunas de ellas, propiamente asociadas a la marginalidad (macheteo robos a pequeña escala)

Campo Social / institucional: las relaciones con pares o con grupos de personas ubicadas en el entorno inmediato constituyen uno de los principales capitales relacionales de las PSC. Según datos del Catastro de PSC del año 2005, un 66%, aproximadamente, habita en la calle con otras personas (hijos/as, familia, pareja, amigos, otros adultos). El contacto con la familia, por otro lado, presenta una situación particular: a más años de permanencia en la calle, menos frecuente y más débil es el contacto. De acuerdo al Catastro del año 2012 el 25,3% de las PSC recurren a su familia cuando tienen algún problema o necesitan de algo. Las instituciones con las cuales se relacionan las PSC aparecen como referentes de apoyo específicos ligados a la subsistencia. En el marco del último Catastro un 40.8% de las personas declara recurrir y buscar ayuda en Postas o Centros de Salud, seguidas en un 30.7% y 22.7 % por las Fundaciones u ONGs y la Iglesia o Parroquias respectivamente.

Campo cultural: indistintamente de las situaciones que precipitan su condición, las personas en situación de calle han desarrollado una trayectoria de vida que en diversos ámbitos, hace evidente una relación discontinua, dinámica y, en ocasiones, de conflicto con el entorno social más próximo o con los sistemas institucionales que han demarcado una relación más bien compleja con la sociedad. Analizar este campo de la exclusión social desde la realidad de las personas en situación de calle supone considerar, al menos, tres ángulos de aproximación: cómo la sociedad los ve (con desconfianza, indiferencia, compasión, desprecio, prejuicio), cómo las PSC se

⁴ Bustelo, Eduardo y Minujin, Alberto (Eds.) "Todos Entren: propuestas para sociedades incluyentes", UNICEF, Ed. Santillana, Santafé de Bogotá, 1998.

ven a sí mismos (diversos, heterogéneos, empeñados en mantener la dignidad, con rectitud moral, subsistiendo, autónomos, "entre la tristeza y la felicidad"⁵) y cómo ellos y ellas ven a la sociedad (desconfiada, propietarios de la geografía urbana, discriminadora, excluyente).

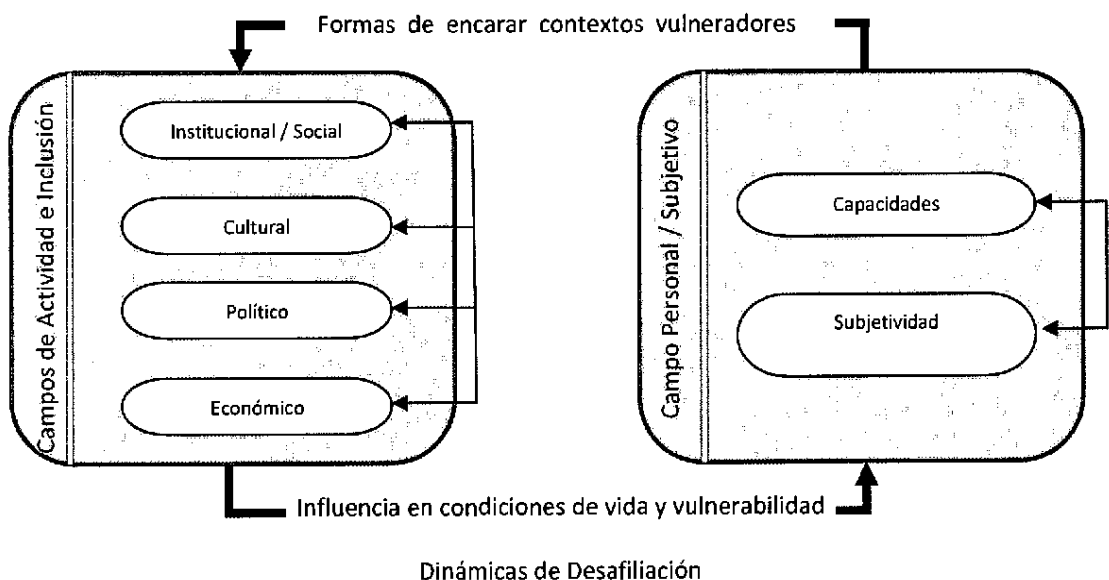
Explorar la calidad del vínculo social que une a una persona con la sociedad supone aprehender los sentidos que la propia persona asigna a sus esfuerzos o retracciones por mantener esta vinculación. No se trata sólo de delimitar una relación social formal (persona / institución), sino del sentido que la persona otorga a esa relación, en los distintos campos en que ella opera. Por tanto, el vínculo social constituye una relación dialéctica entre los aspectos que materializan u objetivan el proceso de exclusión y la construcción subjetiva que la persona realiza sobre éste, dado que las experiencias a las que remite la exclusión no constituyen un fenómeno independiente de la autoafirmación del sujeto.

b) Relación Sujeto / Contexto: la necesidad de una perspectiva integradora

La necesidad de comprender desde una perspectiva compleja y dinámica la situación de las PSC abre el desafío para la política social de integrar en esta lectura, la forma en que las determinantes estructurales impactan y reproducen trayectorias de vulnerabilidad y exclusión social, y los recursos / déficit presentes en las personas para potenciar un despliegue favorable a una capacidad permanente para enfrentar con asertividad y en beneficio de su bienestar sus condiciones concretas de vida, teniendo en cuenta el conocimiento y comprensión de los modos de vida que las personas han construido desde sus trayectorias de vida.

Sin embargo, la construcción de una mirada compleja también invita a producir conocimiento respecto de una dimensión central que las anteriores perspectivas no abordan con suficiente profundidad. Hacemos referencia a variables socio culturales y a las formas subjetivas que marcan los modos singulares a través de los cuales estas personas y grupos sociales se apropian de su condición. Esta reflexión permitirá comprender el juego dinámico y el efecto recursivo que está presente en la interacción Sujeto / Contexto y, especialmente, analizar con mayor profundidad aquellos factores simbólicos y lógicas de sentido que explican las decisiones, las formas de producir la cotidianeidad y de gestionar la sobrevivencia de las personas en situación de calle.

De este modo, la vulnerabilidad puede ser comprendida de la siguiente forma:



⁵ Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle, Santiago, 2005.

El esquema postula que la condición de vulnerabilidad / exclusión social de las personas articula e integra dos dimensiones, con mutua influencia: por una parte, campos asociados a la inclusión social que definen y otorgan densidad a las dinámicas de desafiliación social fundamentales para garantizar el derecho al status de ciudadanía. Estos campos de actividad e inclusión poseen una influencia sustancial en la condición de vida de las personas y en su vulnerabilidad, razón por la cual actúan de manera más determinante sobre las personas (flecha ennegrecida).

Por otro lado, se ubica el Sujeto poseedor de capacidades y afectado, a la vez, por sentimientos de inseguridad respecto de su bienestar, dimensiones que señalan de manera específica la forma en que cada persona encara y se despliega en función de estos contextos vulneradores y el impacto que tales condicionantes generan en el campo de su subjetividad.

Si bien los campos de inclusión social poseen un efecto altamente sustantivo en sus condiciones de vulnerabilidad, las personas son sujetos productores en relación a esos campos de actividad (desde la acción concreta y desde lo subjetivo) razón por la cual generan determinadas influencias sobre aquellos. Así "elementos esenciales para el diseño de políticas públicas, tales como la comprensión de los factores biográficos y estructurales que llevan a las personas a vivir en la calle, las reglas, prácticas y conocimientos que utilizan para sobrevivir y habitan en esta situación, los aprendizajes y aptitudes que han desarrollado en la calle, y la forma en que ellos les dan sentido a su realidad y a su posición en la sociedad, hacen necesario disponer de estudios cualitativos que contribuyan a comprender y analizar esta compleja realidad"⁶.

De este modo, la política social – como mecanismo actuante en las desigualdades sociales – surge como un dispositivo técnico, político e institucional que moviliza recursos de naturaleza diversa, de modo de generar impacto en las dimensiones que constituyen las trayectorias de vulnerabilidad y exclusión en las personas, con miras a su habilitación y pleno reconocimiento como sujetos con derecho a la ciudadanía plena y activa.

2. ENFOQUE DE TRABAJO COMUNITARIO: HACIA UN MARCO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Un aspecto clave en el diseño técnico metodológico de un programa social que se proponga abordar la realidad de las PSC, es la consideración de un enfoque que sea capaz de dar coherencia e integración a las múltiples dimensiones y que busquen aportar un marco de referencia para comprender la problemática y la realidad de las personas en situación de calle. Desde esta perspectiva, el enfoque de Trabajo Comunitario representa un marco orientador para la acción, por cuanto ubica la intervención social en un ámbito relacional y subraya la necesidad de movilizar las capacidades de los sujetos para estimular procesos dinámicos en que las personas son consideradas actores claves y protagonistas de la acción social. Junto con ello, el Trabajo Comunitario invita a generar un diálogo de saberes, al validar las formas de ver la realidad y las experiencias de las personas como recursos fundamentales que se ponen al servicio de una respuesta amplia frente al problema de vulneración de derechos de las personas en situación de calle.

Este enfoque "permite concebir una metodología integral que es capaz de recoger y atender las condiciones sociales en las cuales las personas se encuentran, con énfasis en las potencialidades tanto individuales como colectivas. La experiencia señala que aún cuando efectivamente las personas en situación de calle se encuentran no sólo en situación de extrema pobreza sino en condiciones de exclusión social, mantienen vínculos con las redes sociales primarias que indican que la inclusión social es un propósito que debe ser logrado a partir de los recursos que estas interrelaciones ofrecen"⁷.

⁶ Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle, MIDEPLAN, Santiago, 2005, pp. 39.

⁷ Proyecto Fondo de Iniciativas Complementarias, Programa Chile Solidario "Fortalecimiento de redes sociocomunitarias en las personas en situación de calle, en las comunas de Lo Espejo, La Cisterna, Estación central y Pedro Aguirre Cerda". Caleta Sur, Santiago, 2007, pág. 3.

De este modo, estas redes sociales (personas, grupos, organizaciones, líderes sociales), de carácter barrial, social y espacialmente ubicadas, “aparecen como un recurso en la comunidad, favorable a la generación de potenciales procesos de acercamiento, conocimiento y establecimiento de relaciones de convivencia que ayuden a disminuir la desconfianza, estigmatización y discriminación que suelen existir en los barrios en los cuales están las personas en situación de calle. Además, permiten proponer nuevas alternativas tanto para promover los derechos de las personas como incidir en los factores socioculturales que constituyen trabas para el ejercicio de los derechos de las PSC”⁸.

Desde este punto de vista, la noción de Trabajo Comunitario la entendemos como un accionar junto a otros, consideramos que cualquier conceptualización surge de la experiencia compartida –precisamente- con otros, que se ubican en un tiempo y espacio concreto: la comunidad local. Esta visión implica una tensión con la noción de autonomía de los sujetos entendidos como individuos y donde los grupos y organizaciones sociales constituyen un espacio de interrelaciones vitales que configuran las dinámicas sociales y a las propias personas en sus historias de vida colectivas, donde ésta se manifiesta en una relación de interdependencia, en la que los sujetos -en cuanto personas- establecen mecanismos de colaboración y procesos de desarrollo en el accionar sobre la base de la diferenciación y colaboración recíprocas.

En un momento histórico marcado por la ausencia de sentidos sociales colectivos que nos permitan identificarnos, reconocernos y vincularnos, uno de los principales desafíos de las experiencias que abordamos *lo comunitario* es precisamente proponernos la construcción de una red de valoraciones que expresen la conformación de comunidad. Este horizonte de sentido, permite entender el Trabajo Comunitario en una doble condición: como un medio y como un fin. En efecto, la intervención comunitaria supone la generación de procesos que permiten activar capacidades (acumulación de capital social, según algunos teóricos contemporáneos) para la resolución de problemáticas sociales. La organización, la acción conjunta y la participación se transforman así en herramientas fundamentales para arribar a estos propósitos. Ciertamente esta constituye la dimensión más profusamente extendida de esta estrategia de trabajo. Pensar el Trabajo Comunitario como fin supone, por otro lado, destacar su dimensionalidad más simbólica, en la medida en que un quehacer conjunto permite abrir posibilidades a las relaciones sociales, a la convivencia comunitaria para el mutuo conocimiento, para el intercambio, el fortalecimiento de vínculos, dinámicas que efectivamente rompen desconfianzas y la lógica del miedo del otro, tan asentada en la sociedad chilena⁹.

Desde una perspectiva metodológica, el despliegue del enfoque de Trabajo Comunitario supone considerar dos ámbitos de acción, interrelacionados entre sí.

Desarrollo de estrategias de sensibilización y movilización comunitaria para ampliar, diversificar y fortalecer las redes sociales en beneficio de una cultura de respeto y promoción de derechos de las personas en situación de calle.

Las prácticas comunitarias fundamentalmente favorecen la generación de espacios de encuentro que activan dinámicas de articulación de actores (individuales y colectivos) a nivel barrial, territorial y que en la lógica interna de su proceso, posibilitan el fortalecimiento de las capacidades de los sujetos para actuar en función de un interés colectivo, interés o motivación que surge en torno a situaciones específicas que forman parte de las preocupaciones de las personas o como resultado de procesos en que se identifican situaciones que impactan la vida común o bien que afectan las condiciones de vida de otras personas o grupos, reconocidos como semejantes. En este sentido, una de las principales contribuciones del Trabajo Comunitario, es que permite actuar en la vida cotidiana en la medida en que busca dotar de sentido los diversos espacios o momentos de encuentro entre las personas. Es esta cualidad, la que contribuye a la resignificación de lógicas de relación social que reproducen la discriminación y segregación social que usualmente afectan a las personas en situación de calle. Uno de los principales efectos de la sensibilización y la movilización

⁸ Ibidem

⁹ www.caletasur.cl

comunitaria, es la superación progresiva del prejuicio social, alimentado por el desconocimiento del otro que deviene en desconfianza y temor.

De este modo, las acciones comunitarias permiten:

- Romper el aislamiento
- Nuevos aprendizajes sociales: convivencia, confianza, reciprocidad, afecto, valoración de las relaciones humanas como una necesidad para la vida.
- Generar condiciones para reconstruir lazos sociales debilitados.
- Crear o fortalecer redes sociales
- Estimular el sentido de pertenencia
- Generar *estructuras de sentido*: la persona posee algo por lo cual movilizarse, comprometerse, crear, decidir.
- Desarrollo de estrategias de Trabajo de Calle que permitan abordar la problemática del consumo de drogas, en la perspectiva de la prevención, gestión del riesgo, reducción de daños, tratamiento y rehabilitación.

En el marco del Trabajo Comunitario y en función de intencionar un proceso de atención en el ámbito del consumo de drogas, se hace necesario desplegar una acción específica dirigida a establecer un vínculo con las personas en situación de calle.

Desde el enfoque comunitario, el Trabajo de Calle constituye una estrategia metodológica fundamental y, a la vez, un enfoque de las relaciones entre quienes se proponen llevar adelante la *intervención* y quienes son depositarios de ésta.

Esta estrategia entiende que hay sectores de la población que no presentan procesos de demanda de atención a las redes institucionales, situación que obedece a complejas dinámicas ligadas a la vulnerabilidad y a la exclusión social originadas en procesos de desafiliación social. En el seno de estas realidades, se generan, reproducen y hacen presente situaciones sistemáticas de vulneración de derechos que es necesario abordar con el propósito de revertir esas dinámicas a través de una acción y un trabajo con los propios sujetos, en el horizonte de favorecer la apropiación de ciertas herramientas para enfrentar sus condiciones de vida.

En este marco, el Trabajo de Calle contribuye a generar un conjunto de saberes que puede ayudar a la transformación y el mejoramiento de aquellas prácticas institucionales que profundizan la exclusión de estas personas.

Las acciones de Trabajo de Calle se orientan a establecer un vínculo con personas que, por circunstancias personales o socioculturales, no demandan atención por tratamiento o se encuentran desconectadas de redes institucionales que proveen servicios sociales. Barreras de orden sociocultural, sumadas a un conjunto de exigencias o lógicas que regulan la integración a los procesos de tratamiento de carácter convencional, obstaculizan significativamente el acceso de esta población a las redes institucionales.

En términos metodológicos, el Trabajo de Calle supone un proceso de abordaje de la población en la calle, en espacios de encuentro natural. El acercamiento supone generar diversos momentos de diálogo y conversación con el propósito de construir confianza y una relación acogedora y respetuosa, condición de base que permite erigir legitimidad en la relación de apoyo.

3. INTERVENCIÓN LOCAL COMO PUNTO DE PARTIDA

La experiencia desarrollada en Chile por algunos organismos no gubernamentales¹⁰ en la atención de personas en situación de calle, asociada al consumo problemático de sustancias, con las diferencias paradigmáticas que las distinguen y complementan, han coincidido en ciertos aspectos centrales a considerar:

- Programas de corte comunitario, que canalicen experiencias locales, y que respondan a requerimientos y necesidades de las personas, así como su iniciativa y objetivos.

¹⁰ Caleta Sur en la comuna de lo Espejo, Villamavida perteneciente al Hogar de Cristo y Consultorio Obispo Alvear

- Que sea un sistema de autogestión, en que se comprometa a las personas usuarias en todas las actividades del programa y que busque involucrar al entorno social para canalizar la experiencia comunitaria.
- Que se integre a las diversas iniciativas que realizan diferentes organismo y personas relacionadas con este grupo humano.
- Que favorezca la incorporación y apoyo de las instituciones existentes que tienen larga experiencia de trabajo como Hospederías, Casas de acogida u otras iniciativas locales y territoriales como por ejemplo ollas comunes.
- Un elemento que reviste un punto crucial en la intervención, es la necesidad de contar con residencia para que las personas avancen en el proceso y para quienes posteriormente quieran salir de la calle.

En relación a los aspectos metodológicos, estas instituciones señalan la importancia del primer contacto: *"Se trabajará en una primera instancia con el acercamiento a las personas a las que apunta el proyecto, es decir aquellos que se encuentran en abandono total y por lo tanto en la calle, estas visitas las realiza una dupla psicosocial en los lugares donde habitan y de esta forma crear el vínculo, conocer sus necesidades, dando a conocer quiénes somos"*¹¹.

Otro aprendizaje se refiere a la importancia de considerar en el primer período un número importante de intervenciones de carácter individual, estructurando el espacio de conversación o de encuentro en función de los ámbitos de la vida individual, social, familiar que las personas deseen abordar, por lo cual adquiere una especificidad particular cada situación personal, de modo de ir conociendo a la persona, propiciando que ella proponga temáticas que le interese compartir, fortaleciendo así el vínculo para la intervención¹².

Habiendo generado este primer vínculo, se avanza a un segundo momento en el que ya es posible abordar temáticas más relacionadas con el consumo de sustancias. Los temas ya se pueden compartir en intervenciones grupales, dando una mirada de lo que se espera de ellos y ellas en un proceso de tratamiento, en términos de su participación, y se establecen los primeros acuerdos.¹³ Así mismo se dispone de espacios para realizar actividades motivacionales que incentiven la participación en el programa ambulatorio intensivo.¹⁴

En relación a la adherencia, es posible señalar que ésta ha estado determinada por la movilidad de las personas, cierto grado de dificultad de las personas para cumplir de manera estable la asistencia. También gravita la relación de trabajo conjunto con equipos psicosociales, situación que constituye un aspecto central, a fortalecer en el marco de la estrategia de tratamiento.

Es así que el contacto entre equipos específicos de tratamiento y equipos psicosociales debe ser permanente, acordando reuniones para realizar derivaciones asistidas, posteriormente mantener la comunicación vía telefónica o por mail, con el objetivo de establecer algunos acuerdos de trabajo (como por ejemplo, gestionar atención en salud; exámenes, hora médica, entre otros) y realizar seguimiento a la asistencia.

Cuando se alcanzan niveles de coordinación entre los distintos equipos intervinientes, es posible distribuir tareas e integrar la intervención, con espacios de diálogo sobre las personas con las que los equipos trabajan. De esta manera la vinculación con la red de salud, es de responsabilidad del apoyo psicosocial, de igual manera es el seguimiento, acompañamiento y motivación para que la persona se sostenga en el proceso de tratamiento.

V. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL DE TRATAMIENTO

¹¹ Experiencia desarrollada por equipo de Programa PROMUEVE y Comunidad Terapéutica Villamavida, en el contexto del Programa de Apoyo a PSC y a Planes de Tratamiento y Rehabilitación

¹² Equipo Caleta Sur en la comuna de Lo Espejo

¹³ idem

¹⁴ Experiencia de equipo de CT Villamavida

El fenómeno de las drogas y las realidades asociadas a él representa en el momento actual uno de los problemas con mayor relevancia a los que se enfrenta nuestro país, no sólo por la magnitud del problema sino también por la gravedad y complejidad de las consecuencias personales y sociales derivadas del mismo. Esta complejidad viene determinada por una serie de factores entre los cuales podemos destacar las múltiples causas y dimensiones del fenómeno, de acuerdo con los cuales no existe una única razón explicativa del consumo de drogas, ni que sus posibles consecuencias se manifiestan en un solo plano; el carácter dinámico de las drogodependencias y los discursos sociales en relación al uso y abuso de drogas¹⁵.

Para poder abordar el fenómeno de las drogas es fundamental asumir una mirada amplia y multidimensional, capaz de comprender que los problemas asociados tienen motivaciones culturales, sociales y económicas; de entender que este fenómeno ejerce impactos sobre la salud de las personas y grupos, sobre la dinámica social y económica de la sociedad y sobre las normas que rigen el tejido social, por tanto, sus soluciones requieren considerar la interrelación entre estas distintas dimensiones.

El consumo de drogas produce efectos y consecuencias diferentes dependiendo de la interacción entre la sustancia (tipo de sustancia, cantidad consumida, vía de administración, asociación con otras drogas, etc.) las características personales y el contexto en que el consumo ocurre. Ello demanda elaborar estrategias que diferencien objetivos tomando en consideración estas variables.

Las estrategias deben asignar especial preocupación a los sectores, como en este caso, con menores factores protectores, que en condiciones de mayor vulnerabilidad, el fenómeno del consumo problemático de sustancias psicoactivas, cobra connotaciones aún más complejas.

Los servicios de tratamiento deberán aprovechar, en la medida de lo posible, las instituciones sociales y de salud existentes, vincularse e integrarse a ellas, con objeto de lograr que la atención sea un proceso continuo. También deberán comprender servicios de apoyo en la comunidad.

Para que la planificación de los tratamientos sea eficaz, debe existir una asociación entre el gobierno, los organismos y proveedores públicos y privados, los usuarios de los servicios y la comunidad. Los servicios de tratamiento y rehabilitación deben desempeñar una función esencial en lo que respecta a mitigar el estigma social y la discriminación contra las personas dependientes de sustancias y apoyar su readaptación social como miembros sanos y productivos de la comunidad.

1. MODELOS EFICACES DE INTERVENCIÓN EN DROGAS

La experiencia acumulada en el tratamiento de las adicciones al alcohol y otras sustancias psicoactivas, se ha desarrollado en personas, que si bien han perdido parte del tejido de su red y la vinculación social, mantiene en alguna medida cierta conexión con su entorno mediato y la estructura social a la que pertenecen.

Los modelos teóricos que han sustentado estas intervenciones en tratamiento, según la evidencia científica se apoyan en teorías socioeducativas, comunitarias, conductuales, cognitivas conductuales y sistémicas mayoritariamente. Estas han representado un gran aporte al desarrollo de la práctica para quienes han decidido abordar la problemática.

La literatura y experiencia internacional tras décadas de investigación científica y de práctica recomienda una variedad de enfoques efectivos para tratar los trastornos por consumo de sustancias en población general. A través de datos extensivos se ha documentado que el tratamiento para el consumo problemático de drogas es tan efectivo como lo son los tratamientos para la mayoría de otras condiciones médicas

¹⁵ Baños, M.D. Cap. 13 Epidemiología del Consumo de Cannabis en Jóvenes y Adolescentes Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoide. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, 2002.

crónicas similares.¹⁶ Sin embargo no todos los tratamientos para el abuso de drogas son igualmente efectivos. Las investigaciones han revelado una serie de principios que caracterizan los tratamientos más efectivos para el abuso y dependencia a las drogas. Los resultados de este amplio conjunto de investigaciones fue realizado en 1998 por The National Institute on Drug Abuse (NIDA), y ha tenido un amplio respaldo internacional, a continuación se presentan algunos de estos principios.

Principios de Tratamientos Efectivos

- a) **No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.** Es muy importante lograr una combinación adecuada del tipo de ambiente, las intervenciones y los servicios de tratamientos con los problemas y las necesidades particulares de cada individuo, para que dicha persona logre el éxito final regresando a funcionar productivamente en la familia, el trabajo y la sociedad.
- b) **El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.** Ya que las personas con consumo problemático de drogas pueden tener dudas sobre si comenzar o no un tratamiento, siendo importante aprovechar la oportunidad cuando ellos indiquen que están listos para recibir tratamiento. Se puede perder a potenciales candidatos si estos tratamientos no están disponibles oportunamente o si no son fácilmente accesibles.
- c) **El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente su uso de drogas.** Para ser efectivo, el tratamiento debe dirigirse al uso de drogas de la persona además de cualquier otro problema asociado, por ejemplo médico, psicológico, social, vocacional y legal.
- d) **El plan de tratamiento es continuamente evaluado y, de ser el caso, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona.** Una persona con consumo problemático de drogas puede requerir combinaciones de servicios y componentes de tratamientos que varíen durante el curso de su tratamiento y recuperación. Además del asesoramiento o sicoterapia, la persona a veces puede necesitar medicamentos, otros servicios médicos, terapia familiar, instrucción para ser mejores padres, rehabilitación vocacional y servicios sociales y legales. Es esencial que la forma de tratamiento sea apropiada para la edad, el sexo, el grupo étnico y la cultura de la persona en su rol de paciente.
- e) **Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que la persona lo continúe durante un período adecuado de tiempo.** La duración apropiada del tratamiento para una persona depende de sus problemas y necesidades. Las investigaciones indican que en la mayoría de las personas con consumo problemático de drogas se comienza a ver una mejoría significativa después de tres meses de tratamiento. Cuando se llega a este punto, los tratamientos adicionales pueden lograr una recuperación acelerada, ya que muchas personas con frecuencia dejan el tratamiento prematuramente, por ello los programas deben incluir estrategias que comprometan y mantengan a los pacientes bajo tratamiento.
- f) **La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapias de comportamiento, constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo para la dependencia a drogas.** Durante la terapia, las personas tratan sus problemas de motivación, desarrollan habilidades para rechazar el uso de la droga, reemplazan actividades donde se usan las drogas por actividades constructivas y útiles en las que no entra el uso de drogas, y mejoran sus aptitudes para resolver problemas. La terapia de comportamiento también facilita las relaciones interpersonales y mejora la habilidad del individuo para funcionar dentro de la familia y de la comunidad.
- g) **En el caso de personas con problemas de dependencia o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se debe tratar los dos problemas de una manera integrada.** Como a menudo se ven trastornos de adicción y trastornos mentales en una misma persona, aquellos que presentan cualquiera de las dos condiciones deben ser evaluados y tratados para la presencia simultánea del otro tipo de trastorno.
- h) **Los programas de tratamiento incluyen exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis b y c, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, cuando sea**

¹⁶ National Institute on Drugs Abuse (NIDA) <http://www.drugabuse.gov/infofacts/marijuana-sp.html> (2007)

necesario, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a las personas a modificar o cambiar aquellos comportamientos que les pone en riesgo a sí mismos(as) de ser infectados o infectadas. La terapia puede ayudar a las personas con consumo problemático de drogas a evitar comportamientos de alto riesgo. También puede ayudar a las personas que ya están infectadas a manejar su enfermedad.

- i) **La recuperación del consumo problemático de sustancias psicoactivas puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos.** Tal como en otras enfermedades crónicas, la reincidencia en el uso de drogas puede ocurrir durante o después de ciclos exitosos de tratamiento. Las personas con dependencia a sustancias psicoactivas pueden requerir tratamientos prolongados para poder lograr su objetivo planteado en el tratamiento, por ejemplo la abstinencia a largo plazo, logrando así reestablecer su funcionamiento. La participación en programas de auto-ayuda durante y después del tratamiento sirve de apoyo para mantener los objetivos terapéuticos planteados.

2. ENFOQUES Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA TRATAMIENTOS

A continuación se presentan algunos enfoques y componentes de los tratamientos que han sido desarrollados y examinados para medir su eficacia a través de investigaciones apoyadas por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). Cada uno de estos enfoques está diseñado para tratar ciertos aspectos de la dependencia a drogas y sus consecuencias para la persona, la familia, y la sociedad, en contextos de menor vulnerabilidad que en población adulta en situación de calle, pero que a nuestro juicio es plausible implementar con ciertas distinciones y especialmente flexibilidad a la población objetivo.

a) Prevención de Recaídas:

Es una terapia de comportamiento cognitivo, que fue desarrollada para el tratamiento del alcoholismo y adaptada después para consumidores problemáticos de cocaína. Las estrategias de comportamiento cognitivo están basadas en la teoría que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de comportamiento de inadaptabilidad. Las personas aprenden a reconocer y corregir los comportamientos problemáticos. La prevención de recaídas abarca varias estrategias de comportamiento cognitivo que facilitan la abstinencia al igual que proveen ayuda para personas que experimentan recaídas.

El enfoque de prevención de recaídas para el tratamiento del consumo problemático de cocaína consiste de una serie de estrategias que sirven para realzar el auto control. Entre las técnicas específicas están la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado de la droga, la auto vigilancia para reconocer los deseos de consumo lo más pronto posible y poder identificar las situaciones de alto riesgo causadas por el uso de droga y el desarrollo de estrategias para que la persona pueda enfrentar y evitar las situaciones de alto riesgo, así como el deseo por consumir droga. Un elemento céntrico de este enfoque es poder anticipar las dificultades que las personas puedan encontrar y ayudarles a desarrollar estrategias efectivas para hacerle frente a estos problemas.

Las investigaciones indican que los consumidores problemáticos en tratamiento logran mantener las habilidades que aprenden a través de la terapia de prevención de recaídas aún después de haber completado el tratamiento. En uno de los estudios, la mayoría de quienes que recibió este método de tratamiento de comportamiento cognitivo, mantuvieron los éxitos que habían conseguido en el tratamiento durante el año siguiente al mismo.

b) Psicoterapia de Apoyo y Expresiva

Es una psicoterapia dirigida de tiempo limitado que ha sido adaptada para personas con dependencia a heroína y a la cocaína. La terapia tiene dos componentes principales:

- Técnicas de apoyo para ayudar a las personas en tratamiento a sentirse cómodos cuando hablan de sus experiencias personales.

- Técnicas expresivas para ayudarles a identificar y a resolver cuestiones de relaciones interpersonales.

Se presta atención especial al papel que desempeñan las drogas con relación a los sentimientos y comportamientos problemáticos, y cómo se pueden resolver los problemas sin recurrir a las drogas.

La eficacia de la psicoterapia individual de apoyo y expresiva ha sido examinada en personas que estaban recibiendo tratamiento de mantenimiento basado en la metadona y que tenían problemas psiquiátricos. En una comparación con pacientes que recibían solamente terapia para las drogas, los dos grupos tuvieron resultados similares con relación al uso de los opiáceos. Sin embargo, el grupo de psicoterapia de apoyo y expresiva demostró menor uso de la cocaína y necesitó menos metadona. Además, los pacientes que recibieron la psicoterapia de apoyo y expresiva mantuvieron muchos de los éxitos que habían logrado. En un estudio anterior, cuando se agregó la psicoterapia de apoyo y expresiva al tratamiento, mejoraron los resultados de logro obtenidos por las personas con consumo problemático a los opiáceos con problemas psiquiátricos moderadamente severos, que estaban en el tratamiento con base en la metadona.

c) Terapia Individualizada de Drogas

Directamente se concentra en reducir o detener el uso de drogas ilícitas. También abarca a las áreas relacionadas a funcionamiento deteriorado –como capacidad de trabajo, actividades ilegales, relaciones familiares y sociales– además de que supervisa el contenido y la estructura del programa de recuperación de la persona en tratamiento. A través de su énfasis en las metas de comportamiento a corto plazo, la terapia individualizada de drogas ayuda a desarrollar estrategias de enfrentamiento, así como medios para abstenerse del uso de drogas y después para conservar esa abstinencia. El consejero alienta a la persona para que participe en el programa de los 12 pasos y lo refiere a servicios complementarios médicos, psiquiátricos, laborales u otros. Se aconseja que asistan a las sesiones de terapia una o dos veces por semana.

En un estudio que comparaba a las personas con dependencia a los opiáceos que solamente recibían metadona con otras que recibían metadona conjuntamente con terapia; las personas que recibían sólo metadona mostraron un mejoramiento mínimo en la reducción de su uso de opiáceos. Sin embargo, se produjo una mejoría significativa al añadirse la terapia de drogas. Cuando se añadieron servicios médicos / psiquiátricos, laborales y para la familia en el mismo sitio del tratamiento, los resultados mejoraron aún más.

En otro estudio con personas con dependencia a la cocaína, la terapia individualizada de drogas, combinada con la terapia de drogas en grupo, fue bastante efectiva para reducir el uso de la cocaína. Por eso, parece ser que este enfoque tiene gran utilidad en los tratamientos fuera del hospital con personas con dependencia a ambas sustancias; la heroína y la cocaína.

d) Modelos de Cambio y Motivación¹⁷

Prochaska y DiClemente han desarrollado una propuesta interesante en el área de conductas adictivas, que aporta un marco adecuado donde situar las intervenciones en pacientes dependientes a drogas, nos referimos al modelo transteórico del cambio. Este modelo parte del análisis de los cambios, que se producen en el desarrollo de un proceso de cambio de comportamiento, con o sin ayuda de psicoterapia. Los modelos teóricos adolecen a menudo de un marco de referencia, donde puedan integrarse las distintas intervenciones a realizar con las personas. Esta propuesta intenta solucionar este problema y considera que los esfuerzos en las intervenciones terapéuticas deben ir dirigidas a: conocer cuándo las personas se deciden a realizar cambios que modifican sus conductas adictivas; cómo se realizan estos cambios, y qué es lo que necesitan cambiar las personas para superar sus problemas particulares de su dependencia. Aquí, el «factor de riesgo» es que, mientras se buscan las soluciones

¹⁷ E. Sánchez-Hervás V. Tomás Gradolí E. Morales Gallús Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Valencia. España. (2004. Volumen 06 - Número 03 p. 159 - 166

para que pueda darse un proceso en el que se dé el «cambio», la persona retroceda a niveles en los que ya no se decida a cambiar.

Lo que se pretende es cubrir globalmente todo el proceso de cambio, desde que una persona advierte su problema de dependencia, hasta que ese problema deja de existir. Es un modelo tridimensional que integra estadios (cómo es la secuencia de cambio), procesos (cuáles son los procesos subyacentes al cambio) y niveles de cambio (a qué niveles afecta la conducta problema y dónde debe dirigirse la intervención).

La importancia del modelo en la práctica clínica es el acento sobre la dimensión temporal en el proceso de cambio. No sólo se trata de considerar si una intervención es adecuada en sí misma, sino si se adecúa al momento temporal (estadio) en el que se encuentra el paciente, y conocer los procesos cognitivos y conductuales que subyacen a dicho proceso de cambio.

Para Prochaska y DiClemente, hasta que se produzca un mayor desarrollo en los programas de prevención de recaídas, la alternativa más práctica consiste en los programas de reciclaje. El objetivo de estos programas es conseguir que las personas que han recaído, se reciclen de un modo más eficiente y efectivo. Para las personas desmoralizadas respecto a su capacidad de cambiar, el objetivo inmediato es evitar que descendan a un estadio de cambio anterior.

Una de las variables que pueden incluirse en el modelo es la motivación, pues la falta de motivación para el cambio no tiene que ser concebida como un rasgo de personalidad de la persona dependiente a drogas, sino como una característica de estado susceptible de ser modificada mediante la utilización de cierto tipo de intervenciones. La variable motivación se incluye en el modelo a partir de la operativización realizada por Janis y Mann de los componentes motivacional y cognitivo implicados en todo proceso de toma de decisiones relacionado con un posible cambio conductual, concretados esencialmente en los beneficios (pros) y costes (contras), para sí mismo y para los demás de las diferentes alternativas conductuales para abandonar la conducta adictiva (balance decisional). La estrategia de balance decisional ha demostrado ser un predictor significativo del movimiento de las personas con dependencia a drogas situados en los estadios de pre contemplación y contemplación.

En el modelo de la toma de decisiones, Janis y Mann postularon ocho categorías con relación a la toma de decisiones:

- beneficios instrumentales para sí mismo,
- beneficios instrumentales para los demás,
- aprobación por parte de sí mismo,
- aprobación por parte de los demás,
- costes instrumentales para sí,
- costes instrumentales para los demás,
- desaprobación por parte de sí mismo,
- desaprobación por parte de los demás.

En la validación de este modelo en el área de las conductas adictivas se observó que, aparentemente, las personas sólo discriminaban entre los pros y los contras de una decisión. Estos pros y contras tendrían gran importancia en los estadios de pre contemplación y contemplación. A medida que las personas pasan del estadio de pre contemplación a estadios más avanzados, se va estrechando la diferencia entre los pros y los contras, hasta acabar invirtiéndose. Sin embargo, durante los estadios de actuación y mantenimiento, el equilibrio en la toma de decisiones tiene menos importancia como predictor de éxito. Durante el estado de actuación los pros van perdiendo importancia. La importancia de los contras aumenta durante la contemplación, hasta el punto que se iguala con los pros. En este momento, la toma de decisiones está en equilibrio, lo cual disminuye la probabilidad de que se realice un movimiento en algún sentido. Durante la actuación, los contras se mantienen más altos que los pros.

e) Autoeficacia

La autoeficacia¹⁸ es un juicio autorreferido de la capacidad para llevar a cabo una conducta o acción concreta, que influye en la elección, la consecución y el mantenimiento de hábitos saludables. Los juicios de capacidad o autoeficacia no tienen sentido si la persona no los refiere a una circunstancia concreta en la que llevar a cabo una determinada conducta. En el ámbito concreto de las conductas adictivas, podría entenderse como el grado de confianza que tienen las personas para conseguir y mantener la abstinencia en diferentes situaciones de riesgo.

La autoeficacia se ha mostrado en diferentes estudios como un determinante importante en la adquisición de conductas saludables, que influye sobre la salud humana a dos niveles. En un primer nivel o básico, mediante el juicio de capacidad de las personas para enfrentarse a las diversas circunstancias de la vida, por medio de diversos mecanismos bioquímicos que son virtualmente mediadores de los estados de salud o enfermedad, y en un segundo nivel, la autoeficacia puede ejercer un control directo de las conductas cuya modificación pueda deparar un mejor estado de salud.

La exposición de una persona a situaciones potencialmente estresantes, antes y después de haber adquirido un adecuado nivel de autoeficacia, tiene diferentes consecuencias. La exposición a un agente estresante sin la percepción de ser capaz de afrontarlo, produce la activación del sistema nervioso autónomo, liberación de catecolaminas y activación del sistema opiáceo endógeno, que ocasiona una elevación de las concentraciones de corticoides, que pueden empeorar la inmunidad celular y humoral, lo cual aumenta la susceptibilidad a enfermar. Si por el contrario, la persona se enfrenta a tal situación estresante con el convencimiento de afrontarla con éxito, no experimentará tales alteraciones. El concepto de autoeficacia tiene cada vez mayor importancia en la prevención y tratamiento de las diferentes dependencias a drogas

f) La Entrevista Motivacional

La ambivalencia que experimenta la persona que se propone hacer un cambio, es la pieza nuclear a la que debe destinarse el esfuerzo terapéutico para el logro de un cambio constructivo. Y la entrevista motivacional -un enfoque no autoritario destinado a ayudar a las personas a que dejen vía libre a sus motivaciones y recursos- es una técnica poderosa para superar la ambivalencia y ayudar a las personas en su motivación hacia el cambio.

La entrevista motivacional es una aproximación destinada a ayudar a pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar. Se basa en estrategias que surgen del *counselling* centrado en el paciente, la terapia cognitiva, la teoría de sistemas, y la psicología social de la persuasión. La orientación de una sesión de entrevista motivacional está centrada en el paciente, aunque el terapeuta mantiene un fuerte sentido del objetivo y la dirección y escoge activamente el mejor momento para intervenir de una manera incisiva. De esta manera, combina elementos de enfoques directivos y no directivos. La entrevista motivacional se puede combinar con una amplia gama de estrategias, y utilizar para crear una base motivacional necesaria para aplicar después otros enfoques (por ej., entrenamiento conductual, terapia cognitiva, participación en grupos de doce pasos o la toma de medicación)¹⁹.

La entrevista, posee un enfoque compasivo y humanista, por lo que es una importante apuesta realizada hasta el momento, por un enfoque terapéutico más realista y menos dogmático en el tratamiento de los problemas de conducta.

¹⁸ Ibidem

¹⁹ W. Miller y S. Rollnick, "La Entrevista Motivacional", Editorial Paidós Barcelona, 1999.

Es una forma concreta para ayudar a las personas a que reconozcan y se preocupen de un problema concreto, ayuda a resolver la ambivalencia que existe en las conductas no saludables y prepara el terreno para el trabajo terapéutico posterior, profundizando en los motivos por los que se mantiene un hábito y por los que habría que dejarlo.

En la estrategia motivacional, el terapeuta no asume un rol autoritario ni de experto. Se reconoce que la responsabilidad está en manos de la propia persona. Las estrategias que se utilizan son más de persuasión y apoyo, que coercitivas o de discusión. No hay que tener prisa en avanzar, pues cuanto con más carga de motivación se empiece el camino, más posibilidades hay de terminarlo. En todas las entrevistas se hará hincapié en los motivos para el cambio (que serán expuestos por la persona, no por un tercero).

El profesional hace solamente de catalizador del proceso, fundamentalmente escuchando, pero de forma activa, reflexiva, actuando como un espejo en el que la persona se ve y va descubriendo el camino que desea tomar. Cuando aparezcan las resistencias ("pero no es fácil"), se debe evitar rebatirlas con argumentos e intentar que la propia persona encuentre y dé las respuestas a esos "peros".

VI. CONSIDERACIÓN E INCLUSIÓN DE CONCEPTOS

Es importante señalar, de manera general, que los programas de tratamiento de adicciones dirigen sus actuaciones hacia el cambio de conducta individual y colectiva, ambas influenciadas por una serie de variables como: la conciencia y las creencias de las personas sobre los riesgos de una determinada conducta para su salud, las intenciones y motivaciones para cambiar dicha conducta, y la capacidad que tienen para efectuar dicho cambio. Estos intentos a su vez, se ven influidos por las opiniones y acciones de los grupos sociales a los cuales pertenecen las personas y por los ambientes sociales en los que se desenvuelven. Las normas del grupo de pares influyen en la manera en que las personas se conducen, las normas entre iguales son importantes ya que determinan si un comportamiento es aceptable o normal para la persona y el grupo.

Los marcos que sustentan aquellas intervenciones anteriormente señaladas dicen relación con conceptos tales como Gestión de riesgo y reducción de daño, por lo que resulta interesante comentar brevemente dichas definiciones

1. RIESGO

La concepción y el análisis del concepto de riesgo ha sido asumido inicialmente por especialistas de las ciencias naturales, quienes han realizado estudios con interés investigativo con el fin conocer con mayor detalle fenómenos generadores de amenaza.

De igual modo el ámbito de la geografía en los años 30 incorpora la perspectiva socio ambiental, señalando la necesidad de considerar la capacidad de adaptación de una comunidad ante la acción de eventos naturales o tecnológicos, estableciendo con esto el concepto de vulnerabilidad.

Desde las ciencias sociales el concepto de Riesgo emerge a mediados del siglo XX centrando su interés por el comportamiento de la población en caso de guerra, siendo el punto de partida de una teoría social de los desastres.²⁰

Cabe agregar que desde la sociología algunos autores como Luhmann²¹ hacen el énfasis en el rol activo que los sujetos tienen en la construcción de significado del riesgo, entendiendo que el observador es parte de lo observado, y que el riesgo forma parte de la selección realizada, de posibilidades disponibles para la variación o

²⁰ Quarantelli E.L. 1988. Preliminar Paper nº 130. Conceptualizing disasters From Sociological Perspective. Disponible en <http://dspace.udel.edu:8080/dspace/bitstream/19716/502/3/PP130.pdf>

²¹ Luhmann N en Del concepto de Riesgo: Conceptualización del riesgo en Luhmann y Beck. Nelson Paulus Revista Mad. Nº 10 de mayo 2004. depto. Antropología Universidad de Chile disponible en www.revistamad.uchile.cl

elección en sociedades modernas, cuya orientación es reducir la complejidad propia de estas. Es así que el riesgo es inherente a toda selección pues, *“frente a la imposibilidad de decidir de manera perfectamente racional y frente a la imposibilidad de prever lo que habrá sido una decisión, toda comunicación se convierte en un riesgo: el de no haber atendido algo que mas adelante resulta ser importante o el de haber decidido de una manera que mas adelante resulta ser errónea”*.²²

Como vemos, distintas disciplinas, como las ciencias naturales, las ciencias aplicadas, así como las ciencias sociales han tenido aproximaciones al concepto de Riesgo, siendo complejo pretender una concepción que unifique dichas aproximaciones.

Un intento interesante es aquel que realiza Cardona O.²³ cuando señala la necesidad de aclarar que *amenaza, riesgo y vulnerabilidad* son conceptos de significación distinta. Este autor hace un alcance destacable desde las ciencias exactas como las matemáticas, que también puede orientar el entendimiento en materia social, respecto a que el concepto de amenaza se refiere a un factor de riesgo externo de un sistema o de un sujeto expuesto, que matemáticamente excede un nivel de ocurrencia con cierta intensidad, en un sitio específico y durante un tiempo de exposición. En esta misma lógica el concepto de vulnerabilidad se entiende como un factor de riesgo interno expresado como la factibilidad de que el sujeto o sistema expuesto sea afectado por el fenómeno que caracteriza la amenaza.

De esta forma el Riesgo correspondería al potencial de perdidas que pueden ocurrirle al sujeto /sistema expuesto, como resultado de la concomitancia de la Amenaza y la Vulnerabilidad. En otras palabras lo que nos señala es que no se puede ser vulnerable si no se esta amenazado(a), que no existe amenaza para un sujeto o sistema si no esta expuesto y es vulnerable a la acción potencial que representa dicha amenaza.

Amenaza y vulnerabilidad son dos componentes del riesgo por tanto al intervenir en alguno de ellos se intervine directamente en el riesgo mismo.

Cardona coloca énfasis que en variadas ocasiones es complejo o imposible actuar sobre la amenaza, sin embargo desde su enfoque es factible comprender que para reducir el riesgo no habría otra alternativa que disminuir la vulnerabilidad de los elementos expuestos.

a) Gestión de Riesgo

Esta conceptualización ha tenido mayor desarrollo desde la perspectiva de los desastres naturales en relación a como la ciudadanía puede enfrentar de mejor manera un evento.

Un aporte interesante para la comprensión de este concepto es el señalado en el Foro de profesionales latinoamericano de seguridad, donde señalan que la *gestión de riesgo es un medio hacia un fin, no un fin en sí mismo*, que implica tareas como identificar, analizar, evaluar, tratar y controlar los riesgos posibles²⁴

Desde el ámbito de la salud, la gestión de riesgo ha estado asociada a la prevención y promoción de estilos de vida saludable, así encontramos este concepto en programas de educación sanitaria tendiente a la reducción de riesgo y daño por ejemplo "Yo decido y me cuido siempre" IX Campaña Nacional de Prevención del VIH /SIDA 2007, dirigida a grupos de mayor vulnerabilidad frente al riesgo de contraer el VIH.²⁵

En este contexto y situando la gestión de riesgo en la temática del consumo de sustancias, los objetivos de intervenciones en esta línea pasan a estar más vinculados a la capacitación de las personas usuarias y su entorno, mediante elementos de juicio que les permitan gestionar con mayor responsabilidad su potencial consumo de drogas.

²² Obid, pp3.

²³ Cardona O. D La necesidad de representar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo. Centro de estudios sobre desastres y riesgos CEDERI. Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia 2003 Disponible en <http://www.desenredando.org/>

²⁴ Lawrynowicz A. Gestión cuantitativa de riesgo: Utilización del Método Mixto de Seguridad. Artículo n° 3781 disponible en www.forodeseguridad.com.

²⁵ Disponible en: webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos

b) Reducción de Daños

El concepto de Reducción de Daños como estrategia de intervención ante los problemas derivados del consumo de drogas comenzó, a finales de los años 80. Su origen se sitúa en la provincia de Mersyside (Inglaterra), zona británica que sufría una gran epidemia por el consumo de heroína y una alta prevalencia de VHB.

Se orientaron las prácticas hacia un nuevo enfoque de las drogodependencias que establece como metas las siguientes:

- Aumentar la calidad de vida de las personas consumidoras de drogas, es decir, mejorar el estado de salud y la situación social del colectivo.
- Disminuir la transmisión de la infección por VIH, VHB y VHC desde, entre y hacia los usuarios de drogas.
- Incrementar la toma de conciencia de los usuarios de drogas sobre los riesgos y daños asociados a su consumo.
- Disminuir o eliminar los riesgos y daños asociados al uso de drogas, así como las conductas sexuales de riesgo entre quienes consumen drogas.
- Fomentar y favorecer la aparición de conductas exentas de riesgo frente a la infección por VIH, VHB y VHC.

Clásicamente se ha definido la reducción de daños como "aquellas estrategias individuales y colectivas destinadas a minimizar los daños asociados al consumo de drogas". Estos programas pretenden ser un complemento indispensable a los servicios dirigidos a la abstinencia, en ningún caso un sustituto de los mismos.

Aunque en la mayoría de los países los programas de Reducción de Daños se han desarrollado prioritariamente en torno al consumo de drogas inyectables, su campo de acción es más amplio y su metodología es aplicable a cualquier tipo de personas usuarias de drogas y a diversos tipos de daño.

Para comprender de mejor manera este concepto haremos referencia al planteamiento de G. Allan Marlatt, psicólogo clínico con basta trayectoria en investigación de comportamientos adictivos²⁶.

Este autor señala que reducción de daño es compatible con un enfoque de salud pública, pues desplaza su atención del consumo de droga en sí mismo hacia las consecuencias o efectos de la conducta adictiva, aceptando el hecho de que numerosas personas consumen drogas y realizan conductas de riesgo siendo poco probable que una mirada idealista de una sociedad libre de drogas se convierta en una realidad próxima.

Aclara que la reducción de daño no está en contra de la abstinencia, pues esta última es entendida como un punto ideal a alcanzar, considerando un proceso que va desde consecuencias excesivamente perjudiciales y menos perjudiciales.²⁷

Otro aporte que favorece la comprensión de los alcances de este enfoque, dice relación con el trabajo con población de calle en donde señala que los modelos de bajo umbral, que incorporan la mirada de reducción del daño, surgen como una alternativa a enfoques de alta exigencia para una población de calle que pudiera requerir un abordaje distinto.

²⁶ Dr. Marlatt se concentra principalmente en el campo de los comportamientos adictivos. Además de más de 200 artículos de revista y capítulos de libro, ha publicado varios libros en el campo de las adicciones, incluidos *Relapse Prevention* (Prevención de la reincidencia) (1985), *Assessment of Addictive Behaviors* (Evaluación de comportamientos adictivos) (1988), *Harm Reduction* (Reducción del daño) (1998), y *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): (Examen para alcohol e intervención breves para estudiantes universitarios) (BASICS, por sus siglas en inglés): A Harm Reduction Approach* (Un enfoque para reducir el daño) (1999). En los últimos 30 años, ha recibido financiamiento continuo para su investigación de una variedad de agencias, incluidos el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo), el National Institute on Drug Abuse (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas), la Alcoholic Beverage Medical Research Foundation (Fundación de Investigación Médica sobre Bebidas Alcohólicas) y el Robert Wood Johnson Foundation (Fundación Robert Wood Johnson). En 1990, el Dr. Marlatt recibió el Premio Jellinek Memorial por aportaciones sobresalientes al conocimiento en el campo de estudios sobre el alcohol, y en 2001, recibió el Premio "Innovadores en combatir el abuso de sustancias" del Robert Wood Johnson Foundation (Fundación Robert Wood Johnson).

²⁷ Marlatt G. Allan. Reducción del daño: principios y estrategias básicas. V Encuentro nacional sobre drogodependencia y su enfoque comunitario. Disponible en www.siiis.net

Los enfoques de bajo umbral se consideran de baja exigencia pues no sitúan a la abstinencia como requisito o condición previa para recibir tratamiento, señalando tres aspectos importantes a considerar:

- **Territorio:** Este enfoque plantea conocer a las personas en sus territorios, es decir desde donde están en lugar de esperar por ellos donde deberían ir. Esta vinculación en territorio permite trabajar con personas afectadas, la capacidad de asumir responsabilidad de realizar cambios personales en su conducta, apoyar a otros en el logro de esta misma tarea. Cualquier cambio que la persona pueda hacer es apoyado de tal manera que se sienta capaz de dar "pasos en la dirección correcta"²⁸ reducir el daño fortaleciendo la autoeficacia.
- **Reducción de Estigma:** Surge como oposición a la mirada moralista que puede etiquetar a la persona que consume sustancias como criminal o bien como paciente con una enfermedad incurable sobre la base de su consumo de drogas. Propone una mirada comprensiva de la persona más allá de identificar la sustancia de abuso.
- **Conducta de riesgo asociadas:** El consumo de drogas puede estar asociado a prácticas sexuales no protegidas, ambas conductas entendidas desde este enfoque bajo umbral y reducción del daño, como respuestas de afrontamiento poco apropiadas y no como indicadores de enfermedad, recordando que tanto la conducta de consumo de drogas y las conductas sexuales riesgosas forman parte del estilo de vida. Cuando se asocian ambas conductas se propone fomentar el desarrollo de habilidades de afrontamiento más adaptativas con mecanismos de apoyo social.

Esta mirada de la reducción del daño permite visualizar una sociedad donde las sustancias psicoactivas se encuentran presentes, y que en un porcentaje de personas que han consumido, existe la probabilidad de que lo continúen haciendo de la misma forma en que algunas personas seguirán involucrándose en conductas sexuales no protegidas. Esto implica aceptar que estas conductas potenciales de daño son parte de estilos de vida, que requiere de una mirada comprensiva para entender consecuencias y beneficios para la propia persona

En relación a los objetivos de tratamiento en la reducción del daño, así entendido por el autor, intenta primero estabilizar el problema conductual de la persona o cliente y prevenir futuras consecuencias dañinas. Una vez lograda la estabilización de la conducta objetivo se continúa trabajando *desde pequeños descensos en el riesgo hasta ceses totales de la conducta problema*²⁹

Es así que las estrategias de reducción de daños se caracterizan por una actitud de acercamiento a las personas con consumo problemático de drogas por parte de los equipos de, que permita la motivación de las personas usuarias en los mismos. Sólo de este modo puede esperarse de estas personas se acerquen a los programas, con un contacto adecuado con una parte importante de la población "oculta" de usuarios.

Estos programas, evidentemente, no pueden resolver todos los problemas asociados al consumo de drogas debiendo, por lo tanto, ser considerados como programas integrados en el marco de una política de actuación más amplia frente al consumo de drogas - que incluye también los tratamiento destinados a obtener la abstinencia, la atención a las familias, entre otros.

Lo expuesto anteriormente se ve reflejado en algunos enfoques, que consideran e incorporan dichos conceptos. Ejemplo de ello son los siguientes programas:

- **Programas de consumo de menos riesgo**
Dirigidos a proporcionar educación sanitaria que se pueden llevar a cabo tanto en los centros de atención a usuarios de drogas, como en los locales de las ONGs que trabajan con esta población.
- **Programas de promoción de sexo más seguro**
Como los "Talleres de Sexo Más Seguro" que proporcionan educación sanitaria sobre sexualidad y prevención, así como los programas o campañas que favorecen el acceso a los preservativos.
- **Programas Móviles**

²⁸Obid.pp7

²⁹ Obid. pp13

Se caracterizan por desplazarse a las zonas marginales o de tráfico y consumo de drogas. El acceso a estas zonas se puede hacer a través de vehículos más o menos sofisticados, o por medio de educadores de calle o agentes de salud, entre los que se pueden encontrar personas rehabilitadas del consumo problemático de sustancias.

○ **Centros de Encuentro y Acogida**

Se caracterizan por la inmediatez de algunas valoraciones diagnósticas y de algunas respuestas orientadas a mejorar déficit básico, todo ello dentro de una perspectiva de intervención puntual y ocasional. El objetivo sería establecer mayores probabilidades de contacto y relación para disponer a partir de ahí de mayores posibilidades de incidir en la motivación para el cambio y disminuir así el riesgo y daño.

Estos programas requieren, como condición previa, el fomento del desarrollo de políticas sanitarias y sociales mediante la habilitación de una red de asistencia para las personas dependientes a las drogas adaptada a sus necesidades y demandas; y consecuentemente, aumentar su posibilidad de acceso al sistema sanitario. Esto implica la creación de recursos para personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas que, por diversas circunstancias, no están en condiciones de iniciar un tratamiento.

En relación a las condiciones básicas necesarias para asumir el desafío de brindar atención de tratamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas a personas en situación de calle, dentro de las cuales se encuentra el tema de un lugar de ubicación más o menos regular, que contemple el horario nocturno, por ejemplo, es importante destacar que las demandas emergentes, que pueden tensionar la Calidad de la atención brindada, en el desarrollo de una iniciativa como esta, irán resolviéndose en etapas, de acuerdo a recursos disponibles, que tendrán directa relación con resolver necesidades cómo:

Vivienda de Apoyo al Tratamiento, Considerando que el alojamiento no es un servicio que habitualmente sea proporcionado a personas en situación de calle durante el tratamiento por abuso de drogas, en un estudio publicado en el año 2005 por la American Journal of Public³⁰, en el que participaron 196 personas con dependencia a drogas, en sus resultados se señala que, proveer alojamiento a las personas en situación de calle en tratamiento por abuso de sustancias, es una intervención práctica, efectiva y eficaz. Programas que proveen ese tipo de alojamiento deben ser considerados en el desarrollo de políticas.

Como una experiencia de apoyo a los tratamientos de la red asistencial de drogodependencias, y para dar respuestas a los sectores sociales más vulnerables y carentes de recursos, se crean en Andalucía ³¹ *las Viviendas de Apoyo al Tratamiento* con una amplia participación de la iniciativa social. Estas por un lado, dan cobertura a las necesidades básicas (techo, alimentación, medicina, etc.) de una serie de personas que demandan atención, pero que carecen de un soporte familiar y social necesario para la realización de un tratamiento ambulatorio. Son personas que, por su realidad personal, carecen de familia o tienen rotas sus relaciones con ellas, carecen de recursos económicos y de alguna forma están en situación de exclusión social, factores todos condicionantes a la hora de garantizar el éxito en un proceso de rehabilitación de las adicciones. Por otro lado, está la necesidad de aquellas personas que, aun teniendo soporte familiar y recursos sociales suficientes, precisan de internación porque la complejidad del perfil de consumo problemático no se ajusta a la realización de un tratamiento ambulatorio, bien sea porque han fracasado en anteriores intentos de tratamiento en régimen externo y/o porque precisan de una separación temporal de su entorno para poder realizar un proceso de rehabilitación.

³⁰ To House or Not to House: The Effects of Providing Housing to Homeless Substance Abusers in Treatment Jesse B. Milby, PhD, Joseph E. Schumacher, PhD, Dennis Wallace, PhD, Michelle J. Freedman, PhD, and Rudy E. Vuchinich, PhD Health. July 2005, Vol 95, No. 7

³¹ Arenas Domínguez F; Tirado Rodríguez P. Programa de Intervención en Viviendas de Apoyo en Andalucía, España

Las Viviendas de Apoyo al Tratamiento surgen como un dispositivo en el que se facilitan la adquisición de pautas sociales adaptativas, se potencia de forma progresiva la autonomía y la responsabilidad del usuario, todo ello complementado por un constante apoyo por parte del equipo de profesionales del programa al seguimiento o adherencia al tratamiento que esta llevando a cabo la persona usuaria durante su estadía en el centro de tratamiento. Dicho tratamiento puede estar orientado a naturalezas diversas:

- Tratamiento de desintoxicación, dirigido desde algún centro de tratamiento Ambulatorio.
- Tratamiento de mantenimiento con metadona.
- Tratamiento libre de drogas en espera de ingreso en una comunidad terapéutica, o cualquier otro dispositivo de deshabitación.
- Tratamiento antirretroviral en el caso de pacientes VIH positivos.

Comunidad Terapéutica Modificada Dentro de modalidades conocidas y que han demostrado mayor éxito en el abordaje del tratamiento para personas que presentan problemas de consumo de sustancias, se encuentra el enfoque de Comunidad Terapéutica Modificada³²

Varias modificaciones claves se han realizado a la estructura de la CT para hacer este programa más apropiado para las personas en situación de calle con co morbilidad. Las reuniones y actividades son de menor duración, el equipo tiene un involucramiento directo mayor y guía la implementación de las actividades.

La Comunidad Terapéutica Modificada pone gran énfasis en ayudar a las personas a comprender sus problemas psiquiátricos y a anticipar y evitar los gatillantes de sus recaídas psiquiátricas. Además, existe un énfasis aumentado en la provisión de instrucción y asistencia. Una descripción completa de la CT modificada para personas con Enfermedad Mental y Abuso Químico (EMAQ) incluyendo manuales de tratamiento y guías de implementación, pueden encontrarse en otras publicaciones (e.g., De Leon, 1995; Sacks et al., 1997a, 1998a, 1998b, 2000, 2002, 2003).

VII. ESTRUCTURA DEL PLAN DE TRATAMIENTO

La modalidad de intervención Ambulatorio Comunitaria, considera las características específicas de las personas adultas en situación de calle y vulnerabilidad social, que apunta a la integración en la comunidad, restituyendo sus derechos como ciudadanos y ciudadanas, ofreciéndoles oportunidades para un desarrollo integral y pro-social; proceso dentro del cual se realiza la intervención del consumo de drogas. Este modelo de intervención debe contemplar la **modalidad de intervención psicosocial**, que apunta a la re-vinculación, la promoción de conductas de autocuidado y de integración social de esta población; junto a la **modalidad ambulatoria comunitaria**, que apunta al tratamiento del consumo problemático de drogas, inserto en el proceso de integración y protección social.

La estrategia de intervención adecuada a las necesidades y características de esta población, tiene como base la existencia de la **modalidad de intervención psicosocial**, como una estrategia orientada a apoyar la re-construcción de la confianza, el restablecimiento de lazos con la comunidad a rehacer vínculos familiares cuando sea posible, reconociendo sus capacidades e intereses y acompañándoles en un proceso "de construcción personal positiva" y proyecto de vida socialmente integrado. Esta modalidad es un complemento y requisito fundamental para, la adherencia a tratamiento y para los logros en la disminución y suspensión del consumo problemático de sustancias psicotrópicas.

El Plan **Ambulatorio Comunitario** contempla la conformación de un equipo clínico con experticia en drogas, y vulnerabilidad social, que intervendrá de manera ambulatoria, y en terreno, desarrollando un apoyo terapéutico clínico, en estrecha relación con la intervención que realiza un equipo psicosocial y/o especializado de programas del MIDESO.

³² Modified Therapeutic Community for Homeless Persons with Co-Occurring Disorders of Substance Abuse and Mental Illness in a Shelter: An Outcome Study DARREN C. SKINNER. Gaudenzia, Inc., Philadelphia, Pennsylvania, USA *Substance Use & Misuse*, 40:483-497

Este programa busca entregar una propuesta de tratamiento y rehabilitación diferente a la tradicional, asumiéndola como parte del proceso de recuperación y reparación y de desarrollo global que necesitan las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad y riesgo social y que presentan consumo problemático de drogas.

Si bien los y las profesionales que asumen la responsabilidad de realizar las acciones de Trabajo de Calle tienen en la motivación personal un recurso fundamental para impulsar esta tarea, serán sus actitudes, habilidades, capacidades reflexivas y el carácter de su proceder, los principales *recursos* que implicarán en el desarrollo de estas estrategias.

Desde esta perspectiva las herramientas o habilidades que facilitan el proceso de acompañamiento a las personas desde el Trabajo de Calle, son las siguientes:

- Relación dirigida: la presencia se orienta hacia el logro de un objetivo. El acercamiento siempre está precedido de una intencionalidad.
- Demostrar interés.
- Escuchar activamente: permanecer atento(a) a cuanto le esté ocurriendo a la persona.
- Explorar sentimientos, frustraciones, motivaciones del otro(a).
- Proponer algún paso, avance, objetivo, actividad: supone procurar en todo momento la explicitación de responsabilidades compartidas en base a acuerdos concretos que surjan de la relación, resguardando la autonomía de las personas.
- Disponer de información sobre la persona.
- Registrar y sistematizar: mantener un registro permanente de las acciones realizadas y resultados alcanzados, para evaluar y tomar decisiones (nuevas propuestas, nuevos acuerdos, etc.).

Aun cuando el Trabajo de Calle corresponda a un modelo de atención de bajo umbral, su puesta en práctica exige la consideración de criterios metodológicos que, adoptados con flexibilidad, contribuyen a organizar un cuerpo de principios de acción que orientan la práctica. Entre otros, es posible señalar:

- No condicionar el acompañamiento en calle a la demanda por tratamiento, aun cuando éste representa un objetivo fundamental de la relación.
- Un objetivo mínimo a alcanzar en el proceso de atención en calle, es el acceso de las personas a información sobre prácticas de prevención, gestión de riesgos y reducción de daños, que posibiliten el mejoramiento básico de la calidad de vida y que contribuya al aprendizaje de habilidades específicas para el manejo de las situaciones y prácticas asociadas al consumo de drogas.
- Se requiere un alto nivel de flexibilidad metodológica que permita reorientar el plan de intervención de acuerdo a la evolución de las necesidades, motivaciones e intereses de la persona, sus circunstancias específicas y la calidad del vínculo establecido con él o ella.
- Es necesario, por tanto, evitar estrategias o marcos de acción estandarizados. Cada persona requiere un plan específico que responda a su propia condición.
- Las propuestas deben considerar siempre las necesidades e intereses de las personas.
- Considerar diversos niveles de atención de acuerdo a motivaciones, adherencia, posibilidades de organización grupal, articulación comunitaria, etc.
- Es importante planificar y evaluar en función de objetivos intermedios que permiten articular el proceso de atención.

Sin duda, uno de los principales desafíos de los equipos e instituciones que concretizan la práctica del Trabajo de Calle para lograr una intervención eficaz en la problemática del consumo de drogas (y en todas aquellas que justifican su puesta en práctica), es conocer y comprender las lógicas y dinámicas que operan en la subcultura de la marginalidad y la exclusión social para permitir que las estrategias y objetivos del trabajo se conecten con estas construcciones simbólicas y adquieran sentido para los propios sujetos, de modo de aportar a la superación de sus problemáticas y a su potenciamiento como sujetos de derechos.

INTERVENCION COMUNITARIA

El perfil del equipo clínico es territorial y comunitario, por lo que su instalación en la comunidad y en coordinación con el equipo psicosocial que trabaja en terreno es fundamental. El equipo debe ser flexible y adecuarse a las características de la población focalizada y la labor del equipo psicosocial que interviene con las personas.

La unidad operativa es el territorio o comunidad en la que se interviene, por lo que el equipo deberá movilizarse, si se requiere para una adecuada y eficaz intervención, a los diferentes lugares donde se trabaja con esta población, entregando atención terapéutica a las personas en los espacios comunitarios destinados para ello (casas de acogida, centros comunitario, centro de salud, entre otros) o incluso en los propios lugares en los cuales se encuentran (focos o lugares habituales en los que se concentran durante el día, o lugares donde viven). Las intervenciones deberán coordinarse en terreno y en espacios propios de la comunidad o donde se ubican, adecuándose a la intervención que realiza el equipo psicosocial, cuando corresponda.

Así mismo, el perfil comunitario del equipo clínico también implica el desarrollar acciones que vayan dirigidas a apoyar, asesorar y fortalecer en estrategias de tratamiento en drogas a los equipos psicosociales, por lo que las acciones que se realicen deberán desarrollarse de acuerdo a las características propias de estos equipos, y el contexto y la población en que intervienen. Dentro de estas acciones se enmarcan por ejemplo: reuniones clínicas, asesoría de casos, etc.

1. Estrategias de Intervención

Son orientaciones e ideas fundamentales que regirán transversalmente todas las acciones a realizar en el programa.

Enfoque Integral e Integrado: Se refiere a concebir el proceso desde una mirada que recoja y busque comprender el conjunto de factores o condiciones que impulsan el consumo de drogas.

Se trata de integrar la atención terapéutica en el conjunto de los planes y acciones de salud, educativas, psicológicas y sociales. Planificar el tratamiento y rehabilitación de forma integral, contando con todos los recursos existentes, enlazándolos y coordinándolos sin disociar funciones artificialmente y manteniendo un enfoque comprensivo, del fenómeno de consumo, potenciando la integración social, ocupacional, considerando aspectos recreativos.

Esto se refiere a que los equipos y las distintas modalidades de intervención en tratamiento de drogas deben asegurar que las personas vivencien el tratamiento y rehabilitación como parte de un único itinerario o proceso.

Intersectorialidad y trabajo en red: Se plantea que el desarrollo, articulación y fortalecimiento de vínculos entre los distintos equipos, organismos e instituciones sociales en una red que permita apoyar y complementarse en la intervención, será de especial importancia en el abordaje y desarrollo del proceso de tratamiento para población en vulnerabilidad social, ya que permite acercar las diversas alternativas necesarias para la integración social de las personas con mayor vulneración de derechos y ausencia de oportunidades.

Territorialidad y el espacio de Intervención: Se refiere a que la unidad operativa es el territorio o comunidad en la que se interviene. Por lo tanto, se requiere un equipo que intervenga en un espacio sanitario determinado y que tenga la flexibilidad de movilizarse a los diferentes lugares en donde se ubica la población, interactuando con la persona en su contexto, siendo capaz de recoger y atender las condiciones sociales en las cuales las personas se encuentran, lo que permite a su vez mantener los vínculos con redes sociales primarias que surgen como un recurso favorable para favorecer a disminuir la desconfianza y potenciar el proceso de acercamiento en esta intervención.

Un especial aporte del trabajo en el territorio, es la posibilidad de actuación en la cotidianidad de las personas con el objeto de dotar de sentido los diferentes espacios o momentos de encuentro.

Además, los espacios de intervención consideran en su diseño la función de la institución y de los equipos. Por lo tanto habrá espacios de protección, de contención, de transición, que llevará a generar la función facilitadora, pensando en los recursos personales y de la red social significativa a potenciar.

Dimensión Del ciclo de vida: Es indispensable en cualquier nivel de intervención relacionado con el consumo de drogas, considerar las características que surgen de su etapa del ciclo de vida, por la tarea evolutiva que esta implica.

Promoción y Fortalecimiento de las capacidades: Se refiere a la necesidad de que la intervención ponga el acento en las capacidades y potencialidades de la persona, más que en perturbaciones, carencias y déficit. Por eso mismo, las experiencias de logro serán consideradas como centrales en la metodología de trabajo. Especialmente, si se trata de población en situación de calle en alta vulnerabilidad social, por cuanto se requerirá, contribuir a desarrollar estrategias de enfrentamiento y resolución de situaciones complejas de la vida, que aumente la percepción de autoeficacia y la autoestima. Es por eso mismo, que se requiere el aporte desde el ámbito sanitario, sea muy abierto a los contextos o a lo comunitario según corresponda, para evitar cualquier riesgo de "patologizar" la situación, con lo que se añadiría nuevos estigmas y desvalorizaciones.

Maximización de los éxitos y minimización de los fracasos: Esta premisa es una estrategia de enorme relevancia, para esta población que presenta una alta probabilidad de baja autoestima y desesperanza, por la experiencia de exclusión social. Con este enfoque será posible, además, trabajar con un sentido de temporalidad y estructura, visibilizando metas en periodos pertinentes para las personas, co-construyendo los objetivos en conjunto, estableciendo acuerdos y compromisos y evaluando con transparencia lo logrado.

Personalización en la intervención: Se refiere a trabajar la dimensión personal, facilitando y potenciando la autonomía. Las intervenciones han de ser adaptadas a las características, necesidades e intereses de cada persona, ayudándole a desarrollar sus capacidades y aptitudes.

Perspectiva de género: Hace referencia a considerar en la metodología de trabajo intervenciones específicas para ambos sexos. Ya que hombres y mujeres, presentan comportamientos diferentes frente a distintas situaciones, entre ellas el abuso de drogas sus conductas de riesgos y consecuencias asociadas a este consumo.

El vínculo terapéutico para un proceso motivador: Se considera al vínculo terapéutico positivo, un componente o aspecto fundamental para la formación de la Alianza Terapéutica, esta última como un predictor del éxito de un proceso terapéutico. Se refiere a poner énfasis en establecer una relación efectiva con la persona.

Acompañamiento permanente: Debido a las características, psicológicas y sociales de las personas en situación de calle y a las del proceso terapéutico, es fundamental contar con la presencia de una figura vincular significativa que lo acompañe durante el proceso de intervención. Cuando esta persona tiene figuras vinculares en quién apoyarse, serán en ellas las que se involucren en el acompañamiento afectivo respectivo; pero cuando se trate de individuos que han perdido todo vínculo familiar o afectivo, se requerirá del equipo psicosocial que acompañe a la persona en tratamiento, quién tenga un contacto cercano y que establezca un vínculo, desde el inicio del itinerario.

Actitud proactiva de la intervención: La población adulta en situación de calle es una población que no concurre a las convocatorias poblacionales o a los llamamientos a inscribirse a un determinado programa, por lo que resulta indispensable salir a buscarles, de manera activa, para lo cual habrá que utilizar todos los medios disponibles; y al mismo tiempo, iniciar el proceso de vínculo, al entregarles la certeza de ser personas que tienen importancia y cuyo destino cobra significado para otros.

Enfoque de Reparación: Las características de las personas a quienes va orientado este programa se caracterizan por presentar un proyecto de vida que ha sido interferido por contextos adversos que se traducen en historia de ruptura de lazos familiares, carencias afectivas, daños psicosociales, detención del proceso educativo formal, y ubicación en un contexto donde las sustancias psicotrópicas cumplen una función importante en la forma y estilo de vida. Esta vulneración de derechos y ausencia de oportunidades afectarían distintas áreas del ciclo vital de las personas, donde se debe ubicar este enfoque e intervenciones. La resignificación de las experiencias vividas, contribuirá a la mitigación o superación de los daños.

Estilos de convivencia en el programa: El programa de tratamiento se rige por el bienestar de la propia persona, el bienestar del grupo de pares y el bienestar del equipo, con respeto a las normas de convivencia por parte de las personas en tratamiento.

Incorporación de la familia o referentes significativos de protección a lo largo de todo el proceso: Las intervenciones de tratamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas integra el ámbito familiar o referentes significativos de protección en el proceso terapéutico desde el inicio, considerándolo como uno de los objetivos

principales a desarrollar para alcanzar el propósito de integración y la mantención del logro terapéutico.

Multidisciplinariedad e Interdisciplinariedad: Se debe asegurar la participación de varias disciplinas y además tener un enfoque interdisciplinario en la composición y funcionamiento de los equipos de atención de los programas de tratamiento, que basarán su trabajo en la cooperación de sus miembros, conjugando estrategias de intervención que se irán desarrollando en función de las necesidades de las personas. Es la combinación y complementariedad de todas y cada una de las personas que trabajan que permiten ofrecer un programa terapéutico integral.

Flexibilidad y baja exigencia en la intervención: adaptar las intervenciones, los recursos técnico, los espacios y los tiempos a la situación individual de cada persona y su contexto, asumiendo el abordaje de las complicaciones y reducción sus daños como estrategias y objetivos del proceso de cambio, para aquellas personas afectadas mas severamente por el consumo problemático de sustancias, sin renunciar por ello a trabajar intensamente en el reconocimiento y la activación de las capacidades personales.

2. ESTRUCTURA METODOLOGICA

Para efectos de esta propuesta de intervención, se ha considerado la experiencia desarrollada por las distintas instancia que han participado de la ejecución de proyectos pilotos de programas de tratamiento para personas en situación de calle desarrollados desde el año 2007, las orientaciones desarrolladas por SENDA (Ex CONACE) y MINSAL para la atención de población infantoadolescente en vulnerabilidad social con consumo problemático de sustancias y la Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol 2014.

Áreas de intervención:

El Plan Integral de Tratamiento esta conformado por áreas transversales de intervención que serán trabajadas a lo largo de todas las fases del tratamiento en cualquiera de sus modalidades. Estas áreas transversales deberán abordarse desde una perspectiva comprensiva, definiendo los objetivos y actividades específicas para lograrlos. Estas áreas de intervención son las siguientes:

- ✓ Área de consumo de drogas
- ✓ Área de salud física
- ✓ Área de salud mental
- ✓ Área de reparación psicológica individual
- ✓ Área familiar o referentes significativos de protección
- ✓ Área relacional
- ✓ Área de integración social

Etapas de Intervención:

El Plan Integral de Tratamiento se estructura a través de cinco etapas o fases de intervención diferenciadas, las cuales permiten avanzar gradualmente en relación a los objetivos terapéuticos propuestos con la persona. Si bien éstas son fases que se presentan de manera general en las distintas modalidades, las características propias de cada fase estarán dadas por la particularidad de cada una de las modalidades de atención.

Estas Fases tendrán objetivos particulares según la complejidad e intensidad de la modalidad de tratamiento que requiera la persona.

- ✓ Etapa de ingreso y diagnóstico
- ✓ Etapa de tratamiento y rehabilitación
- ✓ Etapa de egreso y seguimiento

ESTRUCTURA DEL PLAN INTEGRAL DE TRATAMIENTO

ETAPA	Componente	Objetivos terapéuticos
INGRESO Y DIAGNÓSTICO Objetivo: Acoger, motivar y diagnosticar integralmente para establecer los objetivos terapéuticos a seguir en el programa de tratamiento.	COORDINACIÓN PARA LA REFERENCIA	- Acompañar y coordinar el ingreso de la persona a tratamiento realizando la confirmación diagnóstica, es decir el diagnóstico preliminar que permite el ingreso a ese programa o la derivación a la modalidad que corresponda.
	ACOGIDA Y VINCULO	- Desarrollar estrategias de acercamiento y vinculación con la persona a través de un equipo psicosocial u otro relacionado.
	CONFIRMACIÓN DEL DIAGNOSTICO INTEGRAL Patrón de consumo Estadio Motivacional Compromiso biopsicosocial	- Elaborar un diagnóstico integral que comprenda el compromiso biopsicosocial, la relación de la persona con el consumo de sustancias y la condición de motivación en que se encuentra; que establezca las bases para la intervención integral, facilitando la adherencia al tratamiento.
	ESTRUCTURACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE TRATAMIENTO	- Elaborar en base al diagnostico integral los objetivos terapéutico a seguir con la persona usuaria. - Diseñar un proyecto de tratamiento integral en conjunto con la persona, que vincule a todo el equipo tratante y referentes psicosociales y/o clínicos, según corresponda.
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN Objetivo: Proporcionar tratamiento integral del consumo problemático de sustancias a personas adulta en situación de calle que les permita desarrollar y afianzar competencias emocionales, cognitivas y conductuales a modo de potenciar factores protectores personales y del contexto familiar y/o social	PREPARACIÓN PARA EL TRATAMIENTO: Acercamiento y vinculación Sensibilización y problematización Motivación al tratamiento	- Realizar un recorrido por el circuito y afianzar estrategias de vinculación en el contexto en el cual las personas se desenvuelven. - Favorecer instancias de contacto con figuras vinculares significativas y/o familia, para promover y facilitar su participación/acompañamiento en el proceso terapéutico - Mantener coordinación con equipo psicosocial u otro, en estrategias de apoyo, motivación y adherencia a tratamiento - Desarrollar estrategias de acercamiento y vinculación a través de la sensibilización al tratamiento y problematización de la situación en la que se encuentra asociada al consumo de drogas. - Iniciar intervención terapéutica, médica o psiquiátrica, según las necesidades de la persona.
	CONTENCIÓN Y ESTABILIZACIÓN	- Favorecer la adaptación y habituación al contexto terapéutico en el ámbito individual y grupal. - Realizar intervenciones para lograr la estabilización psíquica y somática. - Iniciar procesos psicoterapéuticos reparatorios y de rehabilitación del consumo problemático. - Apoyar el desarrollo habilidades de resolución de conflictos en al ámbito individual y grupal. - Favorecer y fortalecer los factores protectores del cambio terapéutico. - Identificar y desarrollar factores de protección ante situaciones de riesgos. (prevención de recaídas)

	CONSOLIDACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar y reparar situaciones de duelo o traumas. - Reparar, re significar y fortalecer la vinculación con la figuras vinculares significativas y/o familia. - Potenciar el reconocimiento y nuevas alternativas de resolución de conflictos. - Favorecer la abstinencia y disminuir los riesgos de consumo de drogas - Apoyar el desarrollo y fortalecer los factores de protección ante situaciones de riesgos. (prevención de recaídas) - Apoyar estrategias de adherencia a tratamiento de salud física y mental si lo requiere. - Apoyar al autodiagnóstico de habilidades y competencias para el itinerario de integración socio ocupacional. - Anticipar y tratar crisis familiares o con cercanos significativos que obstaculicen el proceso de tratamiento. - Preparar y habilitar a la familia o significativo para favorecer la integración al egreso del tratamiento. - Favorecer y coordinar, en conjunto con el equipo psicosocial cuando corresponda, la integración y ampliación de la red de apoyo social. - Propiciar la participación en grupos de autoayuda.
	INTEGRACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar el desarrollo del itinerario de integración individualizado. - Fortalecer adherencia al tratamiento de salud física y/o psiquiátrico, si lo requiere - Fortalecer los factores de protección ante situaciones de riesgos - Intencionar la resignificación de espacios comunitarios habituales. - Preparar a la persona usuaria para el término del PIT y coordinar su ingreso a intervención psicosocial, si corresponde
SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar las acciones del seguimiento con equipo psicosocial. - Evaluar la mantención de los logros terapéuticos - Apoyar las estrategias de solución en situaciones de crisis durante el proceso de integración social.

El Modelo del Tratamiento y Rehabilitación, contempla principios y estrategias de intervención flexibles, personalizadas, de acuerdo a las necesidades de la población destinataria del programa.

El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento, corresponde a la necesidad de cada persona y por ende es variable. En base a la experiencia empírica desarrollada en el país, a través de los resultados del proyecto piloto implementado durante los años 2007-2013 se pueden establecer algunos tiempos y frecuencias aproximadas del proceso de intervención. La duración aproximada del plan se estima entre 12 y 18 meses, con frecuencias de atención que en primer lugar depende de la fase del tratamiento en que se encuentre cada usuario, pero que pueden ir de 1 a 5 días a la semana, entre 1 a 5 horas de permanencia diaria, y una concentración de 1 a 4 prestaciones por día. Ese plan puede ser desarrollado en un horario diurno y/o vespertino.

El tipo de intervenciones y frecuencia mensual se desarrollan de manera progresiva en la medida que se avanza en el proceso de tratamiento y rehabilitación, con el propósito de lograr los objetivos terapéuticos, éstas son:

- Consulta médica
- Consulta psiquiátrica
- Consulta de salud mental
- Intervención psicosocial (individual, familiar y de grupo)
- Consulta psicológica
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia de grupo
- Psicodiagnóstico
- Visita domiciliaria
- Coordinación Intersectorial
- Coordinación Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO)
- Exámenes de laboratorio que se requieran
- Medicamentos si corresponde

Categorías Diagnósticas:

1. Trastornos mentales por consumo de sustancias psicoactivas (CIE – 10)

Consumo Perjudicial:

- Patrón de consumo de una sustancia que provoca daños a la salud física o psicológica. Los daños (hepático, depresión) deben ser causados por la sustancia misma (daño hepático por el alcohol), por las formas de uso (infecciones por uso de drogas inyectables o por las consecuencias sobre el equilibrio psicológico (depresión post privación de estimulantes o del alcohol).
- Las personas con diagnóstico de consumo perjudicial reciben a menudo críticas por ello y experimentan consecuencias sociales adversas de variados tipos.
- En todo caso el solo hecho que una forma de consumo sea criticada por el entorno en general, no es por sí misma indicativa de consumo perjudicial.

Se trata de una forma de consumo que afecta a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotrópicas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

El consumo perjudicial no debe diagnosticarse si están presentes un síndrome de dependencia, un trastorno psicótico u otras formas específicas de trastornos relacionados con alcohol u otras sustancias psicotrópicas.

Dependencia:

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si, en algún momento durante los doce meses previos o de un modo continuo, han estado presente tres (3) o más de los siguientes rasgos:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia.

- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para detenerlo o disminuir la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, se confirman por el conjunto de síntomas característicos de la sustancia o por el consumo de la misma sustancia que lo provoca con la intención de aliviar los síntomas.
- Tolerancia: se requiere de un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para lograr el mismo efecto que originalmente se producían con dosis más bajas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o administrarse la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como daños somáticos, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo de alguna sustancia, o deterioro cognitivo secundario al consumo.

2. Diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica: trastorno psiquiátrico asociado al consumo perjudicial o dependencia a sustancia, no solamente referido a un trastorno dual.

A continuación se presentan las principales categorías diagnósticas CIE 10 y DSM 4. Chile ha adscrito como fuente de información estadística oficial del país la CIE – 10, como lo recomienda la OMS, sin embargo en la práctica clínica se ha observado el uso de las categorías del DSM IV.

Clasificación CIE 10

- Trastornos mentales orgánicos
- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes
- Trastornos del humor (afectivos).
- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
- Retraso Mental
- Trastornos del Desarrollo Psicológico
- Trs. del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- En estudio

3. Diagnóstico de comorbilidad física: presencia simultánea de un trastorno por consumo de sustancias (consumo perjudicial o dependencia) y una o más patologías somáticas severas asociadas.

- Hepatitis alcohólica subaguda
- Hepatitis crónica
- Enfermedades somáticas
- Hepatitis B, C, D
- ETS
- VIH - SIDA
- Otras Enfermedades o Condiciones de Riesgo Vital
- Infecciosas relacionadas con uso de sustancias
- Traumatismos y secuelas secundarios
- Otras enfermedades o condiciones Físicas Limitantes
- Patología de la gestión y del niño intrauterino
- Anemia: megaloblástica y ferropénica
- Cardiopatías: miocardiopatía dilatada por OH, arritmias, HTA
- Patología Bucal
- En estudio

4. Otros problemas de salud mental

- Violencia Intrafamiliar

- Abuso Sexual
- Explotación sexual comercial
- Violencia por discriminación
- Otros

Compromiso biopsicosocial: Se refiere a una apreciación de la magnitud de los efectos o consecuencias negativas del consumo de sustancias en las distintas áreas de la vida de las personas que consumen sustancias, y de su entorno.

A continuación se presenta una tabla que consta de 14 variables, que permite, apreciar el grado y complejidad del compromiso biopsicosocial, el cual no es susceptible de una puntuación cuantitativa. Más bien, en cada caso, se deberá considerar y decidir si la situación o condición que presenta la persona, pertenece a un compromiso de nivel leve, moderado o severo.

Un criterio posible para la evaluación del compromiso (pero que no está validado), es considerar que si existe una proporción igual o mayor al 50 % de las variables presentes (7 o más variables) en la misma categoría, es posible estimar que corresponde al nivel de compromiso biopsicosocial de esa persona en ese momento.

VARIABLES Y DIMENSIONES A OBSERVAR	GRADO DE COMPROMISO BIOPSIOSOCIAL POBLACIÓN GENERAL		
	Leve	Moderado	Severo
1. Patrón de consumo Tipo sustancia, vía administración y frecuencia de consumo	Una sola sustancia En forma esporádica Vía oral o respiratoria	2 ó más sustancias Consumo semanal o fin de semana Vía oral y/o respiratoria	2 ó más sustancias Consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingesta. Aumento de dosis Se agrega vía inyectable
2. Diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias	Consumo perjudicial	Consumo perjudicial y hasta 3 criterios para dependencia	Más de 3 criterios para dependencia
3. Síndrome de abstinencia	Ausente	Con molestias físicas y psicológicas que puede controlar	Requiere de ayuda para tolerar las molestias y signos de abstinencia.
4. Patología psiquiátrica	Descartada	Trastorno psiquiátrico leve a moderado	Con trastorno psiquiátrico severo
5. Percepción de problemas de salud físicos asociados	Leves o ausentes	Presentes, pero no limitantes	Presentes y limitantes
6. Nivel de Autonomía	Maneja información, demanda apoyo. Se relaciona con otros. Circula por la ciudad o el barrio	Radio circulación menor Satisface necesidades básicas y de sobrevivencia	Circulación restringida, desconoce red y soporte social de apoyo
7. Motivación al cambio	Con disposición a iniciar un proceso de cambio	Discurso de cambio ambivalente y contradictorio (etapa de contemplación). Con disposición a hablar acerca de su consumo. Considera que dentro de los próximos meses	Muy contradictoria, débil o ausente (etapa precontemplativa) NO está pensando en abandonar el consumo. NO procesa información relacionada con su conducta de consumo

8. Tratamientos anteriores	Ninguno	1 a 3 incompletos	Más de tres, Abandonos antes de tres meses
9. Intentos de abstinencia sin tratamiento	Si, con logros parciales	Ha intentado pero sin éxito. con recaídas frecuentes	Sin intento, sin ningún periodo de abstinencia
10. Percepción de autoeficacia	Percepción de obtención de logros en resolución de problemas.	Percepción de bajo control del medio y de la conducta de consumo	Auto percepción de muy bajo control del medio o absoluta ineficacia en el control del consumo
11. Situación Ocupacional	Ha tenido experiencia laboral y se ha mantenido un tiempo estable. Posee estudios básicos y medios	Ha trabajado esporádicamente Escolaridad básica incompleta	Sin trabajo desde hace tiempo Con dificultades de lecto - escritura
12. Consumo y/o tráfico en familiares o grupo de referencia	Descartados ambos	Presente el consumo. NO existe actividad de tráfico	Presente ambos, en uno o más de sus miembros
13. Problemas judiciales asociados	Sin antecedentes penales	Detenciones, formalizaciones, pero sin condena o medida.	Con antecedentes penales (sentencias, sanciones)
14. Red de Apoyo familiar y social	Presencia de red apoyo. Familiares, personas conocidas y amistades que no están en la calle. Concorre a Instituciones de la red pública y/o privada.	Precaria red apoyo, Personas conocidas de la calle dispuesta con reparos	Ausente, desvinculado/a No concurre a instituciones

Consentimiento Informado

El consentimiento informado se entiende como la aceptación firmada por la persona usuaria, (o familiares, ante la imposibilidad de consentir del usuario o usuaria), sobre determinadas actuaciones clínicas, después de tener la suficiente información sobre su conveniencia, ventajas, riesgos y alternativas. Este documento carece de valor sin la información previa pertinente. El consentimiento informado se debe expresar en un documento que debe estar en la ficha clínica o carpeta individual del usuario.

El consentimiento informado debe reunir al menos cuatro requisitos fundamentales.

a) **La voluntariedad** del individuo le permite decidir libremente y sin coacción si quiere someterse a un estudio o tratamiento. Este carácter voluntario se incumple cuando se solicita desde la autoridad o no se brinda el tiempo necesario para que el paciente o sus familiares puedan reflexionar y tomar una decisión. Además se debería brindar la posibilidad de contar con el asesoramiento de una persona experta en la materia.

b) La función de **la información** es proporcionar los datos adecuados y necesarios a quien debe tomar una elección para que pueda hacerlo sin sesgos.

c) Confidencialidad de la información, se debe explicitar que la información personal del usuario será manejada con total **confidencialidad** y en ningún caso se publicará o divulgará información personal que lo (la) pudieran identificar.

d) El tipo de información debe ser **comprensible y completa**, y debe incluir los objetivos, los beneficios, los riesgos reales o potenciales que se puedan derivar y la opción claramente especificada de rechazar el tratamiento o estudio en cualquier momento sin que por ello le afecte en otros tratamientos.

Plan de Tratamiento Individual (PTI)

La aplicación práctica del Modelo Intervención, se desarrolla a través de un Plan de Integral de Tratamiento individualizado, este es un sistema ordenador que permite generar un itinerario de actuación con metas y objetivos observables y definidos para cada persona. Esta gama de intervenciones, estructuradas tienen por finalidad tratar los problemas socio sanitarios asociados al consumo problemático de sustancias y facilitar la integración social de las personas en tratamiento.

Corresponde al diseño estratégico de intervención para cada persona usuaria, que se elabora en base al motivo de consulta y a la evaluación integral realizada por el equipo de tratamiento.

Este plan incluye metas y plazos a cumplir; un calendario de asistencia a determinadas actividades o prestaciones; una fecha de evaluación previa al alta donde se toman las decisiones finales.

Los objetivos del PTI deben ser relevantes para la persona usuaria, específicos, mensurables, realizables y de duración determinada

Para cada uno de los objetivos se debe diseñar una estrategia de intervención y una estrategia que permita valorar su cumplimiento

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

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

El plan facilita la conducción y orientación del proceso terapéutico en la persona usuaria, su familia u otro significante, por lo cual:

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

Registrar todas las intervenciones realizadas por el equipo en la ficha permite:

- Evaluación periódica de los logros alcanzados por el usuario en su proceso de cambio.
- Identificar nudos críticos que obstaculizan el cumplimiento de los objetivos.
- Facilita la incorporación de integrantes nuevos al equipo.
- La continuidad del plan, aun cuando se hayan integrado nuevo miembros al equipo y, por lo tanto, asegurar la continuidad del tratamiento planificado con el usuario.

El PTI debe considerar desde su inicio la diferenciación de las intervenciones y sus especificidades por género, en todas las áreas definidas a ser intervenidas terapéuticamente.

Se debe asignar explícitamente el referente técnico que será responsable de la coordinación de las acciones terapéuticas y del seguimiento de la evolución clínica del usuario y su familia, durante todo el proceso de tratamiento y seguimiento.

Adherencia al programa de tratamiento

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

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

Influyen en la adherencia a tratamiento variables de la propia persona, tales como las expectativas con que llega al tratamiento, sus creencias, su estadio motivacional en relación a la problemática del consumo; variable del programa y del equipo, como la capacidad del equipo de establecer vínculo terapéutico. Facilita esto la actitud del o la terapeuta en las entrevistas iniciales de acogida, donde demuestre capacidad de escuchar de manera atenta y activa a la persona ya que es importante, ser percibido/a como una persona competente, confiable y empática, por quien solicita ayuda.

Rescate

Acciones encaminadas a conocer la situación de una persona inasistente o que ha abandonado el programa, con el objeto de evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que retome el proceso terapéutico.

Evaluación durante el proceso terapéutico

Corresponde a evaluaciones parciales de los cambios que experimenta la persona durante el proceso de tratamiento. Se medirán en períodos definidos, cada 3 meses a partir de la fecha de ingreso al plan terapéutico. Las variables a evaluar son las siguientes

- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, la forma de acceso a la sustancia, si el consumo es en compañía o en solitario, qué situaciones rodean el consumo y entre otros.
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en un contexto general; y asociado al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** tipo de ocupación y nivel de inserción laboral, que incluye además estudios y uso del tiempo libre (u ocio).

- **Trasgresión a la norma social:** actitudes y conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos
- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE – 10
- **Estado de salud física** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud diagnosticado por CIE

Para homologar criterios para la evaluación y registrarla en la carpeta o ficha personal del proceso de tratamiento de las personas, se definen tres categorías de consenso para evaluar los logros en la evolución del proceso terapéutico de acuerdo a la apreciación clínica.

Con avances: Cuando ocurra cualquier cambio favorable en relación a las variables señaladas, que contribuya al logro de los objetivos planteados.

Sin avances: se mantienen los indicadores sin modificación respecto de la evaluación anterior.

Con retroceso: Cuando ocurra cualquier cambio desfavorable en relación a las variables señaladas, que obstaculicen o disminuyan las probabilidades de lograr los objetivos del proceso terapéutico

Egreso

Término de la relación entre la persona y el programa de tratamiento. Se considerarán motivos de egreso de un programa, las

- **Alta Terapéutica:** cumplimiento de objetivos terapéuticos Evaluación realizada por equipo tratante en acuerdo con la persona.
- **Alta Administrativa:** Procede en caso de fallecimiento.
- **Derivación:** traslado por indicación o sugerencia del equipo, a otro centro que resuelva su motivo de consulta; por cambio de domicilio, u otra razón justificada.
- **Abandono:** inasistencia y/o pérdida de contacto de la persona en tratamiento por un tiempo igual o mayor a 60 días, habiéndose realizado a lo menos dos acciones de rescate, estas acciones permiten evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que el usuario retome su tratamiento.

Evaluación del proceso terapéutico al egreso

Corresponde a la apreciación clínica que hace el equipo o profesional tratante, la persona en tratamiento y su familia, del nivel alcanzado de logro de los objetivos terapéuticos planteados al inicio del proceso y descritos en el plan de tratamiento personalizado. Los criterios incluyen la evaluación del estado clínico y psicosocial al momento del egreso y una apreciación pronóstica del equipo tratante. Las categorías de consenso son:

Logro alto: alcance de la totalidad de los objetivos planteados. La persona se encuentra en condiciones de integrarse al medio de manera satisfactoria. Se aprecia la decisión por consolidar un cambio favorable en su estilo de vida.

Logro intermedio: alcance parcial de los objetivos, requeriría de un período de apoyo para una integración social satisfactoria. Se aprecia una débil disposición y preparación para sostener un cambio de estilo de vida.

Logro Mínimo: con alcance mínimo de logros de los objetivos planteados. Se mantienen sin modificación la generalidad de las variables personales y del contexto que hacen pensar que la persona se encuentra en riesgo de una probable recaída. Se aprecia una débil o nula disposición al cambio en estilo de vida.

Para su evaluación, se utilizará el mismo criterio y categorías de consenso empleadas para evaluar los logros en la evolución del proceso terapéutico,

Metas /objetivos	Logro alto	Logro intermedio	Logro mínimo
1.			
2.			

3.			
4.			

Indicadores de seguimiento: conocer la situación de la persona posterior al alta terapéutica del programa, en relación a la mantención de los logros terapéuticos alcanzados.

- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, forma de acceso a la sustancia, consumo en compañía o en solitario, entre otros
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en el contexto general, y el referido al problema de consumo.
- **Situación ocupacional: de la experiencia laboral, de estudios y del tiempo libre u ocio.**
- **Trasgresión a la norma social: actitudes conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos**
- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE – 10
- **Estado de salud física** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud diagnosticado por CIE

VIII. CONSIDERACIONES PARA EL ÉXITO DE LA INTERVENCIÓN

La propuesta de un diseño de tratamiento para personas adultas en situación de calle, en las que se reconoce que las condiciones de precariedad social, de aislamiento, marginación y pobreza afectan su autonomía y capacidades para gestionar los riesgos y actuar de manera saludable, plantea el desafío, por una parte a la política pública sociosanitaria, desde su visión ética y política, pues requiere complementar la experiencia desarrollada en el tratamiento del consumo problemático en población general, con la elección de otros aportes teóricos que sustente la implementación de estrategias de intervención que acojan las necesidades de la población destinataria del modelo de tratamiento y rehabilitación. Y por otra, tensiona la oferta de programas sociales emergentes desafiando a la Intersectorialidad en su conjunto de sectores gubernamentales que se traduce en la necesidad de contar con claridad meridiana respecto al aporte que cada uno de estos realicen en forma diferenciada, pero sin abandonar la idea de conjunto, que requiere un abordaje como este.

a) **Existencia de un proceso de Intervención Psicosocial estructurado complementario al Tratamiento.**

Las primeras aproximaciones se realizan durante el trabajo de calle, entendido como búsqueda activa para un acercamiento que intenta establecer contacto, confianza y en donde transcurre inicialmente la construcción del vínculo. Cabe señalar que esta es la entrada a un diagnóstico progresivo integral de la persona y su entorno.

Considerando que un abordaje en población adulta en calle consumidora problemática de drogas requiere de nuevos aprendizajes, es necesario tener presente que en un primer acercamiento hacia esta población, que permita profundizar progresivamente la vinculación y con ello facilitar los procesos de cambio, debe considerar la alta complejidad de necesidades de los perfiles de las PSC, requiriéndose asistencias básicas como alimentación, lugar seguro donde dormir, higiene, abrigo, entre otros, lo cual debiera estar cubierto como condición previa o simultánea al primer acercamiento terapéutico, de lo contrario pudiera ser predictor de fracaso de la intervención, sobre todo si recordamos en este punto la importancia que desde el Paradigma Humanista de Abraham Maslow, entrega a aquellas Jerarquías de necesidades cuya base esta dada por la satisfacción de necesidades fisiológicas, y las necesidades de seguridad y

protección, vigentes hasta el día de hoy en temas relacionados con Motivación y dependencia a drogas ³³

En relación a este tema señalaremos un estudio Americano ³⁴ cuyo propósito se centró en examinar las derivaciones a programas de tratamiento del consumo problemático sustancias realizadas por trabajadores, cuyo objetivo es la vinculación o re vinculación entendida como acciones de acercamiento para personas en situación de calle. Diez trabajadores completaron cuestionarios para cada uno de sus clientes a los cuales habían derivado a programas de tratamiento por abuso de sustancias, durante el año previo. Información adicional se recopiló sobre el nivel de motivación de estas personas al momento de la derivación, a qué agencia fue derivado y si la persona derivada fue rechazada en alguno de los programas de tratamiento.

De las 73 personas del proyecto que fueron derivados a tratamiento por abuso de sustancias en el período de un año, 41% ingresaron exitosamente a tratamiento. Como era de esperarse, hubo una relación estadísticamente significativa entre el nivel de motivación de la persona y el que se concretara la derivación, y entre la derivación realizada y la aceptación del programa. Este estudio provee evidencia que el “rescate asertivo” (assertive outreach) es efectivo en enganchar y vincular personas en situación de calle con trastornos por consumo de sustancias a servicios de tratamiento por abuso de sustancias.

b) Resguardando pertinencia y Calidad de la intervención

Resguardar pertinencia y calidad de las intervenciones son requisitos necesarios para el funcionamiento de la mayoría de los programas, haciéndose imprescindible cuando se trabaja en el ámbito de lo humano, en el contexto de Salud Mental y exclusión.

Una estrategia que permite revisar las prácticas, es la denominada Asesoría, la cual esta entendida, desde el convenio SENDA-MINSAL, ³⁵ como un proceso de acompañamiento al equipo tratante, que consiste en dar asistencia y apoyo mediante la sugerencia y/o la entrega de información relevante y atingente al tratamiento. Es un proceso formativo y participativo, que facilita la detección de problemas, el reconocimiento y reforzamiento de actividades bien ejecutadas y la propuesta de soluciones correctoras atingentes, cuando corresponda. Es un proceso continuo dirigido específicamente a proveer apoyo técnico a los equipos ejecutores de los programas de tratamiento, con el objetivo de promover el desarrollo de competencias técnico-clínicas, en su dimensión biopsicosocial, a fin de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la atención brindada a las personas usuarias, de acuerdo a sus especificidades.

Este proceso estaría dirigido hacia los siguientes objetivos:

- Entregar elementos teóricos y prácticos que contribuyan al desarrollo de destrezas, habilidades y competencias, tanto para mejorar aspectos relacionados con la atención como con el abordaje terapéutico de personas con consumo problemático de sustancias.
- Apoyar el desarrollo de estrategias terapéuticas eficaces en apoyo a la integración social para personas usuarias que participan de los programas de tratamiento y rehabilitación.
- Transferir e intercambiar tecnologías y competencias entre las instituciones y los equipos participantes directamente del Programa, instituciones y personas pertinentes para la función de Asesoría Técnica en los niveles locales y otros.

³³ Rojas Valero Milton. Conceptos Básicos y profundización del Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en Drogodependencias. Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica CONYCE. Perú. 2006

³⁴ Deborah Fisk, L.C.S.W.,1 Jaak Rakfeldt, Ph.D.,2 and Erin McCormack, M.S.W.3 1Connecticut Mental Health Center, and Department of Psychiatry, Yale University, New Haven, Connecticut, USA2Southern Connecticut State University, and Department of Psychiatry, The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 32: 479–486, 2006

³⁵ Anexo Gestión de la Calidad 2014, Convenio de Colaboración Técnica SENDA – MINSAL

- Contribuir a la continuidad de los cuidados de los usuarios a través del fortalecimiento de la red de tratamiento.

Una herramienta metodológica complementaria a la anterior, es la Capacitación permanente centrada en temáticas relacionadas con el abordaje y los desafíos que presenta para los equipos esta población, no sólo desde la perspectiva clínica sino también desde el abordaje comunitario y en redes que se requiere.

Espacios estructurados para el autocuidado

La calidad del trabajo realizado por los equipos que intervienen en población de alta vulnerabilidad, implica el costo considerable de confrontar cotidianamente la emocionalidad del equipo, sobre todo en aquellos casos donde la respuesta depende de otros, que tiene a su vez otros tiempos y criterios de funcionamiento, los cuales responden a formas relacionales pautadas culturalmente. En este proceso construido y vivido por los equipos en la cotidianidad con aquel otro en redescubrimiento, necesita espacios que funcionen como catalizador de experiencias de equipo.

Dicho espacio requiere ser entendido con estructura, es decir con objetivos claros, incluidos en la planificación general del equipo, de tal manera de destinar recursos como tiempo e insumos, y con definición de funciones, resguardar de este modo que este espacio sea entendido por todos como un espacio de crecimiento y construcción de redes de cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

- Arenas F; Tirado R. *Programa de Intervención en Viviendas de Apoyo en Andalucía*. Sevilla : Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. España. 2004.
- Baños, M. D. *Epidemiología del Consumo de Cannabis en Jóvenes y Adolescentes*. Cap. 13. Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoide. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular, Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. 2002.
- Barros P., De los Ríos D, Torche F. *Lecturas sobre la Exclusión Social*. Oficina Internacional del Trabajo (O.I.T.), 1996.
- Bustelo E. , Minujin A. Todos Entran: propuestas para sociedades incluyentes. UNICEF, Ed. Santillana. Bogotá. 1998
- Cardona O. D La necesidad de representar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo. Centro de estudios sobre desastres y riesgos CEDERI. Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia2003 Disponible en <http://www.desenredando.org>
- Carrol K.; Rounsaville, B.; and Keller, D. *Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 17(3): 249-265, 1991.
- Carrol K.; Rounsaville, B., Nich, C., Gordon, L., Wirtz, P., and Gawin, F. *One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects*. Archives of General Psychiatry 51: 989-997, 1994.
- Castel R. *La Metamorfosis de la Cuestión Social*. Editorial Paidós, 1º Edición, Buenos Aires, 1997.
- Chile. Ministerio del Interior. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. *Estrategia Nacional sobre Drogas*. Santiago. CONACE. 2003.
- Chile. Ministerio del Interior. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. *Intervención Picosocial*. Santiago. CONACE. 2005
- Chile. Ministerio de Planificación. Sistema Integrado de Información Social. *Módulo de Personas en Situación de Calle*. MIDEPLAN 2007
- Chile. Ministerio de Planificación. *Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle: "Habitando la Calle"*. MIDEPLAN. 2005.
- Chile. Ministerio de Planificación. Programa Calle Chile Solidario: *Estrategia de Intervención*. MIDEPLAN. 2007.
- Chile. Ministerio de Planificación. Programa Calle Chile Solidario: *Taller de Apoyo a la Integración Social de Personas en Situación de Calle*. MIDEPLAN. 2007.


- Chile. Ministerio de Planificación. Proyecto Fondo de Iniciativas Complementarias, Programa Chile Solidario "Fortalecimiento de redes sociocomunitarias en las personas en situación de calle, en las comunas de Lo Espejo, La Cisterna, Estación central y Pedro Aguirre Cerda". Caleta Sur. Santiago. 2007.
- Chile. Ministerio de Planificación. Programa de Apoyo a la Integración Social de Personas en Situación de Calle; Sistema de Protección Social Chile Solidario. *Estrategia de Intervención Fase Piloto del Programa*. Julio de 2007.
- Chile. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago. MINSAL. 2000.
- Chile. Ministerio de Salud. Departamento epidemiológico. I Edición. Santiago 2002. disponible en www.minsal.cl/ici/doc_reforma/objetivos
- Plan Nacional de Salud Mental en Chile: *10 años de experiencia*. Santiago. 2005. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>
- Chile. Ministerio de Salud. *IX Campaña Nacional de Prevención del VIH /SIDA 2007*. Disponible en: www.hosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos
- Chile. *Constitución Política de la Republica de Chile*. Disponible en www.camara.cl/legis/constitucionpolitica.pdf.
- Crits-Cristoph, P.; Siqueland, L.; Blaine, J.; Frank, A.; Luborsky, L.; Onken, L.S.; Muenz, L.; Thase, M.E.; Weiss, R.D.; Gastfriend, D.R.; Woody, G.; Barber, J.P.; Butler, S.F.; Daley, D.; Bishop, S.; Najavits, L.M.; Lis, J.; Mercer, D.; Griffin, M.L.; Moras, K.; and Beck, A. *Psychosocial treatments for cocaine dependence: Results of the NIDA Cocaine Collaborative Study*. Archives of General Psychiatry (in press).
- Equipo Caleta Sur. Programa de Apoyo a la Integración de Personas en Situación de Calle: El derecho a la Ciudadanía. Artículo publicado el 3 de junio de 2007, Disponible en www.caletasur.cl
- España. *Manual de Buena Práctica para la Atención a Drogodependientes en los Centros de Emergencia*. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Disponible en www.pnsd.msc.es/categoria2/publica/pdf/centrosemergencia.pdf
- Fisk D, Rakfeldt J, Ph.D., and McCormack E, Connecticut Mental Health Center, and Department of Psychiatry, Yale University, New Haven, Connecticut, USA Southern Connecticut State University, and Department of Psychiatry, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32: 479–486, 2006.
- Huber A., Ling, W., Shoptaw, S., Gulati, V., Brethen, P., and Rawson, R. *Integrating treatments for metham-phetamine abuse: A psychosocial perspective*. Journal of Addictive Diseases 16: 41-50, 1997.
- Jannis I, Mann L. : Decision making. A psychological analisis of conflict, choice and comminment. New York: The Free Press, 1977
- Lawrynovicz A. *Gestión cuantitativa de riesgo: Utilización del Método Mixto de Seguridad*. Artículo nº 3781 disponible en www.forodeseguridad.com.
- Luborsky L. Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: *A Manual for Supportive-Expressive (SE) Treatment*. New York: Basic Books, 1984.
- Luhumann N en Del concepto de Riesgo: *Conceptualización del riesgo en Luhuman y Beck*. Nelson Paulus Revista Mad. Nº 10 de mayo 2004. depto. Antropología Universidad de Chile disponible en www.revistamad.uchile.cl
- Marlatt G. Allan. *Reducción del daño: principios y estrategias básicas*. V Encuentro nacional sobre drogodependencia y su enfoque comunitario .Disponible en: www.siiis.net
- Marlatt G. and Gordon, J.R., eds. Relapse Prevention: *Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press, 1985.
- Mcllellan A.T.; Arndt, I.; Metzger, D.S.; Woody, G.E.; and O'Brien, C.P. *The effects of psychosocial services in substance abuse treatment*. Journal of the American Medical Association 269(15): 1953-1959, 1993.
- Mcllellan, A.T.; Woody, G.E.; Luborsky, L.; and O'Brien, C.P. *Is the counselor an 'active ingredient' in substance abuse treatment*. Journal of Nervous and Mental Disease 176: 423-430, 1988.
- Miller, W. R. y S. Rollnick. *La Entrevista Motivacional, preparar para el cambio de conductas adictivas*. PAIDOS, 1999.
- Michael T. Frenchb, Kathryn E. McCollistera, Stanley Sacksc, Karen McKendrickd and George De Leond: *Benefit–cost analysis of a modified therapeutic community for mentally ill chemical abusers*. Disponible en: www.sciencedirect.com
- National Institute on Drugs Abuse (NIDA). Disponible en <http://www.drugabuse.gov/Infofacts/marijuana-sp.html> (2007).

- Pizarro R. *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. CEPAL. Serie Estudios estadísticos y prospectivos, Santiago. 2001.
- Quarantelli E. Preliminar Paper n° 130. *Conceptualizing disasters From Sociological Perspective*. 1988. Disponible en <http://dspace.udel.edu:8080/dspace/bitstream/19716/502/3/PP130.pdf>
- Rawson R.; Shoptaw, S.; Obert, J.L.; McCann, M.; Hasson, A.; Marinelli-Casey, P.; Brethen, P.; and Ling, W. An intensive outpatient approach for cocaine abuse: *The Matrix model*. Journal of Substance Abuse Treatment 12(2): 117-127, 1995.
- Red de estudios sociales en Prevención de desastres para América Latina. Disponible en www.desenredando.org
- Rosanvallón P. *La Nueva Cuestión Social*. Introducción: La nueva Cuestión Social y Capítulo VII "La Individualización de lo social". Ediciones Manantial. Buenos Aires. 1995.
- Rojas M. *Conceptos Básicos y profundización del Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en Drogodependencias*. Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica CONYCECET. Perú. 2006.
- Sánchez E. Hervás V., Gradolí T, Morales E. *Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones*. Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. España. 2004. Volumen 06 - Número 03 p. 159 – 166.
- Skinner D. *Modified Therapeutic Community for Homeless Persons with Co-Occurring Disorders of Substance Abuse and Mental Illness in a Shelter: An Outcome Study*. Gaudenzia, Inc., Philadelphia, Pennsylvania, USA *Substance Use & Misuse*, volumen 4. 2005; pp 483–497.
- Wallace D, Michelle J. Freedman J, B. Milby. Joseph E. Schumacher J, and Rudy E. Vuchinich,. *Health To House or Not to House: The Effects of Providing Housing to Homeless Substance Abusers in Treatment*,. July 2005, Vol 95, No. 7
- Woody, G.E.; Luborsky, L.; McLellan, A.T.; O'Brien, C.P.; Beck, A.T.; Blaine, J.; Herman, I.; and Hole, A. Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry* 40: 639-645, 1983.
- Woody G.E.; McLellan, A.T.; Luborsky, L.; and O'Brien, C.P. *Twelve month follow-up of psychotherapy for opiate dependence*. *American Journal of Psychiatry* 144: 590-596, 1987.
- Woody G.E.; McLellan, A.T.; Luborsky, L.; and O'Brien, C.P. *Psychotherapy in community methadone programs: a validation study*. *American Journal of Psychiatry* 152(9): 1302-1308, 1995.

Firman: Pamela Angélica Franzi Pirozzi. Directora. Servicio de Salud Magallanes. Mariano Montenegro Corona. Director Nacional. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

ANÓTESE, REFRÉNDESE Y COMUNÍQUESE




MARIANO MONTENEGRO CORONA
DIRECTOR NACIONAL
SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y
REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

**SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO
DE DROGAS Y ALCOHOL
(05-09-01)**

CERTIFICADO DE IMPUTACIÓN Y DISPONIBILIDADES PRESUPUESTARIAS

**CERTIFICADO N° 80
FECHA 24-12-2015**

De acuerdo con la ley N° 20.882, del año 2016 y mediante el documento, certifico que existe disponibilidad presupuestaria para el rubro de gasto que se indica, con ello se podrá financiar el compromiso a tramitar en el presente documento adjunto.

IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO QUE SE REFRENDA	
TIPO	Resolución Exenta
N°	3937
DETALLE	Aprueba Convenio de Prestación de Servicios celebrado entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, Senda, y el Servicio de Salud Magallanes, para la compra de meses de planes de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas y alcohol, para los años 2016 y 2017.

REFRENDACIÓN	
IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	24.03.001
TIPO DE FINANCIAMIENTO	APORTE FISCAL
Presupuesto Vigente	42.976.852.000
Comprometido	15.019.210.422
Presente Documento Resolución Exenta	34.062.840
Saldo Disponible	27.923.578.738



MANUEL NARANJO ARMAS
JEFE DE FINANZAS (S)



CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, ENTRE EL SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL, SENDA, Y EL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES, PARA LA COMPRA DE MESES DE PLANES DE TRATAMIENTO PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y ALCOHOL, PARA LOS AÑOS 2016 Y 2017.

En Santiago de Chile, a 9 de diciembre de 2015 entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en adelante "SENDA", RUT N° 61.980.170-9, representado por su Director Nacional, don Mariano Montenegro Corona, ambos domiciliados en Agustinas N°1235, piso 9, comuna y ciudad de Santiago, por una parte, y el Servicio de Salud Magallanes, RUT N°61.607.900-K, en adelante "El Servicio de Salud", representado por su Directora, doña Pamela Angélica Franzi Pirozzi, ambos domiciliados en calle Lautaro Navarro N° 820, comuna de Punta Arenas, por la otra, de paso en ésta, se ha convenido en lo siguiente:

PRIMERO: El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, dentro del cumplimiento de su objeto, busca la reducción no sólo de los niveles de uso de drogas ilícitas y del consumo de riesgo de alcohol, sino también de las consecuencias sociales y sanitarias asociadas a estos dos fenómenos. Para ello, ha desarrollado y planificado programas, planes y acciones que abarcan desde la prevención universal e inespecífica de conductas de riesgo, hasta las intervenciones más complejas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con consumo de estas sustancias que resultan problemáticos.

Las líneas de acción para el tratamiento de drogas y alcohol, buscan asegurar la equidad en el acceso a una atención oportuna, integral y de calidad para la población con problemas de consumo de drogas y alcohol.

Sin perjuicio de ello, es importante reconocer, que en nuestro país existe una importante brecha entre las necesidades de tratamiento de problemas de drogas y alcohol de la población, y la capacidad de respuesta del Estado a través de sus diversas instancias.

Que, uno de los grupos cuyas necesidades de tratamiento no se encuentran cubiertas por la oferta pública y privada existente, lo constituyen las personas adultas que viven en situación de calle, situación altamente compleja, por la naturaleza de los factores que determinaron esta condición en la biografía de sus protagonistas, porque para revertir esta situación es preciso influir sobre variables de difícil abordaje, como habitabilidad, salud mental y vinculación con redes sociales significativas e institucionales y porque la singularidad de esta condición desafía enormemente la capacidad de los servicios socio sanitarios para responder a sus características y necesidades de manera efectiva.

En atención a lo que se viene exponiendo, se ha vuelto una necesidad indispensable para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, contratar el servicio de planes de tratamiento para personas que viven en situación de calle, en modalidad ambulatorio comunitario.

SEGUNDO: El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en adelante también "SENDA" es un Servicio Público descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, encargado de la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingesta abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Le corresponde también la elaboración de una Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol.

En cumplimiento de dicho objeto, y conforme lo dispone el artículo 19, letra j), de la Ley N° 20.502, corresponde al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol celebrar acuerdos o convenios, con instituciones públicas o privadas, incluyendo las Municipalidades, que digan relación directa con la ejecución de las políticas, planes y programas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo.

Por su parte, el Servicio de Salud Magallanes, es un organismo estatal, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial de su competencia, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas.

TERCERO: De acuerdo a lo indicado anteriormente, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, decide contratar con el **Servicio de Salud Magallanes**, meses de planes de tratamiento para la ejecución del programa Tratamiento Ambulatorio Comunitario para Personas en Situación de Calle, para ser ejecutados desde el 1° de Enero de 2016 al 31 de Diciembre de 2017, en la **Región de Magallanes**.

Se entiende por consumo problemático de sustancias, al consumo por abuso de sustancias, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM IV, al consumo perjudicial, según el sistema de clasificación internacional de enfermedades CIE 10 y a la dependencia, incorporada en ambas clasificaciones.

Este consumo problemático se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de sustancias con consecuencias adversas en la esfera laboral, familiar y en la vida cotidiana y se presenta como una gran variedad de síntomas físicos, psicológicos y psiquiátricos, incluyendo los relacionados con los efectos farmacológicos directos de las sustancias, complicaciones médicas del consumo, conflictos familiares y psicosociales, por lo que el tratamiento de este trastorno implica realizar un abordaje con equipo multidisciplinario.

Para efectos de este contrato, un mes de plan de tratamiento corresponde a un mes en que una persona con problemas de consumo de sustancias ilícitas participa de un plan de tratamiento y rehabilitación que contempla un conjunto intervenciones y prestaciones recomendables asociadas al cumplimiento de los objetivos del mismo, de acuerdo al proceso terapéutico en que se encuentra.

Se entenderá parte integrante de este contrato, documento técnico denominado **"Lineamiento para la Intervención del Plan de Tratamiento Ambulatorio Comunitario para personas adultas en situación de calle, que presentan consumo problemático de sustancias"**, que siendo conocido por las partes, éstas estimaron innecesarias su inserción.

CUARTO: Los planes contratados responden a la **Modalidad Ambulatorio Comunitaria**, la que está compuesta por un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, destinado a personas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial, de grado moderado o severo, con o sin presencia de comorbilidad psiquiátrica o somática.

El Modelo del Tratamiento y Rehabilitación, contempla principios y estrategias de intervención flexibles, personalizadas, de acuerdo a las necesidades de la población destinataria del programa. La unidad operativa es el territorio o comunidad en la que se interviene, por lo que el equipo deberá movilizarse, si se requiere para una adecuada y eficaz intervención, a los diferentes lugares donde se trabaja con esta población, entregando atención terapéutica a las personas en los espacios comunitarios destinados para ello (casas de acogida, centros comunitario, centro de salud, entre otros) o incluso en los propios lugares en los cuales se encuentran (focos o lugares habituales en los que se concentran durante el día, o lugares donde viven).

El tipo de intervenciones y su frecuencia incluidas en un mes de tratamiento, se desarrollan de manera progresiva en la medida que se avanza en el proceso de tratamiento y rehabilitación, con el propósito de lograr los objetivos terapéuticos, de acuerdo a las características y necesidades de las personas usuarias.

Dichas intervenciones se encuentran señaladas en el documento denominado "Lineamiento para la Intervención del Plan de Tratamiento Ambulatorio Comunitario para personas adultas en situación de calle, que presentan consumo problemático de sustancias", documento técnico, que se entiende parte integrante del presente contrato.

Sin perjuicio de lo anteriormente indicado, podemos señalar que las intervenciones a realizarse en la modalidad ambulatoria comunitaria, son las siguientes:

- Consulta médica
- Consulta psiquiátrica
- Consulta de salud mental
- Intervención psicosocial (individual, familiar y de grupo)
- Consulta psicológica
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia de grupo
- Psicodiagnóstico
- Visita domiciliaria
- Coordinación Intersectorial
- Coordinación Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO)
- Exámenes de laboratorio que se requieran
- Medicamentos si corresponde

QUINTO: Por este acto el Servicio de Salud Magallanes se compromete a realizar desde el 1° de enero de 2016 y hasta el 31 de diciembre de 2017, la cantidad de 15 unidades de planes de tratamiento mensuales.

Con todo, las prestaciones correspondientes a los planes de tratamiento ejecutados durante los meses de diciembre de 2016 y diciembre de 2017 deberán registrarse en el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), de que trata la cláusula décimo quinta de este instrumento, hasta el día 20 de diciembre de 2016 y 20 de diciembre de 2017 respectivamente, sin perjuicio de lo cual deberán continuar ejecutándose hasta el 31 de diciembre del respectivo año, conforme a las necesidades de las personas tratadas.

SEXTO: El Servicio de Salud, proporcionará a los beneficiarios de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados, todas y cualquiera de las prestaciones que incluyen los mismos, de acuerdo a las necesidades del usuario, resguardando que las mismas se desarrollen con la calidad adecuada para alcanzar los objetivos terapéuticos. Lo anterior, sin exigir al usuario y/o su familia algún tipo de pago por las atenciones que le serán otorgadas.

Con todo, en el caso de existir complicaciones médicas, psiquiátricas o de cualquier otra índole o bien se requiera la realización de prestaciones no cubiertas por este convenio, la persona en tratamiento deberá ser derivada mediante interconsulta a un establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, debiendo constar copia de dicho documento en la respectiva ficha clínica o, en su defecto, ser trasladada a un centro asistencial privado, siempre y cuando la persona o su familia opte por esta alternativa debiendo firmar un documento que explicita esta opción. Para todos los efectos, SENDA no cubrirá ni financiará atenciones o prestaciones que no estén expresamente señaladas en este convenio.

SEPTIMO: El contrato que se celebra mediante el presente instrumento regirá desde la total tramitación del acto administrativo que lo apruebe hasta el 31 de diciembre de 2017.

No obstante lo anterior, por razones de buen servicio, y especialmente en atención a las necesidades de las personas tratadas, los meses de planes de tratamiento objeto de este convenio se otorgarán a partir del 1° de enero del 2016.

Con todo, en ningún caso, SENDA pagará los meses de planes otorgados mientras no esté totalmente tramitado el acto administrativo que apruebe el presente convenio.

OCTAVO: El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol pagará por cada unidad de mes de plan de tratamiento, la cantidad de **\$189.238** (ciento ochenta y nueve mil doscientos treinta y ocho pesos).

Se contrata en el presente convenio, 15 unidades de mes de tratamiento mensuales, lo que corresponde a una cantidad mensual de **\$2.838.570** (dos millones, ochocientos treinta y ocho mil quinientos setenta pesos).

Dicho lo anterior, el valor total de convenio asciende a la suma de **\$68.125.680** (sesenta y ocho millones, ciento veinticinco mil seiscientos ochenta pesos), de los cuales **\$34.062.840** (treinta y cuatro millones sesenta y dos mil ochocientos cuarenta pesos) corresponden al año 2016 y **\$34.062.840** (treinta y cuatro millones sesenta y dos mil ochocientos cuarenta pesos), corresponden al año 2017.

Los montos señalados que corresponden al año 2017, serán entregados al Servicio de Salud, siempre que la ley de presupuestos del sector público, contemple los recursos necesarios al efecto.

Se deja expresa constancia que el precio indicado para el año 2017, podrá ser reajustado en el mes de diciembre del año 2016, y comenzará a regir en el mes de enero del año 2017. La cuantía de dicho reajuste será fijado en la época indicada previamente, teniendo como factores referenciales el reajuste que experimente el Índice de Precios al Consumidor de los últimos doce meses y la disponibilidad presupuestaria de acuerdo a la Ley de Presupuesto del Sector Público del año correspondiente. Los reajustes serán notificados al Servicio de Salud, una vez totalmente tramitado el acto administrativo que lo aprueba, sin la necesidad de modificar el convenio suscrito.

NOVENO: SENDA pagará al Servicio de Salud los Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación a que se refieren la cláusula anterior, por mes de plan de tratamiento y rehabilitación, efectivamente otorgado.

Se entenderá por mes de plan de tratamiento y rehabilitación efectivamente otorgado, cuando se cumpla, con el registro mensual, en el Sistema de Gestión de Tratamiento (SISTRAT), de las prestaciones mencionadas en la cláusula cuarta del presente convenio.

Con todo, SENDA pagará al Servicio de Salud siempre respetando el tope máximo anual y total que se señala en el presente convenio.

El pago al Servicio de Salud de las prestaciones contratadas se realizará mensualmente y se hará efectivo sólo una vez que SENDA, a través de la Dirección Nacional o Regional, según corresponda, haya recibido la respectiva factura y su documentación de respaldo, por el monto exacto de los meses de planes de tratamiento otorgados en el respectivo mes, dentro de los cinco primeros días corridos del mes siguiente.

Recibida la factura y su documentación de respaldo, SENDA procederá a su visación, registro y pago, dentro de los 20 días corridos siguientes. El respectivo depósito o transferencia electrónica se realizará directamente a la cuenta corriente bancaria (u otra cuenta a la vista) que señale el Servicio de Salud, si éste así lo ha solicitado o, en su defecto, se emitirá un cheque nominativo a nombre del Servicio de Salud, el que deberá ser retirado en Agustinas N° 1235, piso 6, comuna de Santiago o en la Dirección Regional de SENDA correspondiente al domicilio del Servicio de Salud.

Las facturas deberán ser extendidas a nombre del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, RUT N° 61.980.170-9, dirección calle Agustinas N° 1235, piso 6, comuna y ciudad de Santiago, o en la forma que SENDA, instruya a futuro. SENDA no pagará facturas que no se encuentren debidamente extendidas, que presenten enmiendas o estén incompletas, procediéndose a la devolución de la misma.

Sin perjuicio que SENDA pagará mensualmente el monto de los meses de planes de tratamiento efectivamente realizados por el Servicio de Salud, SENDA, podrá realizar, en los meses de abril, agosto y diciembre de los años 2016 y 2017 un proceso de ajuste en el pago de los meses de planes de tratamiento contratados. Conforme a este proceso, SENDA pagará al Servicio de Salud los meses de planes de tratamiento que hubiere efectivamente realizado en el correspondiente período, por sobre los máximos mensuales, pero bajo el máximo acumulado al período de ajuste correspondiente. Con todo, SENDA se reserva el derecho de realizar ajustes en meses distintos a los anteriormente señalados.

DÉCIMO: DE LOS INCUMPLIMIENTOS


En caso de incumplimiento por parte del Servicio de Salud de las obligaciones derivadas de este Convenio y/o derivados de la prestación de los servicios contratados, SENDA, previa calificación de los antecedentes, podrá notificar al Director del Servicio de Salud, a través de un oficio, dando cuenta de los hechos ocurridos, el o los establecimientos involucrados y los fundamentos que justifiquen el incumplimiento.

Para estos efectos, se entenderá que constituyen incumplimiento de las obligaciones derivadas de este Convenio y de las derivadas de la prestación de los servicios contratados, las siguientes:

- a. Las contravenciones a lo establecido en el presente convenio y a lo establecido en documento denominado "Lineamiento para la Intervención del Plan de Tratamiento Ambulatorio Comunitario para personas adultas en situación de calle, que presentan consumo problemático de sustancias", documento técnico, que se entiende parte integrante del presente contrato.
- b. En general, toda aquella práctica que interfiera con el adecuado desarrollo del proceso terapéutico de los beneficiarios.
- c. Cualquier incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y administrativas que rigen el presente Convenio.

DÉCIMO PRIMERO: DEL PROCEDIMIENTO.

En caso de incumplimiento, se aplicará el siguiente procedimiento:

- 
- I. El/la Director/a Regional de SENDA respectivo enviará un oficio con un informe detallado al Director/a del Servicio de Salud, indicando los hechos ocurridos, el o los establecimientos involucrados y los fundamentos que justifiquen el incumplimiento constatado.
 - II. Una vez recibido el informe, el/la Directora/a del Servicio de Salud, tendrá un plazo de 15 días hábiles para realizar sus descargos y proponer soluciones a las observaciones realizadas, indicando además la forma y el plazo en que estas soluciones se implementarán. El informe deberá ser presentado a la Dirección Regional de SENDA, mediante un Oficio dirigido al Director/a Regional de SENDA.

- III. Excepcionalmente, por razones fundadas y atendiendo al impacto que el incumplimiento genera en la intervención con las personas, el (la) Director(a) Regional de SENDA respectivo podrá solicitar que el informe con los descargos y propuesta de soluciones se presente en la Dirección Regional de SENDA en un plazo menor a 15 días hábiles, pero siempre igual o superior a 5 días hábiles.
- IV. SENDA, dentro de los 10 días hábiles siguientes de la recepción de los descargos deberá aprobar las soluciones propuestas y/o formular las observaciones que le parezcan pertinentes. SENDA, notificará lo resuelto mediante oficio dirigido al/la Directora/a del Servicio de Salud, suscrito por el/la Directora/a Regional de SENDA.
- V. El Servicio de Salud tendrá un plazo de 15 días hábiles, desde la notificación de las mismas, para contestar las observaciones propuestas y remitirlas a la Dirección Regional de SENDA respectiva, mediante Oficio dirigido a el/la Directora/a Regional de SENDA.
- VI. Excepcionalmente, por razones fundadas y atendiendo al impacto que el incumplimiento genera en la intervención con las personas, el (la) Director(a) Regional de SENDA respectivo podrá solicitar que el informe con las observaciones a las propuestas se presente en la Dirección Regional de SENDA en un plazo menor a 15 días hábiles, pero siempre igual o superior a 5 días hábiles.
- VII. El/la Directora/a Regional de SENDA deberá aprobar las soluciones propuestas y/o formular las observaciones que le parezcan pertinentes. En este último caso, se notificarán las observaciones al Servicio de Salud y las partes deberán utilizar todos los mecanismos necesarios, en la esfera de sus atribuciones, para acordar los aspectos no consensuados.

Las partes dejan constancias que en caso de la no presentación por parte del/la directora/a del Servicio de Salud de cualquiera de los Informes señalados anteriormente, SENDA reiterará la solicitud del mismo y otorgará un plazo adicional de 10 días hábiles para su presentación.

Si, pese la reiteración de solicitud realizada, el Servicio de Salud no presentara el informe respectivo, SENDA se encontrará facultado para poner término anticipado

al presente convenio, de acuerdo a lo establecido en la letra i) de la cláusula siguiente.

Las notificaciones que se efectúen al Servicio de Salud en virtud de este procedimiento, se realizarán mediante carta certificada despachada al domicilio del Servicio de Salud o de modo personal por medio de un funcionario o asesor de SENDA, quién dejará copia íntegra del acto que se notifica. Las notificaciones por carta certificada se entenderán practicadas a contar del tercer día siguiente a su recepción en la oficina de correos que corresponda.

Las partes dejan constancia que los días hábiles para los efectos del presente convenio serán de lunes a viernes, excepto los festivos.

DÉCIMO SEGUNDO: DEL TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONVENIO.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación para el Consumo de Drogas y Alcohol podrá poner término anticipado al presente convenio, por acto administrativo fundado, en el evento que acaeciere alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Por resciliación o mutuo acuerdo de las partes.
- b) Por exigirlo el interés público o la seguridad nacional.
- c) Caso fortuito o fuerza mayor, comprendiéndose dentro de ellas razones de ley o de autoridad que hagan imperativo terminarlo.
- d) Si a uno o más establecimientos de salud, se le hubiere revocado la autorización sanitaria, y el Servicio de Salud no hubiere puesto término a la relación contractual que lo une con dichas entidades.
- e) Falta de disponibilidad presupuestaria para cubrir el pago de las prestaciones contratadas.
- f) Si el Servicio de Salud queda sin prestadores subcontratados o dependientes, que estén en condiciones de cumplir las prestaciones convenidas en el presente instrumento.
- g) Por incumplimiento grave, debidamente calificado por SENDA, de las obligaciones contraídas por el Servicio de Salud, por ejemplo, aquellas que pongan en riesgo el oportuno otorgamiento de los meses de planes de tratamiento convenidos, en términos tales que el beneficiario del plan de tratamiento de que se trate, no reciba el tratamiento convenido y aquellas que vulneran gravemente los derechos de los usuarios.
- h) Si al Servicio de Salud se le hubieren notificado tres o más incumplimientos, respecto a un mismo establecimiento ejecutor, en un periodo equivalente a la

mitad de la vigencia del presente convenio, de aquellos a que se refiere la cláusula décima de este instrumento.

- i) Si, pese a la reiteración realizada por SENDA, el Servicio de Salud no presentara cualquiera de los informes señalados en la cláusula décima.
- j) Falta grave y deliberada de veracidad de la información registrada en el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento respecto de las intervenciones realizadas a las personas usuarias en tratamiento.
- k) Efectuar cobros improcedentes a los(as) beneficiarios(as) de los planes de tratamiento y rehabilitación contratados.

En caso que el convenio termine anticipadamente, el Servicio de Salud, deberá realizar las prestaciones adecuadas a las necesidades de las personas en tratamiento hasta la fecha decretada de término del mismo, la que estará señalada en la Resolución que disponga el término del convenio, además de realizar la derivación asistida, de cada caso, al centro de salud que continuará la atención, acompañando un Informe actualizado que dé cuenta del diagnóstico, plan de intervención, estado de avance de los objetivos terapéuticos, esquema farmacológico, si corresponde, y de todos aquellos datos relevantes para el éxito del proceso terapéutico.

Respecto del registro de las prestaciones, en caso de término anticipado de contrato, el Servicio de Salud deberá evaluar el tipo de egreso de cada una de las personas beneficiarias, y registrar en SISTRAT de acuerdo a la acción realizada.

Procedimiento de Término Anticipado:

- I. Si analizados los antecedentes, se determina el término anticipado del presente convenio, el Jefe(a) de la División Programática de SENDA comunicará este hecho al Servicio de Salud, mediante oficio, especificando la causal que origina el término del convenio.

Las notificaciones que se efectúen al Servicio de Salud en virtud de este procedimiento, se realizarán mediante carta certificada dirigida a su domicilio, comenzando a contarse los plazos a partir del tercer día después de despachada la carta por Correo.

- II. El Servicio de Salud dispondrá de quince días hábiles contados desde que se le haya notificado el referido oficio, para efectuar sus descargos ante el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas

y Alcohol, acompañando todos los antecedentes y pruebas que acrediten la existencia de un caso fortuito o fuerza mayor o que demuestren fehacientemente que no ha tenido responsabilidad en los hechos que originen el término o que desvirtúen los antecedentes analizados por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

- III. Si el Servicio de Salud no presenta sus descargos en el plazo señalado, se tendrá por acreditado el o los incumplimientos y se pondrá término al convenio, dictándose la pertinente resolución por parte del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en la que se indicará la causal de término y la fecha en que se hará efectivo el mismo.
- IV. Si el Servicio de Salud ha presentado descargos oportunamente, el Jefe Superior del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol dispondrá de veinte días hábiles, contados desde la recepción de los descargos, para resolver, sea rechazándolos o acogidos, dictando el correspondiente acto administrativo.
- V. En las dos situaciones previstas en los números anteriores, el Servicio de Salud podrá presentar recurso de reposición ante el Director Nacional de SENDA, dentro de los cinco días hábiles contados desde la notificación de la resolución que se recurre, quien dispondrá por su parte de diez días hábiles, contados desde la recepción del recurso, para resolver si lo acoge total o parcialmente. Si el Servicio de Salud no presenta recurso de reposición dentro del plazo indicado, el término anticipado quedará firme.

DÉCIMO TERCERO: Senda realizará visitas destinadas a supervisar el correcto cumplimiento del convenio y de las normas que regulen la prestación de meses de planes de tratamiento. El objetivo de esta visita observará fundamentalmente el recurso humano, la infraestructura, el registro de las prestaciones realizadas y, en general todo aquello que fuere relevante y pertinente para el correcto funcionamiento del programa y la provisión de un servicio de calidad, de acuerdo al presente Convenio.

El Servicio de Salud deberá entregar todas las facilidades de acceso a dependencias e información que se requiera, para la adecuada ejecución de esta supervisión. Lo señalado precedentemente es sin perjuicio de las facultades de supervisión y

fiscalización que le competen al Ministerio de Salud en su rol de autoridad sanitaria y Gestores de Red, a través de la Seremi respectivas y de los Servicios de Salud.

DÉCIMO CUARTO: SENDA a través de sus Direcciones Regionales y el Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, realizarán una evaluación técnica a los equipos de los programas de tratamiento del Servicio de Salud, cuyos resultados u observaciones estarán disponibles en SISTRAT para los equipos y directivos de los establecimientos.

Asimismo, SENDA a través de sus Direcciones Regionales y el Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud respectivos, realizarán asesoría técnica a los equipos de los programas de tratamiento.

DÉCIMO QUINTO: Para el adecuado control de la actividad y supervisión del Programa, así como también para el análisis técnico de la información, estará a disposición del Servicio de Salud el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), según clave de acceso asignada a 2 profesionales por equipo y clave de acceso de Servicio de salud para monitoreo y emisión de facturas, las cuales deberán ser personales e intransferibles. El Servicio de Salud se obliga a ingresar los datos correspondientes en la Fichas existentes en el mismo, a saber: Ficha de Demanda, Ficha de Ingreso, Ficha Mensual de Prestaciones, Ficha de Evaluación del Proceso, Ficha TOP, Ficha de Necesidades de Integración Social, Ficha de Egreso y Ficha de Seguimiento, o aquellas que sean incorporadas durante el periodo de vigencia del convenio. Estas Fichas, tienen como objetivo contar con una información completa y homogénea de las atenciones otorgadas a las personas beneficiarias del Programa.

Los datos mensuales deberán ser ingresados, por el Servicio de Salud, a través del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), en tiempo real y hasta el último día del mes en que se otorgue efectivamente la prestación del servicio, con un plazo máximo de ingreso hasta el primer día del mes siguiente a aquel en que se ejecutaron las prestaciones, día que se considerará de cierre de sistema. En el evento de cualquier dificultad en el ingreso de la información durante el mes de registro correspondiente, ya sea estos errores del sistema o errores de usuario, se deberá reportar a la Dirección Regional de SENDA correspondiente, vía correo electrónico, hasta el último día hábil antes del cierre del sistema.

Además, para supervisar el correcto cumplimiento del Convenio, el Servicio de Salud deberá proporcionar a SENDA toda la información que éste le requiera,

estando facultado para efectuar visitas de inspección debiendo dársele las facilidades del caso. Con todo, lo anterior deberá hacerse siempre con el debido respeto a lo dispuesto en la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada, y en cualquier otra norma legal que regule el carácter secreto o reservado de la información.

DÉCIMO SEXTO: Si con posterioridad a la suscripción del convenio, SENDA estima necesario realizar modificaciones en sus requerimientos de servicio, en cuanto a la calidad de los mismos, las que por su magnitud representen un esfuerzo significativo para el Servicio de Salud, se evaluará y propondrá al mismo la eventual modificación del convenio.

Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, evaluará el nivel de ejecución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, establecidos en el presente convenio.

Los períodos en que SENDA evaluará el nivel de ejecución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, será en los meses de junio y diciembre de 2016, y en junio de 2017.

Reasignación en el mes de junio del año 2016

Si un programa al 30 de junio del año 2016, y por razones que no le son imputables, no ha cumplido con realizar el 100% del número de meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, en el período de enero a junio del año 2016 se podrá modificar el convenio suscrito en el plan afectado, en términos de disminuir la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales asignados correspondiente al año 2016 y, consecuentemente, el monto del mismo convenio.

La disminución mencionada considerará los meses de planes de tratamiento no ejecutados, y SENDA podrá asumir que el porcentaje de no ejecución se mantendrá durante el segundo semestre del año en curso, es decir, desde julio a diciembre del año 2016, disminuyendo dicho porcentaje para el período antes señalado.

Asimismo, si producto de dicha evaluación, hubiere programas que a la referida fecha presentaren una ejecución superior o igual al 100% del número de meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, en el período de enero a junio del

año 2016, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, podrá modificar el convenio suscrito con el Servicio de Salud en el plan afectado y aumentar el número de meses planes de tratamiento anuales y mensuales asignados correspondiente al año 2016, a efectos de cubrir así la demanda existente.

Con todo, y por razones fundadas, el Servicio podrá extender la reasignación ocurrida en junio de 2016 por todo el período de vigencia del convenio.

Reasignación en el mes de diciembre del año 2016.

Si al 20 de diciembre de 2016, y por razones que no le son imputables, el Servicio de Salud no ha cumplido con realizar el 100% del número de meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, en el período de enero a 20 de diciembre del año 2016, se podrá modificar el convenio suscrito con el Servicio de Salud en el plan afectado, en términos de disminuir la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales asignados correspondiente al año 2017 y consecuentemente, el monto del mismo convenio.

La disminución mencionada considerará los meses de planes de tratamiento no ejecutados y SENDA podrá asumir que el porcentaje de no ejecución se mantendrá durante el período de enero a diciembre del año 2017, disminuyendo el dicho porcentaje para el período antes señalado.

Asimismo, si producto de dicha evaluación, hubiere programas que a la referida fecha presentaren una ejecución superior o igual al 100% del número de meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, en el período de enero a diciembre de 2016, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, podrá modificar en el plan afectado del convenio suscrito con el Servicio de Salud y aumentar el número de meses planes de tratamiento anuales y mensuales asignados correspondiente al año 2017, a efectos de cubrir así la demanda existente.

Reasignación en el mes de junio del año 2017

Si un programa al 30 de junio del año 2017, y por razones que no le son imputables, no ha cumplido con realizar el 100% del número de meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, en el período de enero a junio del año 2017, se podrá modificar el convenio suscrito con dicho Servicio de Salud en el plan

afectado, en términos de disminuir la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales asignados correspondiente al año 2017 y, consecuentemente, el monto del mismo convenio.

La disminución mencionada considerará los meses de planes de tratamiento no ejecutados y SENDA podrá asumir que el porcentaje de no ejecución se mantendrá durante el período de julio a diciembre, disminuyendo en dicho porcentaje en el período señalado.

Asimismo, si producto de dicha evaluación, hubiere programas que a la referida fecha presentaren una ejecución superior o igual al 100% del número de meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, en el período de enero a junio del año 2017, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, podrá modificar el convenio suscrito con el Servicio de Salud en el plan afectado y aumentar el número de meses planes de tratamiento anuales y mensuales asignados correspondiente al año 2017, a efectos de cubrir así la demanda existente.

Reasignaciones extraordinarias

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, excepcional y fundadamente podrá evaluar en períodos distintos a los señalados precedentemente, el porcentaje de ejecución esperado al período evaluado, de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, utilizando los mismos criterios antes señalados, para el aumento o disminución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan.

Sin perjuicio de lo anterior, se deja expresa constancia que la compra de meses de planes de tratamiento, que deban ejecutarse durante el año 2017 estará sujeto a lo que establezca la ley de presupuesto para el sector público correspondiente a dicho año, reservándose este Servicio la facultad de requerir modificaciones al convenio suscrito con el Servicio de Salud.

Las referidas modificaciones contractuales son sin perjuicio de la facultad de las partes de acordar modificaciones de otra naturaleza, siempre dentro del margen de la legislación vigente.


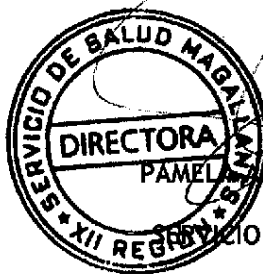



Toda modificación del presente Convenio deberá ser aprobada mediante el correspondiente acto administrativo, totalmente tramitado.

DÉCIMO SÉPTIMO: Las partes fijan domicilio en la ciudad de Santiago y se someten a la jurisdicción de los tribunales ordinarios de justicia de la comuna de Santiago.

DÉCIMO OCTAVO: La personería de su Directora doña Pamela Angélica Franzí Pirozzi para actuar en representación del Servicio de Salud Magallanes, consta en lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 54, de fecha 24 de marzo de 2015, del Ministerio de Salud.

La representación con la que comparece don Mariano Montenegro Corona, consta de su designación como Director Nacional del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, aprobada por Decreto Supremo N° 611, de fecha 13 de mayo de 2015, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

DÉCIMO NOVENO: El presente convenio se firma en 2 ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder del Servicio de Salud, y uno en poder de SENDA.



ANEXO N°1



**“Lineamientos para la Intervención del
Plan de Tratamiento Ambulatorio Comunitario
para Personas Adultas en Situación de Calle
que presentan
Consumo Problemático de Sustancias”**

2014

INDICE

CONTENIDO

PAGINA

I.	Introducción	3
II.	Personas en Situación de Calle	4
III.	Apoyo Psicosocial a las Personas en Situación de Calle	6
IV.	Marco Teórico Contextual	8
	– Enfoque de Vulnerabilidad y Exclusión Social	
	– Enfoque de Trabajo Comunitario	
	– Intervención Local como Punto de Partida	
V.	Marco teórico - conceptual de Tratamiento	20
	– Modelos Eficaces de Intervención en Drogas	
	– Enfoques y Estrategias de Intervención para Tratamientos	
VI.	Consideración e Inclusión de Conceptos	30

VII.	Estructura del Plan de Tratamiento.....	40
	– Estrategias de Intervención	
	– Estructura Metodológica	
VIII.	Consideraciones para el Éxito de la Intervención.....	62

I. INTRODUCCIÓN

El Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol (SENDA), establece la necesidad de una articulación coherente entre políticas, programas, proyectos y acciones vinculados al tema del consumo sustancias, cuyo propósito como compromiso país se plasma en la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol que define las líneas de acción a desarrollar en este ámbito.

La estrategia busca no sólo disminuir los niveles de uso de drogas ilícitas y del consumo de alcohol, sino también de las consecuencias sociales y sanitarias asociadas a estos fenómenos.

Se distingue dentro de los objetivos específicos de la Estrategia Nacional, en materia de Tratamiento y Rehabilitación, el acceso a tratamiento, el aumento de cobertura y la pertinencia de la oferta existente, para personas de sectores de mayor vulnerabilidad social, considerando sus particularidades, necesidades y motivaciones, adecuando la oferta a las diferencias de género; se enfatiza además la creación y fortalecimiento de sistemas de atención para avanzar en el diseño de metodologías apropiadas para abordar grupos específicos.

La realización de catastros nacionales de Personas en Situación de Calle (PSC) han permitido evidenciar la necesidad de avanzar en el diseño e implementación de estrategias de intervención, capaces de proveer protección social a estas personas. La realidad de las personas viviendo en situación de calle es altamente compleja, tanto por la naturaleza de los factores que determinaron esta condición en la biografía de sus protagonistas, como porque para revertirla es preciso influir sobre variables estructurales de difícil abordaje, como habitabilidad, salud mental y vinculación con redes sociales significativas e institucionales, por mencionar las de mayor incidencia. Pero también, porque la singularidad de esta condición desafía enormemente la capacidad de los servicios para trabajar de manera efectiva con estas personas.

El Plan Ambulatorio Comunitario (PAC), modalidad de intervención específica, definida para el tratamiento de Personas en Situación de Calle (PSC) con consumo problemático de alcohol y drogas, cumple con un diseño metodológico orientado a facilitar el acceso y permanencia de estas personas en un proceso de tratamiento, toda vez que desarrolla estrategias de trabajo en terreno, en el lugar donde se ubican las personas en calle, hospederías o similares, junto con, cuando corresponda, ir avanzando progresivamente en el proceso de manera más estructurada, en espacios destinados en infraestructuras que permitan el desarrollo de actividades terapéuticas de mayor privacidad.

Las intervenciones, de esta manera se inician con un umbral de exigencia menor al comienzo, focalizándose en el establecimiento de un vínculo terapéutico seguro, que permita bajar la desconfianza (aprendida a lo largo de la historia de vida en calle), abordar las complicaciones del consumo problemático, gestionar los riesgos, e ir profundizando en aspectos individuales, y habilitación de las personas para enfrentar la vida, de acuerdo a sus propias proyecciones y metas, en el contexto de un cambio relacionado con el patrón de consumo de sustancias.

II. PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

La definición de PERSONA EN SITUACIÓN DE CALLE utilizada en el 2° Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle: En Chile Todos Contamos (Ministerio de Desarrollo Social) considera como tal a quien pernocta en lugares públicos, sin contar con infraestructura que pueda ser

caracterizada como vivienda; y a quienes carecen de alojamiento fijo, regular y adecuado para pasar la noche, encontrando residencia nocturna en residencias y hospederías solidarias o comerciales.¹

Según este último catastro, el total de personas en situación de calle en el país corresponde a 12.255 personas, las cuales se concentran en la Región Metropolitana, en un 47% (5.729 personas). Luego, en un porcentaje menor, se ubican en la región de Valparaíso, en un 8%, y en tercer lugar, en la región del Bío-Bío (7%).

En las demás regiones del país, si bien en números naturales las personas que se encuentran en esta situación, son comparativamente menores en cantidad a las regiones señaladas en el párrafo anterior, en relación a la densidad poblacional, su realidad cobra una alta visibilidad y complejidad.

La distribución por sexo de las personas en el país, es en un 84% hombres y en un 16% mujeres, lo que indica que la situación de calle es una realidad con predominio masculino. Cuando los datos se desagregan por región, en Arica, Tarapacá y Coquimbo, se presentan la mayor concentración de mujeres en situación de calle, superando a los hombres. Es en las regiones de Maule, Los Lagos y Atacama, donde los hombres se encuentran en mayor proporción.

Respecto a la edad promedio de las personas en situación de calle, los datos indican que ésta es de 44 años, en una mayor concentración en el rango de 25 a 59 años, las mujeres se encuentra en mayor proporción en los grupos más jóvenes de la población en situación de calle catastrada.

Los datos del catastro, muestran que la población en situación de calle tiene un promedio de 5.8 años viviendo en esta situación. El tramo entre los 25 y 60 años, tiene más de 5 años; menos de un año, se encuentran las personas del rango entre 18 a 24 años; y las personas menores de 18 años, tienen entre 1 a 3 años en situación de calle.

En relación al lugar donde pernoctan (la noche anterior), un 56% de las personas lo hizo en calle y un 43% en hospederías, residencia o albergues. En las regiones de la Araucanía, Tarapacá y Antofagasta, el 71% de las personas pernoctó en calle, mientras que en las regiones de Los Lagos y

¹ Segundo Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle 2011. Ministerio de Desarrollo Social de Chile

Los Ríos, entre el 65 y 66% lo hizo bajo techo.

Los datos señalan que son las mujeres las que en mayor proporción pernoctan en calle, en un 59%, y los hombres en un 52% de los casos

En cuanto a los factores que explican el origen y la mantención del estado en situación de calle, las razones más frecuentes declaradas por las propias personas, fueron: problemas en la familia (37%), consumo de alcohol (16%), problemas económicos (14%). El consumo de otras sustancias aparece en un quinto lugar (9%).

En relación al consumo de alcohol como causa de la situación de calle, destaca que en mayor proporción se señala entre las personas de las regiones del extremo sur; y en las regiones del norte del país, el consumo de sustancias ilícitas sería causa principal de la situación de calle.

Al desagregar los problemas de salud de las personas en situación de calle, en general, son las enfermedades o discapacidad física permanente, la más representada (36%), seguida por enfermedad o discapacidad mental permanente (29%), y otra enfermedad crónica en un 26% de los casos.

Por todo lo anteriormente señalado, esta propuesta de intervención plantea condiciones básicas a ser consideradas para el éxito de la intervención en el tratamiento del consumo problemático de drogas para esta población objetivo, complementando la experiencia desarrollada en el tratamiento del consumo problemático en población general, con otros aportes teóricos que sustenten la implementación de estrategias de intervención específicas que acojan las necesidades de la población destinataria.

Es así como se precisa establecer una estrecha coordinación y trabajo complementario con el Ministerio de Desarrollo Social y otras instancias del intersector, de manera de contar con un apoyo psicosocial sostenido, atención de salud especializada de Salud mental y Psiquiatría, junto con recursos e instancias de habitabilidad, entre otros, que son esenciales para la mantención de los logros terapéuticos obtenidos por las personas en sus procesos de tratamiento

La severidad de la **situación de calle** es expresión de la influencia que han tenido sobre las condiciones de vida de las personas, una serie de determinantes estructurales y circunstancias sociales, culturales, familiares y personales que han generado esa situación

Reconocer al grupo de personas viviendo en calle como un sector prioritario para la política de protección social, se basa en que se trata de un grupo que concentra vulnerabilidades críticas y, por tanto, requiere de una serie de apoyos que les permitan mejorar su calidad de vida.

III. APOYO PSICOSOCIAL A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

Las múltiples necesidades y la complejidad con que éstas se manifiestan en las PSC, determina que toda intervención esté condicionada por el abordaje de aspectos que no tienen relación directa con, en nuestro caso, el consumo de sustancias. En este contexto el apoyo psicosocial se plantea como un conjunto de acciones destinadas a brindar los soportes necesarios para conectar a las personas con las redes, permitirles el acceso a los servicios y programas que pueden aportar al mejoramiento de sus condiciones de vida y, cuando esto es posible, desarrollar en los usuarios las destrezas funcionales básicas que se requieren para su desenvolvimiento autónomo y eficaz.

De igual forma, cabe dentro de este concepto general de bienestar, tanto la posibilidad de que abandonen la situación de calle para revincularse con sus familias, redes sociales significativas próximas u otros grupos de referencia, como de permanecer en esa situación pero en mejores condiciones de habitabilidad, salud y seguridad.

Es por esta razón, que se estima altamente necesario la coordinación y complementariedad con servicios de apoyo psicosocial mediante el cual profesionales y técnicos con experiencia en trabajo con población vulnerable y, especialmente formados para atender a personas en situación de calle, se encargan de contactar a los beneficiarios, invitarlos a participar en el programa de tratamiento, efectuar el diagnóstico básico de capacidades funcionales que determinan autonomía, , efectuar la caracterización psicosocial y familiar, entre otros.

La estrategia considera como expectativa mínima de resultados, generar alguna conexión a la red institucional de servicios, a fin de que las personas puedan recibir aquellas prestaciones que pueden aportar a la satisfacción de sus necesidades.

Uno de los factores que explican con mayor frecuencia el origen y prolongación de la situación de calle de las personas que viven en esta condición, es la ausencia o ruptura de las redes familiares y sociales. Las fracturas familiares determinan en buena medida la expulsión de las personas de sus núcleos familiares y el alejamiento prácticamente definitivo de sus redes primarias. Sin embargo, en algunas situaciones es posible reparar esos vínculos y facilitar el acercamiento de las personas en situación de calle con sus familiares. Si bien esta puede no ser la única alternativa para que ellas abandonen esta condición, sí puede ser un factor protector que, además de incrementar el repertorio de vínculos disponibles, puede oficial positivamente como un recurso que puede aportar al mejoramiento de sus condiciones de vida, tanto mientras estén en la calle como si hacen abandono de ella. No obstante el valor potencial que tienen las redes familiares y sociales sobre la seguridad y el bienestar de las personas, esta estrategia asume que provocar y facilitar la re vinculación familiares y sociales no puede ser asumida como una fórmula universal, ya sea porque en algunos casos estos referentes no existen o porque no existen condiciones para que ese vínculo se produzca.

IV. MARCO TEORICO CONTEXTUAL

1. ENFOQUE DE VULNERABILIDAD Y EXCLUSIÓN SOCIAL: MARCO DE ANALISIS PARA LA COMPRENSIÓN DE LA PROBLEMÁTICA QUE AFECTA A LAS PERSONAS EN SITUACION DE CALLE

El enfoque de vulnerabilidad social admite énfasis conceptuales diversos en la discusión teórica de las ciencias sociales.

Dos corrientes conceptuales han surgido de esta discusión: una que entiende la vulnerabilidad como un debilitamiento de los procesos aseguradores de inclusión social como resultado de las transformaciones estructurales de las últimas décadas², y otra que

² Esta línea de planteamientos teóricos surge especialmente de la reflexión sociológica y filosófica de teóricos franceses (Robert Castel, Pierre Rosanvallon) que señalan un énfasis de carácter más estructural, asociando vulnerabilidad con trayectorias de exclusión social.

define la vulnerabilidad como un atributo de las personas (expresado en una subjetividad asociada a la indefensión) que condiciona sus estrategias para encarar las transformaciones o contingencias a las cuales se exponen a lo largo de la vida, y que amenazan el bienestar.

La problemática de las personas en situación de calle no solamente es la expresión de situaciones de pobreza extrema, sino el resultado de complejos procesos en que interactúan condicionantes de carácter societal y factores de carácter particular vinculados con la esfera personal o microsociedad de la trayectoria de vida de estas personas.

Este análisis permite considerar un conjunto de dimensiones que contribuyen a dar orientación a las decisiones técnico políticas para el diseño y puesta en marcha de una estrategia de atención dirigida a personas en situación de calle, que pueda dirigirse a abordar prioritariamente las condiciones de vida específicas (en el ámbito material, social y simbólico) y, en una perspectiva de mediano y largo plazo, las condicionantes estructurales que reproducen la exclusión social.

a) Vulnerabilidad y exclusión social: la comprensión de las determinantes estructurales en la nueva cuestión social.

La reflexión sociológica y filosófica surgida en Europa a propósito de la crisis de los Estados Bienestar en Europa y de los Estados Desarrollistas en América Latina en los años setenta, y de las transformaciones en el mundo del trabajo, devino en la identificación de contradicciones sociales de nuevo cuño denominadas como "Nueva Cuestión Social".

Estos cambios ponen en cuestión los procesos que generan cohesión social y develan el problema de seguir siendo una sociedad de sujetos interdependientes, fenómeno que impulsa una profusa producción teórica con base en la investigación sociológica e histórica que devino en la formulación del concepto de Exclusión Social para dar cuenta de esta problemática contemporánea, plenamente vigente.

Surgido en los años '60 en países de Europa, el concepto de Exclusión Social hacía notar la presencia de una franja significativa de desocupados y de personas no incorporadas a los

sistemas de seguridad social dando cuenta, paulatinamente, de fenómenos de desintegración que amenazan la cohesión social. En términos conceptuales, la exclusión ha sido concebida como *“un proceso gradual de quebrantamiento de los vínculos sociales y simbólicos – con significación económica, institucional e individual – que normalmente unen al individuo con la sociedad. La exclusión acarrea a la persona el riesgo de quedar privada del intercambio material y simbólico con la sociedad en su conjunto”*³. En la exclusión, entonces, se reconocen tres dimensiones:

Económica: incapacidad de acceder a los medios para participar en los intercambios productivos.

Política: desigualdad o carencia de derechos civiles, políticos y sociales.

Socio cultural: dificultades o impedimentos de acceso a la dinámica general de la sociedad.

La precarización del trabajo constituye un fenómeno que nutre los procesos de vulnerabilidad social generando, en última instancia, desempleo y desafiliación. Desocupación y precarización, supusieron el desplazamiento de la condición salarial y se inscriben en la dinámica actual de la modernización, razón por la cual no constituyen hechos aislados, sino un rasgo característico de las nuevas formas de acumulación de desarrollo macroeconómico.

El problema de esta condición no es únicamente el riesgo de rechazar el trabajo, sino la imposibilidad de ligar empleo con la proyección de un futuro relativamente manejable (o planificable); el trabajo no es proveedor de certeza alguna en torno al mañana. Esta manera de habitar el mundo social impone estrategias de sobrevivencia basadas en el presente. Desde un análisis social el efecto es, también, padecer de una suerte de déficit de lugares ocupables en la estructura social; esta pierde movilidad y se jibariza el espacio del status y de la valoración social.

Al entender la exclusión social como un proceso que genera estados de desafiliación entre las personas y la sociedad, se asume la existencia de una trayectoria que transita desde la inclusión hacia la exclusión. En este sentido, la vulnerabilidad social es una categoría de

³ Barros Paula, De los Ríos Danae, Torche Florencia (O.I.T.).

análisis que permite identificar aquellas condiciones que están presentes en la realidad de los sujetos y que sugieren un campo de riesgo respecto de la exclusión.

En esta línea de análisis, Bustelo y Minujin⁴ identifican cuatro campos de vulnerabilidad que marcan trayectorias hacia la exclusión social: campo económico (ingresos económicos), campo social/institucional (acceso a servicios sociales), campo cultural (redes de apoyo mutuo y participación en proyectos colectivos) y campo político (falta de capacidad de hacer presentes intereses y derechos en el espacio público). La contribución de este planteamiento teórico, es que permite comprender la exclusión y la vulnerabilidad desde una óptica dinámica y procesual, pues cada campo es relativamente autónomo de los otros.

El análisis atento de las condiciones de vida de las personas en situación de calle, puede proveer ciertas aproximaciones a esta situación. Los Catastros Nacionales de Personas en Situación de Calle, constituyen fuentes de información, para comprender la complejidad de la realidad social de este grupo social. No obstante, estas fuentes aportan algunos antecedentes que contribuyen a una aproximación señalándose los siguientes datos referidos a los campos de vulnerabilidad:

Campo Económico: las personas en situación de calle tienen, en este campo, uno de los principales factores de vulnerabilidad social, obtienen ingresos muy precarios e inestables en el tiempo, a través de actividades principalmente de carácter informal y, algunas de ellas, propiamente asociadas a la marginalidad (macheteo robos a pequeña escala)

Campo Social / institucional: las relaciones con pares o con grupos de personas ubicadas en el entorno inmediato constituyen uno de los principales capitales relacionales de las PSC. Según datos del Catastro de PSC del año 2005, un 66%, aproximadamente, habita en la calle con otras personas (hijos/as, familia, pareja, amigos, otros adultos). El contacto con la familia, por otro lado, presenta una situación particular: a más años de permanencia en la calle, menos frecuente y más débil es el contacto. De acuerdo al Catastro del año

⁴ Bustelo, Eduardo y Minujin, Alberto (Eds.) "Todos Entran: propuestas para sociedades incluyentes", UNICEF, Ed. Santillana, Santafé de Bogotá, 1998.

2012 el 25,3% de las PSC recurren a su familia cuando tienen algún problema o necesitan de algo. Las instituciones con las cuales se relacionan las PSC aparecen como referentes de apoyo específicos ligados a la subsistencia. En el marco del último Catastro un 40.8% de las personas declara recurrir y buscar ayuda en Postas o Centros de Salud, seguidas en un 30.7% y 22.7 % por las Fundaciones u ONGs y la Iglesia o Parroquias respectivamente.

Campo cultural: indistintamente de las situaciones que precipitan su condición, las personas en situación de calle han desarrollado una trayectoria de vida que en diversos ámbitos, hace evidente una relación discontinua, dinámica y, en ocasiones, de conflicto con el entorno social más próximo o con los sistemas institucionales que han demarcado una relación más bien compleja con la sociedad. Analizar este campo de la exclusión social desde la realidad de las personas en situación de calle supone considerar, al menos, tres ángulos de aproximación: cómo la sociedad los ve (con desconfianza, indiferencia, compasión, desprecio, prejuicio), cómo las PSC se ven a sí mismos (diversos, heterogéneos, empeñados en mantener la dignidad, con rectitud moral, subsistiendo, autónomos, “entre la tristeza y la felicidad”⁵) y cómo ellos y ellas ven a la sociedad (desconfiada, propietarios de la geografía urbana, discriminadora, excluyente).

Explorar la calidad del vínculo social que une a una persona con la sociedad supone aprehender los sentidos que la propia persona asigna a sus esfuerzos o retracciones por mantener esta vinculación. No se trata sólo de delimitar una relación social formal (persona / institución), sino del sentido que la persona otorga a esa relación, en los distintos campos en que ella opera. Por tanto, el vínculo social constituye una relación dialéctica entre los aspectos que materializan u objetivan el proceso de exclusión y la construcción subjetiva que la persona realiza sobre éste, dado que las experiencias a las que remite la exclusión no constituyen un fenómeno independiente de la autoafirmación del sujeto.

b) Relación Sujeto / Contexto: la necesidad de una perspectiva integradora

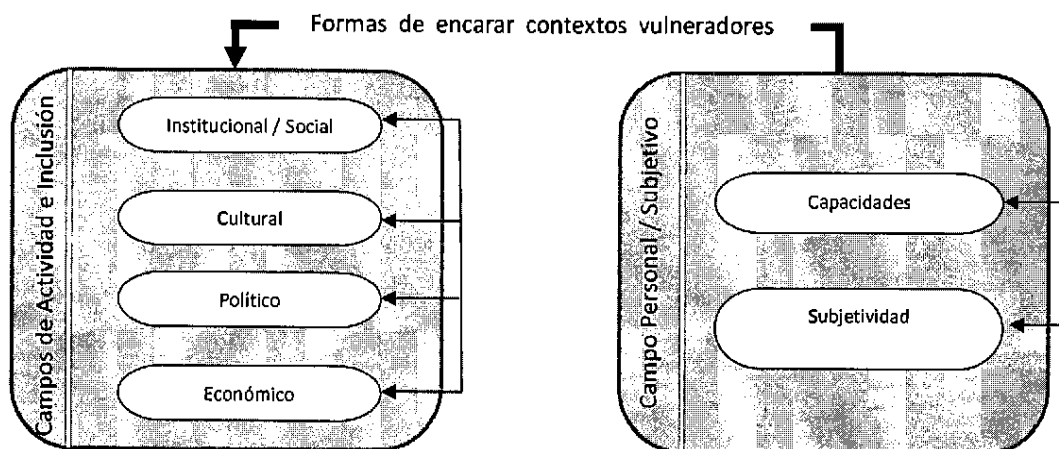
La necesidad de comprender desde una perspectiva compleja y dinámica la situación de las PSC abre el desafío para la política social de integrar en esta lectura, la forma en que las

⁵ Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle, Santiago, 2005.

determinantes estructurales impactan y reproducen trayectorias de vulnerabilidad y exclusión social, y los recursos / déficit presentes en las personas para potenciar un despliegue favorable a una capacidad permanente para enfrentar con asertividad y en beneficio de su bienestar sus condiciones concretas de vida, teniendo en cuenta el conocimiento y comprensión de los modos de vida que las personas han construido desde sus trayectorias de vida.

Sin embargo, la construcción de una mirada compleja también invita a producir conocimiento respecto de una dimensión central que las anteriores perspectivas no abordan con suficiente profundidad. Hacemos referencia a variables socio culturales y a las formas subjetivas que marcan los modos singulares a través de los cuales estas personas y grupos sociales se apropian de su condición. Esta reflexión permitirá comprender el juego dinámico y el efecto recursivo que está presente en la interacción Sujeto / Contexto y, especialmente, analizar con mayor profundidad aquellos factores simbólicos y lógicas de sentido que explican las decisiones, las formas de producir la cotidianeidad y de gestionar la sobrevivencia de las personas en situación de calle.

De este modo, la vulnerabilidad puede ser comprendida de la siguiente forma:



El esquema postula que la influencia en condiciones de vida y vulnerabilidad social de las personas articula e integra dos dinámicas de Desafiliación: por un lado, las dinámicas de exclusión social, y por otro, los campos asociados a la inclusión social que definen y otorgan densidad a las dinámicas de desafiliación social fundamentales para garantizar el derecho al status de ciudadanía. Estos campos de

actividad e inclusión poseen una influencia sustancial en la condición de vida de las personas y en su vulnerabilidad, razón por la cual actúan de manera más determinante sobre las personas (flecha ennegrecida).

Por otro lado, se ubica el Sujeto poseedor de capacidades y afectado, a la vez, por sentimientos de inseguridad respecto de su bienestar, dimensiones que señalan de manera específica la forma en que cada persona encara y se despliega en función de estos contextos vulneradores y el impacto que tales condicionantes generan en el campo de su subjetividad.

Si bien los campos de inclusión social poseen un efecto altamente sustantivo en sus condiciones de vulnerabilidad, las personas son sujetos productores en relación a esos campos de actividad (desde la acción concreta y desde lo subjetivo) razón por la cual generan determinadas influencias sobre aquellos. Así “elementos esenciales para el diseño de políticas públicas, tales como la comprensión de los factores biográficos y estructurales que llevan a las personas a vivir en la calle, las reglas, prácticas y conocimientos que utilizan para sobrevivir y habitan en esta situación, los aprendizajes y aptitudes que han desarrollado en la calle, y la forma en que ellos les dan sentido a su realidad y a su posición en la sociedad, hacen necesario disponer de estudios cualitativos que contribuyan a comprender y analizar esta compleja realidad”⁶.

De este modo, la política social – como mecanismo actuante en las desigualdades sociales – surge como un dispositivo técnico, político e institucional que moviliza recursos de naturaleza diversa, de modo de generar impacto en las dimensiones que constituyen las trayectorias de vulnerabilidad y exclusión en las personas, con miras a su habilitación y pleno reconocimiento como sujetos con derecho a la ciudadanía plena y activa.

2. ENFOQUE DE TRABAJO COMUNITARIO: HACIA UN MARCO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN SOCIAL

⁶ Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle, MIDEPLAN, Santiago, 2005, pp. 39.

Un aspecto clave en el diseño técnico metodológico de un programa social que se proponga abordar la realidad de las PSC, es la consideración de un enfoque que sea capaz de dar coherencia e integración a las múltiples dimensiones y que busquen aportar un marco de referencia para comprender la problemática y la realidad de las personas en situación de calle. Desde esta perspectiva, el enfoque de Trabajo Comunitario representa un marco orientador para la acción, por cuanto ubica la intervención social en un ámbito relacional y subraya la necesidad de movilizar las capacidades de los sujetos para estimular procesos dinámicos en que las personas son consideradas actores claves y protagonistas de la acción social. Junto con ello, el Trabajo Comunitario invita a generar un diálogo de saberes, al validar las formas de ver la realidad y las experiencias de las personas como recursos fundamentales que se ponen al servicio de una respuesta amplia frente al problema de vulneración de derechos de las personas en situación de calle.

Este enfoque “permite concebir una metodología integral que es capaz de recoger y atender las condiciones sociales en las cuales las personas se encuentran, con énfasis en las potencialidades tanto individuales como colectivas. La experiencia señala que aún cuando efectivamente las personas en situación de calle se encuentran no sólo en situación de extrema pobreza sino en condiciones de exclusión social, mantienen vínculos con las redes sociales primarias que indican que la inclusión social es un propósito que debe ser logrado a partir de los recursos que estas interrelaciones ofrecen”⁷.

De este modo, estas redes sociales (personas, grupos, organizaciones, líderes sociales), de carácter barrial, social y espacialmente ubicadas, “aparecen como un recurso en la comunidad, favorable a la generación de potenciales procesos de acercamiento, conocimiento y establecimiento de relaciones de convivencia que ayuden a disminuir la desconfianza, estigmatización y discriminación que suelen existir en los barrios en los cuales están las personas en situación de calle. Además, permiten proponer nuevas alternativas tanto para promover los derechos de las personas como incidir en los factores socioculturales que constituyen trabas para el ejercicio de los derechos de las PSC”⁸.

⁷ Proyecto Fondo de Iniciativas Complementarias, Programa Chile Solidario “Fortalecimiento de redes sociocomunitarias en las personas en situación de calle, en las comunas de Lo Espejo, La Cisterna, Estación central y Pedro Aguirre Cerda”. Caleta Sur, Santiago, 2007, pág. 3.

⁸ Ibidem

Desde este punto de vista, la noción de Trabajo Comunitario la entendemos como un accionar junto a otros, consideramos que cualquier conceptualización surge de la experiencia compartida –precisamente– con otros, que se ubican en un tiempo y espacio concreto: la comunidad local. Esta visión implica una tensión con la noción de autonomía de los sujetos entendidos como individuos y donde los grupos y organizaciones sociales constituyen un espacio de interrelaciones vitales que configuran las dinámicas sociales y a las propias personas en sus historias de vida colectivas, donde ésta se manifiesta en una relación de interdependencia, en la que los sujetos –en cuanto personas– establecen mecanismos de colaboración y procesos de desarrollo en el accionar sobre la base de la diferenciación y colaboración recíprocas.

En un momento histórico marcado por la ausencia de sentidos sociales colectivos que nos permitan identificarnos, reconocernos y vincularnos, uno de los principales desafíos de las experiencias que abordamos *lo comunitario* es precisamente proponernos la construcción de una red de valoraciones que expresen la conformación de comunidad. Este horizonte de sentido, permite entender el Trabajo Comunitario en una doble condición: como un medio y como un fin. En efecto, la intervención comunitaria supone la generación de procesos que permiten activar capacidades (acumulación de capital social, según algunos teóricos contemporáneos) para la resolución de problemáticas sociales. La organización, la acción conjunta y la participación se transforman así en herramientas fundamentales para arribar a estos propósitos. Ciertamente esta constituye la dimensión más profusamente extendida de esta estrategia de trabajo. Pensar el Trabajo Comunitario como fin supone, por otro lado, destacar su dimensionalidad más simbólica, en la medida en que un quehacer conjunto permite abrir posibilidades a las relaciones sociales, a la convivencia comunitaria para el mutuo conocimiento, para el intercambio, el fortalecimiento de vínculos, dinámicas que efectivamente rompen desconfianzas y la lógica del miedo del otro, tan asentada en la sociedad chilena⁹.

Desde una perspectiva metodológica, el despliegue del enfoque de Trabajo Comunitario supone considerar dos ámbitos de acción, interrelacionados entre sí.

⁹ www.caletasur.cl

Desarrollo de estrategias de sensibilización y movilización comunitaria para ampliar, diversificar y fortalecer las redes sociales en beneficio de una cultura de respeto y promoción de derechos de las personas en situación de calle.

Las prácticas comunitarias fundamentalmente favorecen la generación de espacios de encuentro que activan dinámicas de articulación de actores (individuales y colectivos) a nivel barrial, territorial y que en la lógica interna de su proceso, posibilitan el fortalecimiento de las capacidades de los sujetos para actuar en función de un interés colectivo, interés o motivación que surge en torno a situaciones específicas que forman parte de las preocupaciones de las personas o como resultado de procesos en que se identifican situaciones que impactan la vida común o bien que afectan las condiciones de vida de otras personas o grupos, reconocidos como semejantes. En este sentido, una de las principales contribuciones del Trabajo Comunitario, es que permite actuar en la vida cotidiana en la medida en que busca dotar de sentido los diversos espacios o momentos de encuentro entre las personas. Es esta cualidad, la que contribuye a la resignificación de lógicas de relación social que reproducen la discriminación y segregación social que usualmente afectan a las personas en situación de calle. Uno de los principales efectos de la sensibilización y la movilización comunitaria, es la superación progresiva del prejuicio social, alimentado por el desconocimiento del otro que deviene en desconfianza y temor.

De este modo, las acciones comunitarias permiten:

- Romper el aislamiento
- Nuevos aprendizajes sociales: convivencia, confianza, reciprocidad, afecto, valoración de las relaciones humanas como una necesidad para la vida.
- Generar condiciones para reconstruir lazos sociales debilitados.
- Crear o fortalecer redes sociales
- Estimular el sentido de pertenencia
- Generar *estructuras de sentido*: la persona posee algo por lo cual movilizarse, comprometerse, crear, decidir.
- Desarrollo de estrategias de Trabajo de Calle que permitan abordar la problemática del consumo de drogas, en la perspectiva de la prevención, gestión del riesgo, reducción de daños, tratamiento y rehabilitación.

En el marco del Trabajo Comunitario y en función de intencionar un proceso de atención en el ámbito del consumo de drogas, se hace necesario desplegar una acción específica dirigida a establecer un vínculo con las personas en situación de calle.

Desde el enfoque comunitario, el Trabajo de Calle constituye una estrategia metodológica fundamental y, a la vez, un enfoque de las relaciones entre quienes se proponen llevar adelante la *intervención* y quienes son depositarios de ésta.

Esta estrategia entiende que hay sectores de la población que no presentan procesos de demanda de atención a las redes institucionales, situación que obedece a complejas dinámicas ligadas a la vulnerabilidad y a la exclusión social originadas en procesos de desafiliación social. En el seno de estas realidades, se generan, reproducen y hacen presente situaciones sistemáticas de vulneración de derechos que es necesario abordar con el propósito de revertir esas dinámicas a través de una acción y un trabajo con los propios sujetos, en el horizonte de favorecer la apropiación de ciertas herramientas para enfrentar sus condiciones de vida.

En este marco, el Trabajo de Calle contribuye a generar un conjunto de saberes que puede ayudar a la transformación y el mejoramiento de aquellas prácticas institucionales que profundizan la exclusión de estas personas.

Las acciones de Trabajo de Calle se orientan a establecer un vínculo con personas que, por circunstancias personales o socioculturales, no demandan atención por tratamiento o se encuentran desconectadas de redes institucionales que proveen servicios sociales. Barreras de orden sociocultural, sumadas a un conjunto de exigencias o lógicas que regulan la integración a los procesos de tratamiento de carácter convencional, obstaculizan significativamente el acceso de esta población a las redes institucionales.

En términos metodológicos, el Trabajo de Calle supone un proceso de abordaje de la población en la calle, en espacios de encuentro natural. El acercamiento supone generar diversos momentos de diálogo y conversación con el propósito de construir confianza y

una relación acogedora y respetuosa, condición de base que permite erigir legitimidad en la relación de apoyo.

3. INTERVENCIÓN LOCAL COMO PUNTO DE PARTIDA

La experiencia desarrollada en Chile por algunos organismos no gubernamentales¹⁰ en la atención de personas en situación de calle, asociada al consumo problemático de sustancias, con las diferencias paradigmáticas que las distinguen y complementan, han coincidido en ciertos aspectos centrales a considerar:

- Programas de corte comunitario, que canalicen experiencias locales, y que respondan a requerimientos y necesidades de las personas, así como su iniciativa y objetivos.
- Que sea un sistema de autogestión, en que se comprometa a las personas usuarias en todas las actividades del programa y que busque involucrar al entorno social para canalizar la experiencia comunitaria.
- Que se integre a las diversas iniciativas que realizan diferentes organismo y personas relacionadas con este grupo humano.
- Que favorezca la incorporación y apoyo de las instituciones existentes que tienen larga experiencia de trabajo como Hospederías, Casas de acogida u otras iniciativas locales y territoriales como por ejemplo ollas comunes.
- Un elemento que reviste un punto crucial en la intervención, es la necesidad de contar con residencia para que las personas avancen en el proceso y para quienes posteriormente quieran salir de la calle.

En relación a los aspectos metodológicos, estas instituciones señalan la importancia del primer contacto: *"Se trabajará en una primera instancia con el acercamiento a las personas a las que apunta el proyecto, es decir aquellos que se encuentran en abandono total y por lo tanto en la calle, estas visitas las realiza una dupla psicosocial en los lugares*

¹⁰ Caleta Sur en la comuna de lo Espejo, Villamavida perteneciente al Hogar de Cristo y Consultorio Obispo Alvear

donde habitan y de esta forma crear el vínculo, conocer sus necesidades, dando a conocer quiénes somos”¹¹.

Otro aprendizaje se refiere a la importancia de considerar en el primer período un número importante de intervenciones de carácter individual, estructurando el espacio de conversación o de encuentro en función de los ámbitos de la vida individual, social, familiar que las personas deseen abordar, por lo cual adquiere una especificidad particular cada situación personal, de modo de ir conociendo a la persona, propiciando que ella proponga temáticas que le interese compartir, fortaleciendo así el vínculo para la intervención¹².

Habiendo generado este primer vínculo, se avanza a un segundo momento en el que ya es posible abordar temáticas más relacionadas con el consumo de sustancias. Los temas ya se pueden compartir en intervenciones grupales, dando una mirada de lo que se espera de ellos y ellas en un proceso de tratamiento, en términos de su participación, y se establecen los primeros acuerdos.¹³, Así mismo se dispone de espacios para realizar actividades motivacionales que incentiven la participación en el programa ambulatorio intensivo.¹⁴

En relación a la adherencia, es posible señalar que ésta ha estado determinada por la movilidad de las personas, cierto grado de dificultad de las personas para cumplir de manera estable la asistencia. También gravita la relación de trabajo conjunto con equipos psicosociales, situación que constituye un aspecto central, a fortalecer en el marco de la estrategia de tratamiento.

Es así que el contacto entre equipos específicos de tratamiento y equipos psicosociales debe ser permanente, acordando reuniones para realizar derivaciones asistidas, posteriormente mantener la comunicación vía telefónica o por mail, con el objetivo de

¹¹ Experiencia desarrollada por equipo de Programa PROMUEVE y Comunidad Terapéutica Villamavida, en el contexto del Programa de Apoyo a PSC y a Planes de Tratamiento y Rehabilitación

¹² Equipo Caleta Sur en la comuna de Lo Espejo

¹³ idem

¹⁴ Experiencia de equipo de CT Villamavida

establecer algunos acuerdos de trabajo (como por ejemplo, gestionar atención en salud; exámenes, hora médica, entre otros) y realizar seguimiento a la asistencia.

Cuando se alcanzan niveles de coordinación entre los distintos equipos intervinientes, es posible distribuir tareas e integrar la intervención, con espacios de diálogo sobre las personas con las que los equipos trabajan. De esta manera la vinculación con la red de salud, es de responsabilidad del apoyo psicosocial, de igual manera es el seguimiento, acompañamiento y motivación para que la persona se sostenga en el proceso de tratamiento.

V. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL DE TRATAMIENTO

El fenómeno de las drogas y las realidades asociadas a él representa en el momento actual uno de los problemas con mayor relevancia a los que se enfrenta nuestro país, no sólo por la magnitud del problema sino también por la gravedad y complejidad de las consecuencias personales y sociales derivadas del mismo. Esta complejidad viene determinada por una serie de factores entre los cuales podemos destacar las múltiples causas y dimensiones del fenómeno, de acuerdo con los cuales no existe una única razón explicativa del consumo de drogas, ni que sus posibles consecuencias se manifiestan en un solo plano; el carácter dinámico de las drogodependencias y los discursos sociales en relación al uso y abuso de drogas¹⁵.

Para poder abordar el fenómeno de las drogas es fundamental asumir una mirada amplia y multidimensional, capaz de comprender que los problemas asociados tienen motivaciones culturales, sociales y económicas; de entender que este fenómeno ejerce impactos sobre la salud de las personas y grupos, sobre la dinámica social y económica de la sociedad y sobre las normas que rigen el tejido social, por tanto, sus soluciones requieren considerar la interrelación entre estas distintas dimensiones.

¹⁵ Baños, M.D. Cap. 13 Epidemiología del Consumo de Cannabis en Jóvenes y Adolescentes Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoide. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, 2002.

El consumo de drogas produce efectos y consecuencias diferentes dependiendo de la interacción entre la sustancia (tipo de sustancia, cantidad consumida, vía de administración, asociación con otras drogas, etc.) las características personales y el contexto en que el consumo ocurre. Ello demanda elaborar estrategias que diferencien objetivos tomando en consideración estas variables.

Las estrategias deben asignar especial preocupación a los sectores, como en este caso, con menores factores protectores, que en condiciones de mayor vulnerabilidad, el fenómeno del consumo problemático de sustancias psicoactivas, cobra connotaciones aún más complejas.

Los servicios de tratamiento deberán aprovechar, en la medida de lo posible, las instituciones sociales y de salud existentes, vincularse e integrarse a ellas, con objeto de lograr que la atención sea un proceso continuo. También deberán comprender servicios de apoyo en la comunidad.

Para que la planificación de los tratamientos sea eficaz, debe existir una asociación entre el gobierno, los organismos y proveedores públicos y privados, los usuarios de los servicios y la comunidad. Los servicios de tratamiento y rehabilitación deben desempeñar una función esencial en lo que respecta a mitigar el estigma social y la discriminación contra las personas dependientes de sustancias y apoyar su readaptación social como miembros sanos y productivos de la comunidad.

1. MODELOS EFICACES DE INTERVENCIÓN EN DROGAS

La experiencia acumulada en el tratamiento de las adicciones al alcohol y otras sustancias psicoactivas, se ha desarrollado en personas, que si bien han perdido parte del tejido de su red y la vinculación social, mantiene en alguna medida cierta conexión con su entorno mediato y la estructura social a la que pertenecen.

Los modelos teóricos que han sustentado estas intervenciones en tratamiento, según la evidencia científica se apoyan en teorías socioeducativas, comunitarias, conductuales, cognitivas conductuales y sistémicas mayoritariamente. Estas han representado un gran aporte al desarrollo de la práctica para quienes han decidido abordar la problemática.

La literatura y experiencia internacional tras décadas de investigación científica y de práctica recomienda una variedad de enfoques efectivos para tratar los trastornos por consumo de sustancias en población general. A través de datos extensivos se ha documentado que el tratamiento para el consumo problemático de drogas es tan efectivo como lo son los tratamientos para la mayoría de otras condiciones médicas crónicas similares.¹⁶ Sin embargo no todos los tratamientos para el abuso de drogas son igualmente efectivos. Las investigaciones han revelado una serie de principios que caracterizan los tratamientos más efectivos para el abuso y dependencia a las drogas. Los resultados de este amplio conjunto de investigaciones fue realizado en 1998 por The National Institute on Drug Abuse (NIDA), y ha tenido un amplio respaldo internacional, a continuación se presentan algunos de estos principios.

Principios de Tratamientos Efectivos

- a) **No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.** Es muy importante lograr una combinación adecuada del tipo de ambiente, las intervenciones y los servicios de tratamientos con los problemas y las necesidades particulares de cada individuo, para que dicha persona logre el éxito final regresando a funcionar productivamente en la familia, el trabajo y la sociedad.
- b) **El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.** Ya que las personas con consumo problemático de drogas pueden tener dudas sobre si comenzar o no un tratamiento, siendo importante aprovechar la oportunidad cuando ellos indiquen que están listos para recibir tratamiento. Se puede perder a potenciales candidatos si estos tratamientos no están disponibles oportunamente o si no son fácilmente accesibles.
- c) **El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente su uso de drogas.** Para ser efectivo, el tratamiento debe dirigirse al uso de drogas de la persona además de cualquier otro problema asociado, por ejemplo médico, psicológico, social, vocacional y legal.

¹⁶ National Institute on Drugs Abuse (NIDA) <http://www.drugabuse.gov/Infofacts/marijuana-sp.html> (2007)

- d) **El plan de tratamiento es continuamente evaluado y, de ser el caso, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona.** Una persona con consumo problemático de drogas puede requerir combinaciones de servicios y componentes de tratamientos que varíen durante el curso de su tratamiento y recuperación. Además del asesoramiento o psicoterapia, la persona a veces puede necesitar medicamentos, otros servicios médicos, terapia familiar, instrucción para ser mejores padres, rehabilitación vocacional y servicios sociales y legales. Es esencial que la forma de tratamiento sea apropiada para la edad, el sexo, el grupo étnico y la cultura de la persona en su rol de paciente.
- e) **Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que la persona lo continúe durante un período adecuado de tiempo.** La duración apropiada del tratamiento para una persona depende de sus problemas y necesidades. Las investigaciones indican que en la mayoría de las personas con consumo problemático de drogas se comienza a ver una mejoría significativa después de tres meses de tratamiento. Cuando se llega a este punto, los tratamientos adicionales pueden lograr una recuperación acelerada, ya que muchas personas con frecuencia dejan el tratamiento prematuramente, por ello los programas deben incluir estrategias que comprometan y mantengan a los pacientes bajo tratamiento.
- f) **La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapias de comportamiento, constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo para la dependencia a drogas.** Durante la terapia, las personas tratan sus problemas de motivación, desarrollan habilidades para rechazar el uso de la droga, reemplazan actividades donde se usan las drogas por actividades constructivas y útiles en las que no entra el uso de drogas, y mejoran sus aptitudes para resolver problemas. La terapia de comportamiento también facilita las relaciones interpersonales y mejora la habilidad del individuo para funcionar dentro de la familia y de la comunidad.
- g) **En el caso de personas con problemas de dependencia o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se debe tratar los dos problemas de una manera integrada.** Como a menudo se ven trastornos de adicción y trastornos mentales en una misma persona, aquellos que presentan cualquiera de las dos condiciones deben ser evaluados y tratados para la presencia simultánea del otro tipo de trastorno.

- h) Los programas de tratamiento incluyen exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis b y c, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, cuando sea necesario, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a las personas a modificar o cambiar aquellos comportamientos que les pone en riesgo a sí mismos(as) de ser infectados o infectadas. La terapia puede ayudar a las personas con consumo problemático de drogas a evitar comportamientos de alto riesgo. También puede ayudar a las personas que ya están infectadas a manejar su enfermedad.**
- i) La recuperación del consumo problemático de sustancias psicoactivas puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos. Tal como en otras enfermedades crónicas, la reincidencia en el uso de drogas puede ocurrir durante o después de ciclos exitosos de tratamiento. Las personas con dependencia a sustancias psicoactivas pueden requerir tratamientos prolongados para poder lograr su objetivo planteado en el tratamiento, por ejemplo la abstinencia a largo plazo, logrando así reestablecer su funcionamiento. La participación en programas de auto-ayuda durante y después del tratamiento sirve de apoyo para mantener los objetivos terapéuticos planteados.**

2. ENFOQUES Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA TRATAMIENTOS

A continuación se presentan algunos enfoques y componentes de los tratamientos que han sido desarrollados y examinados para medir su eficacia a través de investigaciones apoyadas por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). Cada uno de estos enfoques está diseñado para tratar ciertos aspectos de la dependencia a drogas y sus consecuencias para la persona, la familia, y la sociedad, en contextos de menor vulnerabilidad que en población adulta en situación de calle, pero que a nuestro juicio es plausible implementar con ciertas distinciones y especialmente flexibilidad a la población objetivo.

a) Prevención de Recaídas:

Es una terapia de comportamiento cognitivo, que fue desarrollada para el tratamiento del alcoholismo y adaptada después para consumidores problemáticos de cocaína. Las

estrategias de comportamiento cognitivo están basadas en la teoría que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de comportamiento de inadaptabilidad. Las personas aprenden a reconocer y corregir los comportamientos problemáticos. La prevención de recaídas abarca varias estrategias de comportamiento cognitivo que facilitan la abstinencia al igual que proveen ayuda para personas que experimentan recaídas.

El enfoque de prevención de recaídas para el tratamiento del consumo problemático de cocaína consiste de una serie de estrategias que sirven para realzar el auto control. Entre las técnicas específicas están la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado de la droga, la auto vigilancia para reconocer los deseos de consumo lo más pronto posible y poder identificar las situaciones de alto riesgo causadas por el uso de droga y el desarrollo de estrategias para que la persona pueda enfrentar y evitar las situaciones de alto riesgo, así como el deseo por consumir droga. Un elemento céntrico de este enfoque es poder anticipar las dificultades que las personas puedan encontrar y ayudarles a desarrollar estrategias efectivas para hacerle frente a estos problemas.

Las investigaciones indican que los consumidores problemáticos en tratamiento logran mantener las habilidades que aprenden a través de la terapia de prevención de recaídas aún después de haber completado el tratamiento. En uno de los estudios, la mayoría de quienes que recibió este método de tratamiento de comportamiento cognitivo, mantuvieron los éxitos que habían conseguido en el tratamiento durante el año siguiente al mismo.

b) Psicoterapia de Apoyo y Expresiva

Es una psicoterapia dirigida de tiempo limitado que ha sido adaptada para personas con dependencia a heroína y a la cocaína. La terapia tiene dos componentes principales:

- Técnicas de apoyo para ayudar a las personas en tratamiento a sentirse cómodos cuando hablan de sus experiencias personales.
- Técnicas expresivas para ayudarles a identificar y a resolver cuestiones de relaciones interpersonales.

Se presta atención especial al papel que desempeñan las drogas con relación a los sentimientos y comportamientos problemáticos, y cómo se pueden resolver los problemas sin recurrir a las drogas.

La eficacia de la psicoterapia individual de apoyo y expresiva ha sido examinada en personas que estaban recibiendo tratamiento de mantenimiento basado en la metadona y que tenían problemas psiquiátricos. En una comparación con pacientes que recibían solamente terapia para las drogas, los dos grupos tuvieron resultados similares con relación al uso de los opiáceos. Sin embargo, el grupo de psicoterapia de apoyo y expresiva demostró menor uso de la cocaína y necesitó menos metadona. Además, los pacientes que recibieron la psicoterapia de apoyo y expresiva mantuvieron muchos de los éxitos que habían logrado. En un estudio anterior, cuando se agregó la psicoterapia de apoyo y expresiva al tratamiento, mejoraron los resultados de logro obtenidos por las personas con consumo problemático a los opiáceos con problemas psiquiátricos moderadamente severos, que estaban en el tratamiento con base en la metadona.

c) Terapia Individualizada de Drogas

Directamente se concentra en reducir o detener el uso de drogas ilícitas. También abarca a las áreas relacionadas a funcionamiento deteriorado –como capacidad de trabajo, actividades ilegales, relaciones familiares y sociales– además de que supervisa el contenido y la estructura del programa de recuperación de la persona en tratamiento. A través de su énfasis en las metas de comportamiento a corto plazo, la terapia individualizada de drogas ayuda a desarrollar estrategias de enfrentamiento, así como medios para abstenerse del uso de drogas y después para conservar esa abstinencia. El consejero alienta a la persona para que participe en el programa de los 12 pasos y lo refiere a servicios complementarios médicos, psiquiátricos, laborales u otros. Se aconseja que asistan a las sesiones de terapia una o dos veces por semana.

En un estudio que comparaba a las personas con dependencia a los opiáceos que solamente recibían metadona con otras que recibían metadona conjuntamente con terapia; las personas que recibían sólo metadona mostraron un mejoramiento mínimo en la reducción de su uso de opiáceos. Sin embargo, se produjo una mejoría significativa al añadirse la terapia de drogas. Cuando se añadieron servicios médicos / psiquiátricos,

laborales y para la familia en el mismo sitio del tratamiento, los resultados mejoraron aún más.

En otro estudio con personas con dependencia a la cocaína, la terapia individualizada de drogas, combinada con la terapia de drogas en grupo, fue bastante efectiva para reducir el uso de la cocaína. Por eso, parece ser que este enfoque tiene gran utilidad en los tratamientos fuera del hospital con personas con dependencia a ambas sustancias; la heroína y la cocaína.

d) Modelos de Cambio y Motivación¹⁷

Prochaska y DiClemente han desarrollado una propuesta interesante en el área de conductas adictivas, que aporta un marco adecuado donde situar las intervenciones en pacientes dependientes a drogas, nos referimos al modelo transteórico del cambio. Este modelo parte del análisis de los cambios, que se producen en el desarrollo de un proceso de cambio de comportamiento, con o sin ayuda de psicoterapia. Los modelos teóricos adolecen a menudo de un marco de referencia, donde puedan integrarse las distintas intervenciones a realizar con las personas. Esta propuesta intenta solucionar este problema y considera que los esfuerzos en las intervenciones terapéuticas deben ir dirigidas a: conocer cuándo las personas se deciden a realizar cambios que modifican sus conductas adictivas; cómo se realizan estos cambios, y qué es lo que necesitan cambiar las personas para superar sus problemas particulares de su dependencia. Aquí, el «factor de riesgo» es que, mientras se buscan las soluciones para que pueda darse un proceso en el que se dé el «cambio», la persona retroceda a niveles en los que ya no se decida a cambiar.

Lo que se pretende es cubrir globalmente todo el proceso de cambio, desde que una persona advierte su problema de dependencia, hasta que ese problema deja de existir. Es un modelo tridimensional que integra estadios (cómo es la secuencia de cambio), procesos (cuáles son los procesos subyacentes al cambio) y niveles de cambio (a qué niveles afecta la conducta problema y dónde debe dirigirse la intervención).

¹⁷ E. Sánchez-Hervás V. Tomás Gradolí E. Morales Gallús. Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Valencia. España. (2004. Volumen 06 - Número 03 p. 159 - 166

La importancia del modelo en la práctica clínica es el acento sobre la dimensión temporal en el proceso de cambio. No sólo se trata de considerar si una intervención es adecuada en sí misma, sino si se adecúa al momento temporal (estadio) en el que se encuentra el paciente, y conocer los procesos cognitivos y conductuales que subyacen a dicho proceso de cambio.

Para Prochaska y DiClemente, hasta que se produzca un mayor desarrollo en los programas de prevención de recaídas, la alternativa más práctica consiste en los programas de reciclaje. El objetivo de estos programas es conseguir que las personas que han recaído, se reciclen de un modo más eficiente y efectivo. Para las personas desmoralizadas respecto a su capacidad de cambiar, el objetivo inmediato es evitar que desciendan a un estadio de cambio anterior.

Una de las variables que pueden incluirse en el modelo es la motivación, pues la falta de motivación para el cambio no tiene que ser concebida como un rasgo de personalidad de la persona dependiente a drogas, sino como una característica de estado susceptible de ser modificada mediante la utilización de cierto tipo de intervenciones. La variable motivación se incluye en el modelo a partir de la operativización realizada por Janis y Mann de los componentes motivacional y cognitivo implicados en todo proceso de toma de decisiones relacionado con un posible cambio conductual, concretados esencialmente en los beneficios (pros) y costes (contras), para sí mismo y para los demás de las diferentes alternativas conductuales para abandonar la conducta adictiva (balance decisional). La estrategia de balance decisional ha demostrado ser un predictor significativo del movimiento de las personas con dependencia a drogas situados en los estadios de pre contemplación y contemplación.

En el modelo de la toma de decisiones, Janis y Mann postularon ocho categorías con relación a la toma de decisiones:

- beneficios instrumentales para sí mismo,
- beneficios instrumentales para los demás,
- aprobación por parte de sí mismo,

- aprobación por parte de los demás,
- costes instrumentales para sí,
- costes instrumentales para los demás,
- desaprobación por parte de sí mismo,
- desaprobación por parte de los demás.

En la validación de este modelo en el área de las conductas adictivas se observó que, aparentemente, las personas sólo discriminaban entre los pros y los contras de una decisión. Estos pros y contras tendrían gran importancia en los estadios de pre contemplación y contemplación. A medida que las personas pasan del estadio de pre contemplación a estadios más avanzados, se va estrechando la diferencia entre los pros y los contras, hasta acabar invirtiéndose. Sin embargo, durante los estadios de actuación y mantenimiento, el equilibrio en la toma de decisiones tiene menos importancia como predictor de éxito. Durante el estado de actuación los pros van perdiendo importancia. La importancia de los contras aumenta durante la contemplación, hasta el punto que se iguala con los pros. En este momento, la toma de decisiones está en equilibrio, lo cual disminuye la probabilidad de que se realice un movimiento en algún sentido. Durante la actuación, los contras se mantienen más altos que los pros.

e) **Autoeficacia**

La autoeficacia¹⁸ es un juicio autorreferido de la capacidad para llevar a cabo una conducta o acción concreta, que influye en la elección, la consecución y el mantenimiento de hábitos saludables. Los juicios de capacidad o autoeficacia no tienen sentido si la persona no los refiere a una circunstancia concreta en la que llevar a cabo una determinada conducta. En el ámbito concreto de las conductas adictivas, podría entenderse como el

¹⁸ Ibidem

grado de confianza que tienen las personas para conseguir y mantener la abstinencia en diferentes situaciones de riesgo.

La autoeficacia se ha mostrado en diferentes estudios como un determinante importante en la adquisición de conductas saludables, que influye sobre la salud humana a dos niveles. En un primer nivel o básico, mediante el juicio de capacidad de las personas para enfrentarse a las diversas circunstancias de la vida, por medio de diversos mecanismos bioquímicos que son virtualmente mediadores de los estados de salud o enfermedad, y en un segundo nivel, la autoeficacia puede ejercer un control directo de las conductas cuya modificación pueda deparar un mejor estado de salud.

La exposición de una persona a situaciones potencialmente estresantes, antes y después de haber adquirido un adecuado nivel de autoeficacia, tiene diferentes consecuencias. La exposición a un agente estresante sin la percepción de ser capaz de afrontarlo, produce la activación del sistema nervioso autónomo, liberación de catecolaminas y activación del sistema opiáceo endógeno, que ocasiona una elevación de las concentraciones de corticoides, que pueden empeorar la inmunidad celular y humoral, lo cual aumenta la susceptibilidad a enfermar. Si por el contrario, la persona se enfrenta a tal situación estresante con el convencimiento de afrontarla con éxito, no experimentará tales alteraciones. El concepto de autoeficacia tiene cada vez mayor importancia en la prevención y tratamiento de las diferentes dependencias a drogas

f) La Entrevista Motivacional

La ambivalencia que experimenta la persona que se propone hacer un cambio, es la pieza nuclear a la que debe destinarse el esfuerzo terapéutico para el logro de un cambio constructivo. Y la entrevista motivacional -un enfoque no autoritario destinado a ayudar a las personas a que dejen vía libre a sus motivaciones y recursos- es una técnica poderosa para superar la ambivalencia y ayudar a las personas en su motivación hacia el cambio.

La entrevista motivacional es una aproximación destinada a ayudar a pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar. Se basa en estrategias que surgen del *counselling* centrado en el paciente, la terapia cognitiva, la teoría de sistemas, y la psicología social de la persuasión. La orientación de una sesión de entrevista

motivacional está centrada en el paciente, aunque el terapeuta mantiene un fuerte sentido del objetivo y la dirección y escoge activamente el mejor momento para intervenir de una manera incisiva. De esta manera, combina elementos de enfoques directivos y no directivos. La entrevista motivacional se puede combinar con una amplia gama de estrategias, y utilizar para crear una base motivacional necesaria para aplicar después otros enfoques (por ej., entrenamiento conductual, terapia cognitiva, participación en grupos de doce pasos o la toma de medicación)¹⁹.

La entrevista, posee un enfoque compasivo y humanista, por lo que es una importante apuesta realizada hasta el momento, por un enfoque terapéutico más realista y menos dogmático en el tratamiento de los problemas de conducta.

Es una forma concreta para ayudar a las personas a que reconozcan y se preocupen de un problema concreto, ayuda a resolver la ambivalencia que existe en las conductas no saludables y prepara el terreno para el trabajo terapéutico posterior, profundizando en los motivos por los que se mantiene un hábito y por los que habría que dejarlo.

En la estrategia motivacional, el terapeuta no asume un rol autoritario ni de experto. Se reconoce que la responsabilidad está en manos de la propia persona. Las estrategias que se utilizan son más de persuasión y apoyo, que coercitivas o de discusión. No hay que tener prisa en avanzar, pues cuanto con más carga de motivación se empiece el camino, más posibilidades hay de terminarlo. En todas las entrevistas se hará hincapié en los motivos para el cambio (que serán expuestos por la persona, no por un tercero).

El profesional hace solamente de catalizador del proceso, fundamentalmente escuchando, pero de forma activa, reflexiva, actuando como un espejo en el que la persona se ve y va descubriendo el camino que desea tomar. Cuando aparezcan las resistencias ("pero no es fácil"), se debe evitar rebatirlas con argumentos e intentar que la propia persona encuentre y dé las respuestas a esos "peros".

¹⁹ W. Miller y S. Rollnick, "La Entrevista Motivacional", Editorial Paidós Barcelona, 1999.

VI. CONSIDERACIÓN E INCLUSIÓN DE CONCEPTOS

Es importante señalar, de manera general, que los programas de tratamiento de adicciones dirigen sus actuaciones hacia el cambio de conducta individual y colectiva, ambas influenciadas por una serie de variables como: la conciencia y las creencias de las personas sobre los riesgos de una determinada conducta para su salud, las intenciones y motivaciones para cambiar dicha conducta, y la capacidad que tienen para efectuar dicho cambio. Estos intentos a su vez, se ven influidos por las opiniones y acciones de los grupos sociales a los cuales pertenecen las personas y por los ambientes sociales en los que se desenvuelven. Las normas del grupo de pares influyen en la manera en que las personas se conducen, las normas entre iguales son importantes ya que determinan si un comportamiento es aceptable o normal para la persona y el grupo.

Los marcos que sustentan aquellas intervenciones anteriormente señaladas dicen relación con conceptos tales como Gestión de riesgo y reducción de daño, por lo que resulta interesante comentar brevemente dichas definiciones

1. RIESGO

La concepción y el análisis del concepto de riesgo ha sido asumido inicialmente por especialistas de las ciencias naturales, quienes han realizado estudios con interés investigativo con el fin conocer con mayor detalle fenómenos generadores de amenaza.

De igual modo el ámbito de la geografía en los años 30 incorpora la perspectiva socio ambiental, señalando la necesidad de considerar la capacidad de adaptación de una comunidad ante la acción de eventos naturales o tecnológicos, estableciendo con esto el concepto de vulnerabilidad.

Desde las ciencias sociales el concepto de Riesgo emerge a mediados del siglo XX centrandose su interés por el comportamiento de la población en caso de guerra, siendo el punto de partida de una teoría social de los desastres.²⁰

Cabe agregar que desde la sociología algunos autores como Luhmann²¹ hacen el énfasis en el rol activo que los sujetos tienen en la construcción de significado del riesgo, entendiendo que el observador es parte de lo observado, y que el riesgo forma parte de la selección realizada, de posibilidades disponibles para la variación o elección en sociedades modernas, cuya orientación es reducir la complejidad propia de estas. Es así que el riesgo es inherente a toda selección pues, *“frente a la imposibilidad de decidir de manera perfectamente racional y frente a la imposibilidad de prever lo que habrá sido una decisión, toda comunicación se convierte en un riesgo: el de no haber atendido algo que mas adelante resulta ser importante o el de haber decidido de una manera que mas adelante resulta ser errónea”*.²²

Como vemos, distintas disciplinas, como las ciencias naturales, las ciencias aplicadas, así como las ciencias sociales han tenido aproximaciones al concepto de Riesgo, siendo complejo pretender una concepción que unifique dichas aproximaciones.

Un intento interesante es aquel que realiza Cardona O.²³ cuando señala la necesidad de aclarar que *amenaza, riesgo y vulnerabilidad* son conceptos de significación distinta. Este autor hace un alcance destacable desde las ciencias exactas como las matemáticas, que también puede orientar el entendimiento en materia social, respecto a que el concepto de amenaza se refiere a un factor de riesgo externo de un sistema o de un sujeto expuesto, que matemáticamente excede un nivel de ocurrencia con cierta intensidad, en un sitio específico y durante un tiempo de exposición. En esta misma lógica el concepto de vulnerabilidad se entiende como un factor de riesgo interno expresado como la

²⁰ Quarantelli E.L. 1988. Preliminar Paper nº 130. Conceptualizing disasters From Sociological Perspective. Disponible en <http://dspace.udel.edu:8080/dspace/bitstream/19716/502/3/PP130.pdf>

²¹ Luhmann N en Del concepto de Riesgo: Conceptualización del riesgo en Luhmann y Beck. Nelson Paulus Revista Mad. Nº 10 de mayo 2004. depto. Antropología Universidad de Chile disponible en www.revistamad.uchile.cl

²² Obid, pp3.

²³ Cardona O. D La necesidad de representar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo. Centro de estudios sobre desastres y riesgos CEDERI. Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia 2003 Disponible en <http://www.desenredando.org/>

factibilidad de que el sujeto o sistema expuesto sea afectado por el fenómeno que caracteriza la amenaza.

De esta forma el Riesgo correspondería al potencial de pérdidas que pueden ocurrirle al sujeto /sistema expuesto, como resultado de la concomitancia de la Amenaza y la Vulnerabilidad. En otras palabras lo que nos señala es que no se puede ser vulnerable si no se está amenazado(a), que no existe amenaza para un sujeto o sistema si no está expuesto y es vulnerable a la acción potencial que representa dicha amenaza.

Amenaza y vulnerabilidad son dos componentes del riesgo por tanto al intervenir en alguno de ellos se intervine directamente en el riesgo mismo.

Cardona coloca énfasis que en variadas ocasiones es complejo o imposible actuar sobre la amenaza, sin embargo desde su enfoque es factible comprender que para reducir el riesgo no habría otra alternativa que disminuir la vulnerabilidad de los elementos expuestos.

a) Gestión de Riesgo

Esta conceptualización ha tenido mayor desarrollo desde la perspectiva de los desastres naturales en relación a como la ciudadanía puede enfrentar de mejor manera un evento.

Un aporte interesante para la comprensión de este concepto es el señalado en el Foro de profesionales latinoamericano de seguridad, donde señalan que *la gestión de riesgo es un medio hacia un fin, no un fin en sí mismo*, que implica tareas como identificar, analizar, evaluar, tratar y controlar los riesgos posibles²⁴

Desde el ámbito de la salud, la gestión de riesgo ha estado asociada a la prevención y promoción de estilos de vida saludable, así encontramos este concepto en programas de educación sanitaria tendiente a la reducción de riesgo y daño por ejemplo "Yo decido y me

²⁴ Lawrynowicz A. Gestión cuantitativa de riesgo: Utilización del Método Mixto de Seguridad. Artículo nº 3781 disponible en www.forodeseguridad.com.

cuido siempre" IX Campaña Nacional de Prevención del VIH /SIDA 2007, dirigida a grupos de mayor vulnerabilidad frente al riesgo de contraer el VIH.²⁵

En este contexto y situando la gestión de riesgo en la temática del consumo de sustancias, los objetivos de intervenciones en esta línea pasan a estar más vinculados a la capacitación de las personas usuarias y su entorno, mediante elementos de juicio que les permitan gestionar con mayor responsabilidad su potencial consumo de drogas.

b) Reducción de Daños

El concepto de Reducción de Daños como estrategia de intervención ante los problemas derivados del consumo de drogas comenzó, a finales de los años 80. Su origen se sitúa en la provincia de Mersyside (Inglaterra), zona británica que sufría una gran epidemia por el consumo de heroína y una alta prevalencia de VHB.

Se orientaron las prácticas hacia un nuevo enfoque de las drogodependencias que establece como metas las siguientes:

- Aumentar la calidad de vida de las personas consumidoras de drogas, es decir, mejorar el estado de salud y la situación social del colectivo.
- Disminuir la transmisión de la infección por VIH, VHB y VHC desde, entre y hacia los usuarios de drogas.
- Incrementar la toma de conciencia de los usuarios de drogas sobre los riesgos y daños asociados a su consumo.
- Disminuir o eliminar los riesgos y daños asociados al uso de drogas, así como las conductas sexuales de riesgo entre quienes consumen drogas.
- Fomentar y favorecer la aparición de conductas exentas de riesgo frente a la infección por VIH, VHB y VHC.

Clásicamente se ha definido la reducción de daños como "aquellas estrategias individuales y colectivas destinadas a minimizar los daños asociados al consumo de drogas". Estos programas pretenden ser un complemento indispensable a los servicios dirigidos a la abstinencia, en ningún caso un sustituto de los mismos.

²⁵ Disponible en: webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos

Aunque en la mayoría de los países los programas de Reducción de Daños se han desarrollado prioritariamente en torno al consumo de drogas inyectables, su campo de acción es más amplio y su metodología es aplicable a cualquier tipo de personas usuarias de drogas y a diversos tipos de daño.

Para comprender de mejor manera este concepto haremos referencia al planteamiento de G. Allan Marlatt, psicólogo clínico con basta trayectoria en investigación de comportamientos adictivos²⁶.

Este autor señala que reducción de daño es compatible con un enfoque de salud pública, pues desplaza su atención del consumo de droga en si mismo hacia las consecuencias o efectos de la conducta adictiva, aceptando el hecho de que numerosas personas consumen drogas y realizan conductas de riesgo siendo poco probable que una mirada idealista de una sociedad libre de drogas se convierta en una realidad próxima.

Aclara que la reducción de daño no esta en contra de la abstinencia, pues esta última es entendida como un punto ideal a alcanzar, considerando un proceso que va desde consecuencias excesivamente perjudiciales y menos perjudiciales.²⁷

Otro aporte que favorece la comprensión de los alcances de este enfoque, dice relación con el trabajo con población de calle en donde señala que los modelos de bajo umbral, que incorporan la mirada de reducción del daño, surgen como una alternativa a enfoques de alta exigencia para una población de calle que pudiera requerir un abordaje distinto.

²⁶ Dr. Marlatt se concentra principalmente en el campo de los comportamientos adictivos. Además de más de 200 artículos de revista y capítulos de libro, ha publicado varios libros en el campo de las adicciones, incluidos *Relapse Prevention* (Prevención de la reincidencia) (1985), *Assessment of Addictive Behaviors* (Evaluación de comportamientos adictivos) (1988), *Harm Reduction* (Reducción del daño) (1998), y *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): (Examen para alcohol e intervención breves para estudiantes universitarios) (BASICS, por sus siglas en inglés): A Harm Reduction Approach* (Un enfoque para reducir el daño) (1999). En los últimos 30 años, ha recibido financiamiento continuo para su investigación de una variedad de agencias, incluidos el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo), el National Institute on Drug Abuse (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas), la Alcoholic Beverage Medical Research Foundation (Fundación de Investigación Médica sobre Bebidas Alcohólicas) y el Robert Wood Johnson Foundation (Fundación Robert Wood Johnson). En 1990, el Dr. Marlatt recibió el Premio Jellinek Memorial por aportaciones sobresalientes al conocimiento en el campo de estudios sobre el alcohol, y en 2001, recibió el Premio "Innovadores en combatir el abuso de sustancias" del Robert Wood Johnson Foundation (Fundación Robert Wood Jonson).

²⁷ Marlatt G. Allan. Reducción del daño: principios y estrategias básicas. V Encuentro nacional sobre drogodependencia y su enfoque comunitario .Disponible en www.siiis.net

Los enfoques de bajo umbral se consideran de baja exigencia pues no sitúan a la abstinencia como requisito o condición previa para recibir tratamiento, señalando tres aspectos importantes a considerar:

- **Territorio:** Este enfoque plantea conocer a las personas en sus territorios, es decir desde donde están en lugar de esperar por ellos donde deberían ir. Esta vinculación en territorio permite trabajar con personas afectadas, la capacidad de asumir responsabilidad de realizar cambios personales en su conducta, apoyar a otros en el logro de esta misma tarea. Cualquier cambio que la persona pueda hacer es apoyado de tal manera que se sienta capaz de dar “pasos en la dirección correcta”²⁸ reducir el daño fortaleciendo la autoeficacia.
- **Reducción de Estigma:** Surge como oposición a la mirada moralista que puede etiquetar a la persona que consume sustancias como criminal o bien como paciente con una enfermedad incurable sobre la base de su consumo de drogas. Propone una mirada comprensiva de la persona más allá de identificar la sustancia de abuso.
- **Conducta de riesgo asociadas:** El consumo de drogas puede estar asociado a prácticas sexuales no protegidas, ambas conductas entendidas desde este enfoque bajo umbral y reducción del daño, como respuestas de afrontamiento poco apropiadas y no como indicadores de enfermedad, recordando que tanto la conducta de consumo de drogas y las conductas sexuales riesgosas forman parte del estilo de vida. Cuando se asocian ambas conductas se propone fomentar el desarrollo de habilidades de afrontamiento más adaptativas con mecanismos de apoyo social.

Esta mirada de la reducción del daño permite visualizar una sociedad donde las sustancias psicoactivas se encuentran presentes, y que en un porcentaje de personas que han consumido, existe la probabilidad de que lo continúen haciendo de la misma forma en que algunas personas seguirán involucrándose en conductas sexuales no protegidas. Esto implica aceptar que estas conductas potenciales de daño son parte de estilos de vida, que requiere de una mirada comprensiva para entender consecuencias y beneficios para la propia persona

²⁸Obid, pp7

En relación a los objetivos de tratamiento en la reducción del daño, así entendido por el autor, intenta primero estabilizar el problema conductual de la persona o cliente y prevenir futuras consecuencias dañinas. Una vez lograda la estabilización de la conducta objetivo se continúa trabajando *desde pequeños descensos en el riesgo hasta ceses totales de la conducta problema*²⁹

Es así que las estrategias de reducción de daños se caracterizan por una actitud de acercamiento a las personas con consumo problemático de drogas por parte de los equipos de, que permita la motivación de las personas usuarias en los mismos. Sólo de este modo puede esperarse de estas personas se acerquen a los programas, con un contacto adecuado con una parte importante de la población “oculta” de usuarios.

Estos programas, evidentemente, no pueden resolver todos los problemas asociados al consumo de drogas debiendo, por lo tanto, ser considerados como programas integrados en el marco de una política de actuación más amplia frente al consumo de drogas - que incluye también los tratamientos destinados a obtener la abstinencia, la atención a las familias, entre otros.

Lo expuesto anteriormente se ve reflejado en algunos enfoques, que consideran e incorporan dichos conceptos. Ejemplo de ello son los siguientes programas:

- **Programas de consumo de menos riesgo**

Dirigidos a proporcionar educación sanitaria que se pueden llevar a cabo tanto en los centros de atención a usuarios de drogas, como en los locales de las ONGs que trabajan con esta población.

- **Programas de promoción de sexo más seguro**

Como los “Talleres de Sexo Más Seguro” que proporcionan educación sanitaria sobre sexualidad y prevención, así como los programas o campañas que favorecen el acceso a los preservativos.

- **Programas Móviles**

Se caracterizan por desplazarse a las zonas marginales o de tráfico y consumo de drogas. El acceso a estas zonas se puede hacer a través de vehículos más o menos

²⁹ Obid. pp13

sofisticados, o por medio de educadores de calle o agentes de salud, entre los que se pueden encontrar personas rehabilitadas del consumo problemático de sustancias.

○ **Centros de Encuentro y Acogida**

Se caracterizan por la inmediatez de algunas valoraciones diagnósticas y de algunas respuestas orientadas a mejorar déficit básico, todo ello dentro de una perspectiva de intervención puntual y ocasional. El objetivo sería establecer mayores probabilidades de contacto y relación para disponer a partir de ahí de mayores posibilidades de incidir en la motivación para el cambio y disminuir así el riesgo y daño.

Estos programas requieren, como condición previa, el fomento del desarrollo de políticas sanitarias y sociales mediante la habilitación de una red de asistencia para las personas dependientes a las drogas adaptada a sus necesidades y demandas; y consecuentemente, aumentar su posibilidad de acceso al sistema sanitario. Esto implica la creación de recursos para personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas que, por diversas circunstancias, no están en condiciones de iniciar un tratamiento.

En relación a las condiciones básicas necesarias para asumir el desafío de brindar atención de tratamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas a personas en situación de calle, dentro de las cuales se encuentra el tema de un lugar de ubicación más o menos regular, que contemple el horario nocturno, por ejemplo, es importante destacar que las demandas emergentes, que pueden tensionar la Calidad de la atención brindada, en el desarrollo de una iniciativa como esta, irán resolviéndose en etapas, de acuerdo a recursos disponibles, que tendrán directa relación con resolver necesidades cómo:

Vivienda de Apoyo al Tratamiento, Considerando que el alojamiento no es un servicio que habitualmente sea proporcionado a personas en situación de calle durante el tratamiento por abuso de drogas, en un estudio publicado en el año 2005 por la

American Journal of Public³⁰, en el que participaron 196 personas con dependencia a drogas, en sus resultados se señala que, proveer alojamiento a las personas en situación de calle en tratamiento por abuso de sustancias, es una intervención práctica, efectiva y eficaz. Programas que proveen ese tipo de alojamiento deben ser considerados en el desarrollo de políticas.

Como una experiencia de apoyo a los tratamientos de la red asistencial de drogodependencias, y para dar respuestas a los sectores sociales más vulnerables y carentes de recursos, se crean en Andalucía³¹ *las Viviendas de Apoyo al Tratamiento* con una amplia participación de la iniciativa social. Estas por un lado, dan cobertura a las necesidades básicas (techo, alimentación, medicina, etc.) de una serie de personas que demandan atención, pero que carecen de un soporte familiar y social necesario para la realización de un tratamiento ambulatorio. Son personas que, por su realidad personal, carecen de familia o tienen rotas sus relaciones con ellas, carecen de recursos económicos y de alguna forma están en situación de exclusión social, factores todos condicionantes a la hora de garantizar el éxito en un proceso de rehabilitación de las adicciones. Por otro lado, está la necesidad de aquellas personas que, aun teniendo soporte familiar y recursos sociales suficientes, precisan de internación porque la complejidad del perfil de consumo problemático no se ajusta a la realización de un tratamiento ambulatorio, bien sea porque han fracasado en anteriores intentos de tratamiento en régimen externo y/o porque precisan de una separación temporal de su entorno para poder realizar un proceso de rehabilitación.

Las Viviendas de Apoyo al Tratamiento surgen como un dispositivo en el que se facilitan la adquisición de pautas sociales adaptativas, se potencia de forma progresiva la autonomía y la responsabilidad del usuario, todo ello complementado por un constante apoyo por parte del equipo de profesionales del programa al seguimiento o adherencia al tratamiento que esta llevando a cabo la persona usuaria durante su estadía en el centro de tratamiento. Dicho tratamiento puede estar orientado a naturalezas diversas:

³⁰ To House or Not to House: The Effects of Providing Housing to Homeless Substance Abusers in Treatment Jesse B. Milby. PhD. Joseph E. Schumacher, PhD, Dennis Wallace, PhD, Michelle J. Freedman, PhD, and Rudy E. Vuchinich, PhDHealth. July 2005, Vol 95, No. 7

³¹ Arenas Domínguez F; Tirado Rodríguez P. Programa de Intervención en Viviendas de Apoyo en Andalucía, España

- Tratamiento de desintoxicación, dirigido desde algún centro de tratamiento Ambulatorio.
- Tratamiento de mantenimiento con metadona.
- Tratamiento libre de drogas en espera de ingreso en una comunidad terapéutica, o cualquier otro dispositivo de deshabitación.
- Tratamiento antirretroviral en el caso de pacientes VIH positivos.

Comunidad Terapéutica Modificada Dentro de modalidades conocidas y que han demostrado mayor éxito en el abordaje del tratamiento para personas que presentan problemas de consumo de sustancias, se encuentra el enfoque de Comunidad Terapéutica Modificada³²

Varias modificaciones claves se han realizado a la estructura de la CT para hacer este programa más apropiado para las personas en situación de calle con co morbilidad. Las reuniones y actividades son de menor duración, el equipo tiene un involucramiento directo mayor y guía la implementación de las actividades.

La Comunidad Terapéutica Modificada pone gran énfasis en ayudar a las personas a comprender sus problemas psiquiátricos y a anticipar y evitar los gatillantes de sus recaídas psiquiátricas. Además, existe un énfasis aumentado en la provisión de instrucción y asistencia. Una descripción completa de la CT modificada para personas con Enfermedad Mental y Abuso Químico (EMAQ) incluyendo manuales de tratamiento y guías de implementación, pueden encontrarse en otras publicaciones (e.g., De Leon, 1995; Sacks et al., 1997a, 1998a, 1998b, 2000, 2002, 2003).

VII. ESTRUCTURA DEL PLAN DE TRATAMIENTO

³² Modified Therapeutic Community for Homeless Persons with Co-Occurring Disorders of Substance Abuse and Mental Illness in a Shelter: An Outcome Study DARREN C. SKINNER. Gaudenzia, Inc., Philadelphia, Pennsylvania, USA *Substance Use & Misuse*, 40:483–497

La modalidad de intervención Ambulatorio Comunitaria, considera las características específicas de las personas adultas en situación de calle y vulnerabilidad social, que apunta a la integración en la comunidad, restituyendo sus derechos como ciudadanos y ciudadanas, ofreciéndoles oportunidades para un desarrollo integral y pro-social; proceso dentro del cual se realiza la intervención del consumo de drogas. Este modelo de intervención debe contemplar la **modalidad de intervención psicosocial**, que apunta a la re-vinculación, la promoción de conductas de autocuidado y de integración social de esta población; junto a la **modalidad ambulatoria comunitaria**, que apunta al tratamiento del consumo problemático de drogas, inserto en el proceso de integración y protección social.

La estrategia de intervención adecuada a las necesidades y características de esta población, tiene como base la existencia de la **modalidad de intervención psicosocial**, como una estrategia orientada a apoyar la re-construcción de la confianza, el restablecimiento de lazos con la comunidad a rehacer vínculos familiares cuando sea posible, reconociendo sus capacidades e intereses y acompañándoles en un proceso "de construcción personal positiva" y proyecto de vida socialmente integrado. Esta modalidad es un complemento y requisito fundamental para, la adherencia a tratamiento y para los logros en la disminución y suspensión del consumo problemático de sustancias psicotrópicas.

El Plan **Ambulatorio Comunitario** contempla la conformación de un equipo clínico con experticia en drogas, y vulnerabilidad social, que intervendrá de manera ambulatoria, y en terreno, desarrollando un apoyo terapéutico clínico, en estrecha relación con la intervención que realiza un equipo psicosocial y/o especializado de programas del MIDESO.

Este programa busca entregar una propuesta de tratamiento y rehabilitación diferente a la tradicional, asumiéndola como parte del proceso de recuperación y reparación y de desarrollo global que necesitan las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad y riesgo social y que presentan consumo problemático de drogas.

Si bien los y las profesionales que asumen la responsabilidad de realizar las acciones de Trabajo de Calle tienen en la motivación personal un recurso fundamental para impulsar esta tarea, serán sus actitudes, habilidades, capacidades reflexivas y el carácter de su proceder, los principales *recursos* que implicarán en el desarrollo de estas estrategias.

Desde esta perspectiva las herramientas o habilidades que facilitan el proceso de acompañamiento a las personas desde el Trabajo de Calle, son las siguientes:

- Relación dirigida: la presencia se orienta hacia el logro de un objetivo. El acercamiento siempre está precedido de una intencionalidad.
- Demostrar interés.
- Escuchar activamente: permanecer atento(a) a cuanto le esté ocurriendo a la persona.
- Explorar sentimientos, frustraciones, motivaciones del otro(a).
- Proponer algún paso, avance, objetivo, actividad: supone procurar en todo momento la explicitación de responsabilidades compartidas en base a acuerdos concretos que surjan de la relación, resguardando la autonomía de las personas.
- Disponer de información sobre la persona.
- Registrar y sistematizar: mantener un registro permanente de las acciones realizadas y resultados alcanzados, para evaluar y tomar decisiones (nuevas propuestas, nuevos acuerdos, etc.).

Aun cuando el Trabajo de Calle corresponda a un modelo de atención de bajo umbral, su puesta en práctica exige la consideración de criterios metodológicos que, adoptados con flexibilidad, contribuyen a organizar un cuerpo de principios de acción que orientan la práctica. Entre otros, es posible señalar:

- No condicionar el acompañamiento en calle a la demanda por tratamiento, aun cuando éste representa un objetivo fundamental de la relación.
- Un objetivo mínimo a alcanzar en el proceso de atención en calle, es el acceso de las personas a información sobre prácticas de prevención, gestión de riesgos y reducción de daños, que posibiliten el mejoramiento básico de la calidad de vida y que contribuya al aprendizaje de habilidades específicas para el manejo de las situaciones y prácticas asociadas al consumo de drogas.
- Se requiere un alto nivel de flexibilidad metodológica que permita reorientar el plan de intervención de acuerdo a la evolución de las necesidades, motivaciones e intereses de la persona, sus circunstancias específicas y la calidad del vínculo establecido con él o ella.
- Es necesario, por tanto, evitar estrategias o marcos de acción estandarizados. Cada persona requiere un plan específico que responda a su propia condición.

- Las propuestas deben considerar siempre las necesidades e intereses de las personas.
- Considerar diversos niveles de atención de acuerdo a motivaciones, adherencia, posibilidades de organización grupal, articulación comunitaria, etc.
- Es importante planificar y evaluar en función de objetivos intermedios que permiten articular el proceso de atención.

Sin duda, uno de los principales desafíos de los equipos e instituciones que concretizan la práctica del Trabajo de Calle para lograr una intervención eficaz en la problemática del consumo de drogas (y en todas aquellas que justifican su puesta en práctica), es conocer y comprender las lógicas y dinámicas que operan en la subcultura de la marginalidad y la exclusión social para permitir que las estrategias y objetivos del trabajo se conecten con estas construcciones simbólicas y adquieran sentido para los propios sujetos, de modo de aportar a la superación de sus problemáticas y a su fortalecimiento como sujetos de derechos.

INTERVENCION COMUNITARIA

El perfil del equipo clínico es territorial y comunitario, por lo que su instalación en la comunidad y en coordinación con el equipo psicosocial que trabaja en terreno es fundamental. El equipo debe ser flexible y adecuarse a las características de la población focalizada y la labor del equipo psicosocial que interviene con las personas.

La unidad operativa es el territorio o comunidad en la que se interviene, por lo que el equipo deberá movilizarse, si se requiere para una adecuada y eficaz intervención, a los diferentes lugares donde se trabaja con esta población, entregando atención terapéutica a las personas en los espacios comunitarios destinados para ello (casas de acogida, centros comunitario, centro de salud, entre otros) o incluso en los propios lugares en los cuales se encuentran (focos o lugares habituales en los que se concentran durante el día, o lugares donde viven). Las intervenciones deberán coordinarse en terreno y en espacios propios de la comunidad o donde se ubican, adecuándose a la intervención que realiza el equipo psicosocial, cuando corresponda.

Así mismo, el perfil comunitario del equipo clínico también implica el desarrollar acciones que vayan dirigidas a apoyar, asesorar y fortalecer en estrategias de tratamiento en drogas a los equipos

psicosociales, por lo que las acciones que se realicen deberán desarrollarse de acuerdo a las características propias de estos equipos, y el contexto y la población en que intervienen. Dentro de estas acciones se enmarcan por ejemplo: reuniones clínicas, asesoría de casos, etc.

1. Estrategias de Intervención

Son orientaciones e ideas fundamentales que regirán transversalmente todas las acciones a realizar en el programa.

Enfoque Integral e Integrado: Se refiere a concebir el proceso desde una mirada que recoja y busque comprender el conjunto de factores o condiciones que impulsan el consumo de drogas.

Se trata de integrar la atención terapéutica en el conjunto de los planes y acciones de salud, educativas, psicológicas y sociales. Planificar el tratamiento y rehabilitación de forma integral, contando con todos los recursos existentes, enlazándolos y coordinándolos sin disociar funciones artificialmente y manteniendo un enfoque comprensivo, del fenómeno de consumo, potenciando la integración social, ocupacional, considerando aspectos recreativos. Esto se refiere a que los equipos y las distintas modalidades de intervención en tratamiento de drogas deben asegurar que las personas vivencien el tratamiento y rehabilitación como parte de un único itinerario o proceso.

Intersectorialidad y trabajo en red: Se plantea que el desarrollo, articulación y fortalecimiento de vínculos entre los distintos equipos, organismos e instituciones sociales en una red que permita apoyar y complementarse en la intervención, será de especial importancia en el abordaje y desarrollo del proceso de tratamiento para población en vulnerabilidad social, ya que permite acercar las diversas alternativas necesarias para la integración social de las personas con mayor vulneración de derechos y ausencia de oportunidades.

Territorialidad y el espacio de Intervención: Se refiere a que la unidad operativa es el territorio o comunidad en la que se interviene. Por lo tanto, se requiere un equipo que intervenga en un espacio sanitario determinado y que tenga la flexibilidad de movilizarse a los diferentes lugares en donde se ubica la población, interactuando con la persona en su contexto., siendo capaz de recoger y atender las condiciones sociales en las cuales las personas se encuentran, lo que permite a su vez mantener los vínculos con redes sociales primarias que surgen como un recurso

favorable para favorecer a disminuir la desconfianza y potenciar el proceso de acercamiento en esta intervención.

Un especial aporte del trabajo en el territorio, es la posibilidad de actuación en la cotidianidad de las personas con el objeto de dotar de sentido los diferentes espacios o momentos de encuentro.

Además, los espacios de intervención consideran en su diseño la función de la institución y de los equipos. Por lo tanto habrá espacios de protección, de contención, de transición, que llevará a generar la función facilitadora, pensando en los recursos personales y de la red social significativa a potenciar.

Dimensión Del ciclo de vida: Es indispensable en cualquier nivel de intervención relacionado con el consumo de drogas, considerar las características que surgen de su etapa del ciclo de vida, por la tarea evolutiva que esta implica.

Promoción y Fortalecimiento de las capacidades: Se refiere a la necesidad de que la intervención ponga el acento en las capacidades y potencialidades de la persona, más que en perturbaciones, carencias y déficit. Por eso mismo, las experiencias de logro serán consideradas como centrales en la metodología de trabajo. Especialmente, si se trata de población en situación de calle en alta vulnerabilidad social, por cuanto se requerirá, contribuir a desarrollar estrategias de enfrentamiento y resolución de situaciones complejas de la vida, que aumente la percepción de autoeficacia y la autoestima. Es por eso mismo, que se requiere el aporte desde el ámbito sanitario, sea muy abierto a los contextos o a lo comunitario según corresponda, para evitar cualquier riesgo de "patologizar" la situación, con lo que se añadiría nuevos estigmas y desvalorizaciones.

Maximización de los éxitos y minimización de los fracasos: Esta premisa es una estrategia de enorme relevancia, para esta población que presenta una alta probabilidad de baja autoestima y desesperanza, por la experiencia de exclusión social. Con este enfoque será posible, además, trabajar con un sentido de temporalidad y estructura, visibilizando metas en periodos pertinentes para las personas, co-construyendo los objetivos en conjunto, estableciendo acuerdos y compromisos y evaluando con transparencia lo logrado.

Personalización en la intervención: Se refiere a trabajar la dimensión personal, facilitando y potenciando la autonomía. Las intervenciones han de ser adaptadas a las características, necesidades e intereses de cada persona, ayudándole a desarrollar sus capacidades y aptitudes.

Perspectiva de género: Hace referencia a considerar en la metodología de trabajo intervenciones específicas para ambos sexos. Ya que hombres y mujeres, presentan comportamientos diferentes frente a distintas situaciones, entre ellas el abuso de drogas sus conductas de riesgos y consecuencias asociadas a este consumo.

El vínculo terapéutico para un proceso motivador: Se considera al vínculo terapéutico positivo, un componente o aspecto fundamental para la formación de la Alianza Terapéutica, esta última como un predictor del éxito de un proceso terapéutico. Se refiere a poner énfasis en establecer una relación efectiva con la persona.

Acompañamiento permanente: Debido a las características, psicológicas y sociales de las personas en situación de calle y a las del proceso terapéutico, es fundamental contar con la presencia de una figura vincular significativa que lo acompañe durante el proceso de intervención. Cuando esta persona tiene figuras vinculares en quién apoyarse, serán en ellas las que se involucren en el acompañamiento afectivo respectivo; pero cuando se trate de individuos que han perdido todo vínculo familiar o afectivo, se requerirá del equipo psicosocial que acompañe a la persona en tratamiento, quién tenga un contacto cercano y que establezca un vínculo, desde el inicio del itinerario.

Actitud proactiva de la intervención: La población adulta en situación de calle es una población que no concurre a las convocatorias poblacionales o a los llamamientos a inscribirse a un determinado programa, por lo que resulta indispensable salir a buscarles, de manera activa, para lo cual habrá que utilizar todos los medios disponibles; y al mismo tiempo, iniciar el proceso de vínculo, al entregarles la certeza de ser personas que tienen importancia y cuyo destino cobra significado para otros.

Enfoque de Reparación: Las características de las personas a quienes va orientado este programa se caracterizan por presentar un proyecto de vida que ha sido interferido por contextos adversos que se traducen en historia de ruptura de lazos familiares, carencias afectivas, daños psicosociales, detención del proceso educativo formal, y ubicación en un contexto donde las sustancias psicoactivas cumplen una función importante en la forma y estilo de vida. Esta vulneración de derechos y ausencia de oportunidades afectarían distintas áreas del ciclo vital de las personas, donde se debe ubicar este enfoque e intervenciones. La resignificación de las experiencias vividas, contribuirá a la mitigación o superación de los daños.

Estilos de convivencia en el programa: El programa de tratamiento se rige por el bienestar de la propia persona, el bienestar del grupo de pares y el bienestar del equipo, con respeto a las normas de convivencia por parte de las personas en tratamiento.

Incorporación de la familia o referentes significativos de protección a lo largo de todo el proceso: Las intervenciones de tratamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas integra el ámbito familiar o referentes significativos de protección en el proceso terapéutico desde el inicio, considerándolo como uno de los objetivos principales a desarrollar para alcanzar el propósito de integración y la mantención del logro terapéutico.

Multidisciplinariedad e Interdisciplinariedad: Se debe asegurar la participación de varias disciplinas y además tener un enfoque interdisciplinario en la composición y funcionamiento de los equipos de atención de los programas de tratamiento, que basarán su trabajo en la cooperación de sus miembros, conjugando estrategias de intervención que se irán desarrollando en función de las necesidades de las personas. Es la combinación y complementariedad de todas y cada una de las personas que trabajan que permiten ofrecer un programa terapéutico integral.

Flexibilidad y baja exigencia en la intervención: adaptar las intervenciones, los recursos técnico, los espacios y los tiempos a la situación individual de cada persona y su contexto, asumiendo el abordaje de las complicaciones y reducción sus daños como estrategias y objetivos del proceso de cambio, para aquellas personas afectadas mas severamente por el consumo problemático de sustancias, sin renunciar por ello a trabajar intensamente en el reconocimiento y la activación de las capacidades personales.

2. ESTRUCTURA METODOLOGICA

Para efectos de esta propuesta de intervención, se ha considerado la experiencia desarrollada por las distintas instancia que han participado de la ejecución de proyectos pilotos de programas de tratamiento para personas en situación de calle desarrollados desde el año 2007, las orientaciones desarrolladas por SENDA (Ex CONACE) y MINSAL para la atención de población infantoadolescente en vulnerabilidad social con consumo problemático de sustancias y la Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol 2014.

Áreas de intervención:

El Plan Integral de Tratamiento esta conformado por áreas transversales de intervención que serán trabajadas a lo largo de todas las fases del tratamiento en cualquiera de sus modalidades. Estas áreas transversales deberán abordarse desde una perspectiva comprensiva, definiendo los objetivos y actividades específicas para lograrlos. Estas áreas de intervención son las siguientes:

- ✓ Área de consumo de drogas
- ✓ Área de salud física
- ✓ Área de salud mental
- ✓ Área de reparación psicológica individual
- ✓ Área familiar o referentes significativos de protección
- ✓ Área relacional
- ✓ Área de integración social

Etapas de Intervención:

El Plan Integral de Tratamiento se estructura a través de cinco etapas o fases de intervención diferenciadas, las cuales permiten avanzar gradualmente en relación a los objetivos terapéuticos propuestos con la persona. Si bien éstas son fases que se presentan de manera general en las distintas modalidades, las características propias de cada fase estarán dadas por la particularidad de cada una de las modalidades de atención.

Estas Fases tendrán objetivos particulares según la complejidad e intensidad de la modalidad de tratamiento que requiera la persona.

- ✓ Etapa de ingreso y diagnóstico
- ✓ Etapa de tratamiento y rehabilitación
- ✓ Etapa de egreso y seguimiento

ESTRUCTURA DEL PLAN INTEGRAL DE TRATAMIENTO

ETAPA	Componente	Objetivos terapéuticos
-------	------------	------------------------

<p>INGRESO Y DIAGNÓSTICO</p> <p>Objetivo: Acoger, motivar y diagnosticar integralmente para establecer los objetivos terapéuticos a seguir en el programa de tratamiento.</p>	<p>COORDINACIÓN PARA LA REFERENCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañar y coordinar el ingreso de la persona a tratamiento realizando la confirmación diagnóstica, es decir el diagnóstico preliminar que permite el ingreso a ese programa o la derivación a la modalidad que corresponda.
	<p>ACOGIDA Y VINCULO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar estrategias de acercamiento y vinculación con la persona a través de un equipo psicosocial u otro relacionado.
	<p>CONFIRMACIÓN DEL DIAGNOSTICO INTEGRAL Patrón de consumo Estadio Motivacional Compromiso biopsicosocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar un diagnóstico integral que comprenda el compromiso biopsicosocial, la relación de la persona con el consumo de sustancias y la condición de motivación en que se encuentra; que establezca las bases para la intervención integral, facilitando la adherencia al tratamiento.
	<p>ESTRUCTURACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE TRATAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar en base al diagnostico integral los objetivos terapéutico a seguir con la persona usuaria. - Diseñar un proyecto de tratamiento integral en conjunto con la persona, que vincule a todo el equipo tratante y referentes psicosociales y/o clínicos, según corresponda.
<p>TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN</p> <p>Objetivo: Proporcionar tratamiento integral del consumo problemático de sustancias a personas adulta en situación de calle que les permita desarrollar y afianzar competencias emocionales, cognitivas y conductuales a modo de potenciar factores protectores personales y del contexto familiar y/o social</p>	<p>PREPARACIÓN PARA EL TRATAMIENTO: Acercamiento y vinculación Sensibilización y problematización Motivación al tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un recorrido por el circuito y afianzar estrategias de vinculación en el contexto en el cual las personas se desenvuelven. - Favorecer instancias de contacto con figuras vinculares significativas y/o familia, para promover y facilitar su participación/acompañamiento en el proceso terapéutico - Mantener coordinación con equipo psicosocial u otro, en estrategias de apoyo, motivación y adherencia a tratamiento - Desarrollar estrategias de acercamiento y vinculación a través de la sensibilización al tratamiento y problematización de la situación en la que se encuentra asociada al consumo de drogas. - Iniciar intervención terapéutica, médica o psiquiátrica, según las necesidades de la persona.
	<p>CONTENCIÓN Y ESTABILIZACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la adaptación y habituación al contexto terapéutico en el ámbito individual y grupal. - Realizar intervenciones para lograr la estabilización psíquica y somática. - Iniciar procesos psicoterapéuticos reparatorios y de rehabilitación del consumo problemático. - Apoyar el desarrollo habilidades de resolución de conflictos en al ámbito individual y grupal. - Favorecer y fortalecer los factores protectores del cambio terapéutico. - Identificar y desarrollar factores de protección ante situaciones de riesgos. (prevención de recaídas)

	CONSOLIDACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar y reparar situaciones de duelo o traumas. - Reparar, re significar y fortalecer la vinculación con la figuras vinculares significativas y/o familia. - Potenciar el reconocimiento y nuevas alternativas de resolución de conflictos. - Favorecer la abstinencia y disminuir los riesgos de consumo de drogas - Apoyar el desarrollo y fortalecer los factores de protección ante situaciones de riesgos. (prevención de recaídas) - Apoyar estrategias de adherencia a tratamiento de salud física y mental si lo requiere. - Apoyar al autodiagnóstico de habilidades y competencias para el itinerario de integración socio ocupacional. - Anticipar y tratar crisis familiares o con cercanos significativos que obstaculicen el proceso de tratamiento. - Preparar y habilitar a la familia o significativo para favorecer la integración al egreso del tratamiento. - Favorecer y coordinar, en conjunto con el equipo psicosocial cuando corresponda, la integración y ampliación de la red de apoyo social. - Propiciar la participación en grupos de autoayuda.
	INTEGRACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar el desarrollo del itinerario de integración individualizado. - Fortalecer adherencia al tratamiento de salud física y/o psiquiátrico, si lo requiere - Fortalecer los factores de protección ante situaciones de riesgos - Intencionar la resignificación de espacios comunitarios habituales. - Preparar a la persona usuaria para el término del PIT y coordinar su ingreso a intervención psicosocial, si corresponde
SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar las acciones del seguimiento con equipo psicosocial. - Evaluar la mantención de los logros terapéuticos - Apoyar las estrategias de solución en situaciones de crisis durante el proceso de integración social.

El Modelo del Tratamiento y Rehabilitación, contempla principios y estrategias de intervención flexibles, personalizadas, de acuerdo a las necesidades de la población destinataria del programa.

El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento, corresponde a la necesidad de cada persona y por ende es variable. En base a la experiencia empírica desarrollada en el país, a través de los resultados del proyecto piloto implementado durante los años 2007-2013 se pueden establecer algunos tiempos y frecuencias aproximadas del proceso de

intervención. La duración aproximada del plan se estima entre 12 y 18 meses, con frecuencias de atención que en primer lugar depende de la fase del tratamiento en que se encuentre cada usuario, pero que pueden ir de 1 a 5 días a la semana, entre 1 a 5 horas de permanencia diaria, y una concentración de 1 a 4 prestaciones por día. Ese plan puede ser desarrollado en un horario diurno y/o vespertino.

El tipo de intervenciones y frecuencia mensual se desarrollan de manera progresiva en la medida que se avanza en el proceso de tratamiento y rehabilitación, con el propósito de lograr los objetivos terapéuticos, éstas son:

- Consulta médica
- Consulta psiquiátrica
- Consulta de salud mental
- Intervención psicosocial (individual, familiar y de grupo)
- Consulta psicológica
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia de grupo
- Psicodiagnóstico
- Visita domiciliaria
- Coordinación Intersectorial
- Coordinación Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO)
- Exámenes de laboratorio que se requieran
- Medicamentos si corresponde

Categorías Diagnósticas:

1. Trastornos mentales por consumo de sustancias psicoactivas (CIE – 10)

Consumo Perjudicial:

- Patrón de consumo de una sustancia que provoca daños a la salud física o psicológica. Los daños (hepático, depresión) deben ser causados por la sustancia misma (daño hepático

por el alcohol), por las formas de uso (infecciones por uso de drogas inyectables o por las consecuencias sobre el equilibrio psicológico (depresión post privación de estimulantes o del alcohol).

- Las personas con diagnóstico de consumo perjudicial reciben a menudo críticas por ello y experimentan consecuencias sociales adversas de variados tipos.
- En todo caso el solo hecho que una forma de consumo sea criticada por el entorno en general, no es por sí misma indicativa de consumo perjudicial.

Se trata de una forma de consumo que afecta a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotrópicas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

El consumo perjudicial no debe diagnosticarse si están presentes un síndrome de dependencia, un trastorno psicótico u otras formas específicas de trastornos relacionados con alcohol u otras sustancias psicotrópicas.

Dependencia:

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si, en algún momento durante los doce meses previos o de un modo continuo, han estado presente tres (3) o más de los siguientes rasgos:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia.

- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para detenerlo o disminuir la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, se confirman por el conjunto de síntomas característicos de la sustancia o por el consumo de la misma sustancia que lo provoca con la intención de aliviar los síntomas.
- Tolerancia: se requiere de un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para lograr el mismo efecto que originalmente se producían con dosis más bajas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o administrarse la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como daños somáticos, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo de alguna sustancia, o deterioro cognitivo secundario al consumo.

2. Diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica: trastorno psiquiátrico asociado al consumo perjudicial o dependencia a sustancia, no solamente referido a un trastorno dual.

A continuación se presentan las principales categorías diagnósticas CIE 10 y DSM 4. Chile ha adscrito como fuente de información estadística oficial del país la CIE – 10, como lo recomienda la OMS, sin embargo en la práctica clínica se ha observado el uso de las categorías del DSM IV.

Clasificación CIE 10

- Trastornos mentales orgánicos
- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes
- Trastornos del humor (afectivos).
- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

- Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
- Retraso Mental
- Trastornos del Desarrollo Psicológico
- Trs. del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- En estudio

3. Diagnóstico de comorbilidad física: presencia simultánea de un trastorno por consumo de sustancias (consumo perjudicial o dependencia) y una o más patologías somáticas severas asociadas.

- Hepatitis alcohólica subaguda
- Hepatitis crónica
- Enfermedades somáticas
- Hepatitis B, C, D
- ETS
- VIH - SIDA
- Otras Enfermedades o Condiciones de Riesgo Vital
- Infecciosas relacionadas con uso de sustancias
- Traumatismos y secuelas secundarios
- Otras enfermedades o condiciones Físicas Limitantes
- Patología de la gestión y del niño intrauterino
- Anemia: megaloblástica y ferropénica
- Cardiopatías: miocardiopatía dilatada por OH, arritmias, HTA
- Patología Bucal
- En estudio

4. Otros problemas de salud mental

- Violencia Intrafamiliar
- Abuso Sexual
- Explotación sexual comercial
- Violencia por discriminación

- Otros

Compromiso biopsicosocial: Se refiere a una apreciación de la magnitud de los efectos o consecuencias negativas del consumo de sustancias en las distintas áreas de la vida de las personas que consumen sustancias, y de su entorno.

A continuación se presenta una tabla que consta de 14 variables, que permite, apreciar el grado y complejidad del compromiso biopsicosocial, el cual no es susceptible de una puntuación cuantitativa. Más bien, en cada caso, se deberá considerar y decidir si la situación o condición que presenta la persona, pertenece a un compromiso de nivel leve, moderado o severo.

Un criterio posible para la evaluación del compromiso (pero que no está validado,) es considerar que si existe una proporción igual o mayor al 50 % de las variables presentes (7 o más variables) en la misma categoría, es posible estimar que corresponde al nivel de compromiso biopsicosocial de esa persona en ese momento.

VARIABLES Y DIMENSIONES A OBSERVAR	GRADO DE COMPROMISO BIOPSIICOSOCIAL POBLACIÓN GENERAL		
	Leve	Moderado	Severo
1. Patrón de consumo Tipo sustancia, vía administración y frecuencia de consumo	Una sola sustancia En forma esporádica Vía oral o respiratoria	2 ó más sustancias Consumo semanal o fin de semana Vía oral y/o respiratoria	2 ó más sustancias Consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingesta. Aumento de dosis Se agrega vía inyectable
2. Diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias	Consumo perjudicial	Consumo perjudicial y hasta 3 criterios para dependencia	Más de 3 criterios para dependencia
3. Síndrome de abstinencia	Ausente	Con molestias físicas y psicológicas que puede controlar	Requiere de ayuda para tolerar las molestias y signos de abstinencia.
4. Patología psiquiátrica	Descartada	Trastorno psiquiátrico leve a moderado	Con trastorno psiquiátrico severo
5. Percepción de problemas de salud físicos asociados	Leves o ausentes	Presentes, pero no limitantes	Presentes y limitantes
6. Nivel de Autonomía	Maneja información, demanda apoyo. Se relaciona	Radio circulación menor Satisface necesidades	Circulación restringida, desconoce red y soporte social

	con otros. Circula por la ciudad o el barrio	básicas y de supervivencia	de apoyo
7. Motivación al cambio	Con disposición a iniciar un proceso de cambio	Discurso de cambio ambivalente y contradictorio (etapa de contemplación). Con disposición a hablar acerca de su consumo. Considera que dentro de los próximos meses	Muy contradictoria, débil o ausente (etapa precontemplativa) NO está pensando en abandonar el consumo. NO procesa información relacionada con su conducta de consumo
8. Tratamientos anteriores	Ninguno	1 a 3 incompletos	Más de tres, Abandonos antes de tres meses
9. Intentos de abstinencia sin tratamiento	Si, con logros parciales	Ha intentado pero sin éxito. con recaídas frecuentes	Sin intento, sin ningún periodo de abstinencia
10. Percepción de autoeficacia	Percepción de obtención de logros en resolución de problemas.	Percepción de bajo control del medio y de la conducta de consumo	Auto percepción de muy bajo control del medio o absoluta ineficacia en el control del consumo
11. Situación Ocupacional	Ha tenido experiencia laboral y se ha mantenido un tiempo estable. Posee estudios básicos y medios	Ha trabajado esporádicamente Escolaridad básica incompleta	Sin trabajo desde hace tiempo Con dificultades de lecto - escritura
12. Consumo y/o tráfico en familiares o grupo de referencia	Descartados ambos	Presente el consumo. NO existe actividad de tráfico	Presente ambos, en uno o más de sus miembros
13. Problemas judiciales asociados	Sin antecedentes penales	Detenciones, formalizaciones, pero sin condena o medida.	Con antecedentes penales (sentencias, sanciones)
14. Red de Apoyo familiar y social	Presencia de red apoyo. Familiares, personas conocidas y amistades que no están en la calle. Concorre a Instituciones de la red pública y/o privada.	Precaria red apoyo, Personas conocidas de la calle dispuesta con reparos	Ausente, desvinculado/a No concurre a instituciones

Consentimiento Informado

El consentimiento informado se entiende como la aceptación firmada por la persona usuaria, (o familiares, ante la imposibilidad de consentir del usuario o usuaria), sobre determinadas actuaciones clínicas, después de tener la suficiente información sobre su conveniencia, ventajas, riesgos y alternativas. Este documento carece de valor sin la información previa pertinente. El consentimiento informado se debe expresar en un documento que debe estar en la ficha clínica o carpeta individual del usuario.

El consentimiento informado debe reunir al menos cuatro requisitos fundamentales.

- a) **La voluntariedad** del individuo le permite decidir libremente y sin coacción si quiere someterse a un estudio o tratamiento. Este carácter voluntario se incumple cuando se solicita desde la autoridad o no se brinda el tiempo necesario para que el paciente o sus familiares puedan reflexionar y tomar una decisión. Además se debería brindar la posibilidad de contar con el asesoramiento de una persona experta en la materia.
- b) La **función de la información** es proporcionar los datos adecuados y necesarios a quien debe tomar una elección para que pueda hacerlo sin sesgos.
- c) **Confidencialidad de la información**, se debe explicitar que la información personal del usuario será manejada con total **confidencialidad** y en ningún caso se publicará o divulgará información personal que lo (la) pudieran identificar.
- d) El tipo de información debe ser **comprensible y completa**, y debe incluir los objetivos, los beneficios, los riesgos reales o potenciales que se puedan derivar y la opción claramente especificada de rechazar el tratamiento o estudio en cualquier momento sin que por ello le afecte en otros tratamientos.

Plan de Tratamiento Individual (PTI)

La aplicación práctica del Modelo Intervención, se desarrolla a través de un Plan de Integral de Tratamiento individualizado, este es un sistema ordenador que permite generar un itinerario de actuación con metas y objetivos observables y definidos para cada persona. Esta gama de intervenciones, estructuradas tienen por finalidad tratar los problemas socio sanitarios asociados al consumo problemático de sustancias y facilitar la integración social de las personas en tratamiento.

Corresponde al diseño estratégico de intervención para cada persona usuaria, que se elabora en base al motivo de consulta y a la evaluación integral realizada por el equipo de tratamiento.

Este plan incluye metas y plazos a cumplir; un calendario de asistencia a determinadas actividades o prestaciones; una fecha de evaluación previa al alta donde se toman las decisiones finales.

Los objetivos del PTI deben ser relevantes para la persona usuaria, específicos, mensurables, realizables y de duración determinada

Para cada uno de los objetivos se debe diseñar una estrategia de intervención y una estrategia que permita valorar su cumplimiento

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

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

El plan facilita la conducción y orientación del proceso terapéutico en la persona usuaria, su familia u otro significativo, por lo cual:

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

Registrar todas las intervenciones realizadas por el equipo en la ficha permite:

- Evaluación periódica de los logros alcanzados por el usuario en su proceso de cambio.
- Identificar nudos críticos que obstaculizan el cumplimiento de los objetivos.
- Facilita la incorporación de integrantes nuevos al equipo.
- La continuidad del plan, aun cuando se hayan integrado nuevo miembros al equipo y, por lo tanto, asegurar la continuidad del tratamiento planificado con el usuario.

El PTI debe considerar desde su inicio la diferenciación de las intervenciones y sus especificidades por género, en todas las áreas definidas a ser intervenidas terapéuticamente.

Se debe asignar explícitamente el referente técnico que será responsable de la coordinación de las acciones terapéuticas y del seguimiento de la evolución clínica del usuario y su familia, durante todo el proceso de tratamiento y seguimiento.

Adherencia al programa de tratamiento

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

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

Influyen en la adherencia a tratamiento variables de la propia persona, tales como las expectativas con que llega al tratamiento, sus creencias, su estadio motivacional en relación a la problemática del consumo; variable del programa y del equipo, como la capacidad del equipo de establecer vínculo terapéutico. Facilita esto la actitud del o la terapeuta en las entrevistas iniciales de acogida, donde demuestre capacidad de escuchar de manera atenta y activa a la persona ya que es importante, ser percibido/a como una persona competente, confiable y empática, por quien solicita ayuda.

Rescate

Acciones encaminadas a conocer la situación de una persona inasistente o que ha abandonado el programa, con el objeto de evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que retome el proceso terapéutico.

Evaluación durante el proceso terapéutico

Corresponde a evaluaciones parciales de los cambios que experimenta la persona durante el proceso de tratamiento. Se medirán en períodos definidos, cada 3 meses a partir de la fecha de ingreso al plan terapéutico. Las variables a evaluar son las siguientes

- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, la forma de acceso a la sustancia, si el consumo es en compañía o en solitario, qué situaciones rodean el consumo y entre otros.
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en un contexto general; y asociado al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** tipo de ocupación y nivel de inserción laboral, que incluye además estudios y uso del tiempo libre (u ocio).
- **Trasgresión a la norma social:** actitudes y conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos

- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE – 10
- **Estado de salud física** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud diagnosticado por CIE

Para homologar criterios para la evaluación y registrarla en la carpeta o ficha personal del proceso de tratamiento de las personas, se definen tres categorías de consenso para evaluar los logros en la evolución del proceso terapéutico de acuerdo a la apreciación clínica.

Con avances: Cuando ocurra cualquier cambio favorable en relación a las variables señaladas, que contribuya al logro de los objetivos planteados.

Sin avances: se mantienen los indicadores sin modificación respecto de la evaluación anterior.

Con retroceso: Cuando ocurra cualquier cambio desfavorable en relación a las variables señaladas, que obstaculicen o disminuyan las probabilidades de lograr los objetivos del proceso terapéutico

Egreso

Término de la relación entre la persona y el programa de tratamiento. Se considerarán motivos de egreso de un programa, las

- **Alta Terapéutica:** cumplimiento de objetivos terapéuticos Evaluación realizada por equipo tratante en acuerdo con la persona.
- **Alta Administrativa:** Procede en caso de fallecimiento.
- **Derivación:** traslado por indicación o sugerencia del equipo, a otro centro que resuelva su motivo de consulta; por cambio de domicilio, u otra razón justificada.
- **Abandono:** inasistencia y/o pérdida de contacto de la persona en tratamiento por un tiempo igual o mayor a 60 días, habiéndose realizado a lo menos dos acciones de rescate, estas acciones permiten evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que el usuario retome su tratamiento.

Evaluación del proceso terapéutico al egreso

Corresponde a la apreciación clínica que hace el equipo o profesional tratante, la persona en tratamiento y su familia, del nivel alcanzado de logro de los objetivos terapéuticos planteados al inicio del proceso y descritos en el plan de tratamiento personalizado. Los criterios incluyen la evaluación del estado clínico y psicosocial al momento del egreso y una apreciación pronóstica del equipo tratante. Las categorías de consenso son:

Logro alto: alcance de la totalidad de los objetivos planteados. La persona se encuentra en condiciones de integrarse al medio de manera satisfactoria. Se aprecia la decisión por consolidar un cambio favorable en su estilo de vida.

Logro intermedio: alcance parcial de los objetivos, requeriría de un período de apoyo para una integración social satisfactoria. Se aprecia una débil disposición y preparación para sostener un cambio de estilo de vida.

Logro Mínimo: con alcance mínimo de logros de los objetivos planteados. Se mantienen sin modificación la generalidad de las variables personales y del contexto que hacen pensar que la persona se encuentra en riesgo de una probable recaída. Se aprecia una débil o nula disposición al cambio en estilo de vida.

Para su evaluación, se utilizará el mismo criterio y categorías de consenso empleadas para evaluar los logros en la evolución del proceso terapéutico,

Metas /objetivos	Logro alto	Logro intermedio	Logro mínimo
1.			
2.			
3.			
4.			

Indicadores de seguimiento: conocer la situación de la persona posterior al alta terapéutica del programa, en relación a la mantención de los logros terapéuticos alcanzados.

- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, forma de acceso a la sustancia, consumo en compañía o en solitario, entre otros
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en el contexto general, y el referido al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** de la experiencia laboral, de estudios y del tiempo libre u ocio.
- **Trasgresión a la norma social:** actitudes conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos
- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE – 10
- **Estado de salud física** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud diagnosticado por CIE

VIII. CONSIDERACIONES PARA EL ÉXITO DE LA INTERVENCIÓN

La propuesta de un diseño de tratamiento para personas adultas en situación de calle, en las que se reconoce que las condiciones de precariedad social, de aislamiento, marginación y pobreza afectan su autonomía y capacidades para gestionar los riesgos y actuar de manera saludable, plantea el desafío, por una parte a la política pública sociosanitaria, desde su visión ética y política, pues requiere complementar la experiencia desarrollada en el tratamiento del consumo problemático en población general, con la elección de otros aportes teóricos que sustente la implementación de estrategias de intervención que acojan las necesidades de la población destinataria del modelo de tratamiento y rehabilitación. Y por otra, tensiona la oferta de programas sociales emergentes desafiando a la Intersectorialidad en su conjunto de sectores gubernamentales que se traduce en la necesidad de contar con claridad meridiana respecto al aporte que cada uno de estos realicen en forma diferenciada, pero sin abandonar la idea de conjunto, que requiere un abordaje como este.

a) Existencia de un proceso de Intervención Psicosocial estructurado complementario al Tratamiento.

Las primeras aproximaciones se realizan durante el trabajo de calle, entendido como búsqueda activa para un acercamiento que intenta establecer contacto, confianza y en donde transcurre inicialmente la construcción del vínculo. Cabe señalar que esta es la entrada a un diagnóstico progresivo integral de la persona y su entorno.

Considerando que un abordaje en población adulta en calle consumidora problemática de drogas requiere de nuevos aprendizajes, es necesario tener presente que en un primer acercamiento hacia esta población, que permita profundizar progresivamente la vinculación y con ello facilitar los procesos de cambio, debe considerar la alta complejidad de necesidades de los perfiles de las PSC, requiriéndose asistencias básicas como alimentación, lugar seguro donde dormir, higiene, abrigo, entre otros, lo cual debiera estar cubierto como condición previa o simultánea al primer acercamiento terapéutico, de lo contrario pudiera ser predictor de fracaso de la intervención, sobre todo si recordamos en este punto la importancia que desde el Paradigma Humanista de Abraham Maslow, entrega a aquellas Jerarquías de necesidades cuya base esta dada por la satisfacción de necesidades fisiológicas, y las necesidades de seguridad y protección, vigentes hasta el día de hoy en temas relacionados con Motivación y dependencia a drogas³³

En relación a este tema señalaremos un estudio Americano³⁴ cuyo propósito se centró en examinar las derivaciones a programas de tratamiento del consumo problemático sustancias realizadas por trabajadores, cuyo objetivo es la vinculación o re vinculación entendida como acciones de acercamiento para personas en situación de calle. Diez trabajadores completaron cuestionarios para cada uno de sus clientes a los cuales habían derivado a programas de tratamiento por abuso de sustancias, durante el año previo. Información adicional se recopiló sobre el nivel de motivación de estas personas al

³³ Rojas Valero Milton. Conceptos Básicos y profundización del Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en Drogodependencias. Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica CONYCECET. Perú. 2006

³⁴ Deborah Fisk, L.C.S.W.,¹ Jaak Rakfeldt, Ph.D.,² and Erin McCormack, M.S.W.³ ¹Connecticut Mental Health Center, and Department of Psychiatry, Yale University, New Haven, Connecticut, USA²Southern Connecticut State University, and Department of Psychiatry, The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 32: 479–486, 2006

momento de la derivación, a qué agencia fue derivado y si la persona derivada fue rechazada en alguno de los programas de tratamiento.

De las 73 personas del proyecto que fueron derivados a tratamiento por abuso de sustancias en el período de un año, 41% ingresaron exitosamente a tratamiento. Como era de esperarse, hubo una relación estadísticamente significativa entre el nivel de motivación de la persona y el que se concretara la derivación, y entre la derivación realizada y la aceptación del programa. Este estudio provee evidencia que el “rescate asertivo” (assertive outreach) es efectivo en enganchar y vincular personas en situación de calle con trastornos por consumo de sustancias a servicios de tratamiento por abuso de sustancias.

b) Resguardando pertinencia y Calidad de la intervención

Resguardar pertinencia y calidad de las intervenciones son requisitos necesarios para el funcionamiento de la mayoría de los programas, haciéndose imprescindible cuando se trabaja en el ámbito de lo humano, en el contexto de Salud Mental y exclusión.

Una estrategia que permite revisar las prácticas, es la denominada Asesoría, la cual esta entendida, desde el convenio SENDA-MINSAL,³⁵ como un proceso de acompañamiento al equipo tratante, que consiste en dar asistencia y apoyo mediante la sugerencia y/o la entrega de información relevante y atinente al tratamiento. Es un proceso formativo y participativo, que facilita la detección de problemas, el reconocimiento y reforzamiento de actividades bien ejecutadas y la propuesta de soluciones correctoras atinentes, cuando corresponda. Es un proceso continuo dirigido específicamente a proveer apoyo técnico a los equipos ejecutores de los programas de tratamiento, con el objetivo de promover el desarrollo de competencias técnico-clínicas, en su dimensión biopsicosocial, a fin de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la atención brindada a las personas usuarias, de acuerdo a sus especificidades.

Este proceso estaría dirigido hacia los siguientes objetivos:

- Entregar elementos teóricos y prácticos que contribuyan al desarrollo de destrezas, habilidades y competencias, tanto para mejorar aspectos relacionados con la atención

³⁵ Anexo Gestión de la Calidad 2014, Convenio de Colaboración Técnica SENDA - MINSAL

como con el abordaje terapéutico de personas con consumo problemático de sustancias.

- Apoyar el desarrollo de estrategias terapéuticas eficaces en apoyo a la integración social para personas usuarias que participan de los programas de tratamiento y rehabilitación.
- Transferir e intercambiar tecnologías y competencias entre las instituciones y los equipos participantes directamente del Programa, instituciones y personas pertinentes para la función de Asesoría Técnica en los niveles locales y otros.
- Contribuir a la continuidad de los cuidados de los usuarios a través del fortalecimiento de la red de tratamiento.

Una herramienta metodológica complementaria a la anterior, es la Capacitación permanente centrada en temáticas relacionadas con el abordaje y los desafíos que presenta para los equipos esta población, no sólo desde la perspectiva clínica sino también desde el abordaje comunitario y en redes que se requiere.

Espacios estructurados para el autocuidado

La calidad del trabajo realizado por los equipos que intervienen en población de alta vulnerabilidad, implica el costo considerable de confrontar cotidianamente la emocionalidad del equipo, sobre todo en aquellos casos donde la respuesta depende de otros, que tiene a su vez otros tiempos y criterios de funcionamiento, los cuales responden a formas relacionales pautadas culturalmente. En este proceso construido y vivido por los equipos en la cotidianidad con aquel otro en redescubrimiento, necesita espacios que funcionen como catalizador de experiencias de equipo.

Dicho espacio requiere ser entendido con estructura, es decir con objetivos claros, incluidos en la planificación general del equipo, de tal manera de destinar recursos como tiempo e insumos, y con definición de funciones, resguardar de este modo que este espacio sea entendido por todos como un espacio de crecimiento y construcción de redes de cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

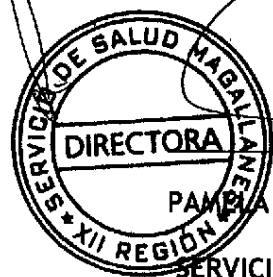
- Arenas F; Tirado R. *Programa de Intervención en Viviendas de Apoyo en Andalucía*. Sevilla : Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. España. 2004.
- Baños, M. D. *Epidemiología del Consumo de Cannabis en Jóvenes y Adolescentes*. Cap. 13. Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoide. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular, Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. 2002.
- Barros P., De los Ríos D, Torche F. *Lecturas sobre la Exclusión Social*. Oficina Internacional del Trabajo (O.I.T.), 1996.
- Bustelo E. , Minujin A. *Todos Entran: propuestas para sociedades incluyentes*. UNICEF, Ed. Santillana. Bogotá. 1998
- Cardona O. D La necesidad de representar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo. Centro de estudios sobre desastres y riesgos CEDERI. Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia 2003 Disponible en <http://www.desenredando.org>
- Carrol K.; Rounsaville, B.; and Keller, D. *Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse*. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 17(3): 249-265, 1991.
- Carrol K.; Rounsaville, B., Nich, C., Gordon, L., Wirtz, P., and Gawin, F. *One-year follow-up of psychotherapy and phormocotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects*. *Archives of General Psychiatry* 51: 989-997, 1994.
- Castel R. *La Metamorfosis de la Cuestión Social*. Editorial Paidos, 1º Edición, Buenos Aires, 1997.
- Chile. Ministerio del Interior. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. *Estrategia Nacional sobre Drogas*. Santiago. CONACE. 2003.
- Chile. Ministerio del Interior. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. *Intervención Picosocial*. Santiago. CONACE. 2005
- Chile. Ministerio de Planificación. Sistema Integrado de Información Social. *Módulo de Personas en Situación de Calle*. MIDEPLAN 2007
- Chile. Ministerio de Planificación. *Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle: "Habitando lo Calle"*. MIDEPLAN. 2005.
- Chile. Ministerio de Planificación. Programa Calle Chile Solidario: *Estrategia de Intervención*. MIDEPLAN. 2007.
- Chile. Ministerio de Planificación. Programa Calle Chile Solidario: *Taller de Apoyo a la Integración Social de Personas en Situación de Calle*. MIDEPLAN. 2007.
- Chile. Ministerio de Planificación. Proyecto Fondo de Iniciativas Complementarias, Programa Chile Solidario "Fortalecimiento de redes sociocomunitarias en las personas en situación de calle, en

las comunas de Lo Espejo, La Cisterna, Estación central y Pedro Aguirre Cerda". Caleta Sur. Santiago. 2007.

- Chile. Ministerio de Planificación. Programa de Apoyo a la Integración Social de Personas en Situación de Calle; Sistema de Protección Social Chile Solidario. *Estrategia de Intervención Fase Piloto del Programa*. Julio de 2007.
- Chile. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago. MINSAL. 2000.
- Chile. Ministerio de Salud. Departamento epidemiológico. I Edición. Santiago 2002. disponible en www.minsal.cl/ici/doc_reforma/objetivos
- Plan Nacional de Salud Mental en Chile: *10 años de experiencia*. Santiago. 2005. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>
- Chile. Ministerio de Salud. *IX Campaña Nacional de Prevención del VIH /SIDA 2007* . Disponible en: www.hosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos
- Chile. *Constitución Política de la Republica de Chile*. Disponible en www.camara.cl/legis/constitucionpolitica.pdf.
- Crits-Cristoph, P.; Siqueland, L.; Blaine, J.; Frank, A.; Luborsky, L.; Onken, L.S.; Muenz, L.; Thase, M.E.; Weiss, R.D.; Gastfriend, D.R.; Woody, G.; Barber, J.P.; Butler, S.F.; Daley, D.; Bishop, S.; Najavits, L.M.; Lis, J.; Mercer, D.; Griffin, M.L.; Moras, K.; and Beck, A. *Psychosocial treatments for cocaine dependence: Results of the NIDA Cocaine Collaborative Study*. Archives of General Psychiatry (in press).
- Equipo Caleta Sur. Programa de Apoyo a la Integración de Personas en Situación de Calle: El derecho a la Ciudadanía. Artículo publicado el 3 de junio de 2007, Disponible en www.caletasur.cl
- España. *Manual de Buena Práctica para la Atención a Drogodependientes en los Centros de Emergencia*. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Disponible en www.pnsd.msc.es/categoria2/publica/pdf/centrosemergencia.pdf
- Fisk D, Rakfeldt J, Ph.D., and McCormack E, Connecticut Mental Health Center, and Department of Psychiatry, Yale University, New Haven, Connecticut, USA Southern Connecticut State University, and Department of Psychiatry, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32: 479–486, 2006.
- Huber A., Ling, W., Shoptaw, S., Gulati, V., Brethen, P., and Rawson, R. *Integrating treatments for metham-phetamine abuse: A psychosocial perspective*. Journal of Addictive Diseases 16: 41-50, 1997.
- Jannis I, Mann L. : Decision making. A psychological analysis of conflict, choice and comminment. New York: The Free Press, 1977
- Lawrynowicz A. *Gestión cuantitativa de riesgo*: Utilización del Método Mixto de Seguridad. Artículo nº 3781 disponible en www.forodeseguridad.com.

- Luborsky L. *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive (SE) Treatment*. New York: Basic Books, 1984.
- Luhmann N en *Del concepto de Riesgo: Conceptualización del riesgo en Luhmann y Beck*. Nelson Paulus Revista Mad. Nº 10 de mayo 2004. depto. Antropología Universidad de Chile disponible en www.revistamad.uchile.cl
- Marlatt G. Allan. *Reducción del daño: principios y estrategias básicas*. V Encuentro nacional sobre drogodependencia y su enfoque comunitario. Disponible en: www.sisis.net
- Marlatt G. and Gordon, J.R., eds. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press, 1985.
- McLellan A.T.; Arndt, I.; Metzger, D.S.; Woody, G.E.; and O'Brien, C.P. *The effects of psychosocial services in substance abuse treatment*. Journal of the American Medical Association 269(15): 1953-1959, 1993.
- McLellan, A.T.; Woody, G.E.; Luborsky, L.; and O'Brien, C.P. *Is the counselor an 'active ingredient' in substance abuse treatment*. Journal of Nervous and Mental Disease 176: 423-430, 1988.
- Miller, W. R. y S. Rollnick. *La Entrevista Motivacional, preparar para el cambio de conductas adictivas*. PAIDOS, 1999.
- Michael T. French^b, Kathryn E. McCollister^a, Stanley Sacks^c, Karen McKendrick^d and George De Leon^d: *Benefit-cost analysis of a modified therapeutic community for mentally ill chemical abusers*. Disponible en: www.sciencedirect.com
- National Institute on Drugs Abuse (NIDA). Disponible en <http://www.drugabuse.gov/Infofacts/marijuana-sp.html> (2007).
- Pizarro R. *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. CEPAL. Serie Estudios estadísticos y prospectivos, Santiago. 2001.
- Quarantelli E. Preliminar Paper nº 130. *Conceptualizing disasters From Sociological Perspective*. 1988. Disponible en <http://dspace.udel.edu:8080/dspace/bitstream/19716/502/3/PP130.pdf>
- Rawson R.; Shoptaw, S.; Obert, J.L.; McCann, M.; Hasson, A.; Marinelli-Casey, P.; Brethen, P.; and Ling, W. An intensive outpatient approach for cocaine abuse: *The Matrix model*. Journal of Substance Abuse Treatment 12(2): 117-127, 1995.
- Red de estudios sociales en Prevención de desastres para América Latina. Disponible en www.desenredando.org
- Rosanvallon P. *La Nueva Cuestión Social*. Introducción: La nueva Cuestión Social y Capítulo VII "La Individualización de lo social". Ediciones Manantial. Buenos Aires. 1995.
- Rojas M. *Conceptos Básicos y profundización del Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en Drogodependencias*. Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica CONYCECT. Perú. 2006.

- Sánchez E. Hervás V., Gradolí T, Morales E. *Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones*. Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. España.2004. Volumen 06 - Número 03 p. 159 – 166.
- Skinner D. *Modified Therapeutic Community for Homeless Persons with Co-Occurring Disorders of Substance Abuse and Mental Illness in a Shelter: An Outcome Study*. Gaudenzia, Inc., Philadelphia, Pennsylvania, USA *Substance Use & Misuse*, volumen 4. 2005; pp 483–497.
- Wallace D, Michelle J. Freedman J, B. Milby. Joseph E. Schumacher J, and Rudy E. Vuchinich,. *Health To House or Not to House: The Effects of Providing Housing to Homeless Substance Abusers in Treatment*,. July 2005, Vol 95, No. 7
- Woody, G.E.; Luborsky, L.; McLellan, A.T.; O'Brien, C.P.; Beck, A.T.; Blaine, J.; Herman, I.; and Hole, A. *Psychotherapy for opiate addicts: Does it help?* Archives of General Psychiatry 40: 639-645, 1983.
- Woody G.E.; McLellan, A.T.; Luborsky, L.; and O'Brien, C.P. *Twelve month follow-up of psychotherapy for opiate dependence*. American Journal of Psychiatry 144: 590-596, 1987.
- Woody G.E.; McLellan, A.T.; Luborsky, L.; and O'Brien, C.P. *Psychotherapy in community methadone programs: a validation study*. American Journal of Psychiatry 152(9): 1302-1308, 1995.



PAMELA ANGÉLICA FRANZI PIROZZI
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD MAGALLANES



MARIANO MONTENEGRO CORONA
DIRECTOR NACIONAL
SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y
REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y
ALCOHOL

